UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

École Doctorale 519 – Sciences Humaines et Sociales, Perspectives Européennes

Laboratoire Dynamiques Européennes – UMR 7367

THÈSE

Présentée par :

Laureline COULOMB

Soutenue le **1er juin 2016**

Pour obtenir le grade de **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/Spécialité : **Sociologie**

Entre négociations et malentendus : l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile

THÈSE dirigée par :

Madame Myriam KLINGER Maître de Conférences HDR, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Monsieur Marcel CALVEZ Professeur des Universités, Université Rennes 2
Madame Pascale PICHON Professeure des Universités, Université Jean Monnet Saint-Etienne

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Madame Maryse BRESSON Professeure des Universités, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Madame Nicoletta DIASIO Professeure des Universités, Université de Strasbourg

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les membres du jury, Madame Maryse Bresson, Monsieur Marcel Calvez, Madame Nicoletta Diasio et Madame Pascale Pichon, d'avoir accepté de s'intéresser à ce travail et de m'offrir la possibilité de le discuter.

Mes remerciements vont également à Madame Myriam Klinger qui a dirigé cette thèse. Son soutien, ses conseils et la confiance qu'elle m'a témoignée ont été d'une grande aide tout au long de ce parcours de recherche.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont participé à cette recherche et sans qui elle n'aurait pas été possible. Ma reconnaissance va à tous ceux qui ont accepté de répondre à mes questions et de partager leurs expériences. Je souhaite également rendre hommage à ceux qui sont aujourd'hui décédés.

Les échanges avec les membres du laboratoire Dynamiques Européennes et de la Faculté des Sciences Sociales de Strasbourg ont enrichi mon parcours doctoral et nourri ma réflexion. Je leur exprime ma reconnaissance.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement ma famille, et en particulier ma mère, pour leur soutien inconditionnel. Mes amis, pour leurs encouragements et leur aide. Mon compagnon, pour ses conseils et sa présence, dans les bons comme les mauvais moments. Grâce à leur affection, ils m'ont aidé à vivre sereinement ce cheminement et je leur en suis infiniment redevable.

J'ai marché longtemps, longtemps, à satiété. Les rues avaient-elles rétréci, ou n'était-ce qu'une impression ? J'étais forcé, par endroits, dans les ruelles qui se faufilaient à travers les maisons se faisant front, de raser les murs et les portes, afin d'éviter les chevaux et les attelages. Et les riches étaient-ils devenus plus nombreux ou était-ce a ussi une impression ? J'ai vu une voiture d'apparat comme il n'y en a pas en Arabie ou en Perse : on aurait dit, tirée par des chevaux superbes, une forteresse attelée. J'ai vu aussi, près de la Colonne Brûlée, serrés les uns contre les autres, au milieu des odeurs agressives du marché aux Volailles, des mendiants déguenillés et obscènes. L'un d'eux, aveugle, regardait en souriant la neige tomber.

Ohran Pamuk,
Mon nom est Rouge

SOMMAIRE

Remerciements I
Sommaire V

INTRODUCTION GENERALE 1

CHAPITRE I : METHODOLOGIE 25

I) L'observation sociologique 27

II) Lieux d'observation & posture de recherche 31

III) Les entretiens semi-directifs 44

IV) Biais & écueils méthodologiques & éthiques 50

PREMIERE PARTIE

MALENTENDUS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE

Introduction de la première partie 63

CHAPITRE II : CORPS & MALENTENDUS 65

I) Sale & propre, sain & malsain : malentendus autour de l'hygiène 66

II) Le corps sans-domicile : mises en scène & techniques du corps 83

CHAPITRE III : LA SANTE & SES MALENTENDUS 103

I) La santé comme expérience & la santé comme valeur 104

II) Les pratiques de santé 121

CHAPITRE IV : LE TEMPS DES MALENTENDUS 143

I) Les temporalités biographiques 144

II) Les temporalités du soin 162

Conclusion de la première partie 185

DEUXIEME PARTIE

MANQUE DE RECONNAISSANCE & INTERACTIONS CONFLICTUELLES

Introduction de la deuxième partie 191

CHAPITRE V : LES INTERACTIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE AU PRISME DE LEURS FRAGILITES IDENTITAIRES 193

I) Abandon de soi & abandon du soin ? 194

II) Le syndrome de Sisyphe 212

CHAPITRE VI : L'EVITEMENT DE LA RELATION, LE REJET MUTUEL & LE CONFLIT 235

I) L'impossible relation de soin 236

II) Interaction conflictuelle & rejet mutuel 253

Conclusion de la deuxième partie 275

TROISIEME PARTIE

NEGOCIATIONS & COMPROMIS

Introduction de la troisième partie 281

CHAPITRE VII : LES NEGOCIATIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE 285

I) Les formes d'ajustement, prémisses au soin 287

II) Les négociations du soin 309

CHAPITRE VIII : COMPROMIS & PRESERVATION DU MALENTENDU 333

I) Le compromis, aussi fragile que la relation 334

II) La préservation du malentendu 353

Conclusion de la troisième partie 377

CONCLUSION GENERALE 381

BIBLIOGRAPHIE 389

LISTE DES SIGLES 411

ANNEXES 413

TABLE DES MATIERES 419

INTRODUCTION GENERALE

Les personnes sans-domicile présentent de manière générale un état de santé dégradé et leur espérance de vie est de loin inférieure à celle de la population logée. Elles ont pourtant théoriquement accès au système de santé français, grâce à des dispositifs d'assurance sociale et des structures de prise en charge spécialisées, bien que la lourdeur, la lenteur et la complexité des démarches administratives représentent un frein important à leur accès aux droits. Cependant, ces obstacles ne suffisent pas à expliquer leur état de santé et l'on observe de nombreuses situations dans lesquelles les personnes qui n'ont pas d'hébergement personnel ne se font pas soigner, malgré des droits ouverts auprès de la sécurité sociale. La ville de Strasbourg offre plusieurs modalités d'accès aux soins aux individus sans-domicile. Elle comporte deux hôpitaux universitaires et plusieurs cliniques privées, dont certaines sont gérées par des fondations qui mettent l'accent sur la prise en charge de la vulnérabilité sociale. Une association non-gouvernementale gère un centre de soins, dont l'objectif est de pallier aux insuffisances de l'offre institutionnelle en proposant des soins gratuits. De nombreuses associations proposent un accompagnement social et administratif et/ou un hébergement aux personnes qui n'en ont pas[1]. Enfin, les cabinets médicaux et infirmiers libéraux sont très nombreux. Pourtant, les personnes vivant dans les rues de Strasbourg présentent des pathologies souvent lourdes, traitées avec retard, et c'est ce qui nous a interpellé.

Nous avons alors cherché à déconstruire ce phénomène. Après quelques temps passés sur le terrain et de nombreuses discussions avec des soignants et soignés sans-domicile, notre questionnement s'est orienté vers le problème du refus de soins des

[1] Cependant, l'offre est bien inférieure à la demande et amène à des délais d'attente longs, ainsi qu'à des exigences importantes pour pouvoir y accéder. Par exemple, l'hébergement d'urgence est tant saturé que les places sont attribuées à la nuitée seulement et après avoir été accueillis plusieurs nuits au cours d'une même semaine, les demandeurs se voient contraints d'attendre plusieurs jours avant qu'une place ne leur soit proposée à nouveau. Cette difficulté, couplée au manque d'intimité, aux horaires et aux règlements stricts, à la sécurité et à l'hygiène relatives ainsi qu'au manque de confort, poussent de nombreuses personnes à préférer rester dans la rue plutôt que d'en bénéficier. De surcroît, à Strasbourg, aucune structure d'hébergement d'urgence n'accepte de recevoir les couples, et les animaux ne sont admis nulle part, ce qui représente une contrainte additionnelle pour de nombreuses personnes.

personnes sans-domicile. Les soignants racontent souvent des expériences au cours desquelles ils ont eu à faire face à des patients qui refusaient les soins médicaux, malgré l'inquiétude des professionnels du soin à l'égard de leur état de santé. Le refus de soin des individus sans-domicile apparaissait comme un attribut de ces patients pour les soignants que nous avons rencontrés. Pourtant, les individus sans-domicile avec qui nous avons sommes entrée en contact sur le terrain n'exprimaient jamais l'intention de refuser l'intervention médicale. Au contraire, ils témoignaient d'une certaine souffrance face à leurs difficultés d'accès aux soins. De surcroît, la notion de refus de soin des personnes sans-domicile comporte un paradoxe puisque les soignants qui s'en plaignent interagissent précisément avec ces patients lors d'interactions de soin, majoritairement au sein de structures dédiées à celui-ci : comment se fait-il que les personnes sans-domicile s'y rendent, si elles refusent constamment les soins ? Cela nous donne un indice montrant que soignants et soignés sans-domicile ne semblent pas se comprendre. Les refus de soin dégénèrent généralement en conflits dans les récits de nos informateurs. Nous avons alors aiguillé l'objet de notre recherche vers les conflits entre soignants et soignés sans-domicile, car ceux-ci permettraient de comprendre pourquoi ces derniers ne se font pas soigner. Mais la confrontation au terrain nous a montré que si les interactions entre les personnes sans-domicile et les médecins ou infirmiers comportent des dimensions conflictuelles, les situations de conflit ouvert restent rares. Là encore, il ne s'agissait pas de l'angle d'approche le plus approprié. Le travail de terrain nous a mené à prendre en compte de nouvelles données et l'axe de la recherche s'est alors progressivement orienté vers l'étude des interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Cette perspective prend à la fois en compte leurs dimensions conflictuelles et la part de négociation qu'elles comportent. Ainsi, notre question de départ s'est transformée en cette problématique plus large qui s'intéresse aux enjeux de ces interactions qui permettraient de comprendre l'état de santé des personnes sans-domicile.

Plusieurs questions se sont alors posées : comment expliquer l'état de santé si dégradé des personnes sans-domicile, alors même que de nombreux dispositifs de soin leur sont proposés ? Peut-il être compris par leur réticence à se faire soigner ? D'où viennent cette réticence et ce refus de soin supposés par les professionnels de santé ? Quelle place occupe la maladie dans la vie des personnes sans-domicile et quel sens lui est donné ? Comment naviguent-ils entre le monde médical et le monde de la rue, avec des maladies chroniques ou aiguës ? Soignants et soignés sans-domicile se comprennent-ils au cours des

interactions de soin ? Comment naissent et se résolvent ou non leurs conflits ? En d'autres termes : que se passe-t-il dans leur interaction ? Quels enjeux constituent leurs rencontres ?

Perspective théorique

Pour tenter de répondre à ces questions, ou du moins d'y apporter des éléments de compréhension, nous avons progressivement construit notre objet d'étude en combinant la recherche de terrain exploratoire et les ancrages théoriques. Une approche correspondant à la sociologie compréhensive s'est imposée, car le propre des sciences humaines et sociales est de chercher à comprendre les phénomènes de la vie en société plutôt que de vouloir les expliquer. L'individu n'est pas entièrement déterminé par des forces sociales qui lui sont extérieures et seraient toujours identiques. Au contraire, il négocie constamment avec elles, dans chaque situation qu'il rencontre, afin de se positionner dans la société, par rapport aux autres et à soi. Des choix méthodologiques ont été opérés pour se placer au plus près des réalités vécues par les enquêtés, pour les comprendre le mieux possible, en commençant par s'écarter de nos prénotions. Les expériences auxquelles sont confrontées les personnes sans-domicile et les soignants nous étaient tout à fait étrangères et l'approche compréhensive nous a permis de les appréhender. En partant de l'individu, cette perspective permet de reconstruire leurs interactions *via* la compréhension de leurs motifs, des sentiments qui entrent en jeu et de la manière dont ils répondent, dans leurs conduites, à celles des autres. L'approche compréhensive est articulée à celle de l'interactionnisme symbolique. En effet, ces deux points de vue théoriques partent de la même perspective microsociologique. L'œuvre de Georg Simmel peut même être lue comme un prélude à l'interactionnisme, il affirme que pour la sociologie :

> « Il s'agit de faire voir comment les individus et les groupes se comportent réciproquement, comment l'individu s'approche ou s'écarte du groupe, comment les valeurs dominantes, les accumulations et prérogatives progressent ou régressent sous certaines conditions sociales. »[2]

L'interactionnisme symbolique ajoute à la sociologie compréhensive la dimension de la réaction réciproque comme facteur de compréhension des conduites individuelles. L'individu est acteur des situations qu'il rencontre et y mobilise ses connaissances, le

[2] SIMMEL Georg, *Sociologie et épistémologie*, Paris, PUF, 1981, p. 95/96.

« trésor de notre savoir empirique d'ordre "nomologique" »[3], et ses capacités d'interprétation des événements pour agir en fonction d'eux. L'interaction entre individus est un angle d'approche privilégié pour étudier le social, ce qui requiert de prendre en compte la dimension symbolique des interactions. Pour Howard Becker, l'objet de la sociologie est d'étudier l'action collective continuelle des individus, car ils « cherchent à ajuster mutuellement leurs lignes d'action sur les actions des autres perçues ou attendues. […] Les gens prennent ordinairement en compte ce qui se passe autour d'eux et ce qui est susceptible de se passer une fois leur décision prise »[4]. Les conduites individuelles sont toujours à prendre en compte en fonction de celles des autres. Erving Goffman définit un double objectif pour la sociologie : décrire les interactions, puis les analyser pour éclaircir leur agencement, la manière dont elles s'organisent entre-elles. Il adopte la perspective de la « représentation théâtrale »[5] et préconise une démarche de recueil des données de type ethnographique. Leur analyse permet ensuite d'identifier les lignes de conduites que les individus suivent, consciemment ou non, lors de leurs interactions, et qu'il définit comme :

> « Un canevas d'actes verbaux et non verbaux qui sert [à l'individu] à exprimer son point de vue sur la situation et, par là, l'appréciation qu'il porte sur les participants et en particulier sur lui-même. Qu'il ait ou non l'intention d'adopter une telle ligne, l'individu finit toujours par s'apercevoir qu'il en a effectivement suivi une. Et, comme les autres participants supposent toujours chez lui une position plus ou moins intentionnelle, il s'ensuit que, s'il veut s'adapter à leurs réactions, il lui faut prendre en considération l'impression qu'ils ont pu se former à son égard. »[6]

Les individus agissent et interagissent en fonction de leurs propres lignes de conduite et de celles qu'ils imputent aux autres, mais leur interprétation n'est pas toujours heureuse, ce qui risque de créer de multiples malentendus. Ils attribuent aux autres des motivations, des schèmes de pensée, qui ne correspondent pas forcément à ceux qu'ils mobilisent effectivement. L'analyse des lignes de conduite des soignants et des individus sans-domicile aide à la compréhension de leurs attitudes réciproques et de leurs malentendus. Les situations dans lesquelles ils attribuent à leur interlocuteur une ligne de conduite erronée se retrouvent fréquemment et ce phénomène tend à s'aggraver lorsqu'ils se trouvent en difficulté au cours d'une interaction. Ils interprètent alors les réactions de leurs interlocuteurs encore plus maladroitement. Les individus ne se contentent pas

---

[3] WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965, p. 306.
[4] BECKER Howard Saul, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, p. 205/206.
[5] GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, 1973.
[6] GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit, 1974, p. 9.

seulement de réagir aux attitudes des autres, ils les interprètent en amont. Ainsi, la dimension symbolique des interactions est une donnée capitale à prendre en compte. La co-construction perpétuelle de la société par les individus, qui créent des liens à mesure qu'ils en défont d'autres, implique qu'ils s'accordent, même partiellement, sur le sens qu'ils donnent à leurs interactions, ou du moins qu'ils en aient l'impression. La dimension symbolique n'est pas à négliger lors de l'analyse des interactions entre individus sans-domicile, médecins et infirmiers. Le sens et la valeur qu'ils attribuent à leurs rencontres, à des objets – tels les médicaments ou le matériel médical – et à des concepts – comme la santé ou la maladie – servent d'outils pour analyser la manière dont ils se comprennent ou non. Les acteurs interprètent sempiternellement le social afin d'ordonner le réel en un ensemble compréhensible. Ils classifient les informations qu'ils recueillent pour décider de la manière appropriée de réagir à la situation rencontrée, que leurs interactants vont interpréter à leur tour pour déterminer leur propre ligne de conduite. Cet angle d'analyse possède une forte portée heuristique que nous avons choisi d'utiliser pour analyser les interactions entre soignants et soignés sans-domicile.

Avant d'entamer le corps de l'analyse, il convient de préciser à qui font référence ces termes. Le dénominatif de « soignants » regroupe les médecins et infirmiers auprès desquels nous avons conduit des observations et mené des entretiens semi-directifs. Nous ne cherchons pas à gommer les différences entre ces deux groupes professionnels, ni à aplanir leurs caractéristiques propres, mais nous avons fait le choix de les rassembler dans le corps du texte, afin de les mettre aisément en relation avec les personnes sans-domicile. Le terme de soignants fait référence à une catégorie professionnelle, c'est-à-dire à un ensemble de métiers, ici plus particulièrement à ceux de médecin et d'infirmier. Ils correspondent à une activité, professionnelle ou bénévole, exercée à temps plein ou partiel, orientée vers le soin de leurs patients, à l'hôpital, en cabinets de ville ou au sein de structures sociales. Les médecins et infirmiers ont suivi une formation spécialisée dont l'objectif est de les rendre capables de réaliser un diagnostic, puis de proposer et d'effectuer un traitement adapté. Le terme de « soignants » désigne ainsi un ensemble de pratiques, un mode de raisonnement particulier que médecins et infirmiers partagent. Toutefois, les différences entre les médecins et les infirmiers sont bien entendu prises en compte lorsqu'elles apportent des éléments d'analyse.

Qui est sans-domicile ?

La figure de la personne sans-domicile trouve certainement ses origines dans celle du vagabond du Moyen-Âge. Il suscite, depuis cette époque, de nombreuses incompréhensions et interrogations, qui se transforment souvent en crainte et en méfiance à son égard. La suspicion dont ils font l'objet va de pair avec l'impossibilité de définir précisément les contours de leur groupe social. Les changements sociétaux plus récents ont affaibli les institutions, structures et liens sociaux qui protégeaient auparavant l'individu. Ces difficultés amènent les individus les plus fragiles à vivre l'expérience de la « disqualification sociale »[7], voire à encourir le risque de la « désaffiliation »[8]. Maryse Bresson montre que ces changements engendrent un glissement de la « norme travail » à la « norme logement »[9] comme condition à l'inclusion sociale. Alors que les individus devaient précédemment répondre à la norme travail pour être intégrés, les modifications de la conjoncture socio-économique alliées aux évolutions des représentations sociales donnent une importance grandissante à la norme logement, comme symbolisation de l'intégration dans la société, elle précise :

> « Il faut avoir un logement pour être considéré par les autres et se sentir soi-même "comme tout le monde", c'est une obligation incontournable pour être intégré, une norme. Pour être accepté socialement, il ne suffit pas d'avoir un lien acceptable avec le monde du travail, mais il faut aussi avoir un logement. Sans logement on est méprisé, rejeté, exclu. Avec un logement qui n'est pas à soi, on se sent inférieur, mal intégré. »[10]

Les personnes sans-domicile ne rentrent généralement ni dans la norme travail – rares sont-elles à exercer une activité professionnelle contractualisée –, ni dans la norme logement. Ce double écart à la norme place les individus sans-domicile dans une position doublement dévalorisée et ainsi « apparaissent comme une population marginalisée, même parmi les pauvres »[11]. À la suite d'Alexandre Vexliard[12], nous refusons l'argument psychologique selon lequel l'absence d'hébergement des personnes vivant dans la rue serait avant tout le symptôme extrême d'une pathologie mentale et avançons un argument

---

[7] PAUGAM Serge, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1997.
[8] CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1996.
[9] BRESSON Maryse, « Exclusion et "norme Logement". Pour une étude des représentations associées à la question sociale », *Sociétés contemporaines*, 28 (1), 1997, pp. 111-126.
[10] BRESSON Maryse, *Les SDF et le nouveau contrat social : l'importance du logement pour combattre l'exclusion*, Paris, 1997, p. 5.
[11] BRESSON Maryse, « Exclusion et "norme Logement". Pour une étude des représentations associées à la question sociale », *art. cit.*, 1997, p. 123.
[12] VEXLIARD Alexandre, *Le clochard: étude de psychologie sociale*, Bruges, Desclée de Brouwer, 1957.

d'ordre social. Les circonstances qui conduisent à la perte d'un hébergement sont hétéroclites et nombreuses, les plus communes étant les ruptures conjugales avec départ du domicile, la fin de l'hébergement parental ou l'arrivée en France pour les migrants[13]. Les parcours de rue sont tout aussi hétérogènes et comportent des durées allant d'une nuitée à plusieurs décennies. Comme le précise Pascale Pichon, « l'expérience de la perte du domicile risque de sembler univoque alors qu'elle recouvre en fait une diversité d'épreuves, d'événements et un processus tantôt long, tantôt brutal de mise à distance de l'environnement familier »[14]. La multiplicité des parcours concoure à la difficulté de définir qui peut être considéré comme sans-domicile : ils sont jeunes ou vieux, français ou étrangers, hommes ou femmes, avec ou sans revenus, avec ou sans emploi, certains sont sans hébergement pour la nuit et d'autres depuis des dizaines d'années… et une telle liste pourrait se poursuivre encore longtemps en établissant toujours plus de différences entre des individus dont le seul point commun semble résider en leur défaut de logement personnel. Les contours du groupe social des personnes sans-domicile étant très flous, l'identification à ce dernier est épineuse, mais rendue possible par le partage de l'expérience de la vie à la rue ainsi que le sentiment d'appartenance à la construction sociale du « SDF »[15]. L'expérience de la survie reste généralement solitaire, bien qu'elle comprenne également des créations d'amitiés plus ou moins durables et des formations de couples. S'il est difficile de définir le groupe social des individus sans-domicile, un parallèle est à établir entre la définition du pauvre de Georg Simmel et la manière dont la société établit son rapport aux personnes sans-domicile :

> « C'est à partir du moment où [les individus] sont assistés, peut-être même lorsque leur situation pourrait normalement donner droit à l'assistance, même si elle n'a pas encore été octroyée, qu'ils deviennent partie d'un groupe caractérisé par la pauvreté. Ce groupe ne reste pas unifié par l'interaction entre ses membres, mais par l'attitude collective que la société comme totalité adopte à son égard. Par conséquent, la pauvreté ne peut, dans ce sens, être définie comme un état quantitatif en elle-même, mais seulement par rapport à la réaction sociale qui résulte d'une situation spécifique. »[16]

---

[13] BROUSSE Cécile, « Devenir sans-domicile, le rester : un problème lié à l'accès au logement ou à la rupture des liens sociaux et familiaux ? », *Economie et statistique*, 391-392, 2006, p. 39.

[14] PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », *Communications*, 73 (1), 2002, p. 11.

[15] PICHON Pascale, « L'avènement de la reconnaissance publique : "je suis SDF" », *in* ETIENNE SAVOIE, *Les noms que l'on se donne : processus identitaire, expérience commune, inscription publique*, L'Harmattan, Paris, 2001, p. 98.

[16] SIMMEL Georg, *Les pauvres*, Paris, PUF, 1998, p. 97.

Il en va en effet de même pour les individus sans-domicile : l'attitude collective adoptée à leur égard est l'élément constitutif principal de leur existence en tant que groupe social. C'est la situation particulière dans laquelle ils se trouvent, en l'occurrence leur absence de logement, qui les rassemble comme une catégorie unifiée. Il ne s'agit pas forcément ici de la relation d'assistance, puisque de nombreuses personnes sans-domicile n'ont pas droit aux aides sociales françaises, et d'autres les refusent. En conséquence, il s'agit de « comprendre les sans-domicile non pas ethnographiquement comme un groupe particulier, mais analytiquement comme la cible d'un système de prise en charge »[17]. L'ensemble de la population logée semble adopter à leur encontre une attitude collective, tantôt empreinte de pitié, tantôt d'appréhension et tantôt de culpabilisation. Ces conduites se retrouvent, nous le verrons, dans celles des soignants envers les personnes sans-domicile, et influencent leurs interactions. Les expériences des personnes sans-domicile sont pourtant toutes différentes et le groupe lui-même « se vit comme hétérogène, chacun tenant à se différencier de celui qu'il considère comme tombé plus bas que lui »[18], comme ultime forme de protection de soi et de son identité. Nous avons cherché à rendre compte de la disparité des parcours de vie se regroupant sous le dénominatif de sans-domicile. Pour ce faire, nous avons multiplié les sites d'observation et les entretiens et adoptons, pour la suite du texte, la définition de l'Eurostat établie par Cécile Brousse :

> « Une personne est dite sans-abri si elle n'a pas accès à un logement qu'elle pourrait raisonnablement occuper, que ce logement soit légalement sa propriété ou qu'il soit loué ; fourni par un employeur ; occupé sans loyer d'une manière contractuelle ou selon un autre arrangement. En conséquence, elle est obligée de dormir : à l'extérieur ; dans des bâtiments qui ne satisfont pas aux critères reconnus communément pour l'habitation ; dans un centre d'urgence dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives ; dans des centres de plus long séjour dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives ; […] dans un autre hébergement de court séjour ; chez des amis ou de la famille. »[19]

Cette définition élargit la seule absence de logement personnel à de nombreuses autres manières d'habiter des lieux prévus ou non à cet effet et c'est celle qui nous a paru la plus claire et la plus proche de l'objet d'étude que nous voulions circonscrire. Cependant, le terme de sans-domicile est privilégié car il met davantage l'accent sur le

---

[17] DAMON Julien, *La question SDF : critique d'une action publique*, Paris, PUF, 2002, p. 158.
[18] DAMON Julien et FIRDION Jean-Marie, « Vivre dans la rue : la question SDF », *in L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, p. 376.
[19] BROUSSE Cécile, « Définir et compter les sans-abri en Europe : enjeux et controverses », *Genèses*, 58 (1), 2005, p. 52. Définition initialement parue dans le rapport BROUSSE Cécile, « The production of data on homelessness and housing deprivation in the european union : survey and proposals », Working paper 04008, Eurostat/European Commission, 2004.

logement, comme lieu intime investi en tant que chez-soi, plutôt que sur la seule protection physique à laquelle renvoie l'abri. Les squats avec autorisation et les *bed-and-breakfast* ont été soustraits à la définition d'origine de Cécile Brousse, n'existant pas en France et nous y ajoutons les personnes hospitalisées ou incarcérées qui n'auront pas de solution d'hébergement à la sortie, ou encore les personnes disposant d'un logement mais qui ne sont pas en mesure d'en disposer, parce qu'elles en ont été expulsées par leur conjoint, leurs enfants, ou parce qu'elles y subissent des violences. Ce choix s'explique par les expériences similaires à celles des personnes sans-domicile que vivent celles dans ces situations. Au long de notre travail de terrain, nous n'avons retenu aucun critère de nationalité, de sexe ou d'âge, toutefois une attention particulière a été apportée à ces variables afin d'enrichir la diversité des situations prises en compte.

Sans-domicile & carrière de survie

La grande majorité des parcours de vie précédant l'entrée dans la vie à la rue sont ponctués par de nombreuses ruptures, des épisodes de vulnérabilité et de précarité sociales plus ou moins intenses, qui amènent à postuler que, si les individus n'étaient pas encore confrontés à la vie à la rue, ils n'en étaient pas bien loin. L'idée selon laquelle « ça peut arriver à tout le monde », ou encore « ça n'arrive pas qu'aux autres » mérite d'être remise relativisée et dans une perspective sociale, en termes de trajectoire et non d'accident unique qui entraînerait, du jour au lendemain, la perte du logement et l'entrée dans la vie à la rue. Cécile Brousse a montré que les trois quarts des personnes sans-domicile aidées sont originaires des classes populaires[20], et par là des groupes les plus fragiles, ayant le plus difficiles accès aux « protections rapprochées »[21] que sont la propriété et les liens sociaux de proximité, comme l'a théorisé Robert Castel. Katia Chopin et Édouard Gardella précisent :

> « Le sans-abrisme ne désigne pas une condition, sociale ou psychique, à laquelle certains individus seraient naturellement condamnés. Il pointe plutôt un processus, c'est-à-dire une chaîne d'actions qui conduisent des individus à devoir vivre, pour une durée variable, entre les espaces publics et les dispositifs d'assistance […]. La perspective du sans-abrisme se présente comme une critique des paradigmes de l'exclusion ou de désocialisation, quand ils

[20] BROUSSE Cécile, « Devenir sans-domicile, le rester : un problème lié à l'accès au logement ou à la rupture des liens sociaux et familiaux ? », *art. cit.*, 2006.
[21] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003.

font des personnes sans-abri des individus caractérisés par leur isolement et leurs pertes de repères spatio-temporels. »[22]

Les personnes vivant sans hébergement personnel gardent en effet des liens avec leur entourage, que ce soit des amis ou des membres de leurs familles, bien s'il s'agisse souvent de liens ténus. De plus, les stratégies identitaires et de survie qu'ils emploient les écartent de l'image entièrement dépersonnalisée qu'en donnent certains auteurs. La perspective de la sociologie compréhensive aide à appréhender ces éléments, en refusant d'exproprier les personnes sans-domicile de leur place d'acteur et en interrogeant, en premier lieu, le sens qu'elles donnent à leurs actions. Un angle d'approche plus macro-sociologique risque de donner une image biaisée de leurs pratiques et la manière dont est traitée, en France, la question sociale des personnes vivant sans logement conduit à une représentation, aujourd'hui dominante, de la personne sans-domicile comme :

> « Une individualité sans attache, littéralement aux bords du monde [dont l'image] repose sur une équation simpliste qui établit une relation causale entre précarité socioéconomique extrême et défaillance de la capacité d'être au monde. Les personnes sans abri sont ainsi conçues comme des identités dépourvues de conscience de soi et d'individualité propre. »[23]

L'observation des pratiques et des conduites des personnes sans-domicile à propos de leur corps, de la santé, ou encore du temps, permet de démentir très rapidement leur image d'« individu perdu »[24], étranger au monde autant qu'à eux-mêmes et de mettre en lumière qu'au lieu de perdre leur rapport au monde, ils en développent un autre. La vie sans-domicile nécessite l'apprentissage de nouvelles compétences, de savoir-faire et de techniques pour que l'individu réussisse à se protéger de l'insécurité et des aléas de la vie à la rue. Il cherche également à protéger son identité, aussi bien celle qu'il cherche à transmettre aux autres que celle qu'il possède à ses propres yeux. Pour ce faire, il développe des habitudes et des stratégies, mais elles sont autant d'obstacles à la sortie de la rue, autant de risques d'y sombrer, ce qui crée un paradoxe mis en lumière par Pascale Pichon : « le "SDF" surmonte les épreuves de la rue mais franchit en même temps les

---

[22] PICHON Pascale, JOUVE Élodie et MAURIN Marine, *Les sciences sociales et le sans-abrisme: recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2013, 2013, p. 18.
[23] GIROLA Claudia, « Tenir malgré tout dans une vie à la rue », *Tumultes*, 43 (2), 2014, p. 55.
[24] DEWEY John, *The Later works, 1925-1953*, 1882, Carbondale, Etats-Unis d'Amérique, Southern Illinois university press, 1984.

étapes d'une carrière dont il aura de plus en plus de peine à sortir »[25]. Le concept de carrière développé par la tradition sociologique interactionniste invite à analyser les conduites individuelles en leur apportant une dimension chronologique et en mettant de la sorte l'accent sur leurs évolutions. Il articule les dimensions subjectives et sociales de la définition de l'individu par lui-même et par le groupe. Pour Erving Goffman, la richesse du concept de carrière se trouve dans l'ambiguïté qui le compose, entre d'un côté le sens intime donné par l'individu à son propre parcours, sa propre image et son identité pour lui-même, et de l'autre l'intégration de ces éléments sur la scène des relations sociales. « Le concept de carrière autorise un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social »[26]. Pour caractériser l'expérience de la vie sans hébergement personnel, nous utiliserons le concept de carrière de survie développé par Pascale Pichon :

> « Le terme de *carrière* de survie spécifiera ici un ensemble d'activités : chercher une place où dormir, se procurer de la nourriture ou un repas auprès des institutions caritatives diverses, pratiquer la quête pour se procurer des biens de première nécessité, mais aussi construire des liens de sociabilité efficaces auprès des bénévoles, des professionnels et surtout auprès de ceux qui se trouvent dans la même situation. La notion de *carrière de survie* rendra compte de la totalité de l'expérience sociale du sans-domicile, expérience extra-ordinaire, tout entière centrée sur la résolution des problèmes les plus triviaux. »[27]

L'objectif de la carrière de survie est de lutter contre l'abandon de soi grâce au maintien de soi, qui sont les deux versants de la vie à la rue. Le maintien de soi correspond aux activités spécifiques que les individus utilisent à la fois pour assurer la survie de leur corps et continuer à transmettre une image de soi contrôlée, ce qui leur impose de gérer l'angoisse de la vie dans des conditions extrêmes. Lorsque les stratégies de maintien de soi échouent, l'individu encoure le risque de l'abandon de soi, qui se traduit par la « perte du souci de soi »[28].

---

[25] PICHON Pascale, « Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans-domicile fixes », *Sociétés contemporaines*, 30 (1), 1998, p. 104.
[26] GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 179.
[27] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue : sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010, p. 52/53.
[28] PICHON Pascale, *Survivre sans domicile fixe. Etude socio-anthropologique sur les formes du maintien de soi.*, thèse de doctorat de sociologie, Université Lyon 2, 1995.

Face, stigmate & rôle social

Dans les expériences de survie à la rue, les efforts pour assurer le maintien de soin sont à mettre en relation avec le concept de face, défini par Erving Goffman comme :

> « La valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. […] En général, l'attachement à une certaine face, ainsi que le risque de se trahir ou d'être démasqué, expliquent en partie pourquoi tout contact avec les autres est ressenti comme un engagement. La face portée par les autres participants ne laisse pas non plus indifférent, et, quoique de tels sentiments puissent différer par le degré et la direction de ceux que l'on éprouve pour sa propre face, ils n'en constituent pas moins, de façon tout aussi immédiate et spontanée, une participation émotionnelle. »[29]

Les individus orientent leurs interactions en fonction de la face qu'ils essaient de conserver et mettent en place de multiples stratégies pour ne pas perdre la face et faire bonne figure. Lorsqu'ils entrent dans un cadre d'interaction, ils sont pris dans une mise en scène qui comporte ses règles propres. Les efforts et stratégies pour conserver leur face sont d'autant plus importants quand ils sont en situation de vulnérabilité et de fragilité identitaire. Certaines personnes sans-domicile cherchent à éviter les interactions de soin, s'ils estiment le risque d'y perdre la face important, malgré leur volonté de se faire soigner. Le concept de face présente une pertinence considérable dans l'analyse des interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Ces derniers sont dans une position stigmatisée, c'est-à-dire qu'une image négative leur est attribuée et occasionne de nombreuses discriminations à leur égard. Le stigmate marque la différence entre les individus stigmatisés et les normaux. Erving Goffman le définit ainsi :

> « Le mot de stigmate servira à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. L'attribut qui stigmatise tel possesseur peut confirmer la banalité de tel autre et, par conséquent, ne porte par lui-même ni crédit ni discrédit. »[30]

Les personnes partageant un même stigmate ne voient pas leur image discréditée lorsqu'ils interagissent entre eux. C'est lorsqu'une personne porte un stigmate et interagit avec d'autres, qui n'en ont pas, que son identité risque d'être dévalorisée, que son stigmate soit directement visible ou non aux yeux des normaux. « Le normal et le stigmatisé ne sont

---

[29] GOFFMAN Erving, *Asiles*, *op. cit.*, 1968, p. 179.
[30] GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975, p. 13.

pas des personnes mais des points de vue »[31]. Erving Goffman propose d'analyser la suite d'adaptations personnelles de l'individu stigmatisé sous la forme d'un itinéraire moral. Il s'agit d'abord de l'apprentissage et de l'intégration du point de vue des normaux et donc de l'image de soi que lui propose la société. Puis l'individu entre dans une phase d'apprentissage où il prend peu à peu conscience de son stigmate et de ses conséquences. Ces étapes correspondent à celles de la carrière de survie des personnes sans-domicile qui apprennent concurremment à vivre à la rue et à négocier leur nouvelle image sociale discréditée. L'attribution d'une identité stigmatisée correspond à la désignation décrite par Ruwen Ogien. Lorsqu'un individu est désigné, dans notre cas comme sans-domicile, sans-abri, SDF ou encore clochard, il subit par là un processus au cours duquel ses interactants lui assignent des caractères, généralement dévalorisés et dévalorisant, et « cette procédure est traductible dans un système d'attitudes (évitement, enfermement, mépris, respect) qui devient la "réalité" du monde social de la personne désignée »[32]. Les analyses interactionnistes ont montré que l'individu se présente toujours différemment car il s'adapte continuellement à la situation et à son ou ses interlocuteur(s). La variation et la succession des rôles de l'individu selon les moments et les circonstances de ses interactions conditionnent son existence sociale. Pour William James, « un homme a autant de moi sociaux qu'il y a d'individus à le "connaître" et à se faire de lui une idée ou une opinion quelconques »[33]. Les observations de terrain regorgent de situations qui confirment cet argument : les soignants ne se comportent pas de la même manière lorsqu'ils ont pour interlocuteur un collègue ou un patient ; de même, les personnes sans-domicile n'agissent et ne réagissent pas identiquement face à un travailleur social, un ami ou un médecin.

Le rôle du patient a été théorisé par Talcott Parsons avec pour élément central que le malade doit « vouloir aller mieux »[34]. Il n'attribue cependant au malade qu'un rôle très passif : il doit se conformer à ce que l'on attend de lui, alors que le médecin va contrôler la déviance à la norme que constitue sa maladie. Les analyses plus récentes tendent à accorder davantage d'autonomie et une dimension plus stratégique aux conduites des soignés. Claudine Herzlich et Janine Pierret précisent que « l'attitude du malade obéit à une logique propre, irréductible à celle des professionnels mais à laquelle il n'y a pas lieu

---

[31] *Ibid.*, p. 161.
[32] OGIEN Ruwen, *Théories ordinaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 1983, p. 35/36.
[33] JAMES William, *Précis de psychologie*, Paris, M. Rivière, 1939, p. 263.
[34] PARSONS Talcott, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, p. 236.

de refuser sa rationalité »[35]. Nous avons cherché à comprendre les pratiques de santé des personnes sans-domicile en partant du postulat qu'elles répondent bien à une forme de rationalité, ce qui nous a amené à interroger leurs représentations de la santé, du corps, du temps, puis à les mettre en relation avec celles des soignants.

Les représentations de la santé, du corps, du temps & les malentendus

Les représentations mobilisées par les différents acteurs du soin que sont les patients sans-domicile et les soignants sont dissemblables, ce qui implique de les analyser afin de mieux comprendre ce qui se joue au cours de leurs interactions. Les rapports des individus au corps, à la santé et à la maladie ainsi qu'au temps, sont forgés par leurs expériences passées et présentes. Les soignants modifient leurs représentations au fur et à mesure de leur formation puis de leurs expériences professionnelles. Ils en arrivent à concevoir d'une manière particulière ce qu'est la santé, les relations avec le corps et les temporalités du soin. Les personnes sans-domicile adoptent également d'autres rapports à la santé, au corps et au temps au cours de leur carrière de survie. Monique Membrado annonce :

> « On ne peut ignorer que les médecins ne sont pas les seuls à alimenter les représentations de la santé et de la maladie ; les patients participent par leurs comportements, leurs demandes, à la reproduction et à la perdurance de ces représentations. Ne pas tenir compte de cette intrication dans la relation, d'éléments "savants" et profanes de ce renvoi en miroir de l'image que les uns ont des autres, contribue à réduire la complexité des pratiques à la simplification abusive d'un rapport de pouvoir. »[36]

Cette analyse s'applique également aux représentations du corps et du temps qui se retrouvent dans le soin. Pour ne pas tomber dans le piège d'une simple réduction aux enjeux de pouvoir entre soignants et soignés sans-domicile, nous avons suivi Monique Membrado pour chercher à identifier la manière dont les personnes sans-domicile participent à la subsistance ou au renouveau de ces représentations. Il fallait ainsi d'abord identifier les leurs et les mettre ensuite en perspective avec celles des soignants. Les seconds bénéficient de leur position d'experts de la santé et, par là, du corps, tandis que les

---

[35] HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1990, p. 250.
[36] MEMBRADO Monique, « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *Ethnologie française*, 23 (4), 1993, p. 527.

premiers sont perçus comme incapables de gérer leur corps et leur état de santé. Leurs savoirs, issus des domaines scientifiques et techniques pour les soignants, de leurs expériences pour les soignés sans-domicile, connaissent la même inégalité de légitimité et renvoient à l'opposition entre profane et expert. Eliot Freidson souligne :

> « En instituant un monopole sur son exercice, la médecine a obtenu une juridiction quasi exclusive pour déterminer ce qu'est la maladie et, partant, elle définit comment il faut se comporter pour être considéré comme malade. […] Pour autant qu'elle fait autorité sur ce qu'est "vraiment" la maladie, la médecine crée les possibilités sociales de se conduire en malade. »[37]

Les personnes sans-domicile ne partagent pas la même définition de la maladie que les soignants et, par conséquent, ne se conduisent pas en malade au sens attendu par ces derniers. Cependant, et dès la phase exploratoire de notre terrain, nous avons pu remarquer que, si les personnes sans-domicile n'adoptent pas forcément le rôle de malade prescrit par l'autorité médicale, ce n'est pas à cause d'un perpétuel et entêté refus de soin. Bien au contraire, de nombreux individus vivant dans la rue expriment des demandes de soin. Toutefois, elles ne semblent pas correspondre à ce que l'intervention médicale leur propose. Les savoirs des personnes sans-domicile sur leur propre santé et sur leur corps ne sont généralement pas reconnus comme tels par les professionnels de santé. S'en remettre entièrement aux soignants n'est pas une tâche aisée car, à l'instar de ce que montre Régine Bercot à propos de l'hôpital, « pour le malade, tout d'abord, l'accès à l'hôpital représente une sorte de dépouillement de la position d'acteur. Entrer à l'hôpital, c'est s'en remettre aux experts »[38]. Les consultations médicales en libéral offrent de la sorte une plus importante marge de manœuvre aux patients car, s'ils subissent l'inégalité de leur légitimité au sein de l'interaction de soin, une fois sortis du cabinet, ils reprennent leur place d'unique décideur de leurs actions. Néanmoins, la demande de soin qui a déclenché leur consultation risque de ne pas être satisfaite. Il importe alors de prendre en compte les différentes dimensions du soin, car, comme l'écrit Marcel Calvez :

> « [Le soin] se déchiffre également par les représentations qui lui sont associées, que ce soit dans les modèles professionnels qui sont conçus avec des finalités d'aide à la prise en

[37] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 211.
[38] BERCOT Régine, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, 5 (1), 2006, p. 38.

charge médicale ou d'accompagnement de fragments de vie ou dans les principes culturels qui donnent un sens aux activités. »[39]

Les décalages tangibles entre les représentations des soignants et des soignés sans-domicile, ainsi que sur le sens qu'ils donnent à leurs activités, aboutissent à de nombreux malentendus. Vladimir Jankélévitch définit le malentendu comme un presque-rien[40] dans la relation inter-individuelle, presque-rien dont les conséquences risquent d'être importantes. Elles ne se dévoilent pourtant que par la suite, car les individus n'ont pas immédiatement conscience du malentendu, qui est « une chose qui *se révélera*. Le malentendu est toujours pour demain »[41]. Lorsqu'un individu se sait mal compris, il ne s'agit plus d'un malentendu, mais d'un mensonge ou d'une duperie. Vladimir Jankélévitch sépare le malentendu en deux grandes variétés : celle où la victime n'a, de bonne foi, pas conscience de ce dernier ; et celle où elle « fait plus ou moins exprès de "marcher" »[42]. Ces variétés se divisent chacune en deux, ce qui nous amène à quatre types de malentendus. Le double malentendu correspond aux situations les plus épineuses, car les interlocuteurs se sont mal compris et n'en sont pas conscients. Les solutions à cette situation sont donc difficilement atteignables puisqu'elles nécessiteraient, en premier, lieu la découverte du malentendu. La deuxième forme de malentendu est la tromperie : un interlocuteur est mécompris et en a conscience, alors que l'autre ne s'en rend pas compte. Le malentendu bien entendu se rapporte à la situation dans laquelle la victime de la tromperie est consciente de celle-ci, mais le dissimule. Enfin, le malentendu doublement bien entendu renvoie aux situations où les deux interlocuteurs savent qu'il y a eu malentendu, et que l'autre en a conscience, sans pourtant chercher à le dissiper. Ces malentendus se retrouvent sous différentes formes dans l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile.

Sylvie Fainzang a mis en exergue les « mal-entendus »[43] existant entre les médecins et leurs patients à propos des essais cliniques. L'asymétrie des savoirs et des positions, dans cette relation spécifique, favorise l'incompréhension. Tandis que les patients ne comprennent pas toujours ni la teneur, ni l'intérêt, ni les implications des essais cliniques

---

[39] CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 43.
[40] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, Paris, Seuil, 1980.
[41] *Ibid*., p. 210.
[42] *Ibid*., p. 212.
[43] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

auxquels ils prennent part, ils ne se sentent pas autorisés à les questionner. Il se crée alors parfois un « dialogue de sourds »[44] où chacun croit comprendre et réagit en fonction, tout en se basant sur une interprétation erronée des réactions de l'autre. Les mots utilisés dans les échanges sont créateurs de malentendus, simplement parce que médecins et patients ne les comprennent pas de la même manière, sans souvent s'en rendre compte, et l'incompréhension entraîne une montée de l'inquiétude des patients. De surcroît, les médecins tendent à donner de plus amples et plus précises informations sur les pathologies et les traitements aux patients dont ils évaluent le bagage médical comme plus important. Or, celui des malades sans-domicile est généralement très déprécié et on remarque ainsi une autre forme de perpétuation de leurs malentendus et de leurs inégalités de légitimité. Les incompréhensions de langages ne sont qu'une dimension des malentendus entre soignants et patients, Sylvie Fainzang précise :

> « Par-delà la connaissance du jargon médical, un autre problème de langage récurrent dans la communication médecin/malade est l'usage de termes dont l'incompréhension résulte du fait que le lieu d'où chacun parle n'est pas le même – autrement dit, du fait que leur position, leur regard et leur expérience ne sont pas identiques à l'égard de la maladie. »[45]

Les malentendus entre soignants et soignés sont diffus et traversent les différentes dimensions de leurs interactions. Leurs inégalités, en termes de positions sociales et de légitimité, s'y surajoutent, ce qui entraîne des conséquences parfois désastreuses sur le soin des personnes vivant dans la rue. Ces conséquences cherchent pour autant à être évitées par les deux parties. Elles ont des répercussions directes sur la qualité du soin des personnes sans-domicile et mettent en péril les valeurs des soignants. Ce qui risque d'exacerber leur manque de reconnaissance au cours de ces interactions difficiles. Pour y pallier, il leur est alors nécessaire d'entamer un processus de négociation pour arriver à un compromis.

La négociation & le compromis

L'intervention médicale met toujours en relation au moins deux individus avec des places, des expériences et des expertises différentes : au moins un soignant et au moins un patient qui n'auront que rarement les mêmes vues et les mêmes attentes de l'interaction de soin. Leurs malentendus naissent précisément de leurs différents points de vue et risquent

[44] *Ibid*., p. 129.
[45] *Ibid*., p. 137.

d'entraîner un affrontement de leurs représentations, voire un conflit. Eliot Freidson invite à utiliser la dimension conflictuelle de l'interaction entre professionnels du soin et patients comme angle d'analyse :

> « Étant donné les points de vue des deux mondes, profane et professionnel, ils ne peuvent jamais coïncider exactement ; ils sont toujours en conflit, au moins latent. Ce que je veux dire, c'est que la manière la plus simple d'envisager l'interaction thérapeutique est celle qui envisage le conflit […]. Il faut donc considérer l'interaction dans le traitement comme une sorte de négociation aussi bien que comme une sorte de conflit. »[46]

Si le conflit est toujours latent lors de la confrontation de positions et de représentations si éloignées, soignants et soignés sans-domicile cherchent généralement à éviter qu'il n'éclate et préfèrent entamer des négociations. Qu'elle soit explicitement définie comme telle ou non, c'est bien la volonté des acteurs que de s'engager plutôt dans un processus de négociation que dans un conflit. Christian Thuderoz précise que « la négociation est ainsi une activité sociale qui se comprend immédiatement […] comme le *négatif* d'une autre. Elle est fondamentalement un "ne pas" : ne pas imposer seul, ne pas décider sans concerter, ne pas faire prévaloir son seul intérêt, ne pas maximiser son gain au détriment de la relation »[47]. Les négociations entre soignants et soignés sans-domicile traduisent donc le choix de ne pas laisser le conflit s'envenimer en lui préférant une démarche de pourparlers et d'ajustements mutuels. Elles affirment également une volonté des deux parties de préserver leur relation. En effet, un conflit a toutes les chances de briser les liens qui s'étaient peut-être tissés entre eux et de faire avorter ceux qui auraient pu se créer par la suite. Marcel Calvez affirme :

> « Dans cette perspective, le soin peut être regardé comme le produit d'un processus d'ajustement et de négociation entre les différents acteurs qui participent à la situation. C'est pourquoi il est préférable de parler de négociation du soin plutôt que de soin négocié, ce qui met l'accent sur les interactions et les ajustements entre acteurs qui concourent à la production du soin. »[48]

Les négociations du soin résultent des actions et réactions des acteurs les unes en fonction des autres, ce qui les rend à la fois toujours temporaires, fragiles et limitées.

---

[46] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 318.
[47] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ? : sociologie du compromis et de l'action réciproque*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010, p. 42.
[48] CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *op. cit.*, 2014, p. 47.

Anselm Strauss[49] a montré comment les individus faisant face à la maladie chronique doivent intégrer cette nouvelle donnée dans leur trajectoire de vie et ainsi reconstruire leur identité en y intégrant les changements induits par leur pathologie. Ils se voient contraints de recomposer leurs routines et leurs projets. Il met en lumière les oppositions entre le monde profane des patients et le monde professionnel des soignants qui, en se rencontrant, négocient pour créer un nouvel ordre, un ordre négocié. Or, ce dernier n'est que transitoire, il est aussi fugace que les négociations et est donc en perpétuelle construction et évolution. Les compromis qui en résultent sont tout aussi éphémères, mais ils permettent aux personnes sans-domicile d'être soignées, dans des conditions qui leur conviennent globalement, et aux soignants d'exercer leur activité professionnelle tout en se protégeant. Georg Simmel avançait déjà que le compromis est à la base de l'ensemble des activités quotidiennes des individus :

> « Tout échange de choses est un compromis – et voilà bien en quoi les choses sont plus pauvres que ce qui est seulement psychique : les échanger suppose toujours une privation et un renoncement, tandis qu'on peut échanger de l'amour et tous les contenus intellectuels sans qu'il soit nécessaire de payer cet enrichissement par un appauvrissement. »[50].

Les processus de négociation et les compromis qui en résultent permettent en effet aux soignants et soignés sans-domicile d'échanger leurs représentations, de les enrichir, et surtout de ne pas souffrir des conséquences négatives du conflit. Le compromis entre soignants et soignés sans-domicile prend différentes formes et se concentre sur différents éléments – traitements, horaires, intervention médicale –, mais il semble qu'il a toujours pour objectif de préserver la sécurité ontologique de chacun. Pour Anthony Giddens, « la vie quotidienne suppose une sécurité ontologique qui est l'expression de l'autonomie de contrôle corporel dans des routines prévisibles »[51]. Ils orientent ainsi leurs interactions afin que leur issue permette à chacun de rester autonome dans le contrôle de son corps et puisse perpétuer les routines selon lesquelles il fonctionne habituellement, les routines de la rue pour les uns, les routines professionnelles pour les autres. La démarche de recherche que nous avons choisie consiste à discuter ces apports théoriques à l'aune des données de terrain.

---

[49] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.
[50] SIMMEL Georg, *Le conflit*, Belval, Circé, 2003, p. 143/144.
[51] GIDDENS Anthony, *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 2012, p. 99.

Engagement, distanciation & méthodologie

La prise de distance avec les acquis, les connaissances et l'expérience du chercheur est nécessaire à la recherche et implique de se confronter aux réalités du terrain pour se rendre compte de ses préjugés et, par là, s'en distancier. Au commencement de ce travail, nous souhaitions travailler sur les différents obstacles à l'accès aux soins des individus sans-domicile fixe. L'angle d'approche du problème était plutôt militant, voire même déformé par nos préjugés à propos des soignants considérés comme écartant volontairement du soin les patients sans-domicile. Le travail de terrain nous a conduit à laisser cette approche de côté et à voir que le problème d'accès aux soins des individus sans-domicile comporte de nombreuses dimensions. Il n'est pas imputable à la seule mauvaise volonté de certains soignants. La particularité des sciences sociales, et plus particulièrement encore de la sociologie, réside en l'appartenance du scientifique à son objet d'étude. Il a lui-même, comme les individus qu'il observe et interviewe, une origine sociale et culturelle, un réseau de relations, une personnalité, des valeurs, dont il est impossible de se défaire pour mener une recherche purement objective. Il convient alors d'en prendre conscience et de conduire une démarche délibérément réflexive, afin d'en minimiser les incidences sur la recherche. La participation à certaines activités des médecins et infirmiers observés, a permis de faire face aux mêmes difficultés et réussites qu'eux et d'appréhender les sentiments qu'ils sont amenés à éprouver au cours de leurs interactions avec des patients sans-domicile. Cette tentative d'immersion dans les réalités quotidiennes des soignants nous a permis de transformer nos *a priori*.

La méthode de l'observation sociologique a été sélectionnée comme stratégie principale de recueil des données, complétée par celle de l'entretien semi-directif. La méthode de l'ethnographie multi-située développée par George Marcus[52] a été utilisée dans le but de saisir les différentes dimensions des interactions en fonction des divers cadres dans lesquels elles se déroulent. Plusieurs lieux d'observation ont été sélectionnés, avec le souci d'atteindre une variété de modalités d'interaction. Il s'agit d'un centre de soins, d'une structure d'hébergement médicalisée, de maraudes médicalisées nocturnes, d'accompagnements de personnes sans-domicile à leurs consultations médicales et d'un accueil de jour. Afin d'approfondir les données recueillies durant l'observation

[52] MARCUS George E., « Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography », *Annual review of anthropology*, 25, 1995, pp. 95-117.

sociologique, nous avons souhaité les compléter par des entretiens semi-directifs réalisés parallèlement avec des soignants et des individus sans-domicile. Nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'interroger des protagonistes qui ont été en interaction. Les entretiens semi-directifs ont pour principal objectif de recueillir ce que les interviewés disent de leurs interactions et leurs représentations liées au soin en général. Les méthodes de l'observation et de l'entretien ont été combinées afin « de dégager une cohérence de ce qui semble, à première vue, en être dépourvu »[53]. De nombreux auteurs incitent à aller au plus près des éléments que l'on cherche à analyser. Christian Thuderoz, invite, pour penser la négociation, à l'étudier « "à hauteur d'homme". […] En se plaçant du point de vue de ceux qui la pratiquent ordinairement »[54], pour pouvoir dégager le sens que les individus lui accordent, leurs expériences de celle-ci, les discours et les pratiques qu'ils élaborent. Les méthodes de l'observation sociologique et de l'entretien semi-directif sont détaillées dans le premier chapitre, ainsi que les sites d'observation et les interviewés.

Annonce du plan

La première partie traite des composantes du malentendu entre soignants et soignés sans-domicile. Leurs relations sont caractérisées par de nombreuses incompréhensions qui se basent notamment sur leurs rapports au temps, à la santé, à la maladie et au corps. Le temps de la carrière de survie et le temps du soin médical appartiennent à des logiques d'action différentes mais sont pourtant tous deux empreints d'une certaine urgence : l'urgence de la prise en charge médicale pour les uns et l'urgence de la survie pour les autres. Les conditions de vie des personnes sans-domicile et l'exercice professionnel des soignants les amènent à développer des rapports à la santé et à la maladie, au normal et au pathologique bien distincts. Enfin, leurs rapports au corps divergent et l'on observe une forme d'opposition entre les hyper-spécialistes de leurs corps que sont les individus sans-domicile et les hyper-spécialistes du corps et de la médecine que sont les soignants. Toutes ces représentations particulières créent et entretiennent leurs malentendus, qui sont autant d'écueils à l'établissement d'une relation de soin basée sur la confiance et satisfaisante

[53] FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, 15 (3), 1997, p. 8.
[54] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 11.

pour chacun. Néanmoins, ce type de relation est défini comme un préalable nécessaire aux soins pour les deux groupes d'interactants.

La deuxième partie s'attache à montrer les conséquences de ces malentendus sur leurs interactions. Soignants et soignés sans-domicile souffrent d'un manque de reconnaissance qui fragilise leurs identités, et ces fragilités tendent à s'accentuer mutuellement lorsqu'elles entrent en confrontation. Les personnes sans-domicile sont rendues vulnérables par leur expérience de survie qui ne leur accorde que peu de ressource pour garder une image positive d'eux-mêmes et transmettre aux autres celle qu'ils souhaiteraient communiquer. Les soignants, quant à eux, voient leurs valeurs et leur éthique mises à mal par leurs conditions de travail éprouvantes. Afin de se protéger de ces interactions potentiellement dangereuses, soignants et soignés sans-domicile cherchent à éviter l'approfondissement de leur relation, ce qui leur permet toutefois de continuer leur interaction, sans échanger de contenus qui pourraient les fragiliser. Les conflits sont alors plus ou moins tenus à distance mais restent latents, prêts à exploser à tout moment.

La troisième et dernière partie porte sur les issues possibles à cette situation compliquée qui, bien qu'elle permette une intervention médicale de base, reste un obstacle au soin plus poussé. Les personnes sans-domicile et les professionnels de santé développent différentes formes de négociation afin d'arriver à une coopération favorisant leur interaction. Elles portent en premier lieu sur des stratégies d'ajustement réciproque, où chacun essaie de s'adapter à l'autre et à son fonctionnement, tout en préservant sa propre sécurité ontologique. Ces négociations portent également sur les actes médicaux, les rôles et les cadres du soin. Elles aboutissent à une forme de compromis, aussi fragile et temporaire que leur relation.

Il se forme alors un paradoxe : alors que les négociations cherchent à pallier aux difficultés créées par les nombreux malentendus entre soignants et soignés sans-domicile, le compromis qu'ils mettent au point consiste précisément à maintenir ces malentendus. Il s'agit là du fil conducteur à démêler au cours de cette recherche.

CHAPITRE I

METHODOLOGIE

La recherche scientifique s'amorce par une interrogation et c'est parce que le chercheur se sent interpellé, qu'il va entamer une démarche de prise de distance et de réflexivité par rapport aux connaissances acquises, de recueil de données puis d'analyse. La présente recherche se fonde sur une approche uniquement qualitative et s'appuie sur les méthodes ethnographiques de l'observation sociologique et de l'entretien semi-directif. L'ensemble de l'étude se concentre sur la ville de Strasbourg : tous les lieux d'observation s'y trouvent et les personnes interviewées y vivent ou y travaillent. La particularité de cette agglomération est qu'elle se trouve à la frontière de la France et de l'Allemagne. De nombreux migrants y arrivent chaque jour, originaires d'Europe de l'Est, de la région du Caucase ou d'Afrique pour la plupart d'entre eux. Strasbourg a une bonne réputation auprès des personnes en errance, les dispositifs destinés aux personnes sans-domicile (en terme d'hébergement, d'aide alimentaire, vestimentaire et administrative) sont considérés comme étant de bonne qualité – bien que cette appréciation tende à se dégrader au cours des années. L'offre de soin y est conséquente : la ville comporte deux hôpitaux universitaires ainsi que plusieurs cliniques privées. Les cabinets libéraux médicaux et infirmiers sont également présents de manière importante dans toute l'agglomération. Il a été choisi de se concentrer sur cette seule ville afin de pouvoir approfondir au maximum notre connaissance du terrain. Au cours de ces années de recherche, nous avons pu appréhender les différents lieux d'hébergement et les associations qui proposent une aide aux personnes sans-domicile, les lieux de soins, spécialisés ou non dans la prise en charge de ces patients, et les réseaux de partenariat entre ces différents dispositifs. De plus, des relations ont pu se créer avec des interviewés qui sont devenus de précieux informateurs et qui nous ont aidée, grâce aux clefs de compréhension qu'ils nous ont apportées, à mieux connaître la réalité de la rue pour les uns et des institutions de soin pour les autres. Avant d'entamer une recherche scientifique, Gaston Bachelard rappelle :

> « Face au réel, ce qu'on croit savoir clairement offusque ce qu'on devrait savoir. Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés. Accéder à la science, c'est spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé. »[1]

Cette affirmation est d'autant plus vraie dans le cadre des sciences sociales. La richesse de la sociologie provient du fait que le chercheur est lui-même partie prenante de son objet d'étude, en tant que membre de la société. Il est influencé par ses sentiments, ses valeurs, ses expériences passées, au même titre que les individus dont il étudie les conduites. Toutefois, si les capacités de compréhension sont utilisées par le chercheur comme un mode d'acquisition de connaissance scientifique, il convient de s'en méfier. Il lui faut se distancier de son sujet d'étude afin d'atteindre une certaine objectivité. Le raisonnement scientifique ne devient possible qu'à partir du moment où l'opinion immédiate a été dissipée. C'est grâce à une réflexion théorique et un solide ancrage méthodologique que le sociologue analyse les données qu'il recueille. Pour Serge Paugam, « la construction d'un objet d'études passe par un ensemble de distanciations par rapport à soi et au choix initial du sujet de recherche, mais aussi par rapport aux prénotions »[2]. Avant le début de notre travail de terrain, le milieu médical nous était étranger et, au contraire, celui de la très grande précarité était déjà bien connu. Notre engagement militant nous poussait même à avoir des *a priori* plutôt négatifs sur les soignants, perçus comme étant réfractaires au soin des individus sans-domicile. Raymond Gold expose les deux risques auxquels le chercheur est confronté lors de ses observations :

> « À un extrême, l'ethnocentrisme se manifeste à chaque fois qu'un enquêteur ne peut pas ou ne veut pas entrer dans des interactions avec ses informateurs qui lui donnent accès au sens de ce qu'ils disent et font. Il rejette donc les vues des informateurs, en refusant de se porter à un point d'où leur compréhension soit possible. À l'autre extrême, un enquêteur qui "vire indigène" transgresse la relation de terrain en endossant littéralement comme siennes les vues des informateurs. Il perd tout sens de la distance et se met à mimer des rôles qu'il croit être conformes à l'idée qu'il se fait des indigènes. Dans l'un et l'autre cas, celui de l'extériorité à l'observé et celui de la fusion avec l'observé, la relation atteint son comble d'incompréhension. »[3]

Ces deux extrêmes sont en négociation constante tout au long de l'ethnographie et il est important de les garder à l'esprit afin d'atteindre la position la plus équilibrée et, par

---

[1] *Ibid*.
[2] PAUGAM Serge, *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2012, p. 53.
[3] GOLD Raymond, « Jeux de rôle sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », *in* CEFAÏ Daniel (éd.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003, p. 347.

là, la plus heuristique possible. Un travail de terrain approfondi nous a permis d'opérer ce que François Laplantine appelle une « révolution du regard »[4]. En effet, dès les premiers mois d'observation et d'entretiens informels, nous avons pu mieux appréhender les situations de soins des patients sans-domicile et découvrir que les soignants ne peuvent pas être tenus pour responsables de leur état de santé dégradé. La situation est bien plus complexe et ambivalente que notre première approche ne nous le laissait voir. Pour cette raison, nous avons décidé de nous concentrer sur l'étude des interactions entre soignants et soignés sans-domicile, car c'est vers cette problématique que s'est orienté, au fur et à mesure du terrain, notre questionnement. La particularité des sciences humaines est qu'elles se consacrent, dans leur effort de découverte, à l'étude de « sujets » et non d'« objets », comme le rappelle Norbert Elias :

> « Sur ce plan de la recherche, les hommes se rencontrent eux-mêmes aussi bien que les uns les autres ; les "objets" sont en même temps des "sujets". C'est la tâche des chercheurs en sciences sociales que de trouver les moyens de comprendre les configurations mouvantes que les hommes tissent entre eux, la nature de ces liaisons ainsi que la structure de cette évolution. Les chercheurs sont eux-mêmes inscrits dans la trame de ces motifs. Ils ne peuvent s'empêcher – car ils sont immédiatement concernés – de les vivre de l'intérieur ou par identification. »[5]

Le travail de terrain aide à la réflexivité, à la mise en perspective des données de terrain et à un équilibre entre engagement et distanciation. La perspective adoptée ici est celle de l'individu que nous considérons comme étant le seul véritable expert des situations auxquelles il doit faire face continuellement.

I) L'observation sociologique

La méthode de l'observation sociologique a été choisie car elle permet de se placer au plus près des expériences vécues par les individus. Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile sont au cœur de cette recherche, l'observation est la méthode qui nous semblait la plus adaptée pour appréhender leur déroulement et comprendre ce qui s'y joue. Pour Henri Peretz, « l'observation directe des personnes dans leurs activités

[4] LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, Paris, Nathan, 1996.
[5] ELIAS Norbert, *Engagement et distanciation : contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 1993, p. 24.

quotidiennes permet de découvrir les catégories qu'elles utilisent effectivement dans les situations et face aux individus pour caractériser ceux-ci selon leur propre perspective »[6]. Nous avons mis en œuvre des observations de type ethnographique sur le long terme, menées sans interruption lors de ce travail de recherche doctorale, afin de saisir les réalités et les représentations des soignants et des soignés sans-domicile avec autant de proximité que possible et de confronter continuellement nos analyses au terrain. L'entrée sur le terrain s'est faite de manière progressive, grâce aux relations que nous avons pu y tisser au fur et à mesure et avec lesquelles une confiance réciproque s'est instaurée. Le début de cette recherche a été marqué par de nombreux refus de la part de structures de soin (de services hospitaliers notamment) qui n'ont même pas accepté de nous rencontrer, en annonçant simplement qu'ils ne rencontraient jamais de patients sans-domicile. L'accès aux associations et aux structures prenant en charge des personnes sans-domicile a été plus aisé. Elles se caractérisent en effet par un certain militantisme ainsi que par une démarche volontaire de réflexivité et d'analyse de leurs pratiques qui les poussent à accueillir volontiers les apports des sciences sociales. L'observation sociologique apporte un angle de vue particulier qui favorise la découverte et l'étonnement. Cette position a une forte puissance heuristique, car comme l'écrit François Laplantine :

> « Rivés à une seule culture, nous sommes non seulement aveugles à celles des autres, mais myopes quand il s'agit de la nôtre. L'expérience de l'altérité (et l'élaboration de cette expérience) nous engage à voir ce que nous n'aurions même pas pu imaginer, tant notre attention a du mal à se fixer sur tout ce qui nous est tellement habituel que nous finissons par estimer que "cela va de soi". »[7]

Le chercheur se met alors délibérément en situation d'être surpris dans le but de découvrir de nouveaux éléments permettant de comprendre les phénomènes et cette surprise « vaut comme comparatisme en acte : si je suis surpris, c'est que je m'attendais à autre chose »[8]. Les acteurs n'ont pas forcément immédiatement conscience, lors de leurs interactions, des lignes de conduite qu'ils suivent. L'observation participante a pour vocation de les mettre à jour. Elle permet également d'ouvrir les horizons de compréhension du chercheur en le laissant entrevoir des logiques étrangères à la sienne et

---

[6] PERETZ Henri, *Les méthodes en sociologie : l'observation*, Paris, La Découverte, 2004, p. 22.
[7] LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, *op. cit.*, 1996, p. 11/12.
[8] BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010, p. 276.

en enrichissant par là le « champ des possibles »[9] des conduites qu'il comprend. L'observation, couplée à la méthode de l'entretien semi-directif, permet de mettre en exergue les différences entre les discours des interviewés et leurs actions effectives. Nous pensons qu'elle est la méthode la plus à même de saisir à la fois le contexte d'interaction, le sens que lui donnent les acteurs, les valeurs et rationalités qu'ils mobilisent. Les données ainsi recueillies sont d'une richesse inégalée par les autres méthodes d'acquisition du savoir en sciences sociales.

Notre âge et notre genre ont bien évidemment influé sur les types de relations qui se sont nouées avec les enquêtés. Les individus sans-domicile qui ont pris part à cette étude étaient en grande majorité des hommes plus âgés que nous. Les soignants sont plutôt des femmes, également plus âgées. Nous avons pu bénéficier d'une certaine bienveillance de leur part, notre position était en effet souvent perçue comme celle d'une jeune étudiante qu'il faut épauler dans ses études. Lors de notre entrée sur le terrain, nous avons informé toutes les structures et dispositifs de notre intention de recherche. Cependant, si les bénévoles et salariés des associations ou des structures étaient au courant de notre recherche doctorale, certains patients et soignants n'en ont pas forcément été informés, en fonction des spécificités de certains lieux d'observation. Il s'agit notamment de situations dans lesquelles nous avons accompagné des personnes à leurs rendez-vous médicaux. Les soignants nous ont parfois demandé pourquoi nous les accompagnions, nous nous sommes d'abord présentée comme bénévole ou salariée de la structure prenant en charge la personne accompagnée, puis avons expliqué notre objectif de recherche. Mais il est arrivé que les personnes ne demandent tout simplement pas qui nous étions. Il en va de même lors des observations où de nombreuses personnes sont rencontrées : seules celles avec lesquelles nous avons commencé des discussions plus poussées, formelles ou informelles, ont été averties de notre intention de recherche. Nous n'avons jamais caché volontairement notre statut de chercheur : les bénéfices que pouvaient apporter la confiance des observés nous semblaient bien plus importants que ceux qui auraient pu être apportés par une recherche clandestine. De nombreux questionnements éthiques sont inhérents à l'utilisation de données ainsi recueillies et amènent à une posture qui ne nous correspond pas. Cacher délibérément le but de notre présence nous aurait peut-être permis d'accéder à certaines des organisations qui nous ont fermé leurs portes, mais c'est un choix que nous n'avons

[9] COENEN-HUTHER Jacques, *Observation participante et théorie sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 15.

pas voulu faire, par souci d'honnêteté envers les enquêtés. Au demeurant, les années passées[10] sur le terrain et les relations qui s'y sont créées ont fait que les différents protagonistes n'avaient plus forcément à l'esprit notre but de recherche. Ils ont alors agi, nous semble-t-il, d'une manière tout à fait naturelle, en n'ayant plus forcément conscience d'être observés, mais sans toutefois être dupés sur nos véritables intentions.

Pour appréhender l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile dans ses différentes dimensions, ce qui s'y joue, ce en quoi elle peut être conflictuelle ou bâtie sur la négociation, nous avons cherché à prendre en compte la multiplicité des situations d'interaction possibles. Un lieu d'observation unique ne permettait pas d'approcher les diverses formes d'interactions, de conflits, de malentendus et de négociations qui forgent les relations de soin. Les observés sont conscients de cette pluralité et sont amenés, dans leur parcours de soin ou professionnel, à fréquenter différents dispositifs de soins et structures associatives. De la sorte, nous avons choisi de mener un travail de type ethnographique dans différents sites et nous basons ainsi sur le concept d'ethnographie multi-située développé par George Marcus :

> « L'ethnographie est un exercice de cartographie du terrain. Son but n'est pas d'atteindre une représentation holistique, un portrait ethnographique du système mondial comme une totalité. Elle soutient plutôt que chaque ethnographie d'une formation culturelle [*cultural formation*] dans le système mondial est aussi une ethnographie de ce système et, par conséquent, ne peut pas être comprise qu'en terme d'une mise-en-scène conventionnelle d'une recherche ethnographique uni-située, supposant ainsi que c'est la formation culturelle, produite dans plusieurs lieux différents, plutôt que les conditions particulières d'un ensemble de sujets, qui est l'objet d'étude. »[11]

En effet un travail d'ethnographie uni-situé, cherchant à dépeindre quasi-exhaustivement une formation culturelle, ne nous aurait pas permis de prendre en compte les tonalités multiples de l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile. Essayer de comprendre le plus finement cet objet d'étude supposait de s'intéresser à la pluralité des modalités dans lesquelles il prend forme. Pour Mark-Anthony Falzon, « l'essence de la recherche multi-située est de suivre les individus, les connections, les associations et les

---

[10] Nos recherches ont porté sur les personnes sans-domicile dès notre mémoire de licence. Le travail de recherche effectué pour notre mémoire de Master, portant sur le rapport au temps des personnes sans-domicile, avait pour terrain principal le centre d'hébergement médicalisé que nous décrivons dans la partie suivante. Nous avons rencontré dès cette période nos futurs informateurs, dont nos recherches ultérieures ont bénéficié. Cette thèse se fonde ainsi sur un travail de terrain de presque six années.

[11] MARCUS George, « Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography », *art. cit.*, 1995, p. 99, (traduction L.C.).

relations à travers les espaces (parce qu'ils sont substantiellement continus mais spatialement non-contigus) »[12]. Les espaces et les lieux sont dès lors considérés davantage comme des scènes, en co-construction sempiternelle par les acteurs, où s'incarne l'objet d'étude, plutôt que comme l'objet d'étude en lui-même. Les sites d'observation ont été choisis afin d'obtenir une palette des modalités de soins représentative de celles proposées aux personnes sans-domicile à Strasbourg : différents dispositifs et structures ont été sélectionnés afin d'observer les interactions entre soignants et soignés sans-domicile dans des lieux voués aux soins ou plutôt centrés sur la prise en charge de la vulnérabilité sociale. Nous avons aussi cherché à varier les organisateurs de ces structures pour prendre en compte à la fois les associations militantes et les services publics.

II) Lieux d'observation & posture de recherche

Selon les spécificités de fonctionnement de chaque site d'observation, différentes méthodes ont dû être employées afin de pouvoir s'adapter à chaque structure pour y mener des observations sans gêner leur fonctionnement et ainsi observer au mieux les réalités du terrain. Le positionnement que nous avons adopté lors de nos observations a pris diverses formes, car comme l'écrit Vered Amit, « c'est la circonstance qui définit la méthode plutôt que la méthode qui définit la circonstance »[13]. Il a donc fallu faire preuve d'une certaine souplesse dans l'observation pour s'immerger autant que possible tout en atténuant au maximum l'influence de notre présence sur les observés. Nous avons commencé cette étude de terrain par des observations à but exploratoire dans plusieurs structures de Strasbourg puis nous avons choisi d'en conserver quatre pour y mener un travail de terrain sur le long terme.

[12] FALZON Mark-Anthony, *Multi-sited ethnography: theory, praxis and locality in contemporary research*, Farnham, 2009, p. 1/2, (traduction L.C.).
[13] AMIT Vered (éd.), *Constructing the field: ethnographic fieldwork in the contemporary world*, Londres, Routledge, 2000, p. 10, (traduction L.C.).

1) Le centre de soins

Le premier lieu d'observation choisi est un centre de soins gratuits destiné aux personnes sans couverture maladie, qui n'ont par conséquent pas accès aux dispositifs médicaux étatiques. Cette structure a été choisie comme terrain d'observation car elle est l'un des lieux strasbourgeois dédiés au soin des personnes en grande précarité et nombre de ses patients sont sans-domicile. Ils sont alors hébergés par des tiers, par le 115[14] ou dorment dans la rue. Les personnes qui s'y rendent sont dans une démarche de soin : elles recherchent explicitement une aide médicale et décident de venir s'y faire soigner. Le centre de soins est organisé par une association humanitaire et les soins y sont gratuits. Il propose des soins infirmiers, des soins dentaires, des consultations de médecine générale, un suivi psychiatrique ou psychologique, des consultations de gynécologie, de dermatologie et de podologie, ainsi que d'un accompagnement social. Le centre offre également la possibilité d'effectuer des tests rapides d'orientation et de dépistage (TROD), qui permettent de déterminer si le patient est porteur du VIH en seulement quelques minutes. Le centre de soins est ouvert chaque matinée de la semaine pour les consultations médicales, infirmières et dentaires, et deux après-midi pour les rendez-vous avec l'assistant social. Le centre se trouve au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation au centre-ville et fonctionne presque exclusivement par bénévolat : on y compte deux salariés, une secrétaire et un assistant social. Des médecins, des infirmiers et des accueillants prennent en charge des personnes nécessitant des soins. Le centre est supervisé par une cadre

[14] Le 115 correspond au numéro de téléphone qui permet de contacter le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation départemental dédié à l'urgence (Siao-urgence), qui recueille les signalements de personnes en difficulté et réceptionne leurs demandes ou besoins. Cette plate-forme a également pour fonction de gérer les places d'hébergement d'urgence de la commune et de pourvoir à leur attribution. Les nuitées sont accordées au fur et à mesure, à l'unité la plupart du temps. Bien que le 115 soit censé garantir un accueil inconditionnel à quiconque fait une demande d'hébergement d'urgence, ce service est totalement saturé et ne réussit pas à répondre à toutes les demandes qui lui sont faites. La fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) indique qu'en janvier 2013, 55 % des demandes adressées au 115, n'ont pas donné lieu à un hébergement, en majorité suite à un manque de places et du fait que les places n'étaient pas adaptées aux situations des personnes (femmes, couples, personnes en fauteuil roulant ou ayant un chien…). En outre, selon une enquête menée par Médecins du Monde à Strasbourg, Lyon et Saint-Denis en janvier et février 2013, 51,6 % des personnes interrogées refusent les solutions proposées par le 115, d'abord à cause de la promiscuité et du caractère collectif de l'hébergement (à Strasbourg, les places hébergements d'urgence sont organisées en dortoir allant de quatre places à trente places), puis en raison de la durée de prise en charge trop courte (dans 84 % des cas, un hébergement est accordé pour une seule nuitée) et enfin par peur des violences ou des vols au sein de la structure. En 2014, l'inadéquation entre l'offre et le besoin d'hébergement d'urgence s'accompagne de la mise en place d'un roulement dans l'attribution des places : si une personne obtient une ou plusieurs nuitées d'hébergement, elle devra patienter environ une semaine avant de pouvoir en bénéficier à nouveau. Plus généralement, le terme « 115 » renvoie aux différentes structures et au dispositif d'hébergement d'urgence. Ainsi, lorsque quelqu'un explique « dormir au 115 » ou « être au 115 », il fait référence à ce type de prise en charge.

infirmière et un médecin, tous deux retraités. Les locaux sont composés d'un espace dédié à l'accueil des patients comprenant le bureau de l'assistant social où il reçoit les personnes qu'il suit ; une grande salle d'attente qui permet aux personnes de s'asseoir en attendant la consultation et d'une salle utilisée par les accueillants pour se mettre un peu à l'écart avec les patients lorsqu'ils ont besoin d'aide dans leurs démarches administratives ou pour créer les nouveaux dossiers. L'espace restant est consacré aux activités médicales et comporte une pharmacie, un cabinet de consultation utilisé par les podologues et les gynécologues, un cabinet infirmier, un bureau de consultation médicale et un cabinet dentaire. Les consultations avec le psychiatre ou les psychologues se font au premier étage, dans un bureau à côté des locaux administratifs de l'association.

Les données statistiques recueillies par l'association montrent que ses patients sont en quasi-totalité des migrants – 96 % des patients sont d'origine étrangère –, la plupart du temps sans papier – 50 % des patients sont en situation irrégulière au regard du séjour –, mais également des personnes françaises en rupture de droits auprès de la Sécurité Sociale. De manière générale, la patientèle du centre de soins est composée d'individus en très grande précarité et vulnérabilité. Ce dispositif ne cherche pas à se substituer aux dispositifs étatiques que sont les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, mais plutôt à pallier aux déficits de l'offre de soins proposée aux plus précaires et de contribuer ainsi à l'élaboration de dispositifs adaptés au soin de ces patients. Son objectif est défini comme suit dans son rapport d'activité 2013 : « faciliter l'accès à la prévention, aux soins et aux droits à une couverture maladie auprès des populations précaires, marginalisées, en grande souffrance physique et psychique ».

Lorsqu'un patient se présente au centre de soins, il est d'abord pris en charge par les bénévoles-accueillants. Ces derniers sont entre trois et quatre par jour et la plupart d'entre eux n'appartiennent pas au milieu médical. Ils ont pour mission d'écouter les demandes et besoins des patients puis de les orienter vers le spécialiste approprié. Un dossier social est établi par les accueillants pour chaque personne souhaitant consulter, il renferme des informations sociographiques et administratives – genre, date de naissance, nationalité, situation au regard du séjour, date d'arrivée en France –, sur les conditions de vie de la personne – solution d'hébergement, revenus éventuels – ainsi que sur ses droits théoriques et effectifs à la Sécurité Sociale. De même, un dossier médical est instruit, afin de répertorier les différentes informations médicales – traitements suivis, antécédents – et

les actes effectués ou traitements prescrits. Ces dossiers permettent la transmission des informations entre les bénévoles, en effet, chaque jour, une autre équipe de bénévoles se relaye et la consultation du dossier permet d'éviter au patient d'avoir à relater son parcours ou à exposer ses difficultés à chaque consultation.

Entre vingt et trente personnes sont prises en charge chaque jour par les différents bénévoles et salariés. Les médecins généralistes reçoivent en moyenne une dizaine de patients par matinée et si la demande médicale est importante, il en est de même de la demande d'accompagnement dans les démarches d'accès aux droits. Les accueillants prennent en charge une partie de ces demandes d'ordre social, celles auxquelles il est possible de répondre rapidement – demande d'aide alimentaire, vestimentaire, aide à la rédaction d'un document ou pour remplir un dossier de demande d'aide… – et les situations les plus complexes sont gérées par l'assistant de service social. Les consultations de médecine générale se déroulent sous forme de permanence mais les consultations de spécialistes s'effectuent sur rendez-vous.

L'association gérant le centre de soins est très exigeante envers ses bénévoles. Elle en attend un professionnalisme important et exige qu'ils adhèrent tous aux valeurs qu'elle promeut. Au cours de ces quatre années de terrain, nous avons pu assister à des situations où de nouveaux bénévoles se sont vus donner congé car leur attitude envers les patients ou les autres bénévoles ne correspondaient pas aux attentes de l'association. De plus, des démarches réflexives sont entamées avec les bénévoles afin de les amener à un questionnement et une analyse continus de leurs pratiques.

Les observations menées ont permis d'appréhender la manière dont les patients sont reçus, d'abord par les accueillants, puis par les infirmiers, médecins ou spécialistes. Le lieu étant relativement restreint, il permet l'observation des conduites de chacun pendant le parcours de soin du patient, c'est-à-dire de son arrivée à sa sortie, en passant par la salle d'attente et la consultation. Les interactions entre patients et accueillants et entre patients et soignants y ont été observées et des entretiens formels et informels s'y sont déroulés.

Les observations ont été menées au sein du centre de soins en tant que bénévole accueillante. Nous avons ainsi pris part aux activités de l'association de la même manière que les autres bénévoles et en suivant la même procédure d'entrée sur le terrain. Un *curriculum vitae* et une lettre de motivation sont demandés à chaque personne intéressée

par le bénévolat. Le futur bénévole est rencontré afin d'établir quels sont ses objectifs et motivations et lui expliquer son rôle futur si sa candidature est retenue. Nous avons suivi ce protocole pour intégrer l'association en tant que bénévole. Notre travail de recherche intéressait l'association qui prône une démarche réflexive sur ses propres activités. Notre rôle au centre de soins était d'accueillir les personnes qui s'y rendent et de les orienter vers la consultation adaptée à leurs besoins. De nombreuses démarches sociales ont été effectuées avec les patients, il s'agit notamment de la constitution de dossiers de demande d'aide médicale d'État (AME) ou de Couverture Maladie Universelle (CMU[15]), ou lors de démarches administratives en termes d'aide alimentaire et vestimentaire notamment. La traduction d'échanges entre des soignants et des patients non-francophones lors de consultations médicales ou infirmières était également une de nos missions.

2) Les maraudes

Les maraudes consistent au déplacement d'une équipe de bénévoles à travers la ville, au cours de la soirée et de la nuit, à la rencontre des personnes vivant dans la rue. Elles apportent une aide alimentaire et vestimentaire – gants, bonnets, chaussettes,

[15] Il s'agit des différents dispositifs du système de soin français spécifiquement destinés à la prise en charge des soins des personnes n'ayant pas ou peu de ressources et de celles n'ayant pas de titre de séjour :
La CMU a pour vocation de faciliter l'accès aux soins des individus à faible niveau de revenus grâce à un remboursement des actes médicaux et des traitements aux mêmes taux que les autres assurés. Elle s'adresse en priorité aux personnes françaises ou étrangères en condition régulière de séjour sur le territoire et résidant en France de manière stable depuis au moins trois mois. Pour bénéficier de la CMU gratuitement, les revenus annuels du foyer demandeur doivent équivaloir au maximum à 9 356 euros, au-delà, une participation est demandée à hauteur de 8 % des revenus fiscaux dépassant la limite fixée. Ainsi, un individu qui touche le revenu de solidarité active (RSA) peut en bénéficier à titre gracieux. Cependant, le patient doit toutefois avancer les frais, ce qui représente un réel obstacle à l'accès aux soins ou aux traitements médicamenteux, d'où la création de la CMU-Complémentaire.
La CMU-C prend en charge le ticket modérateur et dispense ainsi ses bénéficiaires d'avancer les frais occasionnés par leurs soins. Elle est accessible sous les mêmes conditions de la CMU de base, mais le plafond annuel de revenu pour en bénéficier ne doit pas dépasser 7 934 euros pour une personne seule. Les allocataires du RSA remplissent ce critère. L'État propose également une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé lorsque les revenus du foyer dépassent les plafonds fixés pour la CMU et/ou la CMU-C mais restent modestes. Il s'agit alors d'une aide financière destinées à souscrire à une mutuelle ou à un organisme complémentaire privé.
L'AME s'adresse aux individus en situation irrégulière sur le territoire français. Elle est accordée inconditionnellement aux mineurs. En revanche, les adultes doivent prouver la stabilité de leur résidence en France au cours des trois derniers mois. Mais on imagine facilement la difficulté d'obtenir des documents datés à son nom lorsqu'on se trouve en situation irrégulière. De plus, l'assurance maladie du Bas-Rhin impose aux demandeurs de fournir un justificatif de non-affiliation à une sécurité sociale dans leur pays d'origine ; document compliqué à obtenir depuis l'étranger. Le plafond de ressources fixé est le même que celui de la CMU-C. Une fois accordée, elle permet la prise en charge intégrale des soins de base. A partir du 4 juillet 2012 elle est gratuite, auparavant, le demandeur devait s'acquitter d'un droit de timbre de 30 euros.

écharpes – aux personnes qui n'ont aucune solution d'hébergement, ainsi que du matériel de première nécessité tel que des couvertures de survie ou des sacs de couchage. Les maraudes effectuées au sein de la ville de Strasbourg se font en lien avec le 115. En hiver, différentes associations et organisations se relayent pour qu'une maraude soit assurée chaque soir. Les associations ont chacune leur spécificité : certaines se concentrent sur la distribution alimentaire tandis que d'autres cherchent en priorité à entretenir un lien avec les personnes rencontrées dans la rue. L'association gérant le centre de soins organise des maraudes spécialisées dans l'assistance et le conseil médicaux. Nous avons décidé d'y participer afin d'observer une deuxième modalité de l'interaction de soin : celle qui s'opère lorsque des soignants proposent une aide médicale à des personnes qui ne sont pas en demande de soin.

Les équipes des maraudes auxquelles nous avons pris part sont constituées d'un chauffeur, d'un accueillant et d'un professionnel de santé – médecin, infirmier, pharmacien. Les membres des équipes de maraude sont tous bénévoles. Le véhicule est organisé de manière à disposer en son sein de deux espaces différents : un premier espace de convivialité, dans lequel une table et deux banquettes permettent de prendre le temps de discuter avec les personnes rencontrées, à l'abri des intempéries et dans un cadre plus intime que la rue ; un second espace, au fond du camping-car, séparé du reste du véhicule par un rideau, comporte un lit de consultation afin de pouvoir effectuer des soins ou des diagnostics. Des boissons chaudes sont proposées et servent de support pour entrer en relation. La mission principale des maraudes est alors de créer et ou de conserver un lien avec les individus qui vivent dans la rue et de les accompagner vers le soin.

Les équipes se réunissent d'abord au centre de soins afin de préparer la maraude – boissons chaudes et matériel de survie. Un cahier de transmission permet aux différentes équipes de maraude de se communiquer les informations sur les dernières sorties : quelles personnes ont été rencontrées ou non, quels problèmes rencontraient-elles, à qui ou à quoi l'équipe doit-elle être attentive, ou est-ce que quelque chose d'inhabituel est survenu. Après avoir pris connaissance de ces informations, un maraudeur téléphone au 115 afin de savoir si des signalements ont été formulés. Ces signalements correspondent aux appels des personnes elles-mêmes qui expriment leurs besoins – en termes de matériel comme les sacs de couchage, de nourriture ou de soins –, les équipes de maraudes vont alors à leur rencontre pour essayer de les assister ; mais aussi aux appels des particuliers s'inquiétant

pour une personne croisée dans la rue. En fonction de ces différentes informations, les maraudeurs vont définir un itinéraire préliminaire au sein de la ville. Les équipes de maraude et du 115 restent en lien tout au long de la soirée : le 115 leur transmet toutes les informations et les différents signalements qu'ils récoltent au fur et à mesure ; les maraudeurs contactent le 115 lorsque les personnes rencontrées demandent un hébergement pour la nuit.

Les individus rencontrés en maraude se trouvent dans différentes situations. Certains sont français et sont, la plupart du temps, des jeunes en errance ou des personnes avec des parcours de rue se comptant en années, voire en décennies. Certains sont migrants et viennent d'arriver à Strasbourg. Ils ne connaissent donc pas les différentes structures qui pourraient leur apporter de l'aide. D'autres connaissent bien la ville car ils y séjournent depuis des semaines, des mois ou des années. Dans tous les cas, la barrière linguistique reste un obstacle important à l'accès aux droits des migrants. Par exemple, appeler le 115 pour demander une place d'hébergement est très difficile lorsque l'on n'est pas francophone. Les personnes étrangères ont différentes raisons de venir en France ou à Strasbourg : beaucoup viennent y chercher un emploi et se retrouvent confrontées à d'importantes difficultés d'insertion. Elles fuient parfois leur pays pour des raisons économiques, politiques ou religieuses, certaines attendent une aide de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Les situations des individus étant très différentes, leurs demandes et besoins sont également hétérogènes. Les migrants, et notamment les primo-arrivants, sont souvent en quête d'une solution d'hébergement alors que les personnes vivant dans la rue depuis longtemps refusent presque systématiquement l'hébergement mais expriment un fort besoin de relation. Bien que les maraudes de l'association se veulent axées sur les problématiques de santé et qu'elles soient identifiées comme médicalisées par les bénéficiaires, les demandes de soin se font rares et consistent la plupart du temps en une demande de conseils ou d'informations. Des soins primaires sont effectués de temps à autres – pansement, bandage, désinfection de plaie – et quelques médicaments sont parfois distribués – il s'agit en quasi-totalité d'antidouleurs –, mais ces activités restent sporadiques.

Les maraudeurs sont confrontés à des difficultés résultant de l'inadéquation entre l'offre et la demande, que ce soit en terme de matériel ou de places d'hébergement. En effet, les personnes rencontrées demandent très fréquemment du matériel de survie : sacs

de couchage, couverture de survie, boissons chaudes, nourriture. Or les approvisionnements dont dispose l'association sont limités et les bénévoles n'ont souvent rien à proposer. Il en est de même pour les places d'hébergement d'urgence, au cours de l'hiver 2015/2016, le 115 réserve chaque soir quatre places pour hommes et deux places pour femmes aux associations de maraude, ainsi que quelques chambres pour des familles de quatre personnes[16]. En été, seulement trois places sont disponibles pour les hommes et aucune n'est proposée ni aux femmes, ni aux familles. Sachant que la moyenne de personnes rencontrées se situe entre trente et quarante par soir, on imagine facilement que ces places sont loin de couvrir les besoins.

Le but principal des maraudes est de créer un lien avec les personnes rencontrées pour pouvoir les soutenir dans leurs démarches de soins grâce à une bonne connaissance de leur situation et une relation de confiance. Participer aux maraudes nous a donc ainsi permis de suivre dans leur parcours de soin ou, justement, leur absence de démarches liées à la santé, des personnes avec des longs parcours de rue qui ne fréquentent pas de structures sociales ou caritatives. Nous avons également exécuté des soins de base comme des désinfections de plaies ou des renouvellement de pansements. Nous avions également pour rôle de répondre à leurs appels et de nous rapprocher des personnes qui exprimaient un besoin ou avaient été signalées par des particuliers, en fonction des informations que les écoutants du 115 nous transmettaient. Tous ces aspects du rôle de l'accueillant nous ont aidée à appréhender les réalités quotidiennes des personnes sans-domicile, leurs attitudes, les priorités qu'elles donnent ou non à certaines démarches. Ces observations nous ont également confrontées aux expériences vécues par les soignants lorsqu'ils ont à prendre en charge les personnes vivant dans la rue.

3) Le centre d'hébergement médicalisé

Il s'agit d'un dispositif d'hébergement pour individus sans-domicile présentant des problèmes de santé. Aucune condition administrative n'est imposée, les résidents sont donc français ou étrangers, en situation régulière ou non sur le territoire. Les conditions d'admission sont les suivantes : la personne demandeuse doit être sans hébergement, avoir

[16] Ces chiffres varient avec les températures : quelques places supplémentaires sont en effet proposées lorsqu'elles tombent en-dessous de zéro pendant la nuit.

besoin d'une prise en charge spécifique pour recevoir des soins ou faire un bilan de santé et être autonome dans la vie quotidienne. C'est-à-dire que ni l'hôpital ni l'hébergement d'urgence ne sont adaptés à sa prise en charge. La durée initiale du contrat de séjour passé entre la structure et le résident est généralement de deux mois, renouvelable selon l'évolution de la situation du résident. Nous avons choisi d'y mener des observations car cette structure se démarque des autres par sa mission d'hébergement et parce qu'elle est spécialisée dans l'accompagnement des personnes de la rue qui nécessitent des soins.

L'équipe de la structure est composée de huit salariés : sa directrice ; deux travailleurs sociaux : une assistante sociale et une éducatrice spécialisée ; deux aides-soignantes et trois veilleurs de nuit. Une réunion d'équipe est organisée chaque mardi matin afin que les équipes sociales, médicales et la directrice se transmettent les différentes informations et que les prises en charge des résidents soient réfléchies. Des infirmières viennent préparer les semainiers des patients deux fois par semaine. Enfin, les consultations et les suivis médicaux se font par l'intermédiaire d'un médecin coordinateur et de trois médecins généralistes, tous bénévoles.

Les demandes d'admission se font par l'intermédiaire d'un dossier qui comporte une partie sociale, renseignée par le travailleur social référent de la personne, et une partie médicale, renseignée par son médecin traitant. A leur réception, les dossiers de demande d'admission sont transmis au médecin coordinateur ainsi qu'à la directrice. Le premier va donner son avis sur la demande en fonction de la pathologie du demandeur, des soins dont il a besoin et de l'adaptation de la structure à sa situation. En effet, certains demandeurs présentent des pathologies trop lourdes, ou ont des états de santé trop dégradés pour pouvoir être pris en charge par le centre d'hébergement médicalisé. La structure dispose de dix places, il n'y a pas de répartition hommes/femmes prédéfinie pour ces places, elle se fait en fonction des demandes d'admission et de l'organisation courante des chambres. Une salle de séjour sert de lieu de vie, il s'agit de la pièce commune où les résidents prennent leurs repas avec l'équipe. Les dix lits sont répartis en sept chambres à une ou deux places. Le centre donne une importance particulière à la vie quotidienne des résidents qui se fait en groupe. Les repas sont pris en commun et les tâches ménagères sont réparties entre les résidents et l'équipe.

La prise en charge des résidents a des objectifs multiples : il s'agit d'abord d'apporter une solution d'hébergement à une personne qui n'en a pas et qui se trouve dans une difficulté encore accentuée par les problèmes de santé dont elles souffrent. La structure permet également de lui fournir des conditions de vie favorables aux soins dont elle a besoin et de l'accompagner dans son parcours médical grâce à une activité d'éducation à la santé et de prévention. Enfin, les résidents sont épaulés dans leurs démarches administratives et sociales. Les résidents jouissent de trois repas ainsi que d'un accès à un espace cuisine pour se nourrir et d'une chambre. Le règlement de fonctionnement a été élaboré de manière à ce que les attentes envers les résidents puissent être remplies par le plus grand nombre, y compris ceux qui sont le plus fragilisés et marginalisés. Lors de l'admission d'un nouveau résident, un projet, à la fois médical et social, est construit par les membres des équipes sociales et médicales, les travailleurs sociaux qui suivent la personne et le futur résident lui-même. En fonction des situations de chacun, la structure et l'équipe s'adaptent afin que la prise en charge se fasse dans les conditions les meilleures, pour la personne elle-même, pour le groupe de résidents et pour l'équipe.

L'équipe médicale du centre remplit une mission d'éducation aux soins et à la santé des résidents de la structure. Un temps important est consacré à l'explication des pathologies, des soins et des traitements. Il est parfois difficile pour les individus, d'autant plus lorsqu'ils se trouvent en situation de grande vulnérabilité, de prendre conscience de leur pathologie et de changer leurs habitudes de vie en prenant en compte leur état de santé. La première étape consiste, dans la plupart des cas, à aider les résidents à adopter un rythme de vie stable – trois repas par jour à heure fixe, sommeil régulier et nocturne, entretien régulier de l'hygiène corporelle – afin de favoriser leur rétablissement. Comme nous le verrons plus loin, les rythmes de vie des personnes séjournant dans la rue sont généralement perturbés. L'équipe les accompagne alors vers la reprise d'un rythme de vie stable afin de permettre à leur organisme de se reposer et de reprendre des forces : il s'agit d'une première forme de *care*. L'acceptation de la pathologie et des contraintes liées à son traitement correspond à une deuxième étape dans l'éducation aux soins et à la santé des résidents. Le diagnostic d'une pathologie est souvent un épisode difficile dans la vie d'un malade, car il faut réorienter les projets que l'on s'était fixés en fonction de cette nouvelle donnée. Il est souvent nécessaire de réadapter son mode et ses habitudes de vie lorsqu'une maladie est diagnostiquée. Les traitements étant conservés sous clef dans un bureau médical, les résidents ne sont pas autorisés à y accéder seuls et c'est à l'équipe de les leur

distribuer. Bien que les infirmières préparent les semainiers avec les résidents deux fois par semaine, la prise de traitement suscite de nombreuses négociations. Alors que certaines personnes refusent de prendre les médicaments qui leur ont été prescrits, d'autres insistent pour en prendre davantage. Or l'équipe doit suivre les prescriptions établies par les médecins, seuls aptes à décider des traitements qui doivent être suivis et de leurs dosages. L'observance ou au contraire la non-observance des traitements est intéressante à analyser car elle est partie prenante du soin et montre, au cours des interactions entre soignants et soignés sans-domicile, les différents rapports qu'ils entretiennent avec le médicament et la prescription médicale.

De même que pour les observations menées au centre de soins et durant les maraudes, nous avons pu apprendre à concevoir les réalités et les expériences vécues à la fois par les résidents et par l'équipe soignante grâce à la participation aux activités de la structure. Nous avons participé aux activités du centre d'hébergement médicalisé en tant que travailleur social depuis cinq ans. La confrontation continue au terrain permet de prendre conscience des points de vue de chacun, de leurs difficultés et de leurs priorités. Vivre soi-même les expériences de ceux dont on souhaite comprendre les conduites et partager leur quotidien permet d'appréhender leurs réalités d'une manière tout à fait concrète, de ressentir ce qu'ils ressentent, de faire face aux mêmes difficultés.

4) Les consultations hospitalières ou libérales

Des observations ont été menées au cours de l'accompagnement de personnes sans-domicile à leurs consultations médicales et infirmières. Ces consultations ont eu lieu au sein d'hôpitaux, de cliniques et de cabinets libéraux strasbourgeois. Cette forme d'observation a été choisie car elle permet d'appréhender les interactions entre soignants et soignés sans-domicile dans un cadre médical formel et un espace-temps dédié aux soins. Les personnes accompagnées sont des usagers des différentes structures dans lesquelles nous avons mené des observations, et notamment des patients du centre de soins et des résidents du centre d'hébergement médicalisé. Certaines personnes exprimaient le besoin d'être accompagnées car elles ne connaissaient pas les lieux, la ville, redoutaient la barrière de la langue, ou ne souhaitaient pas y aller seules. D'autres, au contraire, ne demandaient pas à être accompagnées car elles étaient autonomes dans leurs démarches et ont accepté

que nous nous rendions aux consultations avec elles afin de mener à bien notre étude. Nous tenons ici également compte des interactions entre soignants et soignés sans-domicile que nous avons pu observer quand nous rendions visite à des patients alors qu'ils étaient hospitalisés.

Lors de ces rendez-vous, nous avons pu nous confronter aux mêmes difficultés que les patients eux-mêmes. En effet, le réseau médical formé par les hôpitaux, cliniques et les cabinets libéraux représente un véritable dédale à travers la ville et les hôpitaux et cliniques sont en eux-mêmes de véritables labyrinthes. Il nous est arrivé à plusieurs reprises d'aller chercher les personnes à l'endroit où elles dormaient et de négocier avec elles jusqu'à ce qu'elles acceptent de venir consulter. Toutefois, la plupart du temps et malgré leurs appréhensions, les individus étaient en attente de ces rendez-vous médicaux et la seule présence d'une personne à leurs côtés suffisait souvent à les rassurer.

Grâce à ces observations de consultations médicales, nous avons pu appréhender les interactions entre soignants et soignés sans-domicile au plus près. Ces accompagnements nous ont permis de mieux cerner les logiques d'action des personnes sans-domicile par rapport à leurs rendez-vous médicaux. Les trajets jusqu'au lieu de consultation ainsi que les retours à la sortie du rendez-vous représentaient souvent un moment d'échange particulier. Les personnes livraient leurs inquiétudes et expliquaient leurs parcours de soins. Être placée aux côtés des patients lors des consultations nous a également permis d'expérimenter ce qu'ils sont amenés à ressentir face à un hôpital dédaléen, à des secrétaires médicales parfois désagréables et au regard jugeant, ou encore aux questions d'un médecin auxquelles on ne comprend rien. Néanmoins, notre seule présence représente un biais important car elle influence inévitablement ces mêmes interactions. Par surcroît, nous avons parfois servi d'interprète et souvent communiqué des informations importantes que le patient avait oubliées ou était dans l'incapacité de transmettre.

5) L'accueil de jour

L'accueil de jour dans lequel nous avons mené des observations est géré par une association et dispose d'un local dans lequel des personnes en très grande précarité sont accueillies le matin et l'après-midi. Malgré la présence, sous forme de permanence, d'une

infirmière deux fois par semaine, les soins ne sont pas au cœur de la prise en charge des individus dans cette structure, c'est pourquoi nous avons décidé d'y mener des observations afin d'apporter une modalité supplémentaire à la palette d'interactions observées.

L'accueil de jour permet aux personnes les plus vulnérables de se mettre à l'abri des intempéries et des boissons chaudes ou fraîches leur sont proposées. Une douche et une buanderie sont mises à leur disposition. Des travailleurs sociaux, au nombre de quatre, accueillent les usagers de la structure. En général, l'équipe se sépare en deux : un binôme reste à l'accueil de la structure, dans la salle, avec les accueillis, et les deux autres reçoivent ceux qui en font la demande afin de les assister dans leurs démarches administratives. La structure s'est fixée un objectif de veille sanitaire et sociale, en lien avec le 115 afin de faire remonter les informations, les besoins et les problématiques observés. Il n'y a aucune condition d'accès à la structure, la seule exigence envers les usagers est qu'ils respectent le règlement de fonctionnement, réfléchi de manière à être accessible même pour les individus les plus en marge. Les usagers ne sont pas dans l'obligation de rencontrer les travailleurs sociaux. Ils les sollicitent s'ils en éprouvent le besoin mais ont également la possibilité d'utiliser la structure comme un simple lieu de mise à l'abri et de convivialité.

La pièce principale comporte un comptoir, tenu par les travailleurs sociaux où ils proposent des boissons et de quoi grignoter aux usagers. Les discussions qui s'y engagent permettent de créer, au fur et à mesure, un lien qui pourra amener plus tard vers un accompagnement social plus approfondi. Les locaux comprennent également deux bureaux permettant de préserver l'intimité lors les démarches administratives. Chaque jour plusieurs dizaines de personnes se rendent à l'accueil de jour, le temps d'un café, d'une discussion avec les travailleurs sociaux ou pour y passer la journée entière car ils n'ont pas d'autre endroit où aller. La plupart des accueillis vivent dans des conditions extrêmement précaires. Les structures d'hébergement d'urgence ouvrent en fin de journée et demandent aux usagers de partir tôt le matin, il leur faut donc trouver où passer la journée, en particulier lorsque les conditions climatiques sont difficiles, en été aussi bien qu'en hiver. Les usagers demandent souvent à rencontrer les travailleurs sociaux, mais l'infirmière est beaucoup moins sollicitée. C'est plutôt elle qui se rapproche d'eux en allant à leur rencontre lorsqu'elle remarque des éléments qui pourraient nécessiter une intervention

médicale – plaie, pansements détériorés, dentitions abîmées, symptômes cliniques, somatiques ou psychiatriques.

Ce site d'observation se différencie des autres dans notre démarche d'enquête car nous n'y avons pas pris part aux activités mais nous y avons pratiqué des observations directes non-participantes. Si l'observation participante permet de se mettre à la place de ceux dont on cherche à analyser les conduites et, par là, de ressentir les mêmes choses qu'eux, de vivre les mêmes expériences, l'observation directe facilite quant à elle la distance avec l'objet d'étude. Elle permet de regarder et d'écouter ce qui se passe, les attitudes des individus et leurs interactions, d'un point de vue plus détaché puisqu'on n'y prend pas part. Après avoir obtenu l'accord de la direction, nous nous rendions plusieurs fois par semaine dans la salle principale afin d'y entrer en contact avec les bénéficiaires. De nombreuses informations ont été récoltées au cours de ces discussions informelles et nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec plusieurs personnes rencontrées au centre d'accueil de jour.

Tout au long des observations menées au sein des différents dispositifs et organisations, nous avons rencontré de nombreuses personnes qui ont été des informateurs. En effet, certaines relations privilégiées se sont tissées, aussi bien avec des personnels de santé qu'avec des individus en très grande précarité. Ils nous ont fait partager leurs expériences, leurs vécus, leurs ressentis. Grâce à eux nous avons pu mieux appréhender les réalités de chacun. Ils nous ont également permis de rencontrer d'autres personnes avec lesquelles nous avons pu réaliser des entretiens semi-directifs qui correspondent à la deuxième méthode que nous avons choisi d'utiliser pour réaliser cette étude.

III) Les entretiens semi-directifs

Au commencement de cette recherche, nous pensions travailler sur les difficultés d'accès aux soins des personnes sans-domicile en nous basant sur la méthode de l'entretien semi-directif. Nous sommes donc entrée sur le terrain dans le but de rencontrer des personnes à interviewer. C'est alors que nous avons rapidement pris conscience qu'il serait bien plus pertinent de s'intéresser aux interactions entre soignants et soignés sans-domicile.

Nous avons donc choisi d'adapter notre méthode pour se fonder en premier lieu sur les données recueillies lors de l'observation sociologique et le recueil d'entretiens semi-directifs a été réalisé afin de les compléter. Pour Stéphane Beaud :

> « Il faut pouvoir évaluer, au coup par coup, chemin faisant au cours d'une enquête, la validité provisoire des différentes techniques d'enquête à la disposition du sociologue. Le point de vue ici défendu est que l'entretien approfondi tire bénéfice d'être utilisé dans le cadre d'une enquête ethnographique dont la méthode privilégiée est l'observation participante. »[17]

En effet, si de nombreuses discussions informelles nous ont permis d'appréhender les réalités quotidiennes des acteurs et ont profondément enrichi nos observations, il nous a semblé nécessaire d'approfondir certains éléments par des données formelles. Une cinquantaine d'entretiens a été menée dans les différents sites d'observation : vingt-cinq interviews de soignants et vingt-quatre de personnes sans-domicile[18].

La méthode de l'entretien permet de questionner directement l'individu sur sa perception de ses actions et interactions, sur la manière dont il les rationalise ou non et le sens qu'il leur donne. Nous avons souhaité interroger, dans la mesure du possible, des personnes qui ont été en interaction. Cependant, cet exercice s'est avéré bien plus difficile que prévu. Les premières données exploratoires nous ont amenée à penser qu'il existe de nombreux malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Ces malentendus passent par des incompréhensions langagières et des différences dans leurs rapports au temps, à l'institution hospitalière, à la santé, à la maladie ou encore au corps. Les entretiens ont tous été enregistrés pour éviter d'être déformés par la mémoire sélective du chercheur. Les retranscriptions mot à mot mettent en lumière les manières de s'exprimer propres aux individus, leurs associations d'idées et les définitions qu'ils donnent aux différents termes employés ; mais également leurs hésitations, leurs balbutiements, leurs difficultés à énoncer leurs points de vues, leurs ressentis, leurs expériences, qui représentent un matériau autant significatif que leurs mots.

---

[17] BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix* 9, (35), 1996, p. 235.

[18] Vingt-six entretiens formels ont été conduit avec des personnes sans-domicile mais deux n'ont pas été intégrés au corpus final. Le premier car la qualité de l'enregistrement ne permettait pas sa retranscription : la personne interviewée avait subi d'importantes brûlures, au niveau des mains et du visage, suite à l'incendie de la tente dans laquelle elle dormait. Sa voix était faible et ses problèmes d'élocution importants. Le second entretien a été réalisé avec une personne au discours extrêmement décousu qui a refusé de répondre à la majorité des questions posées, car elles lui paraissaient trop intimes. Deux tableaux récapitulatifs des entretiens sont consultables en annexe, p. 416-417.

Les sujets abordés au cours de ces entretiens touchent à l'intime : nous avons questionné les personnes sans-domicile sur leurs parcours de soin et les soignants sur leurs pratiques professionnelles dans des situations où ils se sentent souvent en difficulté. Le lieu où allait se dérouler l'entretien se devait d'être propice à la confiance. Les interviews réalisées avec les personnes sans-domicile ont toutes eu lieu au sein de nos sites d'observation. Nous avons toujours cherché des espaces propices à l'entretien, cependant, les entretiens ont très souvent été interrompus, soit par des bénévoles ou salariés de la structure, soit par d'autres usagers. Il nous semble que nonobstant ces interruptions, les interviewés se sont laissés prendre dans la dynamique particulière de l'entretien sociologique que Jean-Claude Kaufmann décrit de la sorte :

> « Il faut penser à soi et parler de soi, plus profondément, plus précisément, plus explicitement qu'on ne le fait habituellement, dans un cadre quelque peu solennel, face au micro, pour la science. Quand l'enquêteur parvient à entrer dans le monde de l'informateur, à trouver certaines des catégories centrales de ses mécanismes identitaires, celui qui parle est pris au piège de ses propres paroles : plus elles vont loin, plus il s'engage parallèlement pour mettre de l'ordre dans ce qu'il dit de lui, car c'est sa vie, son moi qui sont en jeu. »[19]

La principale richesse de l'entretien réside en ce phénomène spécifique, issu de la situation d'interaction particulière qu'il crée : en répondant aux questions, l'individu s'engage dans un processus plus réflexif que la simple remémoration des faits. Il les reconstruit en les analysant au moins partiellement, afin d'expliquer leur déroulement et la manière dont il a influencé ses actions.

La posture que nous avons adoptée au cours des entretiens cherchait à favoriser l'expression des individus que nous interrogions. La mise en place d'une relation de confiance s'est avérée cruciale, autant pendant les entretiens qu'auparavant, c'est-à-dire au moment de présenter notre démarche aux futurs interviewés pour qu'ils acceptent de nous répondre, ou encore après l'entretien, lorsqu'ils nous posaient des questions sur le futur traitement des données ou sur les suites de l'enquête. Nous avons essayé d'adopter une attitude de « neutralité bienveillante »[20]. Autant les personnes sans-domicile que les infirmiers et médecins interrogés ont montré une forme de réticence lorsque nous abordions la possibilité d'un entretien, réticence basée sur un questionnement de l'ordre du

---

[19] KAUFMANN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2011, p. 60.
[20] DEMAZIERE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société*, 123 (1), 2008, pp. 15-35.

« pourquoi moi ? » et ils annonçaient qu'ils ne voyaient pas ce qu'ils pouvaient apporter à notre recherche. Les infirmiers et médecins avançaient souvent qu'ils ne rencontraient que rarement ce type de patient. Les individus sans-domicile expliquaient quant à eux qu'ils n'avaient pas grand-chose d'intéressant à raconter à ce sujet parce qu'ils n'ont que peu d'expérience de soins. Il nous a fallu les convaincre en leur démontrant en quoi leur point de vue était tout à fait pertinent pour notre enquête. D'autres interviewés ont directement accepté l'entretien, il s'agit notamment de personnes qui rencontraient des difficultés au cours de ce type d'interactions et plusieurs d'entre-elles nous ont dit être soulagées de pouvoir s'exprimer sur un sujet qui reste souvent sous silence.

Souvent, nous devions passer une sorte de test auprès des soignants comme des personnes sans-domicile avant qu'ils n'acceptent l'entretien. Les personnes sans-domicile faisaient référence à certaines de leurs expériences, souvent des plus impressionnantes ou sordides, comme pour voir si nous allions nous démonter ou non. Si nous persistions à montrer notre intérêt après avoir écouté des récits violents ou des descriptions de plaies ou de symptômes à grand renfort de détails destinés à vérifier notre résistance, et si nous avions réussi à prouver que nous avions une connaissance, au moins superficielle, de la réalité de la vie à la rue, l'entretien était accepté. Les infirmiers posaient beaucoup de questions sur les buts de la recherche et cherchaient à savoir sur quoi aller porter les questions. Les médecins étaient généralement plus pointus et certains allaient jusqu'à questionner nos méthodes et nos hypothèses de travail. Le but du jeu était alors d'être suffisamment précise pour leur prouver le sérieux de notre démarche, tout en restant assez vague pour ne pas risquer d'influencer les données que l'entretien nous permettrait de recueillir. Il nous fallait démontrer que nous savions de quoi nous parlions et que nous maîtrisions, au moins en partie, leur jargon médical. Le commencement de cette recherche a été marqué par de nombreux refus d'entretiens que nous pensons pouvoir expliquer aujourd'hui par le fait que nous n'avions pas encore identifié ces stratégies comme telles et que nous avons ainsi échoué à plusieurs de ces tests. C'est seulement après plusieurs mois d'observation participante que nous avons cherché à nouveau à réaliser des entretiens semi-directifs. Notre connaissance, même partielle, des jargons médical et de la rue, nous a alors permis de passer ces tests avec succès. Notre sélection des interviewés était également plus fine et nous a permis de nous rapprocher de soignants et de patients qui ont eu affaire les uns aux autres.

Au cours des entretiens, nous avons remarqué que les individus cherchent à expliquer leur parcours ou certaines de leurs expériences, qui n'ont pourtant pas directement de rapport avec les questions posées, mais qui fournissent cependant de nombreux éléments intéressants. Lors des premiers entretiens informels exploratoires, nous avons cherché à recadrer le discours vers les sujets qui nous intéressent. Cependant, ces tentatives s'avéraient presque toujours infructueuses et soit l'individu continuait son développement sans tenir compte de nos interventions, soit il arrêtait son discours mais ses prochaines réponses restaient alors très concises. Au contraire, il nous a semblé que lorsque la parole était laissée libre dans la première partie de l'entretien, qu'un temps était dédié à l'expression de l'individu sur ce qu'il estimait important de dire, la seconde partie de l'entretien était bien plus riche car les réponses aux questions posées étaient à la fois précises et plus fournies.

Nous nous sommes basée sur deux guides d'entretien, l'un destiné aux soignants, l'autre aux individus sans-domicile[21]. Ils ont été construits lors des premiers entretiens exploratoires informels et correspondent à une « reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés) »[22]. Les entretiens ont été retranscrits en intégralité, certains éléments de contexte, comme les gestes de la personne entretenue ou les rires, ont été indiqués entre crochets. Les points de suspension ont été largement utilisés pour indiquer les silences brefs et les hésitations. Afin d'en faciliter la lecture, les citations d'entretien ont été quelque peu polies dans le corps du texte, tout en respectant le rythme et la précision des propos.

Les personnes entretenues sont désignées par des prénoms que nous leur avons attribués afin de garantir leur anonymat. Nous avons cherché à ce que ces pseudonymes renvoient aux mêmes caractéristiques que les prénoms originaux des interviewés en termes de genre, d'origine et de mode. La plupart des soignants avec lesquels nous avons conduit des entretiens ont été rencontrés sur le terrain, lors d'observations participantes. Les soignants interrogés sont infirmiers diplômés d'État ou médecins, généralistes ou spécialistes. Leur exercice professionnel est le seul critère que nous avons mobilisé dans la sélection des interviewés. Les rassembler dans un même groupe à l'apparente homogénéité est un raccourci qui nous permet de les mettre plus facilement en relation avec le groupe

[21] Les guides d'entretien sont consultables en annexe, p. 413-415.
[22] BLANCHET Alain et GOTMAN Anne, *L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 58.

des personnes sans-domicile, tout aussi artificiel. Toutefois, cela correspond à une réalité du terrain puisqu'ils apparaissent, aux yeux des autres, chacun comme un groupe défini avec lequel des interactions spécifiques vont se dérouler. Nous ne cherchons pas à effacer les particularités entre les différents segments professionnels qui construisent l'ordre négocié de l'hôpital. Infirmiers et médecins n'ont pas les mêmes rôles ni les mêmes objectifs et leurs représentations de ce qu'est la santé, la maladie ou encore le soin divergent. Nous comptons dix médecins, auxquels s'ajoutent deux internes, et treize infirmiers, dont un étudiant. La répartition hommes/femmes des entretenus n'est pas paritaire, mais il en est de même dans les professions auxquelles nous nous sommes intéressée. C'est pourquoi nous n'avons pas spécialement cherché à créer une parité dans nos entretiens. Nous avons cherché à varier les durées d'expérience professionnelle, elles apportent ainsi une diversité de points de vue et d'expériences qui enrichit le corpus.

Les individus sans-domicile interviewés ont également été rencontrés lors de nos observations sur le terrain. Il s'agit pour certains de personnes avec lesquelles nous avons pu créer une relation privilégiée grâce à des contacts prolongés et répétés ou au partage d'expériences favorisant la formation d'un lien, telles que l'accompagnement à des consultations médicales. En effet, celles qui ont accepté que nous les suivions dans leurs démarches de santé ont, par là, consenti à nous dévoiler une grande part de leur intimité en partageant leurs symptômes et leurs diagnostics. D'autres, au contraire, n'ont été rencontrées qu'au moment de l'entretien et nous ne les avons pas revues, ou très peu. Ce qui est intéressant, c'est que ces deux cas, *a priori* opposés, favorisent pourtant la libre expression au cours des entretiens. Nous avons pu profiter de notre statut d'étranger en interrogeant les personnes qui ne nous connaissaient pas : il est parfois plus facile de se dévoiler à quelqu'un dont on ne sait rien et qu'on ne reverra plus. Il en va de même pour les personnes avec qui nous avons tissé des liens : la révélation d'éléments intimes était facilitée par la relation de confiance déjà instaurée. La parité hommes/femmes n'est pas non plus respectée dans le corpus d'entretiens avec des personnes sans-domicile, nous n'avons interviewé que trois femmes. Il s'agit d'une expression de la réalité sociale : les femmes sont en effet moins nombreuses parmi les personnes sans-domicile et celles que nous avons rencontrées sont majoritairement migrantes et leur non-maîtrise du français nous a empêché de les interroger lors d'un entretien formel.

IV) Biais & écueils méthodologiques & éthiques

La récolte de données de terrain implique une négociation constante entre engagement et distanciation, entre empathie et réflexivité, entre utilisation de la subjectivité du chercheur et quête d'objectivité des données. Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'en tant qu'individu membre de la société, nous ne pouvons pas atteindre un niveau d'objectivité absolue. Juliet Corbin et Anselm Strauss précisent :

> « L'interaction qui a lieu entre les données et le chercheur lors de la récolte comme dans l'analyse des données, par sa nature propre, n'est pas aussi objective que certains chercheurs aimeraient le faire croire. Le chercheur réagit activement aux données, ainsi il travaille avec elles. Même si un chercheur essaie d'être aussi objectif que possible, au sens pragmatique, cela n'est pas entièrement possible. »[23]

Les lieux d'observation ont été anonymisés autant qu'il est possible de le faire sans effacer entièrement leurs caractéristiques propres. Toutes les structures utilisées comme terrain d'enquête ont accepté au préalable que des données y soient recueillies, puis que celles-ci soient utilisées pour ce travail de recherche. Lors des observations et des entretiens, nous avons garanti aux différents protagonistes que leur identité ne serait pas dévoilée. Pour faciliter la préservation de l'anonymat des personnes, nous garderons secrets les noms de chacune des structures, sociales ou de santé, au sein desquelles nous avons réalisé l'enquête de terrain. Aucune différence notable n'ayant été décelée entre les soignants exerçant dans un des deux hôpitaux publics de Strasbourg et ceux exerçant dans l'une des cliniques privées de la ville, nous traiterons indifféremment ces deux types de structures en les englobant sous le dénominatif de structures hospitalières. Ce procédé nous apporte une forme d'anonymisation supplémentaire : par exemple, si nous faisons référence à une infirmière travaillant en oncologie, il pourra s'agir du service d'un des deux hôpitaux ou d'une des cliniques de la ville, ce qui rend difficile son identification formelle. De même pour les structures sociales : les noms des établissements ne seront pas précisés afin de ne pas pouvoir identifier les individus et nous les regroupons sous le terme de structures sociales ou structures sociales de soin. La question de l'anonymat a souvent été posée par les interviewés comme une condition sine qua non à leur accord de participer à un entretien, notamment lorsqu'il s'agissait pour eux de s'exprimer sur des sujets plus ou

---

[23] STRAUSS Anselm L. et CORBIN Juliet M., *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 2004, p. 84.

moins épineux ou de formuler des critiques à l'encontre de leurs conditions de travail[24]. Lorsque les interviewés ont été rassurés sur la préservation de leur anonymat et qu'une certaine relation de confiance s'est établie, ils s'expriment alors librement et révèlent de nombreux détails. Cependant, ce processus est nécessaire car « sans confidentialité, beaucoup de personnes refuseraient de prendre part à une recherche sur un sujet sensible ou seraient moins enclins à partager des informations avec les chercheurs. Par conséquent, elle aide à améliorer à la fois la qualité et la validité des données »[25]. Les informations qui pourraient permettre d'identifier les enquêtés ont été supprimées, sans pour autant décontextualiser à outrance les récits d'observation ou entretiens, ce qui conduirait à une perte d'une partie de leur sens.

Comme évoqué plus haut, pendant les premiers mois de l'enquête, nous avons dû faire face à plusieurs refus de la part de potentiels participants. Si nous avons finalement réussi à contourner un certain nombre de barrières, certaines sont restées des obstacles infranchissables. En effet, plusieurs services hospitaliers nous ont fermé leurs portes, malgré de multiples stratégies d'approche. Ces services nous ont été décrits comme en grande difficulté organisationnelle et réfractaires au soin des individus sans-domicile[26]. Ces descriptions étaient réalisées à la fois par des personnes sans-domicile qui y ont

---

[24] Elle ressort même au cours des entretiens comme dans celui-ci, réalisé avec une interne en dermatologie :
« Laureline : comment est-ce que vous définiriez vos conditions de travail ?
Diane : euh… C'est anonyme hein ?
L : oui, c'est absolument anonyme…
D : vous avez déjà interrogé des internes ?
L : oui…
D : d'accord alors… La condition… Je vais juste parler de la condition de travail des internes… Qui est de l'ordre de l'esclavagisme… C'est… C'est absolument scandaleux ! »
Avant de dévoiler le fond de sa pensée, elle s'assure une nouvelle fois que son nom ne sera pas cité. Elle cherche également à savoir si d'autres internes ont été interrogés, ce qui lui assurerait une forme d'anonymat supplémentaire puisqu'elle suppose qu'elle ne sera pas la seule à tenir ce type de discours. La question de l'anonymat apparaît lorsque l'entretenu s'apprête à révéler des informations sensibles. Baptiste nous questionne au moment de s'exprimer sur ses expériences récentes avec des soignants, en prenant un ton accusateur et en proposant de les nommer :
« Baptiste : bon. Alors je vais te raconter un peu d'abord ma vie… je suis arrivé dans un service euh… tu veux les noms ?
Laureline : ben oui… ça sera plus simple, j'anonymise de toute façon après, vous pouvez dire ce que vous voulez.
B : ok, donc c'était à [structure hospitalière] »

[25] OGDEN Russel, « Confidentiality », *in* GIVEN Lisa M. (éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Los Angeles, 2008, p. 111, (traduction L.C.).

[26] De nombreuses relations conflictuelles entre soignants et soignés sans-domicile nous ont été racontées : il s'agissait notamment d'altercations verbales, de situations où les patients étaient attachés à leurs lits sans raison objective apparente ou bien de cas dans lesquels le traitement des patients n'avait pas été assuré jusqu'au bout car la priorité du service était de s'en débarrasser et non de le soigner… Les récits semblaient souvent exagérés.

consulté et par des soignants ou des travailleurs sociaux qui ont été amenés à collaborer avec ces services. Il aurait donc été très intéressant pour notre recherche de pouvoir y mener des observations ou d'y conduire des entretiens, mais leurs portes sont restées closes. Cependant, cela peut être perçu comme une donnée en soi : ce refus franc et définitif interpelle.

Bien que de nombreux chercheurs préconisent de choisir des interviewés que l'on pourra rencontrer facilement une nouvelle fois[27], nous avons dû abandonner cette possibilité. En effet, nous avons eu des difficultés à faire accepter l'entretien approfondi aux soignants car ces derniers présentent un manque de temps important. L'acceptation d'un premier entretien était souvent avancée comme une faveur qui nous était accordée[28]. Le problème s'est posé de manière plus prononcée encore lorsqu'il s'agissait des interviewés sans-domicile. Leurs contraintes temporelles sont également importantes, bien qu'elles ne correspondent pas aux mêmes exigences que celles des soignants. De plus, si certaines personnes sont rencontrées régulièrement au sein des structures ou au cours des maraudes, d'autres n'y sont vues que très rarement, parce qu'elles préfèrent ne solliciter l'aide des structures sociales qu'en dernier recours, ou qu'elles sont dans un parcours d'errance ou de migration, dans lequel Strasbourg n'est qu'une étape transitoire. Ce phénomène a pour conséquence que plusieurs interviewés n'ont été rencontrés que très sporadiquement au cours de notre travail de terrain. Enfin, une dernière particularité de ce groupe d'individus est leur état de santé extrêmement précaire qui amène à de nombreux décès. Cinq des personnes avec qui nous avons conduit des entretiens semi-directifs et vingt-et-une personnes que nous avons rencontrées lors de nos observations sont aujourd'hui décédées.

Lors de la phase exploratoire, nous avons dû apprendre à parler la langue, verbale et corporelle, des enquêtés, aussi bien celle des soignants que celle des personnes vivant dans la rue. Comme le précise Raymond Gold, le chercheur se confronte sur le terrain à de nombreuses inconnues qu'il va lui falloir apprendre à maîtriser : « il essaie souvent de maîtriser des univers de discours, relatifs à de nombreux registres d'attitudes et de

---

[27] Selon Jean-Claude Combessie, « "Pourrai-je vous rencontrer à nouveau ?" : telle est la question à poser à la fin de tout entretien pour faciliter une nouvelle rencontre et pouvoir compléter ou préciser ultérieurement les informations recueillies », *in* COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte, 2007, p. 24.

[28] Cependant, nombre d'entre eux ont été rencontrés à nouveau au cours de nos observations, ce qui a permis de nouvelles discussions, informelles cette fois.

conduites, qui lui étaient jusqu'à présent étrangers ou qu'il comprenait seulement de façon vague et générale »[29]. La découverte de ces univers de discours et registres d'attitudes consiste en une étape nécessaire à la compréhension future des enquêtés. Il nous a fallu prendre le temps d'apprendre le vocabulaire de nos enquêtés et d'approcher leur manière de penser et de se comporter. Le milieu médical et *a fortiori* le monde hospitalier regorgent de mots de vocabulaire et d'abréviation qui leur sont spécifiques, mais il en va de même pour les individus sans-domicile. Une fois les jargons à peu près maîtrisés, nous nous sommes efforcée d'appréhender les manières de penser et les codes particuliers pour pouvoir analyser les informations échangées et si elles ont été comprises ou non. Or, pour ce faire, il nous fallait apprendre au moins les bases du vocabulaire médical. Il s'agit là d'un des biais les plus importants de notre recherche car les décalages entre ce que les soignants veulent dire, disent effectivement, ce que les patients en comprennent ou ce qu'ils veulent en comprendre, sont très difficiles à identifier, même en maîtrisant les bases du jargon médical.

Un autre écueil méthodologique, mais également éthique, que nous avons rencontré est celui de notre intervention ou non dans les échanges observés. Dans certains cas, le manque d'informations ou les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile pouvaient même présenter un danger pour le patient en se traduisant par une prise en charge inadaptée ou incomplète. En conduisant des observations participantes, nous voulions interférer le moins possible dans les interactions que nous souhaitions analyser, mais dans de nombreux cas, notre positionnement éthique nous interdisait de ne pas intervenir. Nous avons pris le parti de ne chercher à intervenir que lors des situations où la qualité de la prise en charge médicale pouvait être influencée par notre médiation.

Les biais méthodologiques sont difficilement entièrement contournables. Il advient alors de prendre conscience afin de ne pas les laisser altérer la qualité du recueil des données et de leur analyse de manière irrémédiable. Pour Marilys Guillemin et Lynn Gillam, cet effort réflexif doit être considéré et réalisé comme :

> « Un moyen de s'assurer d'une recherche rigoureuse mais également d'une recherche éthique. Être réflexif, dans un sens éthique, signifie reconnaître et être sensibilisé aux

[29] GOLD Raymond, « Jeux de rôle sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », *art. cit.*, 2003, p. 340/341.

dimensions micro-éthiques de la recherche et, par là, être vigilant et préparé aux manières de traiter les tensions éthiques qui en émergent. »[30]

Nous avons essayé de conduire cette démarche réflexive afin d'identifier les biais et écueils méthodologiques et éthiques auxquels nous étions confrontée. Une fois mis à jour, il est plus aisé d'élaborer des tentatives d'y pallier.

[30] GUILLEMIN Marilys et GILLAM Lynn, « Ethics, Reflexivity, and "Ethically important moments" in Research », *Qualitative Inquiry*, 10 (2), 2004, p. 277/278, (traduction L.C.).

CONCLUSION DU CHAPITRE

Les données relatives aux ressentis subjectifs représentent ce qu'il y a de plus irrationnel dans les conduites humaines et sont souvent laissées de côté au sein des travaux scientifiques, qui cherchent justement à rationaliser l'expérience humaine. Comme le montre Jean-Claude Kaufmann, l'empathie aide à la découverte en permettant d'accéder au système de valeurs de l'individu, à ses représentations et à ses caractéristiques propres. Il précise que c'est ainsi « qu'il le découvre et qu'il le comprend, dans le double sens wébérien : qu'il entre en sympathie avec lui tout en saisissant ses structures intellectuelles »[31]. Cependant, l'empathie ne se réduit pas à une connaissance élémentaire des sentiments et émotions de l'autre. Elle comporte une part d'élaboration cognitive qui pousse le chercheur à osciller continuellement entre « le raisonnement déductif et l'impression intuitive »[32], ces deux mouvements se complétant et se renforçant mutuellement. Paul-Henri Maucorps la définit comme suit :

> « L'empathie est imaginative. Son rôle est d'anticiper les sentiments, les pensées et les comportements d'autrui. Sa vocation est la prédiction, souvent fausse, incomplète, à court terme, mais inlassablement recommencée et partant enrichie. C'est assez dire que cette démarche de pénétration représente une intention cognitive, une volonté participative, un effort imaginatif, une tentative d'anticipation. »[33]

Cette démarche offre alors une opportunité pour comprendre ce que les individus ressentent par rapport à de nombreuses expériences sociales et interactions. Il s'agit d'un processus selon lequel le chercheur adopte mentalement le point de vue des autres, mais tout en gardant son identité propre. Pour comprendre à la fois les soignants, les soignés et le sens qu'ils donnent à leurs actes, tout en évitant de les juger, Sylvie Fainzang préconise d'adopter « une relation d'"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

[31] KAUFMANN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, *op. cit.*, 2011, p. 50.
[32] MAUCORPS Paul-H., « Empathie et compréhension d'autrui », *Revue française de sociologie*, 1 (4), 1960, p. 429.
[33] *Ibid*.

valides, avec leurs raisons et leurs logiques propres »[34]. L'empathie permet alors de s'interroger sur les rapports entre ce que les observés disent avoir ressenti et ce que l'on a observé. Dans notre cas, ce type de mise en perspective nous apparaît comme particulièrement heuristique car les personnes observées, aussi bien les soignants que les soignés sans-domicile, semblent chercher à tenir à distance leurs émotions, lors de leurs interactions, alors même qu'elles vont influencer leurs conduites. Témoigner sa bienveillance envers les enquêtés les aide de la sorte à s'exprimer. En effet, les personnes sans-domicile souffrent de fragilités identitaires, d'un important manque de reconnaissance et pâtissent de leur statut dévalorisé dans la société. Il en va de même pour les soignants dont les conditions de travail sont souvent très difficiles, qui éprouvent des difficultés à agir conformément à leur valeurs et qui ne se sentent pas reconnus comme ils l'estimeraient juste. Leur témoigner de la bienveillance prouve que l'on s'intéresse à leur propre perception des événements, à leurs expériences, à leur vécu. La peur d'être jugé a été exprimée par plusieurs enquêtés avant qu'ils n'acceptent de participer à notre étude. Une posture délibérément empathique et bienveillante constitue une « stratégie d'intéressement »[35] qui permet d'aider les enquêtés à s'exprimer sur des sujets touchant à l'intime, qu'ils préfèrent généralement garder pour eux, ou sur des sujets épineux qui les mettent en difficulté.

En outre, l'utilisation de l'empathie nous a permis de dépasser nos préjugés en cherchant à comprendre les expériences des enquêtés. L'empathie devient ainsi une véritable méthode permettant de ressentir ce que l'autre ressent pour ensuite l'analyser. De plus, les propres émotions du chercheur aident à atteindre une meilleure compréhension d'un phénomène :

> « Les émotions désagréables du chercheur, comme la colère, peuvent servir d'indices à propos des inégalités qui méritent une attention approfondie. Si le sens de l'injustice du chercheur est stimulé pendant qu'il conduit sa recherche, ce sentiment peut indiquer plus que de l'empathie pour certains participants et de l'antipathie pour d'autres. Analyser les conditions qui provoquent ces sentiments d'injustice et considérer les conditions alternatives qui ne déclencheraient pas la même réaction peut aider le chercheur à

[34] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 9.
[35] BARBOT Janine, « Mener un entretien en face à face », *in* PAUGAM Serge (éd.), *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2012, pp. 115-141.

comprendre les croyances, les suppositions et les interactions qui forment les inégalités dans les mondes sociaux des participants. »[36]

Lors des interactions entre individus, certains éléments de sens s'échangent sans que ne soit prononcé le moindre mot. Par contre les postures corporelles, les gestes des protagonistes, mais également l'état émotionnel dans lequel ils se trouvent et qu'ils communiquent aux autres, volontairement ou non, représentent des données particulièrement riches. L'utilisation de la capacité du chercheur à ressentir des émotions comme moyen d'objectivation des données peut sembler *a priori* antinomique et pourtant il s'agit d'une technique comme les autres pour accéder à la compréhension des attitudes, des pratiques et du sens qui leur est donné par les individus. Allain Cerwonka et Liisa Malkki vont plus loin dans cet argument en expliquant que le corps du chercheur est un outil heuristique à part entière[37]. Lors de nos observations participantes, nous avons essayé d'appréhender les vécus des soignants et des soignés sans-domicile en nous plaçant à leurs côtés. Nous voulions nous confronter aux réalités quotidiennes des médecins et infirmiers qui jonglent avec des conditions de travail éprouvantes, dont résulte une importante fatigue physique et psychique. Mais aussi à celles des patients sans-domicile qui se sentent parfois perdus face à l'univers médical et ses codes difficiles à maîtriser. Nous avons donc partagé avec eux l'attente d'un rendez-vous important ou d'un diagnostic, l'angoisse qu'elle génère, ou encore l'incompréhension face au discours médical, tellement spécialisé qu'on a l'impression de ne pas parler la même langue. Toutes ces expériences nous ont aidé à atteindre une compréhension plus fine de ce qui se joue dans les interactions étudiées et l'utilisation d'une forme de réflexivité empathique a été un outil important de cette démarche.

Ce travail de terrain a été mené de manière approfondie afin d'« observer, analyser et écrire la vie sociale des autres, sans prétendre dire à l'autre ce qu'il est mais en essayant de comprendre le sens, les significations qu'il donne à ses propres expériences à partir de ce qu'il est et de ce qu'il fait »[38]. L'angle de vue que nous avons choisi d'adopter est forgé à la fois par les concepts théoriques et les méthodes utilisés. Allain Cerwonka et Liisa

---

[36] COPP Martha A., « Emotions in qualitative research », *in* GIVEN Lisa M. (éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Los Angeles, 2008, p. 250, (traduction L.C.).
[37] CERWONKA Allain et MALKKI Liisa H., *Improvising Theory*, Chicago, The University of Chicago Press, 2007, p. 36.
[38] GIROLA Claudia Maria, *Vivre sans abri : de la mémoire des lieux à l'affirmation de soi : une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale sup', 2 février 2011*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2011, p. 10.

Malkki s'appuient sur le concept du bricoleur de Claude Lévi-Strauss pour définir le travail de terrain comme une « improvisation calculée »[39], qui consiste à modeler continuellement la recherche, les méthodes et concepts sur lesquelles elle s'appuie. Nous avons choisi de ne jamais arrêter les observations, tout au long de notre recherche doctorale, afin de toujours garder un pied sur le terrain. Nous redoutions de nous éloigner, lors de l'analyse, de la réalité sociale et d'être davantage fidèle à ce que nous pensions voir et comprendre des événements observés, que des événements eux-mêmes.

[39] CERWONKA Allain et MALKKI Liisa H., *Improvising Theory*, *op. cit.*, 2007, p. 25, (traduction L.C.).

PREMIERE PARTIE

MALENTENDUS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

Pour s'orienter dans la vie sociale, les individus se fondent sur leur savoir nomologique. Celui-ci est déterminé par leurs appartenances sociales et culturelles, mais est également remodelé au cours de leurs expériences, de leur formation professionnelle et par leurs conditions de vie qui les poussent à construire de nouvelles représentations ou à remodeler celles qu'ils utilisent. Elles leur servent à définir et à caractériser le monde social et sont utilisées comme des guides. Les représentations orientent les manières de penser et de se comporter des individus. Pour Dan Sperber :

> « Chaque membre du groupe a dans son cerveau des millions de représentations mentales, les unes éphémères, les autres conservées dans la mémoire à long terme et constituant le "savoir" de l'individu. Parmi les représentations mentales, certaines – une très petite portion – sont communiquées, c'est-à-dire amènent leur utilisateur à produire une représentation publique qui à son tour amène un autre individu à construire une représentation mentale de contenu semblable à la représentation initiale. »[1]

Il ajoute ensuite que certaines de ces représentations communiquées le sont tant, et de manière si répétée, qu'elles finissent par se propager dans les univers mentaux du groupe dans son ensemble et vont alors les habiter de manière durable en devenant des représentations culturelles. Il s'agit de la manière dont un ensemble d'individus vont définir les différents aspects de leur vie quotidienne. Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile génèrent de nombreuses incompréhensions. En effet, lorsqu'ils sont en co-présence, pour reprendre les termes d'Anthony Giddens[2], ils n'analysent pas de la même manière les situations dans lesquelles ils se trouvent et ils risquent ainsi d'interpréter de manière erronée les conduites de leurs interlocuteurs. Ce phénomène s'explique en partie par le fait qu'ils ne partagent pas les mêmes représentations, et notamment celles ayant trait à la santé, au temps, au corps, à la maladie, à l'institution hospitalière. L'interaction sociale n'est jamais figée, elle se construit constamment à partir des réactions mutuelles des interactants, résultant elles-mêmes de leur interprétation continue des

[1] SPERBER Dan, « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives », *in* JODELET Denise (éd.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1997, p. 134.
[2] GIDDENS Anthony, *La constitution de la société*, *op. cit.*, 2012.

actions, des attitudes et du discours de l'autre. De la sorte, il est pertinent de l'analyser sous l'angle du malentendu. Le malentendu est une dimension habituelle de l'interaction sociale, comme l'écrit Franco La Cecla :

> « Nous savons tous concrètement qu'il est très facile d'être la victime ou l'agent d'un malentendu. Nous n'en continuons pas moins de parler entre nous. Car le malentendu est un piège presque inévitable de la rencontre, un quelque chose qui peut arriver "sans que toi ni moi ne le voulions". […] Le malentendu est un "presque rien". S'il était plus que cela, on ne tomberait pas dans son piège. »[3]

Nous avons cherché à identifier ces malentendus afin d'analyser leurs contenus et la manière dont ils s'expriment au cours des interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Leurs représentations du monde social et leurs logiques d'action sont en effet différentes, ce qui crée des obstacles à leur compréhension mutuelle. Nous analyserons dans cette première partie les différentes composantes du malentendu entre soignants et soignés sans-domicile, identifiées au cours du travail de terrain. Trois ensembles de malentendus ont été repérés. Le premier porte sur leurs perceptions du corps et la relation qu'ils entretiennent avec le leur et celui de l'autre. Le deuxième ensemble de malentendus concerne leurs rapports à la santé et à la maladie. La troisième forme de malentendu est relative aux rapports au temps différents qu'entretiennent soignants et soignés sans-domicile. Ces malentendus ne se trouvent pas tels quels dans la réalité sociale, dans une forme pure et isolée. Au contraire, ils se regroupent, s'assemblent, se superposent, s'amplifient et s'exacerbent continuellement et c'est ainsi qu'ils conduisent à des rapports antagoniques, voire conflictuels, entre médecins, infirmiers et individus sans-domicile.

[3] LA CECLA Franco, *Le malentendu*, Paris, Éditions Balland, 2002, p. 12.

CHAPITRE II

CORPS & MALENTENDUS

L'association des concepts d'itinéraire moral et de carrière de survie apporte un éclairage particulier sur la manière dont les individus vivant dans la rue définissent leur rapport à leur corps. L'analyse du corps, de son utilisation et de ses représentations est primordiale pour l'étude de la configuration des interactions sociales. En effet, si le corps est l'incarnation organique de l'individu, il ne se résume pas qu'à cela et renvoie à un ensemble de représentations et de significations sociales et culturelles : il est utilisé par les individus comme un outil, un moyen de faire passer des messages, de produire du sens. Il est l'interface matérielle qui crée le lien entre l'individu et la société en lui permettant de véhiculer une identité spécifique. Pour Florence Braunstein-Silvestre et Jean-François Pepin :

> « [Le corps] est dans notre vie quotidienne, dans ses rapports de production ou d'échange, un moyen de communication, par l'usage d'un certain nombre de signes liés au langage, aux gestes, aux vêtements, aux institutions, aux perceptions que nous avons de la réalité. […] Le propre des sciences humaines est d'avoir montré son rôle de médiateur entre soi et le monde, et qu'en lui la société se réfléchit et se symbolise. »[1]

Les expériences des individus et leur parcours biographiques influencent leur rapport à leur propre corps et la manière dont ils vont l'utiliser pour transmettre différentes informations. La survie sans hébergement modèle l'utilisation du corps des personnes sans-domicile. Les médecins et infirmiers développent également un rapport au corps particulier, au fur et à mesure de leur carrière professionnelle, de leur formation à leurs pratiques quotidiennes. C'est l'interaction entre ces deux rapports au corps particuliers qui nous intéresse dans ce chapitre. Nous cherchons à y analyser les spécificités du rapport au corps de chacun, la manière dont elles créent des malentendus entre soignants et soignés sans-domicile, ainsi que l'influence de ces derniers sur leurs interactions. Nous traitons

[1] BRAUNSTEIN-SILVESTRE Florence et PEPIN Jean-François, *La place du corps dans la culture occidentale*, Paris, PUF, 1999, p. 14.

premièrement des malentendus résultant de leurs différents rapports à l'hygiène corporelle, puis les mises en scène et les techniques du corps des individus sans-domicile au cours de leurs interactions avec les soignants.

I) Sale & propre, sain & malsain : malentendus autour de l'hygiène

Le corps concentre un ensemble de pratiques ayant pour objectif son entretien *via* la propreté corporelle, le sommeil ou encore l'alimentation. Ces pratiques répondent à un ensemble de normes, de croyances et de valeurs. Pour Claudine Herzlich, la diversité individuelle des conduites d'hygiène renvoie à l'idée que l'individu se fait d'un mode de vie sain ou malsain, mais dépend également des pratiques qui sont accessibles ou non à l'individu en fonction de son mode de vie. Elle rappelle le caractère singulier et subjectif des pratiques d'hygiène :

> « L'hygiène n'est pas une utopie mais une réalité ; elle n'est pas une aspiration mais une solution. Elle ne constitue pas un mode de vie différent mais elle se compose de conduites spécifiques, connues, qui s'intègrent à des domaines de l'existence divers ; elles apparaissent comme plus ou moins possibles et souhaitables dans notre mode de vie urbain. On les adopte, on les refuse ou on les néglige selon les cas. On refuse ou l'on néglige *des* conduites d'hygiène alors qu'on en adopte *d'autres.* »[2]

Puisqu'il existe une multiplicité de pratiques différentes, l'individu doit composer avec ses ressources et ses valeurs pour créer sa propre conduite d'hygiène. Mais dès lors qu'il y a multiplicité, il peut y avoir incompréhension ou discorde. Les soignants et les personnes vivant dans la rue adoptent des pratiques d'hygiène qui sont parfois très éloignées et favorisent l'instauration d'un malentendu entre eux. Bien qu'ils lient chacun l'hygiène à la santé, on remarque, dans leurs interactions et leurs discours, qu'un malentendu se cristallise autour de l'hygiène, du soin du corps et de l'entretien de sa propreté.

---

[2] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1992, p. 127.

1) *Le soin de soi & la vie à la rue*

La survie à la rue nécessite de nombreuses adaptations et stratégies de maintien de soi de la part des individus. En effet, il leur faut apprendre à connaître les différents lieux pouvant leur fournir des ressources de survie – en matière de nourriture, boissons, chaleur, matériel de survie, possibilité de se doucher ou d'effectuer une toilette, satisfaction des besoins naturels, lavage des vêtements… – et maîtriser leur utilisation. Cela nécessite notamment de mémoriser les horaires auxquels ils sont accessibles et d'entretenir des relations favorables avec les bénévoles ou les salariés de ces lieux. Il est possible de reprendre, concernant ces stratégies, ce que Serge Paugam expliquait à propos des individus vivant dans la précarité autour de Saint-Brieuc, c'est-à-dire que « l'inadaptation aux normes de production et de consommation modernes [est] compensée par ce "bricolage" de la vie quotidienne »[3]. La vie sans hébergement impose en effet de nombreuses contraintes aux individus et exerce une influence sur chaque action de la vie quotidienne. Pourtant, les individus sans-domicile apprennent à maîtriser ce bricolage de la vie quotidienne et réussissent de la sorte à survivre. Pascale Pichon précise que « dans sa forme la plus organisée, la plus aboutie, il arrive que le maintien de soi soit assuré et qu'alors la survie s'organise de façon rationnelle, dans une succession d'activités diurnes et nocturnes »[4]. Ces activités rationnellement organisées ont pour double objectif d'assurer la survie et de permettre à l'individu de garder une image positive de lui-même. Nombre d'entre-elles sont centrées autour de l'hygiène, du soin de soi et de son corps. Au long des observations menées et des entretiens réalisés auprès de personnes sans-domicile, l'hygiène corporelle apparaît toujours comme un moyen de conserver la santé, de rester en bonne santé. Pour préserver sa santé, Fouad explique :

> *« Je marche… Ça me fait beaucoup de bien… Je marche, j'essaie d'être calme, j'essaie d'être propre. »* (Entretien avec Fouad).

L'activité physique est valorisée en tant que moyen de préservation de la santé[5] et correspond à une ressource aisément mobilisable pour entretenir l'hygiène corporelle.

---

[3] PAUGAM Serge, « Déclassement, marginalité et résistance au stigmate en milieu rural breton », *Anthropologie et Sociétés*, 10 (2), 1986, p. 34.
[4] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 112.
[5] Nicolas affirme également, lorsque nous lui demandons s'il fait quelque chose pour préserver sa santé : « *je marche beaucoup, je marche énormément et j'ai toujours fait énormément de sport, pour l'instant, ça m'a fait du bien… Donc, il y a des petites choses comme ça… Marcher, faire du sport, c'est bon pour le cœur, c'est bon pour beaucoup de choses !* »

Certaines ressources sont davantage mobilisées que d'autres et la gradation dans le propos de Fouad met bien ce phénomène en exergue : il marche, c'est une affirmation et c'est ce qui lui semble le plus important mais qui lui est également le plus abordable. En ce qui concerne le fait d'être calme ou d'être propre, il nuance son propos et exprime une intention plus difficilement réalisable : il *« essaie »* d'être calme et propre. D'autres ressources sont aussi mobilisées, à la même question, Maurice répond :

> *« J'essaie quand même de surveiller un peu au niveau des repas… on essaie de garder le poids actuel en évitant certains aliments… quoique c'est souvent difficile ! On fume beaucoup moins ! Bon, l'alcool n'a jamais été un problème, il n'y a jamais eu d'excès à ce niveau-là… J'ai pas besoin spécialement de surveiller, de faire attention… pas pour l'instant je vois pas… peut-être un peu les aliments… »* (Entretien avec Maurice).

L'alimentation est perçue comme la base de l'hygiène corporelle prophylactique et est souvent citée comme un vecteur de santé[6]. Cependant, les limitations imposées dans les choix quotidiens par la vie à la rue apparaissent très rapidement. Fouad décrit bien les difficultés rencontrées pour se nourrir lorsqu'on ne dispose d'aucune ressource. Il raconte les difficultés à se procurer un repas et l'impossibilité de décider ce que l'on mange[7]. L'entretien de la propreté corporelle s'avère également complexe : à Strasbourg, les bains municipaux n'ouvrent leurs portes pour les douches que par plages horaires de quelques heures, inégalement et irrégulièrement réparties dans la semaine. Seules quelques associations offrent la possibilité à leurs usagers de se doucher. Les emplois du temps et la cartographie des lieux où obtenir de l'aide, répartis dans la ville, nécessitent d'être mémorisés afin d'être utilisés au mieux. Les moyens mis à disposition des personnes sans-domicile pour nettoyer leurs vêtements sont également très limités et seules quelques associations proposent des buanderies, parfois payantes, et l'offre est très largement

---

[6] Hugo nous dit : « *je me déplace en vélo ou à pied, et puis ça suffit pour l'instant [rires] ! Et puis j'essaye de faire gaffe à ce que je bouffe… et puis de pas abuser sur les psychotropes… euh… et ouais puis c'est tout… c'est à peu près tout ce que je fais mais c'est pas mal ! »* et John : *« j'essaie de manger des vitamines pour… vous savez des oranges, des bananes, il y a aussi du potassium dans les bananes et… Oui, j'essaie de manger sainement… Pour garder une bonne santé…* »

[7] Quand nous lui demandons s'il mange régulièrement, il décrit : « *alors par exemple… Bon, cette semaine-là, j'ai mangé lundi à [association d'aide alimentaire], le soir aussi, au bus de [association d'aide alimentaire]… Mardi, j'ai mangé à 13h30 à [association d'aide alimentaire]… Mais c'était pas un repas, c'est une collation… C'est du café, des gâteaux… Ils vous donnent des œufs bouillis… C'est mieux que rien… La nuit, rien. Alors mercredi, [association d'aide alimentaire] à midi, et bus le soir… Jeudi, c'est la même chose, à 13h30, c'est comme le mardi, et le matin aussi le petit déjeuner… Et vendredi, [association d'aide alimentaire] à midi, et ensuite, à partir de vendredi soir, rien du tout… Samedi rien du tout, dimanche… Collation aussi à [association d'aide alimentaire]… Et le soir ils ont fait une bonne soupe avec du poulet à [structure d'hébergement d'urgence]…* »

inférieure à la demande – le centre d'accueil de jour prévoit un planning de réservation des machines à laver où la réservation se fait quinze jours à l'avance. Enfin, un seul lieu associatif propose au même endroit la possibilité de se doucher et de laver ses vêtements. Seulement, les machines à laver le linge ne sont accessibles que sur inscription ce qui rend les chances de réussir à synchroniser douche et nettoyage des vêtements très faibles. Dès lors, lorsque les personnes se lavent, elles sont souvent contraintes de remettre les vêtements qu'elles portaient auparavant ; d'autre part, lorsqu'elles disposent de vêtements propres après avoir pu les nettoyer, elles n'ont que rarement eu simultanément l'occasion de se laver[8].

L'insuffisance des ressources mobilisables lors de la survie à la rue apparaît ainsi très rapidement comme un frein à l'autonomie dans l'entretien de l'hygiène. La situation est rendue plus difficile encore lorsque l'individu présente des problèmes de santé. Lorsque nous lui demandons ce qu'il fait pour préserver sa santé, Fabrice révèle les complications dues à son traitement et à ses effets secondaires :

> *« F : mais déjà, pour ma propre santé… Il faudrait déjà que j'arrête de fumer… Il faudrait que je fasse un régime draconien… Ah oui ! Il faudrait quoi encore… Il faudrait que je fasse… Que j'écoute ce que dit le docteur…*
>
> *L : qu'est-ce qu'il vous dit ?*
>
> *F : ben ce que je vous dis entre autres… Faire beaucoup de sport… Énormément de sport… Mais c'est pas prévu ça… Pas pour l'instant ! Je me sens trop fatigué ! Je me sens beaucoup trop… Vraiment fatigué… Mais ça c'est le traitement, ça, j'y peux rien… Quand vous avez un traitement comme ça… On changera pas ça ! »* (Entretien avec Fabrice).

La fatigue intense que lui procure son traitement l'empêche de mettre en pratique d'autres moyens de préserver sa santé. On remarque que son discours est très normé et correspond aux normes de conservation de la bonne santé transmises par le discours médical : ne pas fumer, faire un régime draconien, faire du sport. Fabrice a pris beaucoup

---

[8] Les difficultés inhérentes au nettoyage des vêtements sont développées par Barthélémy au cours de l'entretien : « *Quand vous donnez votre linge à laver, pour compléter, ils mettent le linge d'autres personnes dedans… Et ils mettent la corbeille "monsieur B., venez prendre votre linge", "mais attendez, il y a du linge de quelqu'un d'autre dedans", "vous reconnaissez ce que vous avez mis ? Eh bien prenez-le !", J'ai dit "mais comment ça se fait ?", "mais Monsieur, on ne peut pas faire tourner la machine à vide pour un pantalon… Ou deux pantalons et une chemise… Et trois chaussettes…" Vous savez, c'est les machines industrielles, le tambour est très grand, ils ne veulent pas faire tourner une machine avec seulement les affaires pour une personne… Il faut le compléter… Alors ça fait que quelqu'un de nulle part, que je ne côtoie pas, je ne connais pas ses limites, parce que je ne traîne pas avec lui, je ne sais pas ce qu'il fait dans la journée, je ne l'ai jamais connu dans mon existence, ils viennent rajouter à ce que moi j'ai mis à laver… C'est quoi ! Qu'est-ce que je peux en tirer moi là-dessus ? Eh bien c'est la contamination à coup sûr…* »

de poids depuis qu'il suit son nouveau traitement dont l'objectif est de l'aider à arrêter de boire de l'alcool. Il est face à une ambivalence car l'alcool est à la base des problèmes de santé dont il souffre, mais le traitement qu'il suit pour l'aider à arrêter de boire engendre d'autres soucis de santé, liés notamment à son importante prise de poids. Un choix doit alors s'opérer, en prenant en compte avantages et inconvénients des différentes options à sa portée, bien que ceux-ci soient souvent difficiles à anticiper. Fabrice explique que malgré les effets secondaires de son traitement, il juge l'arrêt de l'alcool comme extrêmement bénéfique, à la fois pour sa santé et son état d'esprit. Les individus doivent ainsi composer à la fois avec les ressources limitées, et plus ou moins accessibles, qu'ils ont à leur disposition, mais également avec les effets pervers qu'elles présentent.

La dimension du rapport à l'autre, et notamment à l'autre malade, contaminé ou contaminant, doit aussi être prise en compte. Après plus de dix ans passés à la rue, Nathan est aujourd'hui locataire d'une chambre dans une résidence sociale. Il explique qu'il se méfie des autres afin de préserver sa santé :

> *« Je mange équilibré ! Ça suffit déjà ! J'évite de me promener sous la pluie en plein hiver… Je mets des gants s'il fait froid, je m'habille quand il fait froid, je fais attention ! J'évite d'être trop près des gens qui sont beaucoup trop malades, quand je vois qu'ils tremblent et que ça coule de partout… Ça, j'évite ! Afin de préserver un peu ma santé… »* (Entretien avec Nathan).

Le risque de contagion par les autres, perçus comme malades, ou plus malades que soi, suscite de nombreuses interrogations et de nombreuses attitudes différentes. Dans le cas de Nathan, il se contente d'éviter les personnes qu'il identifie comme malades et il explique, plus tard dans l'entretien[9], qu'il cherche parfois intentionnellement à contaminer les autres. Cette pratique peut être interprétée comme une stratégie de protection de soi. Il montre ainsi comment il réussit à naviguer dans la survie avec davantage de succès que les autres qui se laissent contaminer. Il est capable d'identifier les risques qu'il encourt et de les déjouer en s'en protégeant, voire en les utilisant en sa faveur contre les autres.

---

[9] Il dit dans l'entretien : « *On m'a toujours inculqué… Ce que tu as, sois pas égoïste ! On me l'a toujours appris ! « Tu as une bonne grippe ? Refile-la à tout le monde ! Ça leur fera plaisir ! 15 jours ou trois semaines de vacances ! » J'ai une fois fait le coup… Le gars, trois semaines il était alité… Il a failli mourir ! Plus de 41° de fièvre… 41,5… Tremblements et tout, chaud, froid… C'est moi qui lui ai refilé ! [Soupir satisfait] ah ! Qu'est-ce que je suis fort ! [Rires]* »

2) Hygiène corporelle & stigmate

Si les individus sans-domicile annoncent que l'entretien de leur hygiène corporelle a pour but de protéger leur santé, il renvoie également à des adaptations identitaires liées à leur stigmate. En effet, la part la plus visible de l'hygiène, c'est-à-dire l'entretien de la propreté corporelle, renvoie aux symboles de stigmate définis par Erving Goffman comme « les signes dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui les portent, et qui détruisent ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation »[10]. Le corps sale, souillé, délabré, est un symbole de stigmate associé à l'identité sociale de l'individu sans-domicile, image qu'il essaie généralement de négocier. Le statut social des personnes sans-domicile étant dévalorisé, elles cherchent à s'en prémunir, à ne pas être discréditées, tout en se sachant discréditables. L'hygiène corporelle est alors utilisée comme désidentificateur, c'est-à-dire comme une stratégie pour éviter d'être discrédité. Les individus négocient leur image sociale en essayant de dissimuler leurs symboles de stigmate et de mettre en avant des désidentificateurs. Ainsi les extraits d'entretiens cités plus hauts révèlent des techniques, des pratiques de préservation de soi, mais également des stratégies d'évitement du discrédit. Les bricolages de la vie quotidienne cherchent en premier lieu à camoufler leur stigmate, à gommer les éléments qui permettraient de les identifier comme sans-domicile. Ces stratégies réussissent souvent : au cours de notre travail de terrain, nous avons eu de nombreuses fois à demander aux personnes rencontrées au centre d'accueil de jour s'ils connaissaient ou avaient connu un parcours de rue, car si certains signes rendaient leur précarité décelable, aucun symbole de stigmate visible ne permettait de les identifier formellement comme sans-domicile. C'est notamment le cas de Fouad, Fabrice et Maurice que nous citons plus haut. L'apparence physique qu'ils entretiennent, en termes de propreté du corps et de leurs vêtements, empêche de les définir en tant qu'individus sans-domicile si l'on ne dispose sur eux d'aucune information biographique. La dissimulation de leur stigmate est là tout à fait maîtrisée.

La maîtrise des symboles du stigmate est en relation avec la progression dans la carrière de survie des individus. Au fur et à mesure de leur vie sans hébergement, on remarque une transformation de leurs pratiques de soin de soi et de leur rapport au corps.

---

[10] GOFFMAN Erving, *Stigmate*, *op. cit.*, 1975, p. 59.

Vlad a été rencontré quelques mois après son arrivée en France, au sein du centre d'hébergement médicalisé où il était accueilli pour soigner la tuberculose pulmonaire dont il souffrait. À la fin de son traitement, il a été contraint de quitter la structure et n'a trouvé aucune solution d'hébergement. Il mettait un point d'honneur à entretenir son hygiène corporelle : il naviguait entre les différentes associations qui permettent de prendre une douche et les bains municipaux, malgré les horaires d'ouverture restreints, et par là contraignants, avec lesquels il faut jongler ; il se rasait chaque jour et soignait également sa coiffure et ses vêtements. Avec le temps et face aux difficultés rencontrées, il a petit à petit commencé à se raser moins souvent et à se laver seulement quelques jours par semaine, il explique :

> *« Mais c'est pas possible ! Tous les jours si tu viens pas à 9 heures, si tu viens pas à l'ouverture, alors t'as pas la douche ! Ou tu dois attendre toute la journée, parce que parfois tu t'inscris le matin mais t'as ton tour que l'après-midi ! Mais alors tu peux pas chercher un travail… On est des chiens ou quoi ? Moi j'y vais plus tous les jours ça m'énerve trop, c'est pas normal ! »* (Propos recueillis lors d'une discussion informelle dans la rue).

Il communique un sentiment d'impuissance, de dévalorisation, mais aussi un stress et une angoisse importante. En effet, la non-possibilité d'entretenir sa propreté corporelle entraîne le risque pour l'individu qui se sait discréditable, d'être discrédité, situation d'autant plus problématique qu'il est à la recherche d'un emploi. Il risque de perdre la maîtrise de son identité sociale : tant que son apparence reste soignée, il ne peut pas être facilement identifié comme un individu sans-domicile. Le contrôle de son apparence lui permet d'entretenir le faux-semblant, de passer inaperçu aux yeux de ceux qui ne le connaissent pas personnellement. Mais les ressources dont disposent les individus sans-domicile pour maintenir ce faux-semblant sont réduites et difficiles à employer. Alors, au long de leur vie à la rue, ils risquent de ne plus réussir à camoufler leur stigmate. C'est le cas de Luc, qui vit un parcours d'errance depuis plus de quarante ans, parcours ponctué par des épisodes où il était logé ou hébergé, mais au cours duquel il a passé la plupart du temps dans la rue. Son corps est marqué par cette longue errance sans-domicile et, lorsqu'il vit dans la rue, il n'effectue aucun acte de préservation de sa propreté corporelle. Il reste dans la même partie de la ville et ne s'éloigne jamais des quelques rues qui constituent son espace de vie. Aucune ressource d'entretien du corps n'est accessible à cet endroit : ni association, ni toilettes publiques. Après quelques semaines, son corps est très sale et il revendique cet état :

> *« Je m'en fous si je pue, au moins les cons ne m'approchent pas ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Ce type d'attitude correspond à une stratégie de préservation de soi lorsque l'individu n'a plus de possibilité de contrôle de son stigmate. Il revendique l'état de son corps comme un choix pour donner l'illusion qu'il en garde le contrôle. Son état d'hygiène est également utilisé comme une manière de se protéger des autres qui, comme cela, ne l'approcheront pas. Karin Boinot écrit à propos des femmes sans-domicile, mais son propos s'applique, selon nous, à l'ensemble des individus vivant dans la rue :

> « Pour maintenir leur discrétion, les personnes qui ne souhaitent pas être stigmatisées accordent une grande importance à leur apparence physique ; il sera pour elles capital de maintenir leur corps propre. La propreté s'inscrit ici dans un souci d'invisibilité et de normalité, le propre renvoyant au bien, au normal. Si pour certaines il est essentiel de ne pas être confondues avec une clocharde, d'autres au contraire utilisent l'incurie comme repoussoir et comme protection. »[11]

Une incurie et des odeurs corporelles importantes permettent ainsi de garder certains dangers à distance, comme le risque d'agression, de vol ou de viol, mais également de se tenir à l'écart d'interactions pouvant compromettre leur face. Au fur et à mesure de la vie dans la rue, les activités diurnes et nocturnes se concentrent sur les activités servant à la survie. Les individus semblent avoir abandonné la volonté de maintenir une image de soi positive, la lutte contre le stigmate qui leur est associé et leur discrédit, pour ne se concentrer que sur les activités concrètes de survie. Ils portent alors moins d'attention à ce qu'ils mangent, et se contentent parfois de se nourrir ; ils se préoccupent moins de leur activité physique ni de la qualité de leur sommeil et ne dorment que quelques heures par-ci par-là quand ils en éprouvent le besoin, et surtout lorsque les conditions le permettent, c'est-à-dire lorsqu'ils trouvent un endroit calme et à l'abri du froid, de la pluie ou de la chaleur pour s'y assoupir dans une sécurité relative. Cette lutte extrême pour la survie s'accompagne dans la majorité des cas d'une consommation importante de produits addictogènes – alcool et cigarettes notamment. Le parcours de Charles, que nous avons rencontré en centre d'hébergement médicalisé, se concentre sur les pratiques liées à la survie et ne semble plus chercher à dissimuler son discrédit. Sa peau, ses cheveux et sa barbe hirsutes sont sales. Il ne nettoie jamais ses vêtements, il les jette simplement lorsqu'ils sont tellement abîmés qu'il ne les estime plus confortables, et

---

[11] BOINOT Karine, « Femmes sans abri », *Vie sociale et traitements*, 97 (1), 2008, p. 102/103.

en achète d'autres en remplacement. Son odeur est âcre et se constitue d'un mélange de sueur, d'urine, d'alcool. Son corps est recouvert de puces de corps et il leur donne à manger en déposant quelques miettes dans l'échancrure de sa chemise :

> *« Comme ça je ne suis jamais seul, parfois elles exagèrent, elles me grattent un peu, mais ce sont mes amies ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Lorsqu'il n'est pas hébergé, il se nourrit de ce qu'il trouve dans la rue et les poubelles, dort dans le renfoncement d'un immeuble ou sur un banc, fume les mégots ramassés par terre et s'achète quelques bières grâce à sa pratique quotidienne de la manche. Dans le cadre du centre d'hébergement, Charles persiste à s'opposer aux travailleurs sociaux et aux soignants qui l'incitent à se doucher, à nettoyer ses vêtements, à se raser. En tant que travailleur social, nous l'avons encouragé à se laver, il répond nerveusement :

> *« C : Oh mais ça va ! Je prendrai ma douche demain, ça fait quatre ans que je ne me suis pas lavé, on n'est pas au jour près !*
>
> *L : mais Charles, votre odeur peut déranger les autres…*
>
> *C : oui ben vous m'approchez bien, c'est que je ne pue pas tant que ça ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Il semble ne plus avoir conscience du dégoût qu'il suscite parfois chez l'autre, ou en tout cas ne plus y porter attention. Il pallie à la souffrance occasionnée par le rejet en entretenant la présence des puces de corps, utilisées comme un rempart contre ceux qui l'ont mis à l'écart et la solitude dont il souffre. L'autre est en effet perçu comme une menace. Charles, malgré l'état de son corps a peur d'être contaminé par les autres. Il s'inquiète des maladies et pathologies des autres résidents, mais n'entrevoit pas de réciprocité : s'il craint la contamination par les autres, il n'envisage pas qu'il peut également transmettre des pathologies. Pour Pascale Pichon, l'abandon du soin de soi est à mettre en relation avec l'abandon du souci de l'autre, nécessaire au maintien de soi :

> « La dégradation de l'image de soi semble amorcée lorsque les autres, collègues, famille, intermédiaires sociaux oublient de se soucier de celui qui égare progressivement les raisons de sa survie. Tout autant, lorsque l'individu, outre l'égard qu'il se porte à lui-même, perd le souci de l'autre. En s'abandonnant, soi et les autres, il risque résolument la dégradation de l'image de soi. Nous avons observé combien, même dans des situations de survie

éprouvantes (squat, rue, route), les relations affectives fortes maintenaient ce souci de l'autre, indispensable au maintien de soi. »[12]

Les situations d'abandon de soi correspondent à un stade avancé dans la carrière de survie des individus. L'abandon du souci de l'autre est souvent mal interprété par les soignants, pour qui l'hygiène, et notamment la propreté du corps, présente un caractère crucial pour la préservation de la santé. Non-conscients des difficultés qu'ils rencontrent pour maintenir leur état d'hygiène, les soignants interprètent la situation des individus sans-domicile comme la résultante d'un choix, ou du moins d'habitudes de vie qu'ils jugent négativement et dévalorisent.

3) Propreté & interactions soignants-soignés sans-domicile.

Les soignants acquièrent, au cours de leur formation et de leurs pratiques professionnelles, des pratiques et un rapport à l'hygiène corporelle hérités des normes et valeurs hospitalières. Le monde de l'hôpital est effectivement dominé par des règles d'hygiène et de salubrité extrêmement strictes, à visée prophylactique, et dont dépendent la non-contagion entre individus et le bon rétablissement des malades. Ainsi, les institutions hospitalières et de soin établissent des normes spécifiques de propreté des lieux aussi bien que des objets et le manque d'hygiène y est traqué car il renvoie à la maladie, à l'infection, au danger. Certains soignants ont tant intégré les règles d'hygiène de leur institution qu'ils les reproduisent pour eux-mêmes, dans leurs propres soins corporels et leurs logements, en allant parfois jusqu'à utiliser les mêmes produits désinfectants et nettoyants chez eux qu'à l'hôpital. Lors de nos observations sur le terrain, nous avons assisté à de multiples discussions où les infirmiers échangent leurs pratiques et leurs conseils pour entretenir leur logement en suivant les mêmes règles qu'à l'hôpital, une infirmière explique :

« Tu sais il ne faut surtout pas utiliser d'éponge, ce sont des nids à microbes ! Il faut utiliser des chiffonnettes et après tu les laves à 90°C, sinon tu nettoies rien tu étales juste les microbes ! » (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Une autre soignante explique qu'elle a instauré un code couleur pour le matériel de nettoyage qu'elle emploie chez elle, comme cela se pratique au sein des institutions de

[12] PICHON Pascale, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix*, 9 (34), 1996, p. 178.

soin[13]. Un infirmier nous a confié qu'il n'achetait jamais de produits nettoyants pour son domicile mais emportait ceux de son service : il juge les produits du commerce inefficaces et préfère les détergents hospitaliers, plus aptes selon lui à éliminer bactéries et microbes. Lors de son déménagement, un ami infirmier a utilisé des désinfectants chirurgicaux pour nettoyer l'ensemble de son nouveau logement avant d'y installer ses affaires. Ces pratiques sont fréquentes et révèlent une préoccupation importante par rapport au sale et au propre. Suite à leur formation, à la routine hospitalière et aux habitudes qu'ils y développent, les professionnels de santé ont parfois du mal à se montrer indifférents, à dissimuler leur dégoût face à la souillure des corps des personnes vivant dans la rue, comme l'annonce Karin, infirmière :

> *« Ouais je pense que j'ai quand même un petit rejet, un dégoût des gens enfin de la saleté, du manque d'hygiène, pas profondément des gens, parce que les gens je les aime mais c'est tout ce qui va autour du sans-domicile. Le fait qu'ils dorment par terre, ils dorment là où pissent les chiens… C'est quelque chose qui m'effraie quand même… pour eux ! Et du coup moi je sais pas si j'aurais pu soigner des gens, direct comme ça ! Après évidemment quand ils sont lavés, kärcherisés je sais le faire ! Mais quand ils sont à l'état brut et… blessés et je sais pas si je suis capable de faire ça… »* (Propos recueillis lors d'une discussion informelle à l'hôpital).

Elle montre bien comment son rejet de la saleté influe sur sa pratique. Elle ne voit pas de problème à soigner une personne sans-domicile, à condition qu'elle ait été « *kärcherisée* » auparavant. Les soignants dérangés par l'hygiène des personnes sans-domicile préfèrent en laisser à d'autres la prise en charge, afin de s'éviter un travail déplaisant. Le corps sale, souillé, des personnes sans-domicile est maintenu à distance, au cours des nombreuses consultations médicales que nous avons observées, les contacts physiques entre médecin et patient sont quasi-inexistants – ce qui n'est pas le cas au cours des consultations infirmières qui, de par la spécificité des soins qui s'y opèrent, imposent le contact. Un malaise se crée alors dans l'interaction, comme le montrent les propos d'Emma, infirmière. Nous lui avons demandé si elle estimait nécessaire de réagir différemment avec les patients sans-domicile qu'avec les autres, elle répond :

> *« C'est plutôt le rejet de la saleté, de la déchéance, c'est plutôt ça qui est différent… Mais la façon dont on les traite ne devrait pas être différente ! […] Et je te dis, quand tu vas le doucher… Eh bien tu as peur d'attraper la gale, d'attraper des poux… Tu es habillé de*

[13] Les codes couleur sont généralement établis afin de différencier le matériel à utiliser pour nettoyer les sols, les surfaces et les sanitaires.

pied en cap… C'est un traitement différent ! Mais c'est de par la saleté en fait… Tu vas t'habiller en cosmonaute pour aller le doucher… » (Entretien avec Emma, infirmière).

Ce malaise dans l'interaction a des répercussions, lors des interactions entre soignants et soignés sans-domicile, sur le soin de ces derniers et leur prise en charge médicale. Les réactions des soignants vont parfois jusqu'au rejet, qui se fonde sur leur état d'hygiène : on a peur d'être contaminé, il faut se protéger de ces individus. Nicoletta Diasio souligne que de nombreuses analyses anthropologiques ont révélé que « la propreté, et donc la santé, est un rituel qui opère par des gestes de séparation et de classification. La marge a alors une valeur structurante dans la définition de ce qui est sain, propre et socialement bon, par opposition à un univers extérieur déréglé, donc dangereux et contaminant »[14], et les soignants cherchent ainsi à se protéger en conservant cette marge. Concurremment, ils sont conscients que leur dégoût risque d'altérer la qualité de leurs soins. Certains professionnels sont néanmoins réceptifs aux difficultés rencontrées par les individus sans-domicile pour conserver leur hygiène corporelle et dépassent leur dégoût pour accomplir les actes de soin. Lydia, étudiante infirmière, nous a raconté l'état dans lequel est arrivé Luc au centre d'hébergement où elle effectue un stage :

« Il puait tellement, au début j'arrivais même pas à respirer à côté de lui, il avait de la crasse partout, sur ses bras, tu voyais sa peau… et ses vêtements… il était dans ses urines et ses excréments, je sais même pas depuis combien de temps, mais ses vêtements étaient collés à sa peau. D'abord j'ai cru que j'allais vomir, je me suis dit je vais pas y arriver, mais bon je pouvais pas le laisser comme ça ! Alors je l'ai emmené sous la douche et je l'ai lavé… » (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Alexandre, infirmier en service d'urgences, raconte :

« Une fois je me rappelle, on avait ouvert un pansement et y'avait des asticots qui étaient tombés du pied ! Ça m'a marqué ça… […] c'est toujours après la même chose en fait… y'a pas d'expérience plus marquante, c'est juste qu'ils viennent et ils sont… dans un état d'hygiène impossible et du coup ils sont contents qu'on les lave » (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Ils expliquent tous deux avoir été marqués par le caractère spectaculaire de l'état de leurs patients, saleté extrême pour l'un, plaie rongée par les asticots pour l'autre et expliquent qu'ils ont surmonté leur dégoût pour prendre soin de leurs patients, comme le

[14] DIASIO Nicoletta, « Malades ailleurs : maladie et rite de passage dans un dispensaire pour immigrés à Rome », *in* VERMES Geneviève et LABAT Claudine (éds), *Cultures ouvertes, sociétés interculturelles : du contact à l'interaction*, Fontenay, 1994, p. 355/356.

leur dicte leur éthique professionnelle. L'hygiène corporelle est en effet considérée comme le point de départ à tout soin, la base sur laquelle se construira ensuite l'intervention médicale. Aucun soin ne peut en effet être réalisé sans que le patient n'ait été préalablement lavé, voire désinfecté, pour éviter tout risque d'infection et s'assurer que ces actes soient les plus efficaces possibles. Une confusion s'instaure alors entre les soins d'hygiène qui seraient effectués premièrement pour le bien-être du patient et ceux réalisés d'abord pour que le soignant puisse intervenir sans dégoût. Les soins d'hygiène effectués par les soignants renvoient en effet à une forme d'imposition de la norme. Alexandre explique plus loin dans l'entretien :

> *« On les lave pour nous finalement, parce que sinon ça pue trop, la plupart du temps ils sont dans leurs urines, donc finalement la plupart du temps on les lave mais c'est plus pour nous, parce que c'est pas possible sinon… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Les actes de soin d'hygiène sont justifiés par les soignants parce qu'ils rendent le soin possible. Mais ces pratiques correspondent également à des tentatives de distanciation des soignants par rapport à ce qu'ils estiment sale. Ces actes sont alors utilisés comme des stratégies de préservation de soi par rapport au patient. Pour Anne Véga, « la mise à distance du patient, décelable tant au travers des discours prophylactiques des soignantes que des pratiques de symbolisation de l'espace, des eaux et du matériel, a des fonctions très précises. Elle vise à préserver l'identité des soignants, enfermés comme les malades dans un monde clos, pathogène »[15]. Cette mise à distance permet en effet de caractériser l'identité du soignant, de matérialiser sa différence avec le malade et, par là, de se protéger. Si l'individu sans-domicile est maintenu à distance, par crainte de la contamination des corps qui transmettent virus, microbes ou parasites, il s'agit également d'une forme d'inquiétude des soignants par rapport à la contagiosité de son stigmate. Cette inquiétude se cristallise autour du symbole du stigmate sans-domicile le plus visible, c'est-à-dire une apparence sale et souillée. Les soignants avancent alors la salle d'attente comme un argument : cet espace, souvent restreint, où les patients se côtoient, transmet aux patients ou futurs patients une image du soignant. La salle d'attente est en quelque sorte la vitrine du soignant. Ainsi, nombreux sont-ils à se soucier de l'image que les individus sans-domicile présents renvoient aux autres patients. Cathy explique :

---

[15] VEGA Anne, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15 (3), 1997, p. 120.

> *« Il est clair que quand tu vois arriver un sans-domicile qui n'est pas lavé… Complètement ivre… Oui ben c'est gênant ! C'est gênant pour les autres… Un médecin… Qui accueille un sans-domicile… S'il n'a peut-être pas pu se laver, dans une salle d'attente, ce n'est pas génial ! »* (Entretien avec Cathy, infirmière).

Un médecin rencontré sur le terrain exprime une gêne par rapport à sa patientèle habituelle :

> *« Même par rapport aux autres patients, si après ils viennent, ils sont assis dans la salle d'attente… ça peut faire peur aux autres gens… ouais je pense que ça ne serait carrément pas possible, ça ne serait pas possible… »* (Propos recueillis lors d'une discussion informelle à l'hôpital).

La crainte de la diffusion du stigmate entraîne alors le rejet des individus sans-domicile. Pour Erving Goffman, la crainte que le stigmate ne se répande permet d'expliquer pourquoi les normaux préfèrent éviter d'entretenir des relations avec les stigmatisés. Le risque de contagion du stigmate rejoint ici la contagion au sens médical. Les soignants tendent à rejeter l'individu sans-domicile sale par crainte de cette double contagion. Ces derniers représentent un écart à la norme dont il faut se prémunir afin de ne pas y être associé. La déviance des individus sans-domicile se caractérise par leur non-respect des normes de propreté, et d'hygiène corporelle imposées par la société. Claudine Herzlich montre :

> « L'hygiène nous apparaît donc comme un élément doublement *médiateur*. Entre la maladie et la santé : pour la santé, contre la menace de la maladie ; entre l'individu et son mode de vie : imposée par le mode de vie, elle permet cependant de le maîtriser en s'y ajustant. Par l'hygiène se trouve résolu le paradoxe de la santé simultanément menacée et exigée par notre vie en société. »[16]

L'hygiène permet donc de négocier ce paradoxe et de se positionner par rapport à sa propre santé, ainsi préservée. Les normes d'hygiène relèvent d'une grande importance pour les soignants, parce qu'ils voient la préservation de l'hygiène comme le levier de contrôle du sain et du malsain dans leur vie quotidienne. Il s'agit du moyen le plus facile à maîtriser pour tenir à distance ce qui peut les mettre en danger. La méconnaissance des soignants des situations rencontrées par les individus sans-domicile entretient un jugement négatif à leur égard. En effet, dans la plupart des cas, ils ne sont pas conscients des ressources limitées dont disposent les personnes sans-domicile pour entretenir leur hygiène

[16] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie*, *op. cit.*, 1992, p. 133.

et pensent donc qu'il s'agit d'un choix volontaire, sans mettre en relation leur manque d'hygiène avec leurs conditions de vie.

4) Les rationalités du corps

Le corps des individus est utilisé comme un vecteur permettant de communiquer l'identité sociale virtuelle[17] et les valeurs de l'individu. Ainsi, différents types de rationalité animent le rapport au corps. Les personnes sans-domicile mettent en place des attitudes et des discours afin de modeler et moduler l'image qu'elles veulent donner à leurs interactants, en fonction de la situation qu'elles rencontrent et du but qui y est recherché. Le corps représente la ressource principale dont elles disposent et est utilisé comme un rempart de protection contre les agressions extérieures, mais également pour protéger leur identité. La précarité extrême à laquelle les personnes sans-domicile sont confrontées les prive de protections sociales rapprochées[18] et leur corps est alors leur principal support identitaire. En abandonner le soin aux soignants revient à leur confier ce support identitaire. Fouad explique à quel point il est important que son corps puisse se défendre par lui-même :

> *« Je n'ai pas besoin de prendre des neuroleptiques ou des trucs à la con… Je sais que c'est temporaire ! C'est-à-dire que ça ne va pas me guérir ! Les neuroleptiques ne vont pas me guérir ! Donc il faut que j'habitue mon corps à se défendre par lui-même ! C'est-à-dire, si je me sens nerveux… Je fais 5 kilomètres, je me fatigue bien, et ça passe ! J'ai toujours été comme ça… »* (Entretien avec Fouad).

Il limite son utilisation des médicaments à ceux qui lui sont absolument nécessaires – il prend de l'aspirine pour son problème cardiaque – car il préfère trouver d'autres modes de gestion de son corps, et cherche en particulier à entretenir ses propres résistances. On remarque également dans cet extrait une forte relation entre le corps et l'esprit. Lorsqu'il ne se sent pas bien, que son esprit est dérangé, il utilise son corps comme un moyen d'aller mieux : ici, la fatigue physique permet de gérer le stress et l'angoisse. Il s'oppose à la prise d'un traitement car les effets de celui-ci ne seront que temporaires alors que la gestion incarnée de son état a des effets à plus long terme. Deyan, quant à lui, insiste sur la protection naturelle offerte par son corps :

---

[17] GOFFMAN Erving, *Stigmate*, *op. cit.*, 1975.
[18] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale*, *op. cit.*, 2003.

> *« Je préfère sans médicament, sans antibiotique, sans vaccin… Parce que je crois que nous avons suffisamment [d']énergie dans le corps qui peut montrer une lutte forte contre les maladies… Sinon, si on prend beaucoup de médicaments, nous détruisons notre force, notre protection naturelle… »* (Entretien avec Deyan).

Il repousse les artefacts de l'intervention médicale (médicaments, antibiotiques et vaccins), décrite comme néfaste puisqu'elle détruit les défenses naturelles du corps, car pour lui, le corps est en mesure de se défendre par lui-même. Le corps est alors un support pour véhiculer à ses interactants que c'est l'individu lui-même qui est résistant. Le recours aux soins des personnes sans-domicile est conditionné par cette perception de leur propre corps comme siège de leur existence, de leur identité. Pascale Pichon a montré en quoi la vie à la rue impose des efforts constants pour maintenir une frontière entre soi et les autres, entre l'intime et le public, efforts où « seule l'enveloppe corporelle, ultime réserve territoriale, appartient *en propre* à la personne. La préserver de toute violation, en prendre soin, c'est écarter les offenses et le mépris social, c'est conserver une ouverture aux échanges sociaux, c'est construire le dernier rempart de l'habiter »[19]. Ainsi, les individus vivant sans hébergement se montre parfois réticents à faire appel à une intervention médicale pour prendre en charge leurs corps, préférant en garder le contrôle pour préserver leur sécurité ontologique. Cette attitude correspond à un type de rationalité particulier utilisé par les soignés sans-domicile et qui se rapproche du modèle de l'action rationnelle en valeur décrite par Max Weber :

> « Agit de manière *purement* rationnelle en valeur celui qui agit sans tenir compte des conséquences prévisibles de ses actes, au service qu'il est de sa conviction portant sur ce qui lui apparaît comme commandé par le devoir, la dignité, la beauté, les directives religieuses, la piété ou la grandeur d'une "cause", quelle qu'en soit la nature. »[20]

Les actions des personnes sans-domicile sont dans ce cas déterminées par la volonté de conserver l'identité sociale qu'ils cherchent à mettre en avant et qui se fonde sur leur résistance corporelle. Les finalités qu'ils pourraient obtenir en se soignant sont laissées de côté au profit de la lutte pour maintenir une identité sociale positive et le contrôle de leur propre corps. Les individus sans-domicile expriment, dans leurs discours et leurs attitudes, que leurs corps sont résistants, car ils en sont convaincus, et agissent en fonction de cette conviction. Ces attitudes ne sont pas toujours comprises par les soignants, qui partent

---

[19] PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe », *art. cit.*, 2002, p. 27.
[20] WEBER Max, *Économie et société : les catégories de la sociologie*, Paris, Plon, 1995, p. 56.

souvent du principe qu'un simple doute par rapport à sa santé ou qu'une douleur non identifiée doit se traduire par une consultation médicale[21].

Si le corps et sa résistance sont utilisés comme supports pour revendiquer une identité sociale positive, d'autres pratiques du corps, correspondant à d'autres formes de rationalité, sont également observées. En fonction du cadre de l'interaction, le message que l'individu cherche à transmettre par son corps est différent. Les individus sans-domicile naviguent entre plusieurs types d'interaction différents, au cours desquels ils n'endossent pas les mêmes rôles, ne cherchent pas à transmettre les mêmes messages et, par conséquent, n'utilisent pas leur corps de la même manière. Nous avons rencontré Ohran en centre d'hébergement médicalisé où il a été admis pour soigner sa cheville fracturée au cours d'un accident de la voie publique. Pour permettre aux os de se reconstruire, il a été plâtré du pied jusqu'au bas du genou. Sa marche est entravée car son plâtre est très imposant. De plus, les médecins lui ont interdit de prendre appui sur son pied pendant plusieurs semaines afin de favoriser son rétablissement. Il ne suit pas ces instructions et les soignants de la structure commencent à penser qu'il ne se soucie pas des séquelles dont il pourrait souffrir si ses os ne se réparent pas correctement. Ils avancent plusieurs arguments pour expliquer cette attitude. En premier lieu, ils imaginent que la barrière de la langue empêche Ohran de comprendre les prescriptions du médecin. Après plusieurs tentatives pour lui expliquer qu'il ne doit pas prendre appui sur son pied, qui n'ont abouti à aucun changement dans la conduite d'Ohran, l'équipe avance l'hypothèse selon laquelle Ohran souffrirait d'un handicap mental léger qui n'aurait jamais été diagnostiqué. Il s'agit là de la confrontation de deux types de rationalité différents. Ohran voit en effet d'autres intérêts dans le fait d'être plâtré que le seul rétablissement de sa cheville : il explique qu'il gagne beaucoup plus d'argent en faisant la manche maintenant qu'il a un handicap visible. Gisèle Dambuyant-Wargny rappelle que « dans le monde de la survie, le corps est un *objet de travail* : il est ce qui s'échange dans l'interaction – matériellement (la prostitution) ou symboliquement (la manche) »[22]. Le plâtre, les béquilles et la difficulté apparente à la marche d'Ohran sont en effet ici mobilisés comme des symboles de stigmate qui le rapprochent de l'image du bon pauvre, celui qui n'est pas responsable de sa situation et qui

---

[21] Emma affirme : « *Quand justement, on ressent un état de tension… Et qu'on n'arrive pas à y remédier ! Enfin… Quand on a une douleur et que… On ne sait pas d'où elle provient, et je pense que le médecin a un rôle préventif… Donc tu peux te dire que si tu as mal à la tête de manière… De manière récurrente… Eh bien bout d'un moment, tu vas voir un médecin ! Je ne sais pas si je réponds ta question…* »

[22] DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps: soin et non-soin de soi en situation de précarité*, Paris, Armand Colin, 2006, p. 107.

attire davantage la sympathie des passants. Les conditions de vie d'Ohran se sont considérablement améliorées depuis son accident : il bénéficie désormais d'un hébergement et ses revenus de la manche ont sensiblement augmenté. Son intérêt immédiat à favoriser le processus de guérison de son pied est donc limité, ce qui, du point de vue des soignants, est inconcevable. Pour eux, l'objectif premier est toujours le soin. Max Weber détaille ainsi l'action rationnelle en finalité :

> « Agit de façon rationnelle en finalité celui qui oriente son activité d'après les fins, moyens et conséquences subsidiaires et qui confronte en même temps rationnellement les moyens et la fin, la fin et les conséquences subsidiaires et enfin les diverses fins possibles entre elles. […] Il peut également arriver que l'agent, sans orienter de façon rationnelle en valeur d'après des "impératifs" ou des "exigences" les fins concurrentes et antagonistes, les accepte simplement comme des stimulants de besoins subjectifs donnés qu'il dispose en un ordre hiérarchique selon un critère consciemment *réfléchi* de l'urgence et y oriente ensuite son activité de telle façon qu'il puisse les satisfaire dans la mesure du possible en respectant cet ordre. »[23]

Ohran a ici hiérarchisé ses finalités selon l'urgence à laquelle il est confronté et a déterminé que la finalité du soin de sa cheville est subsidiaire par rapport aux bénéfices apportés par la conservation de son plâtre. Max Weber a montré que les activités des individus, et plus spécifiquement encore leurs activités sociales, ne s'orientent que rarement envers un seul type de rationalité. Les soignants de la structure cherchent à interpréter l'attitude d'Ohran selon la rationalité en valeur qu'ils mobilisent ici : la santé est l'objectif primordial à atteindre, dans la plupart des situations possibles. Or, Ohran agit plutôt selon une rationalité en finalité, préférant les bénéfices de son plâtre à son rétablissement. Les différentes rationalités s'attachant au corps sont ainsi la source de malentendus entre soignants et soignés sans-domicile.

II) Le corps sans-domicile : mises en scène & techniques du corps

Le corps des personnes sans-domicile correspond à leur principale ressource, à l'élément sur lequel ils ont et exercent un plein pouvoir, bien que celui-ci soit limité par les

[23] WEBER Max, *Économie et société : les catégories de la sociologie*, *op. cit.*, 1995, p. 57.

contraintes qu'impose la vie à la rue. Ils sont définis par une identité sociale essentiellement négative qui chamboule la manière dont ils se définissent, par rapport aux autres et à eux-mêmes. Francis Ratier indique :

> « Aujourd'hui, et de plus en plus, la forme ancienne de la marginalité, conçue comme bord toléré d'un tout qui la contient néanmoins comme différente, sur le modèle du dedans-dehors, que le mot même de marge identifie et signifie clairement, laisse la place à un sans lieu, sans fonction, sans titre, sans histoire, sans abri, sans nom, une référence vide qui réduit le sujet à son corps. »[24]

L'individu met alors en scène son corps en cherchant à conjurer le stigmate dont il souffre et l'image sociale négative qu'on lui attribue. Cette mise en scène procède d'un double mouvement d'apparence antagoniste. D'une part, les individus sans-domicile utilisent ce que nous appellerons une mise en scène de la robustesse afin de mettre en valeur la supériorité physique de leur corps, capable de résister à tout. D'autre part, ils semblent manifester le besoin de prouver, par la monstration de cicatrices, de plaies, de symptômes, de documents médicaux, qu'ils sont malades ou blessés, ce que nous appellerons la mise en scène de la supplique, à la suite de Didier Fassin[25]. Le corps est utilisé par les personnes sans-domicile à la fois comme un support identitaire pour assurer le maintien de soi et comme un instrument permettant d'obtenir des ressources de survie. Pour les soignants, il représente le support de leur activité professionnelle. On assiste alors, au cours de leurs interactions, à la rencontre de représentations du corps distinctes, mais également de rationalités du corps différentes. David Le Breton rappelle :

> « Le corps n'est pas seulement une collection d'organes et de fonctions agencées selon les lois de l'anatomie et de la physiologie. Il est d'abord une structure symbolique, une surface de projection capable de rallier les formes culturelles les plus variées. En d'autres termes, le savoir bio-médical, savoir officiel du corps dans nos sociétés occidentales, est une représentation du corps parmi d'autres, efficace dans les pratiques qu'il soutient. »[26]

Les pratiques des soignants et des soignés sans-domicile à propos du corps sont en effet différentes et ils l'utilisent pour transmettre d'autres valeurs et d'autres normes. En effet, bien que le corps soit le siège de l'individualité, il est l'interface entre l'individu et le social et permet ainsi de véhiculer une image de soi particulière.

---

[24] RATIER Francis, « Abord clinique de la grande précarité », *Empan*, 66 (2), 2007, p. 40.
[25] FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 55 (5), 2000, pp. 955-981.
[26] LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992, p. 32/33.

1) La mise en scène de la robustesse

Afin de transmettre une image valorisée d'eux-mêmes à leurs interactants, les individus sans-domicile mettent en scène leur corps par l'intermédiaire d'une suite d'attitudes et de pratiques formant une mise en scène. Elle est soutenue par l'emploi d'une rhétorique analogue. Son objectif est de démontrer la supériorité physique dont ils font preuve. Cette conduite les aide à conserver une image positive d'eux-mêmes, car, comme le met en lumière Pascale Pichon, « la peur de perdre l'image de soi dans le miroir tendu des plus abandonnés et des plus dégradés impose une lutte essentielle dans les stratégies de survie où il convient de trouver les moyens de se protéger d'une contamination possible »[27]. L'attitude qui met le mieux en lumière la mise en scène de la robustesse est celle qui consiste à minimiser la douleur, voire à prétendre n'en ressentir aucune. C'est le cas de Baptiste qui, après avoir perdu son pied suite à d'importantes engelures, répète qu'il n'en éprouve aucune douleur. Il suit toutefois un traitement contre les douleurs fantômes, mais il s'empresse de préciser qu'il ne s'agit là que d'un traitement préventif : lui, il n'a pas mal. Lorsqu'il est surpris à grimacer en se déplaçant, il explique que c'est la prothèse qui est mal ajustée à son moignon et détourne ainsi l'aveu de sa souffrance. En effet, celle-ci est due à un désagrément technique (l'inadaptation de sa prothèse) et non à sa sensibilité à la douleur. Simon adopte la même attitude et exhibe fièrement les importantes cicatrices qui couvrent ses avants-bras. Il raconte d'un air goguenard qu'après l'accident qui les a causées, il a tranquillement pris le tramway et s'est amusé des regards horrifiés des autres passagers. Il décrit en effet ses plaies à grand renfort de détails sanguinolents et volontairement épouvantables : il explique que des lambeaux de peaux tombaient de ses bras et que son sang coulait tant que des flaques se formaient au sol. Le tout en riant et en scrutant la réaction de son interlocuteur. Il précise enfin qu'il s'est contenté d'aller rendre visite à sa mère qui l'a immédiatement envoyé à l'hôpital. Si ce n'était pour lui obéir, il ne se serait pas rendu à l'hôpital car :

> *« Tu sais, ça c'est rien, j'en ai vu d'autres ! »* (Propos recueillis au cours d'une discussion informelle dans la rue).

On remarque un double mouvement dans la conduite de Simon. D'abord, il cherche à mettre en scène sa supériorité physique, à prouver qu'il est plus fort que les autres, qu'il

[27] PICHON Pascale, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *art. cit.*, 1996, p. 175.

est capable d'en supporter plus. Il va donc insister sur la gravité des plaies, la profondeur ou l'étendue des cicatrices, avant de préciser que pour lui ce n'est rien. Ensuite, en cherchant à mettre mal à l'aise son interlocuteur, habituellement horrifié par ce genre de discours ou par les plaies exposées, il détourne le stigmate dont il souffre pour prendre une position valorisée correspondant à celle du gros dur qui ne craint rien ni personne. De nombreuses attitudes, bien que plus discrètes, contribuent à la fabrication et à l'entretien de l'image que veulent donner d'eux-mêmes les individus sans-domicile. Jacques insiste pour serrer la main à chaque personne avec qui il entre en interaction et s'applique à la serrer très fort, généralement jusqu'à ce que son interactant s'en plaigne ou ne retire sa main, ce à quoi il rétorque toujours qu'il ne s'est pas rendu compte de la force qu'il a déployée. Dans la vie quotidienne, les coupures et blessures sont presque systématiquement minimisées et, même lorsqu'un soin est sollicité, la résistance à la douleur est mise en avant. Gérard présente d'importantes crevasses dues au froid sur la peau de ses mains. Il nous demande d'y appliquer une crème cicatrisante et un pansement :

> *« Ça fait pas mal, mais c'est juste que si ça saigne, c'est embêtant »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

L'argument mobilisé pour soigner les plaies est l'aspect pratique : le pansement empêche le sang de se répandre ; la crème est quant à elle expliquée par l'incongruité de mettre un pansement sans rien en-dessous. De la sorte, le soin n'est pas légitimé par la douleur que lui occasionnent les crevasses, mais par une question technique qui est l'évitement du saignement. Cette tournure rhétorique permet alors d'être soigné et certainement d'atténuer les douleurs, mais sans perdre la face car la douleur n'est jamais avancée comme justification au soin, elle n'est pas même évoquée. René raconte une ponction au niveau du poumon :

> *« Ils m'ont fait déjà une ponction au dos, parce que j'avais de l'eau dans le poumon. Ah mais ça m'a pas fait mal, ça m'a rien fait ! Ça a rien fait du tout. Mais le seul problème que j'avais c'était que j'étais obligé de rester assis sur une chaise pendant trois heures ! Oh yé ! À la fin du compte j'ai dit vivement que je vais au lit ! [rires] mais sur une chaise en ferraille, ben crois-moi le, c'est pas marrant hein ! Et en plus tu peux même pas regarder la télé, moi qui voulais regarder la télé, ben tu parles ! Pendant trois heures assis comme ça, oh purée… oh ils m'ont sorti assez d'eau du poumon, pfiou ! »* (Entretien avec René).

Ici encore, l'acteur s'attache à préciser qu'il n'a pas eu mal et va attribuer la pénibilité de l'expérience au manque de confort auquel il a dû faire face, c'est-à-dire le fait

de devoir rester assis et de ne pas pouvoir regarder la télévision comme il l'aurait souhaité. L'accent mis sur la quantité de liquide extrait de son poumon et le soupir qui ponctue sa phrase laissent pourtant à penser que cette ponction devait bien être une intervention déplaisante et douloureuse. Yann Benoist résume ces attitudes en affirmant que « dans une certaine mesure, on peut dire que la résistance à la souffrance est une valeur des sans-domicile. Tout se passe comme si être "dur" était la condition pour être un "bon" sans-domicile »[28]. Les plaintes liées à la douleur se font ainsi extrêmement rares et, lorsqu'elles apparaissent toutefois, les individus tendent à toujours à la minimiser.

Les discours et mises en scène de la robustesse sont également alimentés par un imaginaire guerrier souvent mobilisé par les individus sans-domicile. Nombre d'entre eux s'appuient sur un passé militaire ou la pratique des arts martiaux ou de sports de combat pour argumenter leur robustesse physique. Cet imaginaire guerrier est également entretenu par de nombreux récits de bagarres dont l'individu ressort toujours vainqueur[29]. La référence à cette identité sociale virtuelle, valorisée par la virilité, la résistance corporelle et la force physique supérieure auxquelles elle renvoie, permet de compenser leur identité sociale réelle qui ne leur laisse que peu de supports pour être perçus positivement. Paul a un corps rachitique, sa physionomie est abîmée par des décennies de rue. Il porte une veste au motif militaire, beaucoup trop grande pour lui et remplie davantage par les différentes couches de vêtements qu'il porte que par son corps frêle et chétif. Il explique qu'il l'a gardée de l'armée où il était hautement gradé mais dont il a été exclu après s'être opposé plusieurs fois à sa hiérarchie lors d'affaires d'État. Le secret auquel il reste soumis ainsi que le respect qu'il a conservé pour ses anciens collègues l'empêchent de donner plus d'éléments sur son parcours passé. Il entretient de la sorte une identité sociale virtuelle valorisée qui permet de mettre à distance le stigmate associé à l'individu sans-domicile. Il peut également justifier sa situation sans-domicile : il explique en effet qu'il reste dans les rues de Strasbourg pour continuer à recueillir des informations, tout en n'étant pas retrouvé par des terroristes de l'ETA. La mise en scène de la violence physique est une ressource pour donner une image valorisée de soi. Arnaud raconte qu'il a été témoin d'un vol de sac à main :

---

[28] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, 26 (3), 2008, p. 18.
[29] Arnaud raconte, dans l'entretien, sa pratique des sports de combat et la manière dont il écrase ses ennemis qui ne s'attendent pas à de telles compétences.

« J'ai pratiqué les sports de combat alors si je dois le faire j'le fais ! J'vais pas attendre la police qu'elle arrive… et du coup le mec il était allongé par terre… Après ils appellent les pompiers… et le mec, dix jours à l'hôpital, pour un vol de sac à main… personne n'a bougé ! Alors moi j'ai vu ça, je suis devenu rouge ! J'ai attrapé le mec hé… ben… il était pas déçu ! » (Entretien avec Arnaud).

Arnaud passe, dans son récit, à la fois pour quelqu'un de très fort, qui n'aime pas utiliser ses compétences de combat mais sait qu'il y est parfois forcé, et pour un défenseur des plus faibles, ici la femme à qui on a volé son sac. Dans le même ordre d'idée, Dmitry adopte une attitude très agressive envers ses camarades de rue et utilise l'intimidation, voire la violence physique, comme moyen d'obtenir ce qu'il veut ainsi que de garder un certain pouvoir sur son groupe de pairs. Il affirme qu'il était légionnaire dans l'armée yougoslave et qu'il n'a peur ni de se battre ni de tuer.

Erving Goffman rappelle que le fait de garder la face ne doit pas être analysé comme le but de l'interaction mais comme une condition à cette dernière. La mise en scène de la robustesse permet à l'individu de conserver une image positive de lui-même. Ces stratégies lui fournissent également un vecteur de valeurs. Par la mise en scène de son corps, l'individu sans-domicile modèle l'image qu'il veut donner de lui. Il utilise son corps pour transmettre à ses interactants des indices des valeurs avec lesquelles il souhaite être caractérisé. Il contrecarre l'imposition du statut dévalorisé et faible que lui renvoie la société. En mettant en avant qu'il résiste à tout, il transmet le message selon lequel son corps est capable de résister à l'accumulation des violences physiques, sociales, institutionnelles et psychologiques qu'il subit.

Les stratégies identitaires développées par les individus pour garder la face ou négocier leur stigmate ne sont pas pour autant figées. Didier Fassin analyse les demandes écrites adressées au Fond Social d'Urgence, pour lui :

> « L'identité virtuelle qui se construit dans les demandes est en interrelation étroite avec le travail rhétorique, et l'on ne saurait donc en faire une réalité définitivement fixée : précisément parce qu'elle est totalement conjoncturelle, ou plutôt relationnelle, elle peut être présumée instable et, en particulier, susceptible de se modifier dans une autre situation. »[30]

[30] FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *art. cit.*, 2000, p. 960.

Il en va de même pour les rhétoriques et mises en scènes employées par les individus sans-domicile. En fonction de la situation ou de leur interactant, ils vont modifier leurs stratégies et laisser voir une autre facette de leur identité sociale. La robustesse est en effet difficile à mettre en scène et à conserver dans chaque interaction et l'on remarque que les individus sans-domicile développent alternativement une mise en scène correspondant à la supplique.

2) La mise en scène de la supplique

La mise en scène de la supplique est adoptée par les individus sans-domicile lorsqu'ils ne sont plus en capacité de mettre en scène la robustesse ou lorsqu'ils cherchent à obtenir une aide et ressentent le besoin de justifier leur demande. Didier Fassin définit la supplique comme :

> « La supplique est une forme ancienne et conventionnelle par laquelle un sujet interpelle une autorité lointaine pour en obtenir une faveur ou une grâce. […] Elle se présente ainsi comme un appel à une humanisation des rapports de domination qui se traduit par un traitement personnalisé et discrétionnaire du requérant sur la base de la connaissance et de la reconnaissance de sa souffrance. »[31]

Historiquement adressée au roi, au représentant de l'autorité légale ou au patron, la supplique cherche à créer une relation entre celui qui sollicite l'aide et celui qui l'accorde, mais surtout, par là, à justifier le bien-fondé de cette sollicitation en fournissant à l'aidant des éléments d'appréciation de la légitimité de la demande d'aide. La mise en scène de la supplique par les individus sans-domicile semble en effet mobilisée pour justifier leur demande de soin. Ils l'utilisent pour prouver qu'ils sont effectivement malades ou blessés, comme si leur demande de soin n'allait pas être prise au sérieux ou considérée comme valable s'ils n'arrivent pas à convaincre leur interlocuteur.

La mise en scène de la supplique se base sur deux supports privilégiés : la monstration du corps *via* l'exposition de cicatrices ou de plaies et le support documentaire, utilisé comme preuve matérielle de la souffrance ou de la pathologie. Les individus emploient également une rhétorique de la supplique afin de soutenir leur mise en scène, souvent forgée d'exagérations. Marc s'est brisé plusieurs os de la main suite à une

[31] *Ibid*., p. 961.

importante chute dans des escaliers. Les chirurgiens lui ont mis des broches afin de soutenir la réparation des os. Au cours de l'entretien que nous avons réalisé ensemble, il brandit plusieurs fois son bras bandé, pour montrer qu'il est effectivement blessé. De plus, il a été très impressionné par l'opération, subie quelques jours auparavant, et par la taille des broches, qu'il tend à exagérer. Au cours d'une conversation avec une autre résidente du centre d'hébergement médicalisé, il lui raconte l'intervention chirurgicale et lui explique que les broches mesuraient presque quarante centimètres. Elle lui demande alors si les broches remontaient jusque dans le bras, ce à quoi il lui répond que non, elles n'étaient que dans sa main et il ne réagit pas face à l'air interloqué de son interlocutrice, tout persuadé qu'il est de la taille des broches. Il est convaincu de leur taille car leur extraction l'a tellement impressionné qu'il les voit énormes. Les plaies et les cicatrices sont très souvent mises en avant et utilisées comme autant de preuves des propos tenus au cours des entretiens : Baptiste propose de nous faire voir le moignon de son pied amputé ; Mohamed soulève ses vêtements pour dévoiler la cicatrice qui occupe la majorité de son abdomen ; Elias veut nous montrer des photos de l'infection de sa peau… Au long de notre travail de terrain, nous avons pu voir de très nombreuses plaies et cicatrices, toujours exposées pour appuyer leurs dires, comme par crainte de ne pas être pris au sérieux si aucune preuve n'est donnée à ce qu'ils avancent. La seconde stratégie communément employée pour mettre en scène la supplique est l'utilisation de documents ou de matériel médicaux pour appuyer l'état de santé dégradé qu'ils avancent. Fouad nous présente la tablette de médicaments qu'il prend. Renaud est dépité car on lui a volé l'atèle qui lui a été prescrite pour soigner son poignet fissuré et brandit son ordonnance en scandant :

> *« Tu vois je te mens pas ! Et regarde [il tend un carton de rendez-vous avec un médecin addictologue], j'ai aussi rendez-vous avec le psychiatre, parce que tu vois je veux arrêter l'alcool, c'est pas des conneries ! »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

La tablette de médicaments, l'ordonnance ou le carton de rendez-vous sont autant d'évidences, matérielles cette fois et non corporelles, que les individus sans-domicile mobilisent. Ce besoin de démontrer la légitimité de leur demande de soin reflète un sentiment de dévalorisation et les preuves utilisées correspondent à des éléments de leur itinéraire biographique. Il s'agit de bribes de leurs parcours médicaux, voire de parties d'eux-mêmes, de leurs corps, exposées car abîmées, blessées. Les individus se découvrent, au propre comme au figuré. Ces attitudes risquent de générer une identité sociale négative car la mise en scène et la rhétorique de la *s*upplique ont, à terme, un effet performatif sur

l'individu qui considère alors que sa demande de soin n'est pas légitime. Mais l'image peu valorisée que leur renvoie la société participe à l'intériorisation par l'individu de cette identité sociale négative qui l'incite à se considérer comme illégitime. Pour rétablir la légitimité de sa demande de soin, il emploie la mise en scène de la supplique comme une stratégie pour se différencier de l'image du mauvais pauvre, de l'assisté volontaire et endosser le rôle de la victime innocente d'une agression, de la guerre, du système ou d'un coup du sort. Le but du jeu semble ici de se dédouaner de la responsabilité de sa propre situation pour se différencier de l'image du profiteur, relayée de manière prépondérante, jusque dans les associations d'aide aux plus démunis et dans le système de soin. En cherchant à mettre à distance cette identité sociale dévalorisée, ils visent le détournement du stigmate qui y est associé. Les individus sans-domicile sont pourtant, et dans la plupart des cas, couverts par la Sécurité Sociale dans le cadre de leurs soins, soit par une affiliation au régime général, soit par les dispositifs de CMU et d'AME. Ceux qui ne disposent d'aucune couverture maladie disposent toutefois de la possibilité d'être soignés dans le milieu associatif – au sein du centre de soins que nous avons observé par exemple – ou par des dispositifs publics. Dans les deux cas, ces dispositifs ont été créés justement pour soigner ceux qui ne sont pas pris en charge par l'hôpital ou les cabinets de ville, faute d'inscription à la Sécurité Sociale. La légitimité de leur demande de soin n'est donc théoriquement pas remise en cause. Toutefois, dans les faits, les individus agissent comme si celle-ci devait être prouvée, comme si les soignants refuseraient autrement de les prendre en charge. Robert Castel annonce, à propos des aides à caractère social, que « qui ne peut payer autrement doit continuellement payer de sa personne, et c'est un exercice épuisant. […] Les fragments d'une biographie brisée constituent la seule monnaie d'échange pour accéder à un droit »[32]. La situation n'est pas différente dans notre cas puisque les individus sans-domicile utilisent ces fragments biographiques en tant qu'éléments justifiant leur demande de soin. Tout ce qui peut être mobilisé pour témoigner de la non-responsabilité de sa situation est proposé comme monnaie d'échange pour obtenir de l'aide. Ils semblent ressentir le besoin de se protéger d'une suspicion de la part des soignants quant au bien fondé de leur demande, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur identité. Didier Fassin indique, à propos des individus qui se voient contraints d'utiliser sur le long terme une rhétorique de la supplique :

[32] CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*, 1996, p. 473.

> « Ils développent ainsi des mécanismes d'adaptation et des jeux de négociation, dans lesquels la part de la normalisation subie et du détournement tactique est toujours difficile à établir. Quoi qu'il en soit, ces mécanismes et ces jeux, élaborés au cours des interactions avec les services publics, engagent l'individu dans une présentation de lui-même dont on peut supposer qu'elle n'est pas sans effet sur la construction de son moi – sinon moral, tout au moins social. »[33]

La mise en scène et la rhétorique de la supplique entraînent donc les individus à modifier la manière dont ils se perçoivent et risque, à terme, d'imprégner leur identité sociale. Ce phénomène s'intensifie avec la fréquence de ces interactions et le temps consacré par les individus à tenir ces rôles particuliers. Pour s'en protéger, les individus contrebalancent cette identité sociale dévalorisée par le rôle plus favorable qu'ils occupent lorsqu'ils mettent en scène la robustesse, ce qui crée une ambiguïté difficile à interpréter par les soignants. A cela s'additionne qu'au cours de leur carrière de survie, les individus sans-domicile développent des techniques du corps particulières, difficiles à identifier et à interpréter pour les soignants.

3) Le corps comme instrument

L'analyse des techniques du corps permet de mettre en évidence les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Marcel Mauss affirme que « le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme. Ou plus exactement, sans parler d'instrument, le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps moyen technique, de l'homme, c'est son corps »[34]. Pour Marcel Mauss, les techniques du corps consistent en une adaptation continue de l'individu aux différents objectifs qu'elles permettent de remplir. Elle se fait au long de la vie de l'individu, selon son appartenance socio-culturelle et les événements qu'il traverse :

> « Cette adaptation constante à un but physique, mécanique, physique, chimique (par exemple quand nous buvons) est poursuivie dans une série d'actes montés, et montés chez l'individu non pas simplement par lui-même mais par toute son éducation, par toute la société dont il fait partie, à la place qu'il occupe. »[35]

---

[33] FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *art. cit.*, 2000, p. 956.
[34] MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 2010, p. 372.
[35] *Ibid*.

Le corps est utilisé comme un instrument par les individus sans-domicile et ils mettent en place des stratégies et des techniques du corps pour obtenir un hébergement, des revenus plus importants en faisant la manche, conserver une image positive d'eux-mêmes et surtout pour survivre dans la rue. En fonction de la situation d'interaction et du but qui y est recherché, consciemment ou inconsciemment, les personnes vivant dans la rue mettent en avant certaines caractéristiques de leur corps. Lorsqu'ils font la manche, le corps est exposé de manière à ce que ses limitations soient visibles. Darek souffre d'un cancer du pancréas qui le fatigue beaucoup et a récupéré un fauteuil roulant qu'il utilise pour transporter plus facilement ses affaires. Vivre sans hébergement impose en effet de déplacer constamment ce que l'on possède – couvertures, sacs de couchage, effets personnels – ou de réussir à le cacher pour le protéger du vol ou de l'enlèvement par les services de propreté de la ville. Lorsqu'il fait la manche, son fauteuil roulant ne sert plus de chariot mais de siège, donnant ainsi l'illusion qu'il est porteur d'un handicap l'empêchant de se déplacer. D'une part, les individus présentant un handicap visible gagnent généralement plus que les autres en faisant la manche, les passants étant plus généreux envers ceux qu'ils identifient comme irresponsables de leur situation[36]. D'autre part, lors d'interactions avec des travailleurs sociaux, des pairs ou encore des soignants, les personnes sans-domicile cherchent à transmettre une image valorisée d'elles-mêmes et la mise en scène de la robustesse est alors employée pour dissimuler tout ce qui pourrait porter atteinte à l'identité sociale virtuelle de l'individu. Nous avons accompagné Darek lors d'un de ses rendez-vous chez l'oncologue et celui-ci diminuait les symptômes dont il se plaignait habituellement – douleurs abdominales et fatigue post-traitement chimiothérapique notamment. A la sortie de l'entretien médical, lorsque nous lui avons demandé pourquoi avoir agi de la sorte, il a expliqué qu'il ne voulait pas que le médecin le prenne pour quelqu'un de douillet. Sa stratégie a été efficace car le médecin semblait en effet surpris que Darek ne souffre pas plus. Il a donc ici utilisé son corps de manière à donner de lui une image sociale qui lui apparaît comme valorisée.

Le corps représente l'outil de travail des soignants, seulement s'ils utilisent bien sûr leur propre corps, c'est sur celui de leur patient qu'ils interviennent. L'activité médicale est basée sur le corps du patient, conçu comme le siège des pathologies qu'il convient de traiter. Mais si le corps du patient correspond à l'incarnation de celui-ci sur laquelle les

[36] Ce qui peut être mis en relation avec les analyses de GEREMEK Bronisław, *La potence ou la pitié : l'Europe et les pauvres, du Moyen âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.

soignants vont intervenir, ils n'en sont pas moins tributaires de l'individualité de leur patient, qu'ils vont devoir prendre en compte afin de pouvoir s'occuper de lui. Pour Sylvie Fainzang, « penser la prise en charge du patient en fonction de sa subjectivité, de ses besoins et de ses capacités suppose d'être à même d'[en] juger »[37]. L'évaluation de la subjectivité du patient, de ses besoins et de ses capacités risque rapidement de glisser vers le jugement du patient lui-même. La pensée médicale bénéficie d'une importante légitimation sociale, fondée sur le modèle épistémologique des sciences exactes, et est largement valorisée, contrairement aux pratiques et à la situation des personnes sans-domicile. L'intervention médicale devient alors le vecteur de l'imposition d'un pouvoir bio-politique, dont l'outil principal est le corps, comme l'explique Michel Foucault :

> « Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste, c'est la bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique. »[38]

La médecine est en effet un vecteur de normes corporelles qui engendre et sous-tend un processus normatif. Elle prescrit aux corps des pratiques qu'elle identifie comme bonnes, suggérant ainsi que les autres ne le sont pas. Ces normes correspondent notamment à des injonctions quant à l'entretien du corps, en matière d'hygiène. Il existe un décalage entre ce que le discours médical préconise et ce qui est effectivement à la portée des individus sans-domicile. Le malentendu se situe alors sur ce qui doit être fait, du point de vue médical, mis en opposition à ce qui peut être réalisé en vivant dans la rue. La méconnaissance des soignants des conditions effectives de vie sans hébergement tend à aggraver encore la situation. Michel Foucault continue son analyse en expliquant que « la médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs »[39]. L'imposition de ce pouvoir à visée disciplinaire et régularisateur est, de manière générale, rejetée par les personnes sans-domicile. Nous avons rencontré Didier lors d'une maraude. Il était blessé au niveau du pied et a demandé à l'infirmier de l'équipe de maraude de lui faire un pansement. Nous lui avons alors demandé pourquoi il n'était pas allé voir un médecin, ce à quoi il a répondu :

---

[37] FAINZANG Sylvie, « Du sens unique au sens interdit. Les malades et l'épreuve de la maladie », *in* BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe *et al.* (éds), *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, p. 217.
[38] FOUCAULT Michel, *Dits et écrits, 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994, p. 210.
[39] FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société*, Paris, Seuil, 1997, p. 225.

> *« Mais les médecins ils ne cherchent qu'à nous mettre dans des cases, et c'est pour ça qu'on les fuit ! Ça les gêne qu'on soit dehors, qu'on ne fasse pas comme eux, ça fait pas propre ! Ils veulent nous ranger dans une chambre d'hôpital ou dans un foyer, mais non merci ! Si on est dehors c'est justement pour ne pas être dans leurs cases ! »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Il mobilise ici plusieurs arguments : d'abord il explique fuir les médecins parce que leur objectif premier serait de les faire entrer dans des cases, c'est-à-dire de les plier aux normes qu'ils véhiculent. Il revendique ensuite le refus de se plier à ces normes imposées. Ce refus dérangerait les médecins parce que « *ça ne fait pas propre* », l'hygiène corporelle est ici transposée à l'hygiène sociétale. Le fait de revendiquer le non-respect des normes correspond à une stratégie de retournement du stigmate associé aux individus sans-domicile. Il permet en effet de ne pas avouer que la norme est impossible à respecter, ce qui crée un malaise, voire une forme de souffrance, lors de la prise de conscience de la différence aux autres. Didier met en avant son altérité, présentée comme un choix personnel, mais il convient de se demander si ce type de discours n'est pas une manière de se protéger de cette forme de mise à l'écart des personnes sans-domicile. Pour Georges Canguilhem, « le corps humain est en un sens un produit de l'activité sociale […]. Par suite, dans l'espèce humaine, la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale mais une normativité sociale »[40]. Les individus sans-domicile doivent donc négocier cet écart à la norme, car le sentiment d'altérité qu'il procure n'est pas agréable et représente un danger pour l'identité de l'individu. La survie s'inscrit dans le corps des personnes sans-domicile, pour autant, « ce n'est pas seulement un corps passif qui subit les conséquences néfastes de cette vie extrême, mais également un corps réactif qui ouvre et s'ouvre à d'autres sens »[41]. Claudia Girola met en exergue que malgré les épreuves de la survie, le corps sans-domicile est porteur de sens et s'adapte à d'autres conditions de vie de manière active. Les individus sans-domicile deviennent en effet des hyper-spécialistes de leurs corps, qui s'opposent à l'expertise des hyper-spécialistes du corps que sont les soignants.

---

[40] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1972, p. 102.
[41] GIROLA Claudia, « Tenir malgré tout dans une vie à la rue », *art. cit.*, 2014, p. 63.

4) Hyper-spécialiste du corps & hyper-spécialiste de son corps

La formation et les pratiques professionnelles des soignants forgent peu à peu une représentation particulière du corps, fondée sur leurs savoirs scientifiques et technicisée. Parallèlement, les évolutions récentes de la médecine orientent les praticiens à réduire le corps à sa plus petite entité techniquement observable – comme le montrent par exemple les nouvelles thérapies géniques –, au risque d'en oublier son entièreté et sa dimension sociale, c'est-à-dire l'individu dans sa globalité. L'appui scientifique du discours et des pratiques médicales entraîne également une certaine résistance des praticiens à accepter le point de vue de leurs patients. Leur savoir spécialisé s'adosse à l'importante légitimité dont ils bénéficient dans notre société contemporaine mais aussi sur le principe que le soigné est un profane, et donc, par là, un ignorant. Pour Eliot Freidson, « le système médical […] part de l'idée que le profane est incapable d'évaluer la nature de son problème personnel et la manière adéquate de le traiter : c'est ce qui justifie que la profession impose ses propres conceptions »[42]. Le savoir médical est un savoir officiel, enseigné à l'Université, et dont la prétention scientifique pousse à l'universalité. Les praticiens de la médecine sont donc forts de ce « monopole de la "vérité" »[43]. Leur pouvoir est d'autant plus prononcé que leurs interlocuteurs profanes sont généralement, au cours des situations de soin, à la fois mal à l'aise et inquiets. Cette inquiétude provient du fait des potentiels symptômes désagréables, mais également de la situation même dans laquelle ils se trouvent. S'il connaît les symptômes qu'il présente, le patient ignore souvent le sens et l'origine biologiques de ceux-ci, leur niveau de gravité, leurs conséquences ou leurs séquelles éventuelles. Ainsi, le savoir médical des soignants leur confère un statut particulier : celui d'hyper-spécialiste du corps, détenteurs d'un savoir auquel les profanes n'ont pas accès.

Afin de survivre dans la rue, les personnes qui y vivent développent de nombreuses techniques du corps. En effet, les contraintes importantes de la vie sans hébergement nécessitent pour les individus de gérer autrement leur corps. Les techniques du sommeil évoquées par Marcel Mauss[44] se forgent différemment lorsqu'il s'agit de dormir dans la rue. Les individus doivent apprendre à dormir sur une surface dure – bancs, sol –, tout habillés, sans pouvoir adopter la position habituelle, c'est-à-dire sans s'allonger

---

[42] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 341.
[43] LE BRETON David, *La sociologie du corps*, *op. cit.*, 1992, p. 40.
[44] MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, *op. cit.*, 2010, p. 378.

entièrement, parfois sur une surface qui n'est pas horizontale, comme les bancs souvent inclinés ou certaines alcôves d'immeubles, jalonnées de pierres afin de les dissuader de s'installer là, sans avoir forcément de quoi se couvrir et exposés au regard des badauds. Mauss décrit également les techniques de repos, là encore elles sont différentes à la rue : les personnes sans-domicile expliquent généralement avoir un sommeil de mauvaise qualité car le bruit, les intempéries et l'insécurité les amènent à se réveiller à de nombreuses reprises. De plus, les endroits où ils dorment ne sont habituellement accessibles que tard le soir et doivent être quittés tôt le matin[45]. Par conséquent, elles ont souvent besoin de se reposer la journée ce qui nécessite à nouveau de réussir à trouver le repos, voire à s'endormir, dans des situations variées et *a priori* non-favorables au repos – sieste dans les halls de gare ou dans les accueils d'associations. La capacité à faire abstraction au bruit ainsi que celle de pouvoir se reposer en position assise sont indispensables dans ces situations. A propos des techniques de l'activité et du mouvement, nous avons pu remarquer que les individus sans-domicile développent des techniques pour faciliter leurs déplacements à pied, en dépit des distances, de la pluie, du froid et de la qualité très modeste ou l'usure de leurs chaussures. Ils sont nombreux à porter plusieurs paires de chaussettes dans des chaussures volontairement trop grandes dans le but à la fois de s'isoler du froid, de l'humidité et d'éviter les ampoules. D'autres personnes utilisent du journal dont ils entourent leurs pieds avant d'enfiler leurs chaussures, lorsqu'ils n'ont pas de chaussette à leur disposition. La pratique quotidienne de la manche impose à l'individu de rester dans la même position assise ou accroupie, pendant plusieurs heures, souvent à même le sol, ce qui représente une véritable torture pour des corps qui n'y sont pas habitués. Certaines adaptations sont ici aussi observables, comme la technique de James qui, suite à une fracture du coccyx, ne supportait plus d'être assis par terre pour faire la manche : il utilise une valise récupérée qu'il a bourrée de vieux journaux afin de s'en faire un siège.

Marcel Mauss met en lumière que les techniques du corps ne sont pas naturellement inscrites dans le corps de l'individu, qui saurait de manière innée comment agir, se déplacer, se reposer ou encore se laver. Au contraire, elles sont transmises selon la recherche d'un rendement et « ces techniques sont donc les normes humaines du dressage

[45] Il en va de même pour les nuits passées en centre d'hébergement : les individus arrivent souvent tardivement (entre 22 heures et minuit, voire encore après) et sont généralement réveillés aux environs de 7 heures, afin que les locaux soient libérés à 8 heures.

humain »[46]. Les corps sont en effet dressés et éduqués pour se conformer à ces normes, en fonction de la société et de l'époque dans laquelle naît puis évolue l'individu. Mauss mentionne toutefois :

> « Ce qui ressort très nettement [des techniques du corps], c'est que nous nous trouvons partout en présence de montages physio-psycho-sociologiques de séries d'actes. Ces actes sont plus ou moins habituels et plus ou moins anciens dans la vie de l'individu et dans l'histoire de la société. »[47]

Les séries d'actes que représentent les techniques du corps évoluent au cours de la vie de l'individu, c'est le cas de celles des personnes qui entrent dans une carrière de survie. Leurs techniques du corps habituelles sont en partie abandonnées au profit d'autres, plus adaptées à leurs conditions de vie nouvelles. La particularité des techniques du corps des individus sans-domicile est qu'elles ne sont pas partagées par l'ensemble d'une société ou d'une culture, comme c'est le cas habituellement. Elles se retrouvent par contre au sein d'un groupe précis qui, au sein de notre société, adopte d'autres techniques du corps pour survivre. Les individus sans-domicile établissent fréquemment un parallèle entre leurs conditions de vie actuelles et celles qu'ils ont connues à l'armée, allant parfois jusqu'à expliquer que leur service militaire était plus dur à supporter que leur vie dans la rue. Mauss lui-même fait de nombreuses références à son expérience militaire qui lui a appris à dormir dans n'importe quelles conditions – debout, à cheval, sur le flanc d'une montagne. Les conditions de vie forgent donc les corps des individus, leurs manières de se comporter et de l'incarner au quotidien. Avec l'apprentissage de ces techniques du corps particulières, les individus sans-domicile deviennent des hyper-spécialistes de leurs corps. Les soignants occupant la position d'hyper-spécialistes du corps, dans notre société, ont l'impression que leurs patients sans-domicile sont détachés de leurs corps, au point de ne pas ressentir de douleur, mais ils sont en fait vraiment ancrés dans leurs corps. Ils négocient différemment leurs douleurs et la souffrance qui l'accompagne. Leur corps n'est pas seulement un objet anatomique, il est le support des mises en scène qui forgent leur identité personnelle et sociale.

Les situations de soin risquent d'être alors vécues comme un abandon du contrôle de leurs corps, difficile à accepter, car il procure un sentiment de danger aux individus. Une interaction observée au cours d'un repas au sein du centre d'hébergement médicalisé

---

[46] MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, *op. cit.*, 2010, p. 374.
[47] *Ibid*., p. 384.

met cette dimension en exergue : Abderrahmane, pris en charge dans la structure pour une spondylarthrite ankylosante et un diabète de type 2, mange le même dessert que les autres résidents et non celui sans sucre qui lui est réservé. L'infirmière de la structure, qui partage ce même repas, l'interpelle pour lui dire qu'il ferait mieux de suivre son régime sans sucre. Abderrahmane lui répond qu'il sait ce qu'il fait puisqu'il est diabétique depuis des années et la remercie de s'inquiéter pour lui. L'infirmière insiste sur l'importance de ne pas manger de sucres rapides et la nécessité de suivre son régime de manière rigoureuse et leur interaction devient conflictuelle. Après le repas, Abderrahmane se plaint auprès de nous de l'infirmière en disant qu'il ne voulait pas exposer son dossier médical à table, mais il était en hypoglycémie avant le repas et s'est donc autorisé un dessert pour faire remonter son taux de sucre. L'infirmière de son côté cherche à lui faire comprendre l'importance d'un régime alimentaire scrupuleux et assidu pour éviter hyper- et hypoglycémies ainsi que les éventuelles complications dues au diabète. Après le repas, elle nous dira :

> *« Oui oui, il dit toujours qu'il sait ce qu'il fait, mais après il fait des hypo' ou des hyper' ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

On remarque bien ici cette opposition entre d'une part le patient, hyper-spécialiste de son corps, et l'infirmière, hyper-spécialiste du corps et du savoir médical. Abderrahmane s'est permis un écart à son régime sans sucre parce qu'il a ressenti une hypoglycémie. Il souffre du diabète depuis plusieurs années et il a ainsi développé sa propre gestion des apports en sucres. L'infirmière a voulu l'inciter à respecter le régime strict prescrit par l'intervention médicale aux patients diabétiques. Ils éprouvent tous deux des difficultés à accepter la représentation du corps et le savoir de l'autre sur le corps.

CONCLUSION DU CHAPITRE

La réduction du patient à sa condition de malade est généralement mal vécue car, en se sentant dépossédé de son corps, il se sent dépossédé du support sur lequel se fonde son identité. Si la pratique médicale prend appui sur des savoirs scientifiques, sa matière première reste le patient. Sans lui en effet, il ne peut y avoir de médecine. L'intervention médicale n'a d'autre point de départ que les ressentis du patient, incarnés dans son propre corps, dont il est l'expert. C'est parce que le patient est capable de ressentir un changement dans son corps, d'identifier un symptôme inhabituel, que les soignants seront sollicités. La pratique médicale s'ancre donc dans le savoir profane qu'ont les patients de leur corps. Georges Canguilhem relativise la position décrite par Freidson en rappelant que « la pathologie est en droit de suspecter et de rectifier l'opinion du malade qui croit savoir aussi, du fait qu'il se sent autre, en quoi et comment il est autre. Parce que le malade se trompe manifestement sur ce second point, il ne s'ensuit pas qu'il se trompe sur le premier »[48]. Or, les malentendus compliquent la prise en compte de ces deux dimensions par les soignants. Elles impliquent, pour les soignants, de considérer les connaissances profanes de l'individu sans-domicile avec attention, malgré leurs difficultés à se détacher de l'anatomo-pathologie et d'une vision technico-scientifique de la médecine. Marc Augé et Claudine Herzlich expliquent que cette tendance de la médecine l'amène à négliger « l'être humain comme totalité bio-psycho-sociale »[49]. Le patient sans-domicile représente ici une forme de paroxysme de cette totalité bio-psycho-sociale car les problématiques sanitaires qu'il présente correspondent à une triple réalité : un état de santé très abîmé par des années de survie dans la rue, parfois encore aggravé par des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique et des difficultés sociales en terme de logement, d'accès aux soins ou à des revenus de base, qui influencent négativement sa santé. Mais si la santé de leurs patients est imbriquée dans sa dimension sociale, les soignants ne sont pas en mesure de répondre aux demandes ne relevant pas de l'intervention médicale. La prise en

[48] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 1972, p. 51.
[49] AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 1983, p. 218.

charge des individus sans-domicile fixe est donc rendue complexe à la fois par la confrontation de deux rapports au corps antagonistes, mais également par l'inadaptation des dispositifs médicaux aux besoins de ces patients.

Le corps est la source de nombreux malentendus entre les personnels soignants et les individus sans-domicile. Il est porteur de sens différents et génère des incompréhensions. Il représente également un instrument sur lequel se base leur l'intervention professionnelle des premiers et utilisé par les seconds dans leur expérience de survie. Le corps est également un vecteur pour transmettre les valeurs auxquelles l'individu s'attache et l'image sociale qu'il souhaite véhiculer. En tant que matérialité biologique de l'individu, ce dernier l'emploie pour incarner différentes au cours de ses interactions et en fonction des buts qu'il recherche. Les soignants développent une conception et des pratiques particulières du corps au cours de leur carrière professionnelle. Il en va de même pour les individus sans-domicile dont la carrière de survie modèle leur rapport au corps. Le malentendu naît de la multiplicité des pratiques et interprétations attenant au corps qui, bien qu'individuelles, comportent une part sociale importante et la société s'y reflète. « Le corps métaphorise le social, et le social métaphorise le corps. Dans l'enceinte du corps, ce sont symboliquement des enjeux sociaux et culturels qui se déploient »[50]. Le corps et son entretien suscitent de nombreuses adaptations lorsque les individus vivent dans la rue, mais également de la part des soignants avec lesquels ils entrent en relation. Pour les personnes sans-domicile, conserver une apparence physique exempte des symboles du stigmate du sans-domicile correspond à une stratégie de préservation de sa propre image sociale. Elles réussissent ainsi à se différencier des individus qui présentent ces symboles de manière visible. Il s'agit de refuser l'image qui leur est renvoyée dans le miroir de ceux qu'ils côtoient au cours de leur carrière de survie. Le maintien de soi, de son corps et de sa santé sont cependant de plus en plus difficiles, au fur et à mesure que l'individu avance dans son parcours de survie. Didier Fassin décrit les évolutions politiques et anthropologiques de l'articulation du droit et de la santé en précisant que le corps malade ou souffrant et la santé permettent aujourd'hui de faire valoir des droits :

> « Les menaces sur la santé tendent à devenir une ressource pour la reconnaissance d'autres droits : ici, au séjour ; là, à l'asile ; là encore, à un habitat digne. Remarquable

[50] LE BRETON David, *La sociologie du corps*, *op. cit.*, 1992, p. 87.

> renversement : il ne s'agit plus d'affirmer un droit à la santé, mais de se servir de la santé pour obtenir des droits. La maladie n'est pas seulement ce dont on est victime, mais c'est aussi ce par quoi on peut être, en dernier ressort, reconnu. On peut alors parler de biolégitimité, c'est-à-dire, en quelque sorte, de reconnaissance par le corps. »[51]

La reconnaissance par le corps permet non seulement d'obtenir des droits mais également un statut différent – celui de malade, de patient – qui est valorisé davantage que celui de sans-domicile ou de clochard. Les individus vivant dans la rue souffrent en effet d'un important manque de reconnaissance[52] et ils sont parfois amenés à utiliser leurs corps pour obtenir cette reconnaissance. Le corps renvoie bien entendu au physiologique et, par là, au pathologique. La santé et la maladie s'expriment dans le corps. Michel Foucault commence ainsi son ouvrage *Naissance de la Clinique* :

> « Pour nos yeux déjà usés, le corps humain constitue, par droit de nature, l'espace d'origine et de répartition de la maladie : espace dont les lignes, les volumes, les surfaces et les chemins sont fixés, selon une géographie maintenant familière, par l'atlas anatomique. Cet ordre du corps solide et visible n'est cependant qu'une des manières pour la médecine de spatialiser la maladie. Ni la première sans doute, ni la plus fondamentale. Il y a eu et il y aura des distributions du mal qui sont autres. »[53]

Il souligne que la maladie peut être interprétée de différentes manières. La médecine ne dispose pas d'un savoir absolu, mais propose une conceptualisation parmi d'autres de la santé et de la maladie, où le corps occupe une place centrale. Nous étudions dans le chapitre suivant les malentendus existants entre médecins, infirmiers et soignés sans-domicile ayant trait à leurs définitions et à leurs pratiques liées à la santé et à la maladie.

---

[51] FASSIN Didier, « Le droit d'avoir des droits », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, p. 23.
[52] HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éditions du Cerf, 2000.
[53] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2009, p. 1.

CHAPITRE III

LA SANTE & SES MALENTENDUS

Au cours de notre travail de terrain, nous avons cherché à appréhender la manière dont soignants et soignés sans-domicile conçoivent la santé et la maladie, et ce qui occasionne des malentendus. La santé est un état qui semble souvent aller de soi pour les individus et il leur est ainsi difficile d'envisager d'autres manières de la concevoir. Talcott Parsons écrit :

> « La maladie est un état de déséquilibre dans le fonctionnement normal de l'être humain total, celui-ci considéré à la fois comme un système biologique et comme un processus d'ajustements personnels et sociaux. Elle est donc définie en partie d'une manière biologique, et en partie d'une manière sociale. Notre participation à la société est toujours, au moins virtuellement, dépendante à l'égard de notre état de santé, de la maladie, de son étiologie, des conditions d'une thérapeutique réussie, comme de beaucoup d'autres données. La pratique médicale constitue un mécanisme par lequel la société met ses membres en état de résister à la maladie. Elle implique donc un ensemble de rôles institutionnalisés […]. »[1]

La santé et la maladie des individus doivent en effet être analysés et compris à la fois biologiquement et socialement. Santé et maladie influencent les rôles adoptés par l'individu et ces rôles modèlent leurs interactions. Dans le même temps, la représentation de l'état de santé ou de maladie est en partie déterminée par le rôle de malade que l'individu adopte ou non.

Dans ce chapitre, nous présentons les éléments du rapport à la santé des individus sans-domicile sur lesquels se forgent les malentendus avec les médecins et infirmiers. En effet, leur perception de la santé est ancrée dans leurs activités quotidiennes et leurs aptitudes corporelles. Ils tendent à s'estimer en bonne santé tant que leurs symptômes ne les gênent pas dans la réalisation de leurs activités habituelles. La santé est vécue comme une expérience. Les soignants quant à eux révèlent un rapport à la santé qui est de l'ordre

[1] PARSONS Talcott, *Eléments pour une sociologie de l'action*, *op. cit.*, 1955, p. 196.

d'un idéal à préserver. Cette perception est influencée par leur carrière professionnelle, de même que la manière dont ils se représentent la maladie. Ils donnent à la santé une importance considérable et leur position valorisée dans la société, associée à l'importante légitimité dont ils bénéficient, leur prête un rôle voisin de l'entrepreneur de morale décrit par Howard Becker[2]. La rencontre de ces deux rapports à la santé différents se matérialise également dans les pratiques de santé des acteurs et les rôles qu'ils adoptent dans l'interaction. De même, leurs manières de concevoir les traitements et les soins génèrent incompréhensions et malentendus.

I) La santé comme expérience & la santé comme valeur

La santé est perçue par les individus sans-domicile de manière ancrée dans leur quotidien. Leur représentation de la santé est incarnée, dans le sens où les individus sans-domicile ne font généralement cas de leurs symptômes qu'à partir du moment où ceux-ci les empêchent d'agir à leur guise. Lorsque leurs pratiques quotidiennes habituelles sont altérées par leurs symptômes, ils cessent de se considérer en bonne santé et cherchent alors des soins. Le recours aux soins relève de savoir-faire que les individus sans-domicile actualisent[3] pour pouvoir les manipuler au mieux, et ainsi avoir accès à des conseils ou une intervention médicale. Nous mettons d'abord en lumière le rapport à la santé et les pratiques des individus sans-domicile avant de nous intéresser à la représentation des soignants et à la place particulière qu'ils occupent dans la société. Ils disposent en effet d'une légitimité et d'un pouvoir reposant sur les savoirs qu'ils possèdent et leur capacité d'intervention sur les corps et la santé d'autrui. La pratique médicale a autorité sur la santé, et par là, sur la maladie.

[2] BECKER Howard, *Outsiders*, *op. cit.*, 1985.
[3] GARDELLA Édouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *Sciences sociales et santé*, 26 (3), 2008, pp. 35-46.

1) La santé incarnée

Les données recueillies lors de notre travail de terrain montrent que les individus sans-domicile définissent la santé en se concentrant sur la dimension de l'aptitude physique. Les motifs de consultation des personnes sans-domicile sont variés mais le principal déclencheur de la consultation est souvent le même : le fait que leur vie quotidienne soit troublée par leurs maux. Ils ne considèrent généralement l'accès aux soins qu'à partir du moment où leurs corps et leurs symptômes les gênent dans leurs activités quotidiennes : si l'on peut faire ce que l'on veut, c'est qu'on est en bonne santé. Arnaud explique :

> *« La santé, c'est pouvoir faire ce que j'ai envie de faire. Et comme je fais beaucoup de choses… si j'ai pas la santé ben… je suis coincé… »* (Entretien avec Arnaud).

On remarque dans son propos la forte intrication entre ses activités et sa représentation de la santé. Il avance que la santé, c'est pouvoir agir comme il l'entend et sans elle, il est contraint. Ce rapport à la santé renvoie à la perception du corps comme un instrument, un outil. Il a peut-être des imperfections ou des défaillances, mais l'individu ne cherche à le réparer qu'à partir du moment où il n'est plus en mesure de l'utiliser comme d'habitude. Nathan définit la santé sous le même angle de vue. Il mobilise le fonctionnement des cinq sens ainsi que des principales fonctions du corps humain comme déterminants d'une bonne santé :

> *« Tant que vous pouvez respirer, penser, écrire, parler, voir, entendre, ressentir le toucher, sentir les odeurs… tip-top ! C'est ça la santé ! Et pouvoir courir, faire un effort sans être [il imite une respiration difficile] alors là c'est tip-top la santé ! Et si vous parlez à quelqu'un qui est malade, ne pas attraper sa maladie tout de suite… C'est ça la santé ! Dur comme le plus dur des aciers ! »* (Entretien avec Nathan).

Si Arnaud reste concentré sur l'aspect pratique de la santé, Nathan ajoute la résistance du corps à l'effort et aux risques de contagion comme indice de santé et mobilise ici la rhétorique de la robustesse : être en bonne santé c'est être dur comme l'acier. Corrélativement, si la santé est l'état dans lequel l'individu est en mesure de réaliser les activités qu'il souhaite, la maladie correspond à l'état opposé. Fouad exprime bien l'inquiétude ressentie face à des états de santé handicapant :

« La maladie c'est la merde ! J'aimerais pas tomber malade… La plus pire des maladies que j'aimerais pas avoir, c'est devenir aveugle ! Ou perdre mes jambes… Et peut-être même respirer aussi ! Parce que quand vous voyez des asthmatiques, quand vous êtes asthmatique, ça veut dire que… J'aime pas la souffrance ! » (Entretien avec Fouad).

Les perceptions et les représentations de la santé par les personnes sans-domicile sont fortement ancrées dans leurs perceptions de leurs corps, c'est pourquoi nous avons choisi de la décrire comme incarnée. Yann Benoist arrive aux mêmes conclusions et explique que « les SDF ne reconnaissent souvent la réalité de la maladie qu'à partir du moment où celle-ci devient un handicap, c'est-à-dire lorsqu'elle les empêche de faire ce qu'ils jugent indispensable. Pour beaucoup, s'il n'y a pas de handicap, c'est qu'il n'y a pas de maladie »[4]. Ce rapport à la santé a des incidences sur leurs recours aux soins et a pour conséquence extrême que de nombreuses personnes vivent dans la rue avec des pathologies sévères, voire létales, telles que le cancer, l'hépatite B ou C, le VIH, la cirrhose du foie, ou encore la tuberculose, sans que les malades ne se définissent comme tels, tant que leur quotidien n'est pas entravé par leur pathologie[5].

En outre, les individus s'adaptent et s'habituent, au fur et à mesure de leur parcours, à leur corps et à ses éventuelles limites, à leurs symptômes, ce qui va déterminer la perception de leur état de santé. Lors d'un entretien exploratoire réalisé au commencement de ce travail de thèse, nous avions réalisé avec Luc un récit de vie en retraçant sur quelques feuilles de papier un axe chronologique correspondant à sa trajectoire de vie. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien, et après surtout que nous lui ayons posé la question, qu'il a cherché à placer sur l'axe la perte de ses jambes. Il a pourtant décrit, au cours de son récit, plusieurs

---

[4] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 21.

[5] Augustine s'est vu diagnostiquer une tuberculose pulmonaire par une radio réalisée dans le cadre de sa demande de titre de séjour. Nous lui demandons si elle sentait qu'elle était malade avant la radio, elle répond : « *je ne sentais rien ! Je ne toussais pas, rien du tout ! Mais je maigrissais… moi je pensais peut-être c'est… c'est les problèmes que je vivais dans la maison, c'est la raison pour laquelle je maigrissais… mais quand on m'avait diagnostiqué à l'OFII j'étais étonnée ! Je n'acceptais même pas !* »
Maurice, quant à lui, vivait dans sa voiture et continuait à travailler, sans savoir qu'il souffrait d'un cancer : « *du fait que j'étais à la rue, trois ans dans la voiture et… c'est mon chef direct au boulot qui m'a envoyé direct chez le directeur, le directeur m'a envoyé direct chez la dame qui s'occupe de l'hébergement et elle euh… elle m'a donc placé… sachant que c'était provisoire, au [centre d'hébergement d'urgence], et ils exigeaient qu'on fasse une radio pour détecter une éventuelle tuberculose. Et c'est là qu'ils ont découvert que c'était pas la tuberculose ! Et que c'était déjà un bon petit cancer en stade avancé. Donc les deux poumons touchés, le gauche un peu plus que le droit… y'avait le rein droit de touché et le foie. Et maintenant plus rien.*
L : et vous ne l'aviez pas senti vous ?
M : non rien ! Y'avait pas eu de douleurs, éventuellement un peu de fatigue, j'avais pas fait gaffe, mais c'est vrai que… les cinq six derniers mois… au boulot donc… j'ai eu pas mal de fatigue mais… j'ai mis ça sur le compte du boulot, sur le fait qu'effectivement je bouge pas mal… je suis tout le temps en mouvement, tout le temps en train de faire quelque chose… »

épisodes de maladie et d'hospitalisation, mais n'a jamais mentionné ses amputations. Il ne s'agit pas pour lui d'un état pathologique, mais c'est désormais son état physiologique. Comme l'explique Georges Canguilhem, « la maladie n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique mais apparition d'un nouvel ordre vital […]. Il n'y a pas de désordre, il y a substitution à un ordre attendu ou aimé d'un autre ordre dont on n'a que faire ou dont on a à souffrir »[6]. Luc s'est donc habitué au nouvel ordre vital de son corps depuis ses amputations. Bien qu'il raconte en avoir souffert au début, notamment à cause des conséquences sur son autonomie, il a appris à vivre avec ce nouvel ordre.

La vie à la rue impose cependant de nombreuses contraintes aux individus et ils sont nombreux à avancer qu'aux vues de leurs conditions de vie actuelles, leur santé n'est pas leur priorité. Elias a subi en 2006 une intervention chirurgicale pour cercler sa rotule fracturée. Maintenant qu'elle est réparée, une seconde intervention doit être réalisée afin de retirer le cerclage. Il est conscient de la nécessité de cette opération, qu'il explique clairement, et annonce que sa rotule lui inflige couramment des douleurs. Pourtant, il précise qu'il a actuellement d'autres priorités et qu'il ne consultera que si son genou lui procure de trop intenses douleurs :

> *« Ouais c'est vrai, faudrait que j'aille le voir, un de ces jours… mais maintenant la priorité pour moi c'est de m'en sortir… J'ai pas un gros problème de santé qui m'empêche de continuer, donc je ne pense pas que je vais le voir tout de suite, mais maintenant si mon genou me fait mal c'est vrai que je serais obligé d'aller le voir pour faire l'opération »* (Entretien avec Elias).

Malgré ses douleurs, il explique son retard d'accès aux soins par le fait que son genou ne le gêne pas au point de l'empêcher d'effectuer les démarches qui pourraient lui permettre de sortir de la rue et qui sont pour l'instant sa première priorité. Le discours d'Elias montre bien que les individus sans-domicile accordent de l'importance à leur santé tout en étant pris dans les engrenages d'une situation qui ne leur permet pas de s'en préoccuper autant qu'ils le souhaiteraient. Ils ordonnent leurs actions en fonction d'une forme de rationalité en finalité selon laquelle l'objectif primordial est de sortir de la rue pour les uns et d'y survivre pour les autres. Les conditions de vie sans logement influencent les conduites des individus et apportent des éléments de compréhension de leur retard d'accès aux soins, mais éclairent également leur impossibilité à suivre certains soins.

---

[6] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 1972, p. 128.

Au cours de l'entretien réalisé avec Vilèm, il déclare que malgré sa pathologie cardiaque, une cardiomégalie, il n'est pas en mesure de suivre le régime sans sel qui lui est imposé par les médecins. Il mangeait ce qui s'offrait à lui ou ne s'alimentait pas. La vie à la rue représente un obstacle à la santé qui entraîne parfois les individus à une forme de fatalisme. Pour Vlad, lorsqu'on est malade dans la rue :

> *« Si tu guéris dehors, tu guéris d'une maladie mais tu attrapes une autre maladie… »* (Entretien avec Vlad).

Un peu plus loin dans l'entretien, il exprime un certain énervement quand nous lui demandons s'il fait quelque chose pour préserver sa santé. Il explique qu'il n'est pas possible de prévoir l'arrivée d'une maladie et son énervement laisse à penser qu'il redoute d'être accusé de simuler la maladie pour profiter d'un hébergement à l'hôpital en hiver :

> *« Il n'existe pas de possibilité pour faire ça ! S'il arrive la maladie, elle arrive ! C'est pas… Je vais pas rester malade pour rester à l'hôpital parce que c'est encore l'hiver ! Et parce que dedans c'est chaud ! Peut-être que la maladie arrive en été ! Peut-être pas malade maintenant, mais peut-être que je serai malade en été… Et la maladie, quand elle arrive, il y a pas de mois… C'est comme ça… ».*

La santé révèle une importance capitale dans la majorité des discours recueillis en entretien et au cours des observations, et l'on remarque une importance particulière donnée à la santé du corps : une hiérarchie est instaurée entre la santé du corps, mentale puis socio-économique. La santé corporelle joue le rôle principal en étant perçue comme la condition *sine qua non* aux autres formes de santé.

2) La gestion de la douleur

Les personnes sans-domicile sont souvent décrites dans la littérature comme ne ressentant pas la douleur, comme des individus qui seraient détachés de leurs corps au point de ne plus ressentir ce qui devrait pourtant les faire souffrir. Cette image se retrouve dans les discours et représentations des soignants. Au cours de notre travail de terrain, nous avons été souvent interpellée par des situations où les individus sans-domicile présentaient des maux, des symptômes ou des plaies qui avaient l'apparence d'affections extrêmement douloureuses, mais ne s'en plaignaient que peu, voire pas du tout. Pour autant, nous n'adhérons pas à l'argument du détachement du corps comme preuve d'une absence de

douleur ressentie par les personnes sans-domicile. Notre travail de terrain montre plutôt que la douleur existe bien et est formulée, mais elle est appréhendée différemment par les personnes progressant dans une carrière de survie. L'impression que ces derniers ne ressentent pas la douleur correspond davantage, selon nous, à un malentendu supplémentaire entre les soignants et les soignés sans-domicile.

La perception incarnée de la santé influe sur le recours aux soins des individus sans-domicile. David Ingleby rappelle qu'« avant de pouvoir atteindre le soignant, une personne malade (ou quelqu'un de son entourage) doit d'abord constater que des soins sont nécessaires. Ceci dépend de son niveau de "lecture de santé", en particulier d'une connaissance des traitements disponibles et des signes qu'un traitement est nécessaire »[7]. Le niveau de lecture de santé des individus sans-domicile est modifié par et au cours de leur carrière de survie. De manière générale, il apparaît qu'ils ne cherchent à être soignés qu'à partir du moment où leur corps souffrant et leurs symptômes les gênent dans leur vie quotidienne. Mais loin d'être détachés de leur corps au point de ne plus ressentir de douleur, les individus sans-domicile expriment leurs maux et leurs souffrances. Comme le montre les propos de Céline, infirmière, il s'agit du principal facteur de consultation médicale :

> *« Quand ils ont mal ils le disent ! La douleur, ils le disent oui… Parce que c'est quand même une des principales plaintes quand on va les voir… Quand ils se sentent mal aussi ils… Je pense quand même… […] La douleur, c'est quand même des symptômes pour lesquels ils consultent… »* (Entretien avec Céline, infirmière).

Les conduites des individus sans-domicile oscillent fréquemment, nous avons essayé de le montrer précédemment, entre une mise en scène de la robustesse et une mise en scène de la supplique. Cette oscillation complique la compréhension mutuelle entre soignants et soignés sans-domicile. La douleur n'est pas quantifiable, elle ne peut être objectivement mesurée, mais est au contraire une perception entièrement subjective. Yann Benoist précise que « seule la verbalisation [de la douleur] peut nous aider à approcher la subjectivité des malades et elle nous permet davantage de mesurer l'intensité et la fréquence des plaintes que celles de la souffrance réelle »[8]. Mais la mise en scène de la robustesse amène les individus à n'exprimer que maigrement ce type de plaintes. Les

---

[7] INGLEBY David, « La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, p. 140.
[8] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 18.

notions de douleur et de souffrance sont toutefois exprimées de manière récurrente dans la plupart des entretiens réalisés et au cours des interactions observées. Bien qu'il s'agisse souvent de les minimiser ou de s'en distancier, les individus sans-domicile révèlent leur rapport à la douleur et à la souffrance. Le discours de Madie correspond à une expression extrême de la rhétorique de la robustesse. Elle est atteinte d'un cancer du poumon et explique qu'elle n'a eu recours aux soins que sous l'injonction de sa sœur et ne serait pas allée consulter de son propre chef[9]. Cette forme de rejet de la douleur est à mettre en relation avec la volonté de tenir à distance la maladie qui l'accompagne. En effet, elle ne s'estime pas malade et établit parallèlement de nombreuses stratégies pour ne pas perdre la face et conserver une identité sociale valorisée[10]. Marc, quant à lui, se défend d'abord d'être sensible à la douleur puis raconte son expérience des dernières semaines, lorsque sa main était traversée de broches pour que ses os se reconstruisent correctement. Il exprime clairement ses sensations, les causes et les conséquences de ses douleurs[11].

La douleur et la souffrance souvent mises en relation avec la notion de maladie. Elle interpelle alors l'individu car elle l'inquiète. Quand nous demandons à Fabrice qu'est-ce qui fait qu'il va aller consulter ou non son médecin, il répond :

> *« C'est si j'ai trouvé une nouvelle douleur ! S'il y a autre chose qui est venu entre temps… Alors là il faut quand même aller voir de quoi il s'agit »* (Entretien avec Fabrice).

Quelques lignes plus haut, il explique préférer attendre que ses symptômes passent d'eux-mêmes plutôt que d'aller consulter le médecin. Cependant, lorsqu'il ressent une

---

[9] Elle raconte : *« ma sœur, elle court plutôt deux fois qu'une [chez le médecin] ! Et moi ça m'énerve ! Elle m'a dit "tu viens à la maison en attendant de trouver un logement mais tu vas te faire un check-up complet ! Tu y as le droit, c'est gratuit !" Et c'est vrai que j'en avais jamais fait…*
L : parce qu'elle savait que vous n'alliez jamais chez le médecin c'est ça ?
M : oui ! Oui oui oui… Et donc je suis allée faire un check-up complet, et c'est là qu'on a vu un petit souci… Et ça a tout enchaîné… »

[10] Elle explique avoir été hospitalisée au sein d'unité de soins psychiatriques, mais dans le seul but d'y réaliser un bilan de santé, et par commodité parce que son cousin y travaille ; elle insiste sur ses nombreuses connaissances dans le domaine médical découlant de son exercice professionnel pendant plusieurs années en maison de retraite.

[11] Quand nous lui demandons s'il avait déjà été hospitalisé auparavant, il répond : *« c'est la première fois que ça m'arrive… Et j'espère que c'est la dernière hein ! Non je n'ai jamais eu de problème à part ça… Et ça je m'en souviendrai ! je ne suis pas douillet, mais ça fait mal vous savez ! Ce n'est pas que l'histoire de… Parce qu'ils me donnaient des antidouleurs, vous savez, des antidouleurs… Mais au bout d'un moment, l'organisme, il a l'habitude, après ça fait plus d'effet… Le cachet, vous le prenez, ça dure 10 minutes, un quart d'heure… La douleur elle s'en va… Mais une heure après, c'est rebelote ! Le matin… Quand j'avais encore les broches, je me levais à trois heures du matin, j'avais tellement mal ! J'allais voir le veilleur de nuit pour qu'il me donne un Doliprane ou quelque chose comme ça pour la douleur… Parce que autrement je n'arrivais pas à dormir… Je me tournais d'un côté, je me tournais de l'autre… […] Mais c'est horrible la douleur ! »*

douleur qui lui était jusqu'alors inconnue, dont il ne connaît pas l'origine, il ira consulter. L'attitude de Barthélémy est similaire : il explique que c'est le caractère instantané et inattendu d'un symptôme qui le poussera à chercher une aide médicale. Par contre, il ne cherche pas à voir son médecin pour des symptômes qu'il interprète comme habituels (diarrhée, mal de ventre, migraine, fièvre[12]). Baptiste dit ressentir souvent de la douleur au niveau du moignon de son pied amputé, mais relativise cette douleur qu'il décrit comme normale. Ainsi, elle ne représente pas un motif qui va le pousser à consulter son médecin :

> *« C'est vrai qu'il y a des moments où j'ai mal, j'ai mal pendant longtemps. Ce qui est normal avec une prothèse. Mais c'est pas parce que j'ai mal, que j'irai systématiquement à l'hôpital »* (Entretien avec Baptiste).

Il apparaît que le caractère habituel de la douleur ressentie et la connaissances de ses causes par l'individu influence son niveau d'inquiétude : lorsqu'il connaît déjà ses symptômes, pour les avoir ressentis par le passé, ou qu'il est accoutumé à cette forme de douleur, il semble y faire moins attention. Au contraire, une douleur ou un symptôme inconnu inquiète. La perception de l'intensité de la douleur semble modifiée selon ce critère, au point de sembler oublier les douleurs dont l'individu a l'habitude, tant il est concentré sur celle dont il ne connaît pas la cause.

La douleur fait place à la souffrance quand elle survient de manière inattendue pour l'individu et qu'il ne parvient pas à en identifier l'origine. Elle déborde alors du ressenti intérieur de l'individu sur son rapport au monde. Pour Jean Foucart, « la souffrance est excès. Souffrir, c'est toujours souffrir de trop. Le mal est excès de par sa non-intégrabilité. Le mal est intrinsèquement lié à l'injustice »[13]. Au-delà de la douleur physique, ce qui fait souffrir c'est l'impossible d'intégrer cette douleur dans un système de sens. N'étant pas comprise, elle est vécue comme injuste et injustifiée, ce qui place la personne dans une position d'impuissance difficile à supporter. Pour Marc :

> *« Quand vous avez mal… C'est pas… On n'est que des hommes… Face à la douleur… On n'est pas des surhommes… On est des petits nains de jardin ! »* (Entretien avec Marc).

---

[12] *« Tout ce qui m'était arrivé, c'était brutal… C'était instantané ! Vous voyez ? Donc il fallait chercher un médecin ou bien aller à l'hôpital… Mais autrement, après cette période-là… Je n'ai jamais eu besoin d'aller voir un médecin… Pour quoi que ce soit… Même la diarrhée si vous permettez, pour parler de ces détails qui ne sont pas tellement appréciables… Même la diarrhée… Moi je… Même le mal de ventre… Moi je ne vois jamais le médecin moi ! Je ne fais rien du tout ! Même la migraine… Même la fièvre je n'y vais pas ! Je ne veux pas voir des médecins pour ça… »*

[13] FOUCART Jean, *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck, 2003, p. 25.

Pour Georges Canguilhem, « l'homme fait sa douleur – comme il fait une maladie, ou comme il fait son deuil – bien plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit »[14]. La perception de la douleur et de la souffrance est un processus au cours duquel l'individu négocie son sentiment, en cherchant à lui donner du sens, et cette quête de sens s'accompagne d'une dimension axiologique. La douleur correspond au sentiment de malaise ressenti corporellement et qui est la conséquence d'un mal identifié (blessure, mal de ventre, de dos, de dent…). L'opposition entre douleur et souffrance renvoie au découpage entre corps et esprit. La souffrance serait alors l'expression psychique de la douleur. Elle renvoie à une acception plus large que la douleur et prend en compte son expression sociale en se rapportant au sentiment d'altérité, à l'idée de punition, de châtiment, au sentiment de honte. Pour David Le Breton, la souffrance comporte une dimension identitaire et, pour le malade, « la souffrance intervient dès lors que la douleur entame ses capacités de résistance, là où il perd le contrôle et éprouve le sentiment que son existence se défait. Elle implique une identité menacée et le sentiment du pire »[15]. Souffrance et douleur ne sont donc pas des données purement biologiques mais comportent un sens à la fois subjectif et social attribué par l'individu qui les éprouve. Deyan exprime une grande souffrance suite au décès de sa chienne :

> *« La maladie commence dans notre esprit. Maintenant par exemple je souffre beaucoup, vous savez pourquoi, mais ce n'est pas possible de trouver une maladie physiquement. Je le dis clairement : pendant deux ans et demi, je n'avais pas de problèmes de santé ! Je n'avais aucun problème de santé ! Avec ma chienne, toujours la santé comme ça [il met le pouce en l'air] toujours ! Le même soir qu'elle a commencé à mourir, j'ai commencé à faire… Malade. Et jusqu'à maintenant je… Après d'être partie… J'ai commencé avec les douleurs au dos, […] j'ai un mal de dents, c'est vrai ! »* (Entretien avec Deyan).

Il exprime bien que la souffrance qu'il ressent n'est pas due à une maladie physique mais à la perte qu'il a subie. Ce qui est intéressant ici, c'est que Deyan explique ne pas avoir été malade pendant le temps qu'il a passé avec sa chienne, comme si elle le protégeait des affections. Si cette hypothèse est irrationnelle selon la biomédecine, elle correspond à la vérité pour Deyan et ce dernier dit effectivement ne pas s'être senti malade ou avoir ressenti de douleur ni de souffrance, au cours des dernières années, car il se sentait protégé par sa relation avec sa chienne.

---

[14] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 1972, p. 56/57.
[15] LE BRETON David, « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, 85 (4), 2009, p. 327.

La douleur des individus sans-domicile correspond donc à un ressenti empirique. Ce qui différencie ces individus de la population logée n'est alors pas qu'ils ne ressentent aucune douleur mais plutôt leur gestion particulière de cette dernière. Les soignants se concentrent davantage sur le sens de la douleur pour la santé de leurs patients et les individus sans-domicile s'inquiètent, dans l'immédiateté de leur douleur, du handicap qu'elle représente pour leurs activités habituelles. Lorsqu'ils n'arrivent plus à gérer leur douleur et l'inquiétude qu'elle leur procure, celle-ci fait place à la souffrance. Alors que la douleur est négociée et gérée au cours de la vie quotidienne, la souffrance est quant à elle un sentiment englobant, souvent très difficile à dépasser. C'est généralement au cours de ces situations que les personnes sans-domicile vont chercher une assistance médicale.

3) La santé comme idéal

Les soignants développent une définition de la santé globale, intégrant des dimensions plus variées que la représentation incarnée de la santé des individus sans-domicile. La santé représente à la fois un capital à préserver et un état idéal qu'on cherche à atteindre de plusieurs manières. Elle correspond à une valeur pour les soignants alors qu'elle représente un état pragmatique pour les individus sans-domicile. Leur définition est souvent proche de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, citée à de très nombreuses reprises[16]. Ils se sont appropriés cette définition qu'ils mobilisent dans leurs discours, ainsi que d'autres formulations théoriques, comme Bénédicte qui cite René Leriche quand nous lui demandons de définir la santé :

> *« Pour l'OMS, ça ça me plaisait bien, c'est un bien-être physique et moral, ou alors y'avait une autre citation qui disait "la vie dans le silence des organes" et ça c'est vrai. Tant qu'il n'y a rien qui… dans le silence des organes et aussi un bien-être moral, je pense qu'effectivement c'est les deux. Parce qu'il y a des maladies psychiatriques où les organes se portent bien mais y'a quand même quelque chose qui cloche… oui c'est un mélange de tout ça la santé »* (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

Les soignants avancent fréquemment l'importance de la santé à leurs yeux pour expliquer leur investissement dans une carrière médicale, à la manière d'une valeur qu'ils ont choisi de défendre dans leur vie professionnelle. Leur volonté de préserver leur propre

[16] « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

santé est également mise en avant, notamment parce qu'elle est un prérequis à leur exercice professionnel. Une infirmière rencontrée dans un cadre informel explique que si elle n'est pas elle-même dans un état de santé satisfaisant, elle ne pourra pas pratiquer son métier. Les soins médicaux sont perçus dans leur globalité : le patient n'a pas besoin que d'actes techniques mais aussi d'être écouté et le soignant n'est à même de réaliser l'intégralité de ces missions que s'il est lui-même dans un état de santé suffisant. Au-delà de la santé seulement corporelle, les médecins et infirmiers développent une conception de la santé dans un sens large englobant des dimensions biologiques, psychologiques, mais également sociales, c'est-à-dire l'entourage de la personne, sa position sociale – situation économique et d'emploi – et sa capacité à réagir à la maladie. En effet, les situations de vulnérabilité sociale sont des freins à l'accès aux soins des patients et le cumul des difficultés rencontrées par les individus en précarité sociale tend à attiser la manière dont ils vont ressentir leur état de santé. Pour Marthe :

> *« Je pense que quand physiquement, tu commences à éprouver un certain nombre de choses désagréables, que en plus dans ta tête t'es pas bien, que socialement t'es pas non plus bien… je pense que quelqu'un qui est au chômage, pour peu qu'il ait encore une maladie, même pas des choses très importantes, mais je pense qu'après ça va être exacerbé ! C'est comme ça que la douleur… quand tu es super bien, hyper heureux, t'es bien en ménage, tes enfants tout va bien, et que tu as mal… C'est une douleur qui est un peu apaisée. Alors que quand le reste n'est pas… tout ça, ça ne va pas, ta douleur elle est exacerbée ! »* (Entretien avec Marthe, cadre de santé).

Les dimensions physiques, mentales et les difficultés sociales que le malade rencontre sont ainsi imbriquées. Elles s'intensifient ou au contraire s'atténuent mutuellement. Pour Jeanne, la santé représente un équilibre que l'individu doit trouver, puis ensuite négocier ses différents aspects afin de ne pas rompre l'équilibre :

> *« Je dirais un équilibre. S'il n'y avait que un mot je dirais équilibre… Entre ce que tu manges, ce que tu bois, ce que tu vis, ce que tu fais, ce que tu gamberges… Alors après tu négocies avec ce que tu aimes et ce que tu n'aimes pas, ce qui est bon pour toi, ce que tu es obligé… Mais si à un moment l'équilibre se rompt, du fait d'une pathologie qui vient, d'un accident, de l'âge, c'est tout le système qui est déséquilibré ! Et tu tombes du système ! Tu peux compenser dans une certaine mesure avec des médocs, en prenant sur toi, en acceptant la douleur… Enfin je sais pas, en dépensant ton énergie… Enfin tu vas rééquilibrer ! »* (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Mais malgré cet équilibre, les individus sont parfois confrontés à des difficultés de santé et elle précise que l'équilibre trouvé à une période donnée risque d'avoir des conséquences néfastes sur la santé future. Les individus sans-domicile sont alors perçus

comme expressément vulnérables car ils disposent de moins de leviers d'action pour négocier leur équilibre de santé et sont vus comme non-conscients des potentielles répercussions de l'équilibre qu'ils entretiennent aujourd'hui sur leur santé future. De plus, ils ne bénéficient d'aucune protection rapprochée qui pourrait leur faire relativiser leurs symptômes ou leurs douleurs et qui pourraient les aider à passer outre. Alexandre explique que la santé réside plutôt dans la capacité de l'individu à faire face aux éventuelles pathologies que dans l'absence d'affection physique ou mentale :

> *« Je pense que la santé, c'est plus la capacité de rester heureux malgré ce qui t'arrive. […] Si on est quelqu'un de sain, quelqu'un qui est en santé, il y a beaucoup de choses avec lesquelles il peut vivre : s'il a un diabète, il arrivera à vivre et voilà c'est une contrainte de la vie mais faut voir les choses du bon côté… comment tu vis les choses qui t'arrivent, c'est plus ça… c'est pas juste avoir deux bras, deux jambes, pas de diabète et une bonne tension… Parce que certains clochards, ils ont tout ! Enfin ils ont tout, leur corps fonctionne bien ! Mais c'est ce qui leur arrive, c'est leur… ils se dégradent… on dirait c'est un peu un suicide… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

La conduite des individus sans-domicile est interprétée par Alexandre comme une forme d'abandon de soi, de suicide lent. L'importance que les soignants accordent à la santé les conduit à se représenter négativement les pratiques des profanes, qui semblent ne pas se soucier autant qu'ils l'estimeraient nécessaire de leur santé. Cela renvoie à la fois à travers la spécificité de leur profession, qui place la santé au cœur de leur activité, et à l'évolution sociétale, qui nous pousse à « reconnaître la valeur toute particulière attachée au "soin" dans notre société et on peut soutenir l'idée que la légitimité reconnue à la maladie est parfois moins grande que celle accordée aux soins comme réponse prescrite et obligatoire à la maladie : on doit se soigner »[17]. Les attitudes des individus sans-domicile sont alors interprétées comme des preuves qu'ils ne se préoccupent pas de leur état de santé tant ils sont pris par d'autres priorités, de l'ordre de la survie[18], alors qu'il s'agit plutôt d'une représentation différente de la santé. Les conditions de vie effectives des personnes sans-domicile sont souvent mal connues de la part des soignants – beaucoup pensent par exemple que les places d'hébergement proposées par la ville et les associations d'aide sociale sont suffisantes par rapport aux besoins et imaginent alors qu'il s'agit d'un

---

[17] AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le sens du mal*, *op. cit.*, 1983, p. 200.

[18] Thomas, cancérologue, explique au cours de l'entretien : *« Ouais, je pense que les gens qui sont sans-abri ont peut-être tendance à négliger un petit peu leur santé, parce qu'ils ont d'autres problèmes qui les… Qui les préoccupent plus ! Manger et avoir un toit par exemple…* »
Pour Cathy, infirmière : « *Les gens qui sont dans la rue, ils ont d'autres priorités ! La santé, ça passe vraiment derrière ! Voilà ! Comment dire, il y a les besoins primaires, trouver à manger, l'hébergement, etc… je veux dire ça c'est vraiment leurs préoccupations !* »

choix ou d'un refus qui lui incombe lorsqu'une personne passe la nuit dehors. Ces derniers estiment que les individus vivant dans la rue sont dans l'impossibilité de s'occuper de leur santé. C'est en effet le cas selon leurs propres critères, mais les individus sans-domicile ne se décrivent jamais comme négligents de leur santé. En utilisant les mêmes mots, les uns et les autres supposent qu'ils parlent de la même chose. Or, les personnes vivant dans la rue conçoivent la santé davantage comme un état pragmatique que comme une valeur.

Bien que les définitions de la santé mobilisées par les soignants sont couramment très larges et multi-dimensionnelles, leur intervention reste majoritairement centrée sur les affections physiques et psychiques de leurs patients. En effet, l'organisation sociétale du soin et les moyens qu'ils ont à leur disposition ne leur permettent pas d'intervenir sur la dimension sociale de la santé, à laquelle ils accordent néanmoins une importance avérée. François Laplantine signale que notre culture médicale contemporaine aspire majoritairement à n'identifier que des facteurs extérieurs à l'individu comme cause de maladie :

> « Ainsi, que la maladie soit appréhendée comme hasard ou comme nécessité, comme innée ou accidentelle, elle est toujours extérieure à l'individu lui-même. Elle n'engage pas vraiment le sujet dans son intégralité, mais seulement son corps, ou le plus souvent même une partie de son corps. Autrement dit, que les agents pathogènes soient considérés comme endogènes ou exogènes, ils sont toujours appréciés comme étrangers par rapport aux critères de notre normativité sociale dans sa définition de la santé. »[19]

Cette manière de penser est transmise aux médecins dès le début de leurs études au cours desquelles ils apprennent à isoler les causes extérieures à l'origine des pathologies de leurs patients. En séparant de la sorte l'origine de la maladie et le malade lui-même, la médecine en vient à se concentrer sur une perception anatomique, voire moléculaire, plutôt que physiologique de la santé et de la maladie. Les évolutions des savoirs et des techniques médicaux tendent à une ontologisation croissante de la maladie. Plus loin, il souligne que « tout se passe finalement comme si une partie de la médecine occidentale n'avait véritablement prise sur la maladie qu'en en faisant une réalité en soi, permettant de la mettre à distance non seulement par rapport au praticien, mais à son client, en la métamorphosant en un objet simple, cernable, nommable et jugulable »[20]. Si dans leurs discours, la santé est présentée comme un état idéal, ne laissant ainsi que peu d'espace à

---

[19] LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986, p. 280.
[20] *Ibid*., p. 281.

des variations, la maladie et les différentes manières de la vivre suscitent une multiplicité d'interprétations, dépendant notamment de la spécialité du praticien. Thomas, oncologue, annonce :

> *« J'ai une vision un peu déformée de ça… Pour moi, en bonne santé, c'est ne pas avoir le cancer, tout le reste, ce n'est pas grave ! Casser la jambe, on n'est pas malade ! On s'en fout de la jambe cassée, je veux dire que dans six semaines elle est réparée ! Donc tout ce qui n'est pas un cancer, c'est une maladie pas grave. J'exagère un petit peu, il y a d'autres maladies très graves, bien sûr ! Mais les gens qui sont tout le temps en maladie parce qu'ils ont le nez qui coule, moi ça me gave ! Parce que j'ai envie de leur dire : "venez voir des gens qui sont vraiment malades, chez moi, et qui ne voudraient qu'une chose, c'est de pouvoir travailler !" »* (Entretien avec Thomas, cancérologue).

Comme il l'explique lui-même, sa spécialisation médicale influence son point de vue sur la maladie. La distinction opérée ici par Thomas entre ce qui serait de l'ordre de la véritable maladie, à savoir de son point de vue le cancer, et ce qui est défini comme n'étant « *pas grave* » nous amène à réfléchir aux pratiques induites par l'identification d'un état comme maladie.

4) Le soignant entrepreneur de morale

La médecine, et par elle les médecins, ont le pouvoir de délimiter ce qui appartient à la maladie ou à la santé. Ils bénéficient d'une légitimité d'autant plus grande que les fondements scientifiques de la médecine lui donnent l'apparence d'une universalité indéniable, nous la « croyons indépendante de la culture humaine »[21], ce qui l'affranchit immédiatement de toute évaluation et de tout jugement moral. Or, en s'intéressant à discerner le sain du malsain, la médecine établit une frontière entre ce qui appartient à une norme et ce qui en est exclu. Comme l'affirme Georges Canguilhem, « l'*anormal* ce n'est pas le pathologique. Pathologique implique *pathos*, sentiment direct et concret de souffrance ou d'impuissance, sentiment de vie contrariée. Mais le pathologique c'est bien l'anormal »[22]. Si le pathologique n'appartient pas à la norme qu'est la santé et représente ainsi une déviance d'ordre biologique, elle résonne au surplus pour le malade comme une déviance sociale :

---

[21] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 214.
[22] CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 1972, p. 85.

> « Quand un médecin diagnostique une maladie chez un homme, il modifie par son diagnostic le comportement de cet homme : un état social s'ajoute à l'état physique lorsqu'on assigne le sens de maladie à un malaise. C'est dans ce sens que le médecin crée la maladie, exactement comme l'homme de loi crée le crime, et que la maladie est une forme de déviance sociale qui est distincte, du point de vue analytique et empirique, du simple malaise. »[23]

La distinction s'opère par l'assignation d'un nouveau rôle et d'une nouvelle étiquette au patient diagnostiqué comme « malade », et l'on attend que le patient s'y conforme. Talcott Parsons identifie quatre aspects du système « d'anticipations institutionnalisées auxquelles correspondent des sentiments et des sanctions définies »[24] qui constituent le rôle social du malade : en premier lieu, le malade est affranchi des responsabilités de son rôle habituel ; deuxièmement le malade ne peut être guéri par sa seule volonté, il nécessite donc des soins de la part d'un tiers, « cet élément, écrit Parsons, est d'une importance extrême, puisqu'il lie la condition de malade à l'acceptation de l'"aide" d'autrui »[25] ; le troisième aspect consiste en l'obligation pour le malade de souhaiter aller mieux dès que possible ; enfin, il est attendu du malade qu'il cherche l'intervention d'un technicien compétent et coopère avec lui pour arriver à sa guérison, ce qui associe dans une même structure d'interaction le rôle du malade à celui du médecin. Les éléments du rôle du malade ainsi définis représentent un terreau fertile au malentendu entre soignants et soignés sans-domicile. D'une manière générale, celui qui est identifié en tant que malade, par le diagnostic ou par les symptômes qu'il présente, doit chercher à se faire soigner. Les soignants, en endossant leur propre rôle, attendent de leurs patients qu'ils se conforment au leur. Or, les individus sans-domicile ne se définissent pas forcément comme malades concomitamment au diagnostic qui leur est apposé et refusent d'adopter le rôle de malade, ce qui les fait passer, aux yeux des soignants, comme réfractaires aux soins, voire méprisants par rapport à leur propre santé. On assiste à un glissement de leur déviance biologique, c'est-à-dire de leur état de santé pathologique, à une déviance sociale supplémentaire : le rôle du malade étant déjà en soi l'expression d'une déviance sociale, refuser de l'endosser correspond à une déviance difficilement interprétable par les soignants. Pourtant, cette déviance est comme toujours relative, car si les individus sans-domicile n'appliquent pas les normes que les soignants ont dictées, ils ne transgressent pas les leurs. Pour Marc Augé et Claudine Herzlich :

---

[23] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 227.
[24] PARSONS Talcott, *Eléments pour une sociologie de l'action*, *op. cit.*, 1955, p. 201.
[25] *Ibid*.

> « On ne doit pas confondre la réalité organique de la maladie et sa réalité sociale, c'est-à-dire l'état organique en lui-même et l'état organique défini comme maladie par la médecine et le médecin. L'une et l'autre n'entretiennent pas des rapports de simple décalquage ou de pure continuité. Diverses enquêtes épidémiologiques l'ont montré ; de nombreux "symptômes" existent en permanence dans une population "normale" sans donner lieu à une "maladie". Le savoir médical est donc plus qu'une lecture, il est un processus de construction de la maladie en tant que situation sociale marquée du signe de la déviance. Le médecin ne fait pas qu'expliciter un état de maladie en lui-même évident, il le crée en lui opposant la notion de norme altérée. Il nomme la déviance biologique et ce faisant, il crée la déviance sociale. »[26]

En opérant un tel glissement de la déviance biologique vers la déviance sociale, les représentants du savoir médical se rapprochent de l'« entrepreneur de morale » dépeint par Howard Becker qui précise que « de nombreuses croisades morales ont une coloration humanitaire marquée. Celui qui participe à ces croisades n'a pas seulement le souci d'amener les autres à se conduire "bien", selon son appréciation. Il croit qu'il est bon pour eux de "bien se conduire" »[27]. Et c'est justement le cas dans la situation qui nous préoccupe ici : les médecins et infirmiers s'inquiètent généralement pour la santé de leurs patients sans-domicile. Les soignants bénéficient du consensus décrit par Eliot Freidson selon lequel la maladie est acceptée de manière presque universelle comme indésirable :

> « La désignation d'une maladie comme telle comporte cependant un jugement moral irréductible […]. C'est plutôt la "maladie" qui est condamnée que la personne, mais la condamnation existe ; la personne est traitée avec sympathie plutôt que punie, mais on attend d'elle qu'elle se débarrasse de l'attribut ou du comportement condamné. Ainsi, alors que (théoriquement) la personne peut ne pas être jugée, son "mal" est certainement jugé, et son "mal" fait partie d'elle. »[28]

Il rappelle que la maladie est un phénomène social et que l'étiquetage, par le diagnostic médical, d'un état comme « malade », bien que se basant sur des réalités ou concepts scientifiques, biologiques et par là perçus comme axiologiquement neutres, reste un processus normatif. Il s'agit d'identifier puis de maîtriser ce que la profession médicale considère comme indésirable et ensuite d'agir de manière à y remédier. Le patient qui ne se conforme pas à cet ordre établi risque d'être jugé négativement par les soignants. Et cette dépréciation de l'individu est parfois embrassée par les personnes sans-domicile, comme le montrent les propos d'Aliya :

---

[26] AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le sens du mal*, *op. cit.*, 1983, p. 195.
[27] BECKER Howard, *Outsiders*, *op. cit.*, 1985, p. 172.
[28] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 255.

« Si tu as une maladie, tu te sens un peu différent des autres, parce que tu peux voir des autres qui n'en souffrent pas. Et toi tu es malade, tu souffres ! Parce que la maladie ça fait souffrir ! Je pense que quand on est malade… en fait on est pauvre ! On est pauvre ! En fait la maladie, ça ruine. En fait, la maladie, ça empêche de faire parfois ce que tu veux… la maladie peut t'en empêcher de le faire… C'est pour ça que je pense que quand on est malade, on est faible, c'est pas bon… » (Entretien avec Aliya).

À cela s'ajoute l'évolution scientifique et technique de la médecine qui tend à accroître toujours davantage son savoir et ses moyens d'action sur la santé. Les transformations de l'intervention médicale, et notamment des pratiques de prévention, remplacent par la nécessité d'aller toujours mieux la lutte contre les pathologies, ce qui tend à responsabiliser le malade de son état et ainsi « la "médecine de la santé" introduit une nouvelle normalité qui ne serait plus biologique mais comportementale et un déplacement normatif serait en train de s'opérer du côté de l'adaptation des comportements »[29]. Le malentendu réside alors dans la non-conformité des patients sans-domicile à cette normalité imposée par les soignants. Les propos d'Eva révèlent la difficulté des soignants à entrevoir d'autres représentations de la santé, de la maladie, de sa gravité. Elle souligne la gravité des états de santé des personnes sans-domicile, nous lui demandons alors si elle pense que ces derniers s'en rendent compte, elle répond :

« Je pense qu'il y en a qui s'en rendent compte… Mais… Qui ont refoulé ça en se disant "c'est pas grave, je verrai plus tard, je verrai plus tard… » Mais je pense qu'ils se sont quand même rendus compte que c'était grave en fait… Après c'est vrai qu'on rencontre aussi des gens qui ont des problèmes psy' ou autres et je pense qu'ils ne se rendent plus compte de la gravité ou alors qu'ils… Comme dit, ils sentent moins la douleur ou des choses comme ça quoi, je pense que oui, après des années à la rue je pense que ça joue… Mais je pense quand même que dans le lot il y en a qui se rendent compte que c'est grave et qui n'ont peut-être pas même voulu en parler parce que justement c'était grave et qu'ils avaient peur des conséquences aussi… Ou autre quoi… Donc ils ont refoulé ça jusqu'à ce que vraiment ça n'aille plus du tout… » Eva, médecin généraliste.

Il n'est pas vraiment possible, selon elle, de ne pas s'en rendre compte : elle avance donc différents arguments, allant de la pathologie psychiatrique au refoulement volontaire, par peur des conséquences. Son point de vue est influencé par sa pratique et sa formation médicale qui lui rendent évident l'importance de prendre en compte les symptômes puis de rechercher une intervention médicale pour y répondre. Il s'agit donc d'une autre dimension du malentendu portant sur la santé entre soignants et soignés sans-domicile, c'est-à-dire

[29] PIERRET Janine, « Entre santé et expérience de la maladie », *Psychotropes*, 14 (2), 2008, p. 55.

leurs différentes représentations d'un état de santé, jugé alarmant pour les premiers alors que les autres s'en accommodent, *via* des pratiques de santé différentes.

II) Les pratiques de santé

La santé, la maladie et les rôles sociaux qui y sont associés occasionnent une multiplicité de pratiques. Les individus orientent leurs conduites et leurs actions en fonction de ce qu'ils estiment important, de leurs objectifs et de leurs représentations. Les concepts de santé et de maladie ainsi que le sens que leur donnent soignants et soignés sans-domicile représentent déjà une source de malentendu entre eux, et il en va de même pour leurs pratiques de santé. Leur interaction se concentre alors sur la rencontre des savoirs experts des soignants et des savoirs profanes des individus sans-domicile. Leurs rapports respectifs au médicament et au traitement médical génèrent également des malentendus. Au cours des entretiens réalisés et des situations observées, les patients sans-domicile se conforment très fréquemment au discours médical, en adoptant les discours et attitudes qu'ils identifient comme attendus par les soignants, ce qui crée souvent des incompréhensions, voire des tensions. Enfin, le rapport à l'alcool nécessite également d'être analysé comme une source de malentendus.

1) Savoirs profanes & savoirs experts

Les savoirs, experts ou profanes, des individus interfèrent dans leurs interactions, en créant parfois des tensions. Leurs savoirs ont été recueillis, appris et intériorisés au cours de leurs carrières, professionnelle ou de survie, et de leurs expériences passées. Ils influencent ensuite la manière dont les individus prennent en charge leur santé. Leurs actions sont en effet élaborées et rationalisées en fonction de ces savoirs, que l'individu estime être la vérité, quelque soit leur source ou la manière dont ils ont été assimilés. Les expertises respectives des soignants et des soignés sans-domicile se croisent dans le sens où chacun est à la fois un expert de son propre domaine – expertise médico-scientifique de la santé pour les uns et expertise expérientielle de la santé et de la vie à la rue pour les autres – et un profane dans celui de l'autre. Les médecins et infirmiers méconnaissent de

manière générale les conditions effectives de vie à la rue et ne sont pas conscients des stratégies et des compétences de survie spécifiques que de telles conditions de vie requièrent. Ils ont toutefois une image plus ou moins vague des réalités auxquelles sont confrontés les individus sans-domicile, construite à partir de leurs propres représentations, des dires de leurs patients et de leurs interactions avec les travailleurs sociaux. Par contre, ils sont de réels experts du savoir bio-médical qu'ils maîtrisent et manipulent quotidiennement. Quant à eux, les individus sans-domicile acquièrent, au long de leur carrière de survie, des aptitudes spécifiques à la vie sans-domicile qui influencent également leur rapport à la santé. Leurs connaissances à propos de la santé sont liées à leur expérience concrète de celle-ci et correspondent de la sorte au savoir expérientiel défini ainsi par Thomasina Borkman :

> « Le savoir expérientiel est une vérité apprise de l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt que celle acquise par un discours raisonné, l'observation ou la réflexion sur des données fournies par autrui. […] Cette connaissance et ce savoir-faire tendent à être concrets, spécifiques et relèvent du sens commun car ils sont basés sur l'expérience individuelle dans les faits, qui est unique, limitée et plus ou moins représentative de l'expérience des autres rencontrant le même problème. »[30]

Elle continue plus loin son analyse en distinguant le savoir expérientiel de l'expertise expérientielle : « l'expertise expérientielle se réfère à la compétence ou à la capacité à gérer et résoudre un problème par l'utilisation de son expérience propre. Alors que chaque individu ayant le même problème peut posséder un savoir expérientiel, le degré d'intégration de l'information et l'habileté à l'utiliser face à un problème varie entre individus »[31]. L'observation des conduites liées à la santé des individus sans-domicile montre qu'ils développent une expertise expérientielle importante. Adrian, que nous avons rencontré au cours d'une maraude, tousse beaucoup. L'infirmière de l'équipe s'inquiète pour lui car l'hiver est très rude, les pathologies respiratoires sont fréquentes et deviennent rapidement sévères lorsqu'elles ne sont pas soignées. Il nous montre alors une tasse et nous explique qu'il s'agit d'un mélange d'ail et de thé qui lui sert de médicament contre les affections du poumon. Il insiste sur son efficacité et en propose aux membres de l'équipe de maraude qui toussent également, qui refusent systématiquement. Il déclinera les traitements proposés par l'infirmière car il estime avoir ce qu'il faut et cherche même à la

---

[30] BORKMAN Thomasina, « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups », *Social Service Review*, 50 (3), 1976, p. 446. (Traduction L.C.).
[31] *Ibid*., p. 447. (Traduction L.C.).

convaincre que son remède est plus efficace que les médicaments chimiques. Ce type d'interaction est également mis en lumière par la situation d'Ingrid, également rencontrée en maraude, loin de l'endroit où elle dort habituellement. Elle explique qu'elle est restée près du centre-ville ce soir-là parce qu'elle a une entorse à la cheville. Le médecin de l'équipe propose de l'ausculter, mais elle rejette son offre en expliquant qu'elle a l'habitude de ce genre de blessures et sait comment les gérer : elle est allée consulter son médecin traitant pour obtenir du matériel de soins. Elle a réalisé un bandage avec le matériel obtenu à la pharmacie, autour duquel elle a ajouté une chaussette imbibée d'alcool fort puis deux autres chaussettes pour soutenir sa cheville lorsqu'elle se déplace. Le médecin maraudeur insiste sur l'importance de mobiliser sa cheville le moins possible et cherche à l'interpeller sur les risques pour sa peau de garder son pied mouillé d'alcool sous plusieurs couches de vêtements, à l'intérieur de chaussures fermées. Ce à quoi Ingrid rétorque à nouveau qu'elle sait ce qu'elle fait. Leur conversation continuera quelques instants au cours desquels chacun essaiera de convaincre l'autre du bien fondé de son point de vue. Fouad, qui souffre d'une affection cardiaque, explique que quand son cœur s'emballe, il marche pour se calmer et attend que ça passe. Il se rapproche néanmoins de l'hôpital mais se contente de rester à côté et d'attendre :

> *« Quand il y a mon problème de cœur, je me dirige… Il y a même des fois où j'ai eu le même problème, je suis allé à l'hôpital, mais je me suis mis à côté et j'ai attendu un certain moment… J'étais à côté de l'hôpital, et j'ai attendu, et c'est passé ! »* (Entretien avec Fouad).

L'hôpital et les soignants restent les experts auxquels ils confient leur santé lorsqu'ils ne sont plus en mesure de la gérer par eux-mêmes ou que l'inquiétude fait place à la maîtrise habituelle. Fouad est un patient régulier du centre de soins et lorsqu'il raconte des épisodes similaires aux infirmiers ou médecins qui y exercent, ceux-ci le sermonnent souvent et lui reprochent de ne pas être allé consulter. Fouad répond systématiquement que ça a fini par passer tout seul. Les pratiques de santé des individus sans-domicile se basent à la fois sur leur connaissance empirique de leur propre corps et de leurs symptômes, sur leurs expériences passées et sur les savoirs qu'ils ont acquis. Ils sont de l'ordre du « remède de grand-mère »[32] ou basés sur des connaissances médico-scientifiques plus ou

[32] Nathan décrit à de nombreuses reprises dans l'entretien ce genre de pratiques : il explique qu'il faut aérer la chambre au maximum pour que le lit soit bien froid avant de se coucher ; il annonce qu'un bain très chaud permet de guérir presque entièrement la grippe et le rhume ; un bandage imbibé de schnaps sert à guérir les entorses et un cataplasme réalisé à base de feuilles de choux, de raifort et de moutarde est un remède contre

moins exactes : elles sont de l'ordre de la croyance, étrangères à tout ancrage scientifique, ou proviennent des interactions répétées avec les médecins et infirmiers, où le patient apprend peu à peu à connaître sa maladie, ses causes, ses symptômes et les manières d'y remédier. C'est plus particulièrement le cas pour les personnes atteintes d'affections chroniques qui développent un stock de connaissance sur leur pathologie équivalent à celui des experts médicaux professionnels[33]. Thomasina Borkman montre que le savoir expert du médecin et le savoir expérientiel du patient, en tant que sources de connaissance, ne s'excluent pas mutuellement mais s'influencent, les uns utilisant les savoirs des autres et *vice versa*, bien que les soignants considèrent le savoir expérientiel comme subsidiaire à leur connaissance professionnelle

> « Les savoirs expérientiels et professionnels peuvent coexister comme le font les vérités scientifiques et religieuses, car ils ne sont intrinsèquement ni conflictuels, ni antithétiques, en particulier lorsqu'ils sont appliqués à des phénomènes différents. Le conflit apparaît quand ils rivalisent pour être la source de connaissance d'autorité à propos du *même* phénomène. »[34]

Les savoirs expérientiels et médico-scientifiques sont en effet entrelacés puisque les soignants ne sont en mesure d'appliquer leurs propres connaissances qu'à partir de ce que les patients disent de leurs symptômes. Comme l'explique Aaron Cicourel, « bien que le patient soit novice en matière de médecine clinique, on peut considérer qu'il a aussi, en partie au moins, une connaissance experte de ses symptômes pour avoir réflexivement essayé de les décrire à d'autres personnes »[35]. Et pour ce faire, il utilise des connaissances, plus ou moins vastes et plus ou moins maîtrisées, issues de l'expertise bio-médicale. Leur intercompréhension est encore compliquée par le vocabulaire utilisé : les termes médicaux spécialisés sont souvent sybillins pour quiconque n'y est pas familier. Les individus

---

la bronchite… Maurice, quant à lui, raconte faire une cure de fruits à la fin de l'été afin de pouvoir mieux affronter l'hiver.

[33] Nathan n'a pas de maladie chronique mais il explique qu'il profite de chaque rencontre avec un médecin pour apprendre quelque chose : *« si je prends un médecin, je veux que ce soit un médecin avec les cheveux blancs ! Pas un jeune médecin, lui, il apprend encore… […] Un vieux, il a plus d'expérience, et puis il a des méthodes que moi… Je pratique certains trucs quoi… Alors du coup il m'explique "vous faites comme ça, comme ça…" Alors je lui dis "mais oui ! Ça je connais…", "Ah vous connaissez ? Chouette !" Et là, je m'informe et j'apprends… Toutes choses, ça sert pour apprendre ! Toute votre vie, vous allez apprendre ! Alors apprenez ! N'ayez pas peur, apprenez ! »*

[34] BORKMAN Thomasina, « Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups », *art. cit.*, 1976, p. 448. (Traduction L.C.).

[35] CICOUREL Aaron Victor, *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2001, p. 178.

cherchent alors à donner du sens aux propos échangés, ce qui laisse la part belle aux malentendus :

> « La diversité de contenu des termes – et les usages contraires que le médecin et le malade en font – a ceci de problématique qu'elle est source d'inquiétude chez les patients alors même que le médecin tente de rassurer le malade, ou au contraire source de joie malvenue quand le médecin tente d'annoncer, de manière euphémisée, que la situation ne s'améliore pas. »[36]

Les savoirs sur la santé et la maladie participent aux stratégies des individus pour conserver la face lors d'interactions vues comme dangereuses. L'interaction de soin est souvent compliquée à gérer pour les individus sans-domicile puisqu'il va leur être demandé de se dévoiler en exposant leurs symptômes, leurs difficultés et leurs corps. Nathan explique qu'il ne va consulter son médecin que dans les cas où il n'arrive pas à se soigner par lui-même, après avoir utilisé les différents remèdes à sa disposition. Il raconte :

> *« N : C'est quand je n'y arrive plus… Parce que j'arrive plus à combattre ! Alors je vais lui demander "c'est quoi ça ? Qu'est-ce que j'ai ?" Alors je lui explique que j'ai fait, je lui explique les symptômes. Il regarde, il ausculte… "Ah ! mais tu as ça de nouveau…" Et alors il me prescrit… "Tu as fait quoi ?", "j'ai fais ça, j'ai fais ça, ça…", "Ah oui c'est bien… Mais c'est pas assez, il te faut ça ! Tiens, voilà l'ordonnance !"*
>
> *L : d'abord vous essayez de vous soigner tout seul et si ça ne marche pas, vous allez chez le médecin ?*
>
> *N : ouais. Mais il faut s'en méfier, quand vous vous soignez tout seul… Parce que mal soigné, ça devient chronique ! C'est le risque ! Il faut être sûr de savoir se soigner ! Si vous savez, c'est bon ! »* (Entretien avec Nathan).

Il explique qu'il s'appuie sur ses connaissances médicales lors de sa consultation pour donner le change au médecin. Il met en avant son savoir pour se placer au même rang que l'expert et pour ainsi donner une face avantageuse de lui-même. Une stratégie similaire a été développée par Bernard lors d'une interaction conflictuelle avec un infirmier du centre d'hébergement médicalisé où il est pris en charge. Leur désaccord portait sur la posologie conseillée pour un traitement médicamenteux et après plusieurs minutes de conversation houleuse, Bernard y a coupé court en revendiquant son passé d'ambulancier comme source légitime et incontestable de son expertise. Il explique alors qu'il a vu bien plus de choses que toutes les personnes présentes, qu'il sait très bien de quoi il parle et qu'il est certain d'avoir raison. Or c'est également le cas de l'infirmier, ce qui donne à

---

[36] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 137.

leurs interactions suivantes une marque conflictuelle. Les savoirs sur lesquels les individus se basent lors de leurs interactions sont une source de malentendu car, bien que leurs origines soient différentes, les individus considèrent leurs savoirs légitimes et véridiques. En se considérant chacun comme expert et en restant réticent à reconnaître le savoir de l'autre, leur malentendu risque de se transformer en conflit.

2) Le médicament

La prise de médicaments est prodigue de malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Il s'agit en effet d'une pratique médicale sur laquelle le médecin prescripteur et l'infirmière en charge de préparer les traitements, n'ont en définitive que peu de prise au moment de leur consommation ou de leur non-consommation par le malade. En effet, malgré l'apparent contrôle de la médication par les professionnels soignants, l'individu malade reste en dernier lieu le seul à décider s'il va prendre ou non son traitement médicamenteux, et si oui de quelle manière. Les pratiques de prescription et de consommation des médicaments sont traversées par de nombreux préjugés que soignants et soignés sans-domicile entretiennent les uns sur les autres et sont suscitées et modelées par les représentations qu'ils ont du médicament.

Les individus sans-domicile ajustent leurs pratiques concernant les médicaments en fonction de différentes variables, comme leur niveau de connaissances de leur pathologie, des traitements, le caractère aigu ou chronique de leur affection, la confiance qu'ils ont en la médecine ou en le prescripteur, la recherche d'une efficacité rapide… Jana, prise en charge au centre d'hébergement médicalisé pour une pathologie du foie et un état asthénique, nous demande un comprimé de paracétamol car elle souffre d'un mal de tête. Nous remarquons sur la feuille de prise de traitement qu'elle a déjà pris un comprimé deux heures auparavant et cherchons à lui expliquer qu'elle doit attendre encore deux heures avant d'en prendre à nouveau afin de respecter les indications du médecin. Elle ne comprend pas, ce que nous imputons au fait qu'elle ne maîtrise pas entièrement le français. Nous utilisons alors un traducteur en ligne pour essayer de lui faire comprendre le délai prescrit entre plusieurs prises et découvrons alors que l'incompréhension ne résidait pas dans le problème de langue mais dans sa méconnaissance du traitement. En effet, elle ne savait pas qu'il y avait une posologie maximale quotidienne et raconte qu'à la rue, elle

prenait un comprimé quand elle avait mal, ce qui pouvait aller jusqu'à 15 ou 20 grammes de paracétamol par jour. Mehdi, également résident du centre, consommait avant d'y être pris en charge plusieurs boîte d'anti-vertigineux quotidiennement et a montré des signes d'agressivité et une angoisse importante lorsque l'infirmière de la structure a refusé de lui en administrer plus de quatre comprimés par jour, ce qui est la dose maximale recommandée. Marcel, que nous avons rencontré à de très nombreuses reprises en maraudes ainsi qu'au sein du centre d'hébergement médicalisé dans lequel il a effectué un très bref séjour, explique qu'il cherche à arrêter sa consommation d'alcool, mais qu'il est gêné par les tremblements occasionnés par le manque. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement à prendre matin et soir :

> *« Il m'a prescrit un médoc à prendre deux fois par jour, mais au bout de deux jours, c'était toujours pareil ! Ensuite un copain m'a donné ça, et ça, ça marche ! Alors je prends ça… »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Le médicament donné par son compagnon est un anti-épileptique et Marcel détourne ainsi le médicament de son usage, sans en avoir conscience, car il se concentre sur l'efficacité de celui-ci et ne le considère par comme dangereux puisqu'il fonctionne. Cette pratique ne correspond pas à la logique médicale et représente une prise de risques pour le soignant qui va se concentrer sur les dangers du détournement. Pour le patient au contraire, elle répond à une logique immédiate fondée sur l'efficacité du traitement. Pour Nicoletta Diasio, les thérapies médicamenteuses sont à mettre en relation avec les croyances des patients :

> « La croyance partirait ainsi d'une expérience de la réalité dans ses aspects les plus immédiats et concrets, elle est un des dispositifs utilisés pour comprendre ces aspects en faisant référence à un ordre transcendant et constitue une des formes de jugements synthétiques *a priori* par lesquels le croyant établit un lien de cause à effet entre deux événements. »[37]

Marcel instaure en effet un lien de causalité entre la disparition de ses symptômes et ce traitement qui, puisqu'il est efficace, est adapté à sa situation. Ne disposant pas de connaissances médicales poussées, il donne un sens à la prise de ce traitement en se basant sur la croyance selon laquelle, si les effets d'un médicament sont efficaces sur les symptômes qu'on cherche à traiter, il ne peut être que favorable à la santé. La complexité

---

[37] DIASIO Nicoletta, « Croyances et thérapies médicamenteuses », *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4 (4), 2005, p. 300.

du monde médical est ainsi dissoute en un ensemble cohérent. L'auto-médication est fréquente dans les pratiques des individus sans-domicile qui se basent à la fois sur leurs expériences passées – ils vont alors prendre des doses proches de celles qui leur avaient été prescrites antérieurement – et sur les expériences des autres, à qui ils font confiance, comme Marcel qui prend le traitement prescrit à son compagnon selon la posologie qui avait été établie pour ce dernier.

La vie à la rue modifie la manière dont les individus vont utiliser le médicament mais contrairement à l'idée reçue des médecins et infirmiers, selon laquelle les personnes vivant dans la rue ne sont pas en mesure de suivre un traitement médicamenteux, on remarque une adhésion au traitement qui rejoint celle de la population logée. Pour Edouard Gardella, Anne Laporte et Erwan Le Méner :

> « Le fait de perdre son logement n'implique pas la perte définitive de la cohérence de ses actes de santé. Preuve en est, la proportion importante de personnes sans domicile atteintes d'une maladie chronique qui prennent un traitement quotidiennement – 79,6 % chez des malades épileptiques, 87 % chez des diabétiques dont 37 % par insuline. […] Dans le cas du diabète, une recommandation[38], stupéfiante pour l'auditoire du débat public de la réunion de consensus, a été "de ne pas "diaboliser" l'insuline chez des sans-domicile", alors que les médecins des centres gratuits avaient tendance, parfois contre la volonté des patients, à leur substituer un traitement oral, considérant que l'injection d'insuline pluriquotidienne n'était pas possible compte tenu de leurs conditions de vie. »[39]

L'observance médicamenteuse peut tout à fait être respectée par les patients sans-domicile, comme le montre la situation d'Abderrahmane qui suit son traitement de manière continue et gère son diabète au cours des périodes où il est hébergé comme dans celles où il n'a pas de solution d'hébergement. Il en va de même pour Tigran qui suit un traitement lourd en terme de quantité – il prend plus de quinze médicaments quotidiennement – traitement qu'il connaît par cœur : il est capable de mentionner l'utilité de chaque comprimé et de corriger l'infirmière lorsqu'elle se trompe en préparant son semainier. Quand nous lui demandons comment il fait pour suivre son traitement lorsqu'il n'est pas hébergé, il explique que la difficulté ne réside pas dans la prise du traitement ou dans sa préparation – il s'arrange pour toujours avoir à portée de main une bouteille d'eau et un

[38] Les auteurs font référence à des recommandations élaborées lors de réunions de consensus entre les spécialistes hospitaliers, les médecins des centres de soins gratuits et les intervenants sociaux à propos de la prise en charge adaptée aux conditions de vie sans-domicile.
[39] GARDELLA Edouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *art. cit.*, 2008, p. 37.

gobelet pour diluer les médicaments qui doivent l'être – mais plutôt dans sa conservation à la rue. Il donne l'exemple du fluidifiant sanguin qui est conditionné en petits sachets qui doivent être conservés à l'abri de l'humidité. Or, il dort dans une tente installée près d'un canal qui rend l'endroit très humide. Il apparaît ainsi que lorsque les malades sans-domicile connaissent leurs traitements et en comprennent l'utilité, soit parce qu'ils en ressentent directement les effets quand ils ne suivent pas leur traitement, soit *via* les connaissances qu'ils ont accumulé au cours de leur parcours médical, leur observance n'est pas différente de celle des individus logés et répond aux mêmes variables, contrairement à l'idée que s'en font les soignants.

Les raisons pour lesquelles ils sont amenés à refuser un traitement, ou à en modifier l'usage et la posologie se fondent en effet sur les mêmes déterminants que les patients habituels. Il s'agit fréquemment d'un manque d'information sur les traitements qui conduit également, comme nous l'avons vu plus haut, à une sur-consommation. Si les malades qui connaissent bien leurs médicaments et leurs effets ont tendance à suivre scrupuleusement les indications et posologies fournies par leurs médecins, ceux qui sont moins bien informés seront plus enclins à adapter leurs pratiques. Un premier élément de compréhension est la crainte des effets iatrogènes du traitement, comme l'exprime Luc lorsque nous lui demandons s'il prend régulièrement son traitement, prescrit pour lutter contre les douleurs fantômes occasionnées par l'amputation de ses jambes :

> *« Luc : mais quand je sens que j'ai mal ! Sinon je n'en prends pas ! Pourquoi j'en prendrai si je n'ai pas mal ?*
>
> *L : ce n'est pas à prendre à heure fixe ?*
>
> *Luc : la morphine c'est le médicament le plus fort qui existe ! Donc si vous arrivez à vous en passer, il vaut mieux ! Parce que si vous vous conditionnez à ce produit, après vous êtes obligé d'en prendre ! Pour raisons médicales ! Contre la morphine ! Alors vous voyez un peu ? C'est débile ! Vous êtes pratiquement en désintoxication à ce moment-là ! »* (Entretien avec Luc).

Sa conduite est forgée d'ambiguïtés, occasionnées par la crainte des effets négatifs du traitement et sa nécessité de lutter contre la douleur. Il raconte qu'elle est parfois tellement intense que même les morphiniques ne suffisent plus à le soulager. Sylvie Fainzang a montré que les conduites des individus oscillent entre crainte et engouement à

propos des traitements, ce qu'elle qualifie de l'« ambivalence du médicament »[40]. Les interactions de Luc avec les soignants de la structure étaient traversées de tensions lorsque ce dernier se plaignait de ses douleurs. Les infirmiers lui répondaient qu'il lui fallait prendre son traitement de manière régulière et continue afin d'éviter à la douleur d'apparaître, mais Luc accordait davantage d'importance à ne pas être dépendant à la morphine et ne prenait son traitement que lorsque la douleur lui était insoutenable. Ce qui correspond à l'argument de Sylvie Fainzang selon lequel « le refus des médicaments peut être plus directement lié aux effets engendrés par des traitements spécifiques, en raison des désagréments ou des inconvénients qu'ils entraînent, lesquels sont parfois ressentis par les malades plus négativement encore que le mal qu'ils sont destinés à combattre »[41]. Ces pratiques sont donc rationnelles, seulement elles sont sous-tendues par une logique différente de la logique médicale :

> « L'inobservance peut, dans cette optique, être appréhendée comme une forme de régulation exercée par le patient sur sa consommation, comme une action planifiée en somme, en fonction de sa perception de la gravité de sa maladie et de l'efficacité du médicament. Une logique autre que médicale sous-tend éventuellement l'usage que font les patients des médicaments. »[42]

Une certaine crainte du médicament est ressentie par les individus sans-domicile et celle-ci s'inspire non seulement des effets secondaires qu'il risque d'occasionner, mais aussi de la crainte du stigmate qui lui est associé. Ce qui est plus particulièrement encore le cas à propos de l'usage de traitements psychotropes. Baptiste est méfiant quand nous lui demandons s'il suit un traitement et se défend de prendre des médicaments *« pour la tête »*. Il tient à préciser qu'il s'agit uniquement d'un traitement pour son pied :

> *« L : vous prenez un traitement ?*
>
> *B : pour ?*
>
> *L : ben je sais pas, pour quelque chose ?*
>
> *B : ben non, va jusqu'au fond de ta pensée !*
>
> *L : ah non mais c'est pas une question orientée ! Vous prenez des médicaments en ce moment ?*

---

[40] FAINZANG Sylvie, « Les réticences vis-à-vis des médicaments », *Revue française des affaires sociales*, 3-4 (3), 2007, pp. 193-209.

[41] *Ibid*., p. 196.

[42] COLLIN Johanne, « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 27, 1999, p. 56.

B : ouais.

L : et c'est pourquoi ?

B : euh… non c'est pas pour la tête hein ! Non, c'est justement pour ça que je t'ai posé cette question ! Donc je prends un médicament, essentiellement un médicament mais c'est justement pour mon pied. » (Entretien avec Baptiste).

Fouad, quant à lui, se défend de prendre de neuroleptiques à plusieurs reprises dans l'entretien. Madie, qui suit un traitement anti-psychotique, nous dit qu'elle ne prend aucun médicament. Les traitements psychotropes engendrent de nombreuses craintes issues des représentations qu'en ont les individus – peur de la somnolence occasionnée, de la dépendance, de la perte de mémoire – mais le stigmate qui y est associé est également redouté par les individus car « les médicaments psychotropes font parfois l'objet de représentations liées soit à celles de la psychiatrie (laquelle est considérée comme une discipline inquiétante, voire effrayante, qui concerne les fous, incarnant l'altérité absolue), soit à celles des psychiatres, perçus comme des gens qui seraient à même de juger fous ceux qui ne le sont pas, voire même de les rendre fous »[43]. La mise en scène de la robustesse utilisée par les personnes vivant dans la rue les conduit également à refuser les psychotropes car ils sont associés à une faiblesse morale ou de caractère qu'ils cherchent justement à mettre à distance.

La question de la prise de médicaments dans la rue est également déterminée par la relation que les individus entretiennent avec l'alcool. En effet, en cas de dépendance, une variable supplémentaire apparaît dans la détermination de la prise de traitement. Les individus sont en effet conscients de la dangerosité de mêler le suivi d'un traitement et une importante consommation d'alcool et adaptent leurs pratiques en fonction de la manière dont ils négocient cette prise de risque. Arnaud exprime une certaine désinvolture et avance que ce n'est pas grave s'il retourne aux urgences[44]. Vilèm préfère ne pas prendre son traitement au cours des périodes où il s'alcoolise beaucoup. Luc, de son côté, ajuste sa consommation d'alcool en fonction de son traitement car il connaît les désagréments qui risquent d'advenir : il en a déjà subi les conséquences et limite désormais sa

[43] FAINZANG Sylvie, *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF, 2001, p. 76.
[44] Quand nous lui demandons s'il arrive à prendre son traitement lorsqu'il n'est pas hébergé, il répond : « *je le prenais, mais avec de l'alcool. Et j'avais pas le droit… ouais je dis "ça fait rien, ça fait rien… je retourne aux urgences…" c'est pour ça que les urgences ils m'ont dit "oh ! Arrête tes conneries !"* »

consommation[45]. Il conviendrait également de chercher à comprendre en quelle mesure la consommation d'alcool est utilisée par les personnes vivant dans la rue comme un anti-douleur, ce que nos données actuelles ne nous permettent pas d'analyser de manière suffisamment poussée, bien que cette pratique ait été évoquée à plusieurs reprises par les individus au cours de discussions informelles mais jamais au cours des entretiens.

3) L'alcool

La dépendance à l'alcool se retrouve fréquemment chez les personnes sans-domicile. Au cours de son étude sur la santé des personnes sans-domicile ayant recours aux services d'aide, Bernadette de la Rochère montre qu'« un tiers des personnes ayant vécu au total plus d'une année dans la rue déclare boire souvent du vin, de la bière ou de l'alcool et parmi ce tiers la moitié a besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin »[46]. La consommation d'alcool suscite de nombreuses pratiques et stratégies identitaires, mais soulève également des questions liées à la santé des personnes sans-domicile. Les individus interrogés décrivent de manière générale l'alcool comme un moyen de se remonter le moral. Parallèlement, le sentiment de honte relatif à la consommation est présent de manière récurrente au cours des différents entretiens. Les personnes sans-domicile sont conscientes du statut dévalorisé de l'alcoolisme, du stigmate qui y est associé, et cherchent à le détourner ou à le négocier. La honte est générée concurremment par les pratiques qui permettent de se procurer de l'alcool, notamment la manche, et par la consommation en elle-même. La particularité de la consommation d'alcool des personnes vivant dans la rue est qu'elle se fait dans l'espace public, sous les regards parfois accusateurs, parfois compatissants des passants. Sylvie Fainzang a montré que l'individu souffrant d'alcoolisme « se comporte en fonction de sa représentation de l'alcool au sein d'une culture de l'abstinence dont les valeurs commandent et déterminent en partie ses

---

[45] Luc dit qu'il boit « *une bouteille par journée… Oui… Je peux pas trop ! Parce qu'avec les médocs que je prends… Eh oh ! Donc je suis limité par ça ![…] Parce que si vous picolez sur la morphine, c'est pas tellement conseillé, parce que vous pouvez tomber naze comme ça ! Paf ! Sans prévenir ! Bon ! Alors ça je le fais plus !*
L : c'est déjà arrivé ?
Luc : au début oui… Quand je savais pas ! Personne ne m'a rien dit au début ! Moi, je prenais ça comme si j'avais pris de l'aspirine… Comme si c'était pareil… Et paf ! Tomber de rideau complet, sans même savoir comment ! Et quand vous vous réveillez, vous vous demandez ce que vous foutez là ! »

[46] DE LA ROCHERE Bernadette, « La Santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee Première*, 893, 2003, p. 3.

choix, et sa conduite est une réponse à la signification accordée à la maladie ou à la cause qui lui est attribuée »[47]. Les personnes sans-domicile définissent généralement l'alcool comme un moyen d'atteindre un certain bien-être. L'alcool est souvent abordé comme une pratique maîtrisée, de l'ordre du passe-temps plutôt que de la réponse au besoin généré par la dépendance. Quand nous lui demandons s'il boit, Luc répond :

> *« Ça dépend du moral… Ça c'est tout à fait en dents de scie ! Si ça va bien, je n'en éprouve pas le besoin… Si ça va mal, c'est comme un remontant ! Ça me change les idées si vous voulez, c'est pour éloigner les pensées, les mauvaises idées… C'est comme un anesthésiant ! »* (Entretien avec Luc).

Il alterne en effet entre des phases d'alcoolisation importante, qui coïncident la plupart du temps aux périodes où il dort dans la rue, et des phases où il ne s'alcoolise que peu, voire pas du tout, généralement lorsqu'il dispose d'un logement ou d'un hébergement. Cependant, la limite entre la consommation d'alcool comme simple remontant et l'alcoolisation massive liée à la dépendance est souvent ténue. Plus que l'état second provoqué par la consommation massive d'alcool, ce sont les effets stimulants et grisants du produit qui sont recherchés. Bien que Fabrice dépeigne bien la difficulté à rester dans la limite euphorisante de l'alcoolisation[48], la consommation d'alcool est majoritairement décrite comme une pratique tout à fait maîtrisée. La consommation d'alcool correspond également à un vecteur de sociabilité et de solidarité entre groupe de pairs et les pratiques répétées de consommation amènent les individus à développer une certaine expérience de l'alcool, une connaissance et des savoirs empiriques par rapport à leurs propres limites en terme de quantité, mais également de ce qu'ils boivent et de comment ils le boivent. René introduit les effets pervers provoqués par une alcoolisation non-contrôlée (incapacité d'agir, douleurs…) mais surtout il en précise le caractère aléatoire : parfois il boit sans en ressentir les conséquence négatives, et parfois il est dépassé[49]. Toutefois, les individus

---

[47] FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *art. cit.*, 1997, p. 16.

[48] Il précise : *« quand vous buvez, il y a un moment où vous êtes euphorique ! Vous êtes plein d'énergie, vous êtes euphorique… Mais si vous passez le cap-là, vous êtes complètement dans les vapes ! Et il n'y a pas de juste milieu là-dedans ! »*

[49] René précise : *« de temps en temps ça me fracasse. Pas directement mon cerveau, parfois mon ventre ! Parce que parfois j'ai mal au ventre ! Et ça dépend ce que je bois aussi. Mais si je bois toujours la même chose ça va. Mais si maintenant je bois une fois autre chose, quelque chose de plus fort, alors là ! Et j'espère que ça va pas m'arriver comme la dernière fois ! Le matin je me réveille, j'avais un de ces mal de tête ! Je croyais que j'allais exploser ! Je pouvais rien faire ! […] ça peut provenir du rhum… et d'habitude, ça m'a jamais fait un coup comme ça ! Que le matin je me réveille et que j'avais un mal de crâne ! J'avais pas envie de faire quoi que ce soit ! J'ai rien fait ! Et y'a des jours où je peux boire ça et je peux faire tout ! Je peux faire tout, tout ce que j'avais envie de faire ! Mais c'est rare que j'avais mal au crâne comme ça ! »*

sans-domicile gardent communément sous silence les dysfonctionnements liés à leur consommation d'alcool. Si celle-ci est présentée comme maîtrisée, c'est en premier lieu afin de détourner le stigmate associé aux alcooliques. Marc refuse d'être associé à ce qu'il appelle un *« sucreur de fraise »*, c'est-à-dire quelqu'un qui tremble sous les effets du manque. Il s'agit là en effet d'un des principaux symboles du stigmate de l'individu alcoolique. Pour Jean Foucart, « il ne s'agit pas tant d'être diminué que d'être perçu par l'Autre comme étant diminué. […] Le tremblement des mains est stigmatisé en tant qu'expression tangible d'une non-maîtrise de soi, d'une dépendance »[50]. Dans le même ordre d'idée, Nathan ne parle de l'alcool que dans sa dimension festive, à la manière d'un gourmet aux goûts difficiles et garde de la sorte sa dépendance sous silence.

La consommation d'alcool est à la source de nombreux malentendus et de nombreuses tensions entre soignants et soignés sans-domicile. En premier lieu, alors que les premiers définissent l'alcoolisme comme une pathologie, les seconds ne se sentent pas malades à cause de l'alcool. Eliot Freidson montre qu'avec l'évolution de la médecine, on assiste à « un processus de réinterprétation du comportement humain : à un comportement que l'on désapprouve, on donne de plus en plus souvent la signification de maladie qui demande traitement plutôt que de crime qui demande punition, d'oppression qui demande réparation ou de pêché qui demande patience et grâce »[51]. Il en va de même pour l'alcoolisme qui passe progressivement d'une pratique considérée comme un vice à une pathologie, bien que perdurent les attributs négatifs qui y sont associés. Au cours des entretiens réalisés, seul René fait référence à l'alcool lorsqu'il parle de ses problèmes de santé, mais il l'avance davantage comme leur source que comme un problème en soi. Quand nous lui demandons s'il est malade à cause de l'alcool, il répond :

> *« R : d'un côté ils m'ont dit oui mais… ça vient aussi peut-être d'autre chose. Ça je peux pas le dire réellement. Bon, une partie vient de l'alcool. Mais faut aussi comprendre, quand tu vis dehors, ou dans la rue… tu peux rien faire d'autre ! Qu'est-ce que tu veux faire la journée ? Alors quand j'avais des copains on faisait que ça, on faisait que de picoler […]. Ils ont marqué sur les feuilles… j'ai une maladie de longue durée ! C'est tout ce qu'ils ont marqué !*
>
> *L : vous ne savez pas comment elle s'appelle ?*
>
> *R : non… c'est peut-être, comme c'est l'alcool…*
>
> *L : et vous, vous vous sentez malade ?*

[50] FOUCART Jean, *Sociologie de la souffrance*, *op. cit.*, 2003, p. 102.
[51] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 251.

R : moi ? Non ! Pourquoi je devrais me sentir malade ? Parfois… bon y'a des jours où vraiment je crois que je suis malade, mais en fin de compte, en réalité je suis pas malade ! » (Entretien avec René).

Vilém, quant à lui, explique qu'il n'est plus en mesure de travailler à cause de sa pathologie cardiaque et de son problème d'alcool, mais il ne cite pas sa dépendance comme un problème de santé. Emmanuel Roquet a montré que « la plupart des "dysfonctionnements" décrits par les sans-abri comme liés à l'alcool, sont considérés comme les effets secondaires du boire quotidien qui a pour objectif premier le bien-être. Ces dysfonctionnements ne s'organisent pas en "maladie", ils font partie du quotidien, et sont jugulables par la mise en place d'une gestion du boire spécifique »[52], ainsi les alcoolisation excessives ne sont pas recherchées par les individus sans-domicile mais correspondent plutôt à des effets secondaires de leur consommation habituelle d'alcool. La relation qu'entretiennent les individus à l'alcool est souvent ambivalente et complexe, comme le montre la situation de Sylvain. Il souffre d'une cirrhose du foie à un stade avancé, de l'hépatite C et est dépendant à plusieurs produits (alcool, héroïne, tabac et médicaments). Nous l'avons accompagné lors d'un rendez-vous chez le gastro-entérologue, duquel il espère obtenir un traitement par interférons. Durant la consultation, le médecin lui laisse entendre que le traitement n'est pas envisageable car Sylvain continue à boire de l'alcool, ce à quoi ce dernier répond :

« Mais ça ce n'est pas un problème ! Vous me dites quand on commence le traitement, et une ou deux semaines avant j'arrête de boire ! » (Propos recueillis lors de la consultation).

Le médecin lui explique alors, en des termes techniques, pourquoi il n'est pas possible de procéder de la sorte (conséquences de l'alcool sur la taille de ses globules rouges, risques liés à la consommation pendant le traitement, coût des interférons) et insiste sur la nécessité d'arrêter totalement et définitivement de boire de l'alcool avant même de songer au traitement. À la sortie de la consultation, Sylvain exprime son incompréhension des arguments du médecin pour lui refuser le traitement. Il avance que l'alcool n'est qu'un loisir pour lui, ce n'est donc pas un problème d'arrêter de boire, contrairement à ce que le médecin sous-entendait. Il décide alors de prouver qu'il en est capable et annonce qu'il arrêtera de boire le lendemain. Quelques jours plus tard, il exprime le cercle vicieux dans lequel il est pris : il estime que sa dépendance n'est pas

[52] ROQUET Emmanuel, « "Le bien boire" du sans-abri », *Psychotropes*, 7 (2), 2001, p. 26.

physique mais psychologique car sans alcool, il cogite trop, ce qui le fait souffrir, alors il boit pour se calmer et ne pas trop penser à ce qui le préoccupe, c'est-à-dire ses problèmes de santé, auxquels aucune solution ne peut être apportée sans qu'il n'arrête précédemment de consommer de l'alcool. De leur côté, les médecins et infirmiers tendent à devenir suspicieux et à ne plus avoir foi en ce qu'avancent leurs patients sans-domicile à propos de l'alcool. A l'issue d'une consultation avec Vilém, qui dit ne plus boire, un médecin nous dit :

> *« Il nous a dit que ça fait un mois qu'il boit plus, il veut faire croire ça à qui ? T'as vu sa prise de sang ? Il l'a faite hier matin, s'il ne buvait plus, il n'aurait pas ces taux-là ! De toute façon ils te disent tous qu'ils ont arrêté, et après quand tu vois leur Gamma GT et leur VGM*[53]*... tu sais bien qu'ils se moquent de toi ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Mais la consommation de Vilém a en effet diminué, cela fait plusieurs semaines qu'il n'est plus rentré au centre dans un état d'alcoolisation avancé. Ses efforts sont donc perçus comme inexistants par le médecin car il n'a pas arrêté entièrement de boire alors que pour Vilém, il s'agit déjà d'un changement de taille.

La dépendance retarde généralement l'accès aux soins des individus sans-domicile car ils organisent la priorité de leurs activités quotidiennes selon leur besoin d'alcool, afin d'éviter le manque. Ainsi, une part importante de leur temps est consacré aux activités qui permettent de se procurer de l'argent (faire la manche, aller à la banque…) pour pouvoir se procurer de l'alcool et ensuite à l'activité de consommation. Yann Benoist rappelle, en décrivant le parcours d'une femme sans-domicile, que « comme la majorité des alcoolodépendants, elle craint le manque dont les symptômes sont parfois très violents. Les souffrances qu'elle est susceptible d'endurer du fait de ses maladies sont bien moindres que celles qu'elle endurerait en cas de sevrage »[54]. Il en va de même pour les personnes que nous avons interrogées et auprès desquelles nous avons mené des observations. Toutefois, Pascale Pichon précise que si « l'alcoolisation effrénée produit plus ou moins rapidement ses effets sur le corps et les capacités cognitives : perte de mémoire, trouble du sommeil… Le souci de conserver son intégrité physique demeure néanmoins présent »[55].

---

[53] Les Gamma GT sont des enzymes hépatiques qui, présentes en grande quantité et associées à un Volume Globulaire Moyen supérieur à la norme établie, servent à dépister l'alcoolisme.
[54] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 11.
[55] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 83.

C'est notamment le cas de Sylvain, qui concentre ses projets autour du traitement anti-hépatique.

4) Le rôle du malade

Le diagnostic d'une pathologie ou le sentiment d'en être atteint entraîne une modification de la conduite du malade qui adopte le rôle de malade. Eliot Freidson précise que « la "maladie" peut ou non être "vraie" du point de vue biologique, mais le rôle de malade est pour sa part toujours "vrai" d'un point de vue social »[56]. Cependant, le rôle de malade et la déviance sociale qui l'accompagne sont négociés par les individus qui choisissent, dans une certaine mesure et de manière plus ou moins consciente, de s'y conformer ou de chercher à les mettre à distance. Ces conduites sont influencées par les bénéfices qu'ils imaginent pouvoir tirer de leur rôle de malade et correspondent à la mise en pratique de différentes formes de rationalité.

Claudine Herzlich complète l'analyse du rôle du malade de Talcott Parsons en y ajoutant la conception de la maladie, la conduite du malade et les conséquences de la maladie sur son identité du point de vue de l'individu. Elle distingue trois types d'attitudes face à la maladie qui correspondent à trois manières de négocier la déviance sociale qu'elle implique et par rapport à laquelle l'individu va réorganiser son identité. La maladie est vécue comme destructrice par les individus qui subissent l'inactivité qu'elle leur impose et souffrent de la rupture de leurs liens sociaux. Or, les individus sans-domicile sont souvent perçus comme des « inutiles au monde »[57] et pâtissent de leur absence de rôle social valorisé. Une manière d'y remédier revient alors justement à endosser le rôle de malade. L'individu acquiert de la sorte une forme de reconnaissance : en tant que malade, il a légitimement le droit de recevoir des soins. Il bénéficie de l'intégration sociale spécifique concurrente au rôle de malade. Son inactivité[58] se trouve légitimée par son état de malade et il est en quelque sorte dédouané de la responsabilité de sa situation. Ce qui se rapproche de la « maladie libératrice » décrite par Claudine Herzlich où « le malade, loin d'être

---

[56] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 217.
[57] CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*, 1996.
[58] Parmi les individus interviewés, seul Maurice avait une activité salariée stable et à plein temps, pour laquelle il était en arrêt maladie au moment de l'entretien. Bien que plusieurs d'entre-eux exercent, plus ou moins régulièrement, des activités salariées précaires, ils sont majoritairement inactifs et perçus comme tels par les soignants.

anéanti, retrouve des possibilités de vie et de liberté »[59]. De plus, ce rôle fournit des avantages collatéraux. En effet, l'évolution de la place de la maladie dans notre société contemporaine entraîne une modification dans le droit à la santé, comme le note Didier Fassin, « on a affaire à des transformations anthropologiques profondes par lesquelles le corps malade ou le corps souffrant deviennent des sources de légitimation des causes au nom desquelles on se bat »[60]. Les individus cherchent à prouver leurs pathologies en avançant comme preuve des certificats médicaux, des rapports d'hospitalisation ou encore des ordonnances. Ces attitudes sont parfois interprétées par les soignants comme injustifiées et ils soupçonnent alors les soignants de mettre ainsi en scène leur corps et leur état de santé pour obtenir des avantages – notamment en matière d'hébergement. S'il est difficile de savoir dans quelle mesure la maladie est effectivement mise en scène afin d'obtenir des droits – nous n'avons pas abordée cette question lors de nos entretiens et aucun élément obtenu au cours de notre travail de terrain ne nous permet d'affirmer formellement qu'il s'agit de pratiques conscientes et rationnelles – il est évident qu'une suspicion est présente du côté des soignants. Nous avons observé à de multiples reprises des interactions où les médecins ou infirmiers énonçaient des doutes par rapport à la véracité des propos de leurs patients. Ces doutes font surface lorsque leurs patients expriment de nouveaux symptômes juste avant la fin de leur séjour en centre d'hébergement médicalisé ou lorsqu'ils demandent un certificat médical pour la préfecture ou la MDPH. La suspicion se base sur l'impression de la part du soignant que le soigné mobilise des symptômes qui n'existent pas, ou qu'il les exagère afin d'obtenir des avantages auxquels il ne pourrait pas accéder autrement.

Les patients sans-domicile cherchent à se conformer au rôle de malade afin d'obtenir les soins les meilleurs. Darek nous a expliqué lors d'une discussion informelle que s'il a minimisé ses symptômes au cours de sa consultation avec le médecin, c'était de peur que son traitement ne soit diminué parce qu'il ne le supportait pas bien. Il associe une modification de la dose ou du médicament à un traitement qui serait moins efficace que celui qu'on lui a prescrit en premier lieu, c'est pourquoi il choisit de se conformer au traitement. Thomas décrit ce type de pratique qu'il rencontre fréquemment :

---

[59] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie*, *op. cit.*, 1992, p. 152.
[60] FASSIN Didier, « Le droit d'avoir des droits », *art. cit.*, 2009, p. 23.

« S'ils ne supportent pas le traitement, le raisonnement c'est "je dis à mon médecin que je n'ai pas supporté le traitement, donc mon médecin va changer le traitement, il va m'en donner un autre qui est peut-être moins efficace, s'il est moins efficace, je risque peut-être plus de mourir, donc je ne vais pas le dire que je n'ai pas supporté le traitement". Pareil "je ne dis pas que j'ai mal, parce que si je dis que j'ai mal, il va me donner de la morphine, la morphine c'est réservé aux gens qui vont mourir, donc je ne vais pas lui dire que j'ai mal, donc je n'aurai pas de morphine, donc je ne vais pas mourir" » (Entretien avec Thomas, cancérologue).

Le patient agit ainsi selon une stratégie qu'il pense efficace pour obtenir ou conserver le traitement vu comme le plus performant. Il se plie alors à la conduite qu'il pense être attendue par le soignant. Au cours des entretiens réalisés, la plupart des interviewés affirment consulter fréquemment leur médecin traitant. Nous avons participé, durant notre travail de terrain, à plusieurs opérations de prévention organisées par des structures associatives ou de santé publique afin de dépister le diabète ou la tuberculose pulmonaire notamment. Alors que les soignants impliqués redoutaient de ne pas intéresser les individus sans-domicile, les participants à ces opérations ont été très nombreux. Edouard Gardella, Anne Laporte et Erwan Le Méner notent également la prévalence des pratiques préventives dans le recours aux soins des individus sans-domicile[61]. Il pourrait être intéressant de creuser cette question afin de savoir dans quelle mesure les patients ayant recours à la médecine préventive sont influencés par leur volonté de se conformer à l'autorité médicale car, comme le souligne Sylvie Fainzang, « d'une manière générale, et par delà le niveau socioculturel des individus, la soumission au médecin n'est pas étrangère à une relation plus générale à l'ordre donné, l'autorité médicale apparaissant comme un avatar de l'autorité en général »[62]. La soumission à l'autorité médicale se fait également par l'adoption d'un discours ou d'une attitude conforme aux bonnes pratiques de santé. Le sujet de l'alcool met en exergue cette conduite : au cours de la majorité des consultations que nous avons observé, les individus minimisaient leur consommation d'alcool ou affirmaient avoir arrêté de boire. Marc, qui a mal interprété notre entretien et nous a pris pour un médecin de la structure, affirme à la fois qu'il ne boit plus et qu'il doit arrêter de boire.

« Ce qu'il faut que j'arrête, c'est l'alcool, ça c'est primordial… C'est mortel ! Ça c'est un truc, c'est un vice… C'est un vice qu'on a… Une fois qu'on a commencé… on commence

[61] GARDELLA Edouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *art. cit.*, 2008.
[62] FAINZANG Sylvie, « Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse », *in* MASSE Raymond et BENOIST Jean (éds), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 2002, pp. 125-142.

là-dedans, on ne finit plus ! Si, on finit très mal… » Et plus loin : *« Je passe devant un bistrot, ça me tente pas… Si j'ai un peu d'argent, je ne peux pas dire que je vais rentrer et que je vais ré-attaquer… J'ai arrêté maintenant ! J'ai arrêté l'alcool, c'est fini… Il faut savoir dire stop dans la vie ! »* (Entretien avec Marc).

La soumission à l'autorité médicale génère des malentendus entre soignants et soignés sans-domicile car ces derniers risquent de cacher certaines informations, ou de les modifier, afin de se conformer au rôle du malade et à l'autorité médicale. Cependant, ils développent des stratégies d'adaptation afin d'utiliser ce rôle pour en tirer d'éventuels avantages mais également pour tenir la maladie à distance. Comme le précisent Marc Augé et Claudine Herzlich, « l'étiquetage d'un état comme "maladie" n'est pas un processus socialement neutre et la prise en charge médicale se caractérise par l'intrication étroite de la légitimité et du stigmate »[63]. La soumission à l'autorité médicale permet de négocier le stigmate car, en cachant leur déviance, ils passent pour normaux. Ne pas donner aux soignants les informations qui discréditent leurs attitudes, ou se conformer au discours supposément attendu par les soignants permet de s'écarter de leur stigmate. Les individus sans-domicile oscillent alors entre des pratiques ambivalentes qui vont de la revendication de la maladie, comme levier pour obtenir des droits, à sa minimisation ou à sa mise à distance, afin de ne pas se voir attribuer le stigmate associé aux malades.

[63] AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le sens du mal*, *op. cit.*, 1983, p. 199.

CONCLUSION DU CHAPITRE

L'interaction entre soignants et soignés sans-domicile est ainsi traversée par des malentendus se basant sur leurs rapports au corps différents, mais également sur leurs rapports différents à la santé et à la maladie. Les pratiques qui y sont attachées portent ces mêmes malentendus et complique la création d'une relation favorable au soin. L'interaction entre soignant et soigné a pour point de départ premier le sentiment du besoin de soins du patient. En effet, sans ce sentiment, il ne cherchera pas à se faire soigner et l'interaction n'aura tout bonnement pas lieu. Or, il dépend largement de l'idée que se fait le futur patient de la santé et de la maladie. Comme l'explique Eliot Freidson :

> « Une condition impérative pour que la profession consultante puisse mettre en pratique ses idées sur la maladie est que les profanes se rendent compte qu'ils sont malades et s'en remettent à ses soins. C'est un problème plus difficile qu'il ne paraît, car, bien qu'un individu puisse s'apercevoir que quelque chose ne va pas, il peut ne pas penser que c'est assez sérieux pour consulter un professionnel, ou encore que cela n'est pas suffisamment justiciable de soins professionnels pour que cela vaille la peine de se faire soigner. »[64]

Les personnes vivant dans la rue développent, au cours de leur carrière de survie, une perception incarnée de la santé. Dans la plupart des cas, ils consultent à partir du moment où leurs activités quotidiennes sont entravées par leurs symptômes, ce qui est le déterminant principal pour qu'ils se considèrent comme malades. Leur gestion de la douleur est également particulière et donne l'impression aux soignants qu'ils sont détachés de leurs corps au point d'avoir un seuil de résistance à la douleur physique extrêmement important. Les médecins et infirmiers conçoivent la santé à la manière d'un idéal qu'ils ont à cœur de préserver pour eux-mêmes et pour leurs patients, au cours de leur activité professionnelle. Cette représentation occasionne un rôle comparable à l'entrepreneur de morale défini par Howard Becker. La rencontre des savoirs experts des soignants et des savoirs profanes des individus vivant dans la rue représente une source de malentendus entre eux, comme le sont leurs rapports au traitement médicamenteux et à l'alcool. Enfin, la manière dont les patients sans-domicile négocient leur rôle de malade est difficile à

[64] FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, *op. cit.*, 1984, p. 278.

interpréter par les soignants et crée des tensions au sein de leur interaction. Ces malentendus sont à mettre en parallèle avec l'opposition de deux logiques, mises en lumière par Isabelle Baszanger à propos des malades chroniques :

> « La logique de contrôle de la maladie opposée à la logique de contrôle des symptômes. Ces deux logiques se déploient dans le temps. Cependant, quelle que soit la distance entre ces deux logiques, malades et médecins poursuivent, sauf cas extrême, leurs interactions pour gérer la maladie. »[65]

Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile suivent le même mouvement et mettent en concurrence deux représentations de la santé et des pratiques différentes pour la gérer. Alors que les professionnels de santé adoptent une vision générale de la santé et de la pathologie de l'individu, ce dernier se concentre sur les symptômes qu'il ressent. L'inscription temporelle des pratiques et représentations de la santé représente également une source d'incompréhensions importantes entre soignants et soignés sans-domicile car leurs représentations du temps, leur rapport à celui-ci, leur manière de se représenter le passé, le présent et l'avenir, divergent.

[65] BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 27 (1), 1986, p. 19.

CHAPITRE IV

LE TEMPS DES MALENTENDUS

L'étude et l'analyse des interactions entre individus nécessitent la prise en compte de leur dimension temporelle. En suivant William Grossin[1], pour qui le temps est produit par la vie sociale et les activités individuelles quotidiennes qui lui donnent des caractéristiques spécifiques, nous nous intéressons, dans ce chapitre, au temps en tant que source de malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Leurs rapports au temps divergent en effet et produisent des incompréhensions mutuelles, qu'il est souvent difficile de dépasser tant le temps nous apparaît comme une variable objective et inaltérable. Pour Edward T. Hall :

> « L'erreur la plus grave, concernant le temps, est de le considérer comme une réalité simple. Loin d'être une constante immuable, comme le supposait Newton, le temps est un agrégat de concepts, de phénomènes et de rythmes recouvrant une très large réalité. […] Au niveau d'une micro-analyse, on peut dire qu'il existe autant de types de temps différents que d'êtres humains sur cette terre. Mais nous, Occidentaux, considérons le temps comme une entité unique – conception fausse qui ne correspond à aucune réalité. »[2]

S'il est impossible de définir le temps comme un absolu, il convient de prendre en compte la manière dont les soignants et les individus sans-domicile se le représentent. Sa mesure est socialement partagée, selon des divisions artificielles et codées en termes de mois, jours, heures, minutes. Comme l'indique Edmund Leach, le temps a cela de particulier qu'il ne possède pas d'existence matérielle, pourtant « nous parlons de mesurer le temps comme si le temps était un objet concret attendant qu'on le mesure. En fait, nous créons le temps en créant des intervalles dans la vie sociale »[3]. La représentation de sa linéarité, s'étalant sans fin entre passé, présent et futur est également commune à la culture occidentale moderne. Pourtant, les individus n'ont pas tous la même manière de se référer au temps, de le vivre ou d'en disposer. Il s'agit alors d'analyser les expériences du temps

[1] GROSSIN William, *Les temps de la vie quotidienne*, Paris, Mouton, 1974.
[2] HALL Edward Twitchell, *La danse de la vie : temps culturel, temps vécu*, Paris, Seuil, 1984, p. 23.
[3] LEACH Edmund Ronald, *Critique de l'anthropologie*, Paris, PUF, 1968, p. 228.

des individus en tant que relativités sociales et de s'attacher à comprendre en quoi leurs activités, leurs conduites et leurs pratiques sont influencés par la dimension temporelle. En effet, « l'absence de domicile fixe induit en soi un rapport au temps spécifique, dans les deux dimensions de la vie quotidienne et du cycle de vie »[4]. L'observation sociologique et le recueil des discours des individus ne permettent de capturer que des éléments issus d'un instant particulier – bien que le travail de terrain prolongé fournisse des éléments processuels. Il est difficile de prendre en compte la suite d'événements passés qui conduisent peu à peu les individus à leurs actions présentes, ainsi que les orientations à venir de leurs conduites, discours et pratiques. Si cette difficulté entrave la compréhension du chercheur, les acteurs y font face également : lors de leurs interactions, ils agissent et réagissent selon la situation présente, mais aussi en fonction de leur passé et de leurs intentions pour l'avenir. Cependant, il leur est impossible de connaître le passé de leur interactant ou ses plans pour l'avenir, ce qui crée d'importants malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Les différentes temporalités – biographiques et du soin – ont ici été artificiellement séparées afin de mieux examiner ce qui génére des incompréhensions entre eux.

I) Les temporalités biographiques

Pour Jean Chesneaux, le temps ne correspond pas à une réalité uniforme et indivisible mais plutôt à un ensemble de réalités spécifiques qui déterminent chacune partiellement le temps vécu. Le temps n'est pas une variable fixe qui s'offrirait toujours telle quelle à l'analyse. Au contraire, les individus oscillent constamment entre différentes temporalités qui, une fois combinées dans un ensemble plus ou moins cohérent, déterminent leurs sentiments du temps et la manière de l'investir, de le vivre et éventuellement de le maîtriser. Il distingue quatre types majeurs de temps :

> « Dans notre vie quotidienne, chacun de nous est contraint de chercher un impossible équilibre entre quatre références principales : le temps biologique et ses exigences de sommeil et d'alimentation, le temps marchand qui fournit l'argent si indispensable, dans la

[4] BRESSON Maryse, « Les S.D.F. et le temps », *Revue Française des Affaires Sociales*, 3, 1998, p. 111.

misère comme dans la prospérité, le temps domestique consacré à la famille et à la maisonnée, le temps enfin de la vie personnelle la plus intime. »[5]

Dans le cas des individus sans-domicile, le temps marchand correspond aux activités de manche et aux démarches administratives pour obtenir des aides sociales – RSA, AAH ou encore ATA, selon les cas. Ce temps est prépondérant car les activités qui permettent de se procurer de l'argent, sont extrêmement longues et nécessitent ainsi beaucoup de temps. Le temps domestique est amoindri par l'absence de logement et leurs relations avec les membres du groupe familial sont souvent limitées, voire inexistantes. Cependant, le temps consacré aux relations familiales est remplacé par l'entretien de relations de compagnonnage, la plupart du temps très développées. Les temps biologiques et ceux de la vie personnelle prennent une place plus importante dans l'organisation quotidienne car la vie dans la rue complique la réalisation de ces activités. Cependant, le temps personnel est altéré car il a la particularité d'être vécu dans la rue, ce qui ne laisse que peu de place à l'intimité.

1) L'apprivoisement du temps

Les temps biologiques et ceux de la vie personnelle décrits par Jean Chesneaux sont agencés par les individus sans-domicile autour de leurs habitudes. La routine qu'elles occasionnent permet de fournir un cadre de liberté et de sécurité. En effet, le défaut de sécurité et de protection, ainsi que les sentiments d'inquiétude qui l'accompagnent, sont partie prenante de la société moderne. Les personnes vivant dans la rue n'y échappent pas et les manières de s'en protéger leur sont difficilement accessibles. Les deux principales protections à cette insécurité sont la propriété et les liens sociaux de proximité[6]. Or, les individus sans-domicile sont généralement éloignés de l'emploi et sont confrontés aux aléas et à la misère, ainsi qu'à l'impossibilité de posséder des biens capables de les mettre à l'abri. Ils sont contraints de dépendre des aides sociales et de la charité d'autrui pour survivre. S'ajoute à cela que leurs principales relations sociales sont entretenues avec d'autres personnes vivant dans la rue et la solidarité dans ces réseaux de sociabilité est relative et ne permet pas de protection au sens de Castel. Ils se retrouvent face à une situation d'insécurité importante.

---

[5] CHESNEAUX Jean, *Habiter le temps: passé, présent, futur*, Paris, Bayard, 1996, p. 57/58.
[6] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale*, *op. cit.*, 2003.

Malgré l'apparence décousue des vies des personnes de la rue, ces personnes suivent un quotidien routinier, forgé d'habitudes scrupuleusement respectées. Les habitudes correspondent à la fois à des lieux où les individus ont coutume d'aller, à des actions qui s'y déroulent et à des personnes qui y seront rencontrées. Ces habitudes comportent un caractère spatial et relationnel : la place de l'autre est prégnante, les réseaux de sociabilité des personnes de la rue sont en effet développés et organisés dans l'espace. Les rencontres des mêmes personnes aux mêmes endroits et les habitudes quotidiennes fournissent autant de repères temporels qui rythment la journée, la semaine et même l'année. En effet, en fonction de la saison, les lieux de rendez-vous ainsi que les actions effectuées changent. Les personnes se retrouveront plutôt dans les accueils de jour des associations en hiver et dans des lieux extérieurs en été, les associations se retrouvant alors souvent désertées. Les repères temporels entretenus par les habitudes permettent d'être les maîtres de leur temps : c'est eux qui choisissent ce qu'ils en font et non le temps qui détermine ce qu'il fait d'eux. Ils luttent de la sorte contre l'ennui et échappent au sentiment d'inaction, d'inutilité transmis par le stigmate associé aux individus sans-domicile. Les habitudes permettent donc aux individus de vivre plus sereinement l'écoulement du temps. Il s'en suit une certaine sérénité face au temps maîtrisé, comme le dit joliment Paul :

> *« Comment je vis le temps au quotidien ? Oh ma foi ! C'est simple ! Bon ben je me lève, je fume ma première pipe, une petite tasse de café… et le reste de la journée s'écoule comme un fleuve… un fleuve tranquille… sans sursaut… sans montée des eaux ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

La montée des eaux est maintenue à distance par l'entretien d'une routine quotidienne. Le rôle principal des habitudes est de donner un rythme à son temps et de l'utiliser de manière normée. Elles fournissent des repères nécessaires pour que l'individu ne perde pas pied dans le temps, car « une gestion de son temps aide la personne à ne pas sombrer dans l'abandon de soi, risque ultime de la survie »[7]. Les habitudes ont alors pour principale fonction de leur fournir des repères. S'ils ont perdu les moyens de se mettre en sécurité, ils gardent le contrôle de leur temps. Pascal Hintermeyer montre :

> « Nous reproduisons les mêmes séquences, même lorsque le contexte a changé et que nos manières de faire ne sont pas les mieux adaptées à la situation. Nous tenons à quantité d'habitudes que nous reproduisons mécaniquement. Elles nous procurent des repères, nous rassurent, nous donnent le sentiment de maîtriser ce qui arrive. […] [Cela] nous permet

[7] PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe », *art. cit.*, 2002, p. 12.

> d'apprivoiser la durée, de compenser la dispersion en établissant des continuités, […] de faire face à l'inconnu, de réduire l'anxiété. »[8]

Les habitudes et routines quotidiennes protègent l'individu des sentiments négatifs produits par le temps, comme l'impression de non-maîtrise ou de discontinuité, l'anxiété ou encore la peur de l'inconnu. Les chômeurs de Marienthal, désarçonnés par le « don tragique »[9] de leur libération des contraintes temporelles, auxquelles ils étaient tant accoutumés, met en exergue le besoin de structuration du temps pour que les individus conservent leur sécurité ontologique, nécessaire à la vie quotidienne. C'est donc à la fois pour se protéger de la perte d'orientation temporelle et afin de garder l'autonomie du contrôle de leur corps que les individus sans-domicile entretiennent leurs habitudes. Edward T. Hall montre que la vie sociale, professionnelle et affective des individus est programmée selon un horaire plus ou moins fixe, ce qui la compartimente. Ils effectuent de la sorte un ensemble de tris :

> « En soi, programmer sélectionne ce qui est ou non perçu et observé, et ne permet de tenir compte que d'un nombre limité de phénomènes dans un laps de temps donné ; ainsi, un programme constitue un système permettant d'établir des priorités, à la fois pour les individus avec lesquels on est en relation, et les tâches que l'on accomplit. On traite d'abord les affaires importantes, en y consacrant la plus grande partie du temps disponible, et en dernier lieu seulement, les affaires secondaires que l'on néglige ou abandonne si le temps manque. »[10]

Ce système d'organisation monochrone permet à l'individu de mettre de l'ordre dans tous les éléments qui composent sa vie sociale et personnelle. Les structures temporelles issues de la conception du temps des sociétés occidentales modernes sont tellement ancrées dans notre culture et en nous, qu'elles nous apparaissent comme l'unique moyen, naturel et logique, d'organiser notre activité, selon la perception du temps comme un axe linéaire progressant sempiternellement entre passé, présent et futur. Cependant et bien que les structures temporelles soient fortement ancrées dans la culture, le temps vécu reste une variable éminemment individuelle, et par là, relative. Les individus ne partagent en effet pas tous la même manière d'organiser leurs priorités selon leur temps disponible. Mais le temps a cela de particulier qu'il nous apparaît comme tellement naturel, qu'il est

---

[8] HINTERMEYER Pascal, « La ritualisation de l'existence », *in* THIEL Marie-Jo (éd.), *Les rites autour du mourir*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2008, p. 44/45.
[9] LAZARSFELD Paul Felix, JAHODA Marie et ZEISEL Hans, *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, les Éditions de Minuit, 1981.
[10] HALL Edward T., *La danse de la vie*, *op. cit.*, 1984, p. 60.

difficile d'envisager d'autres manières de le concevoir, de s'y référer et de le vivre. C'est pourquoi, les individus tendent à supposer de ceux qui n'ont pas le même rapport au temps, la même manière de l'organiser ou d'établir des priorités, qu'ils sont irrationnels, inconscients, voire qu'il est nécessaire de contrôler leur temps à leur place. Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile révèlent par là un important malentendu entre eux portant sur le temps. Leurs perceptions sont si éloignées qu'ils n'arrivent que difficilement à une compréhension mutuelle. Les soignants observés et interviewés montrent un ensemble de discours, d'actions et d'attitudes qui laissent à penser que leur rapport au temps se rapproche d'une conception linéaire, où le passé conditionne le présent, le présent sert à organiser le futur et où le futur dépend à la fois du passé et du présent. Christine insiste à plusieurs reprises dans l'entretien sur l'importance du passé comme déterminant de l'action et la nécessité de se tourner toujours vers l'avenir :

> *« Il faut faire face, tu n'as pas le choix ! Avec tout ce qui te tombe sur la figure, soit tu avances, soit tu patines… Ça rejoint ce que j'ai dit au début, suivant ce qu'on t'a mis dans la valise, au départ ! Ce qu'on t'a donné déjà dans tes gênes, parce que tu n'es pas égal à la santé… Et par rapport à ce que tes parents t'ont donné comme éducation, par rapport à des expériences de vie… »* (Entretien avec Christine, infirmière).

Elle fait référence au passé *via* la métaphore d'une valise, d'un bagage qui se remplit au fur et à mesure : d'abord par l'héritage génétique, ensuite par l'éducation parentale, puis, au fur et à mesure, par les expériences de vie propres à la personne, qui se doit de continuer d'avancer, peu importe le poids de sa valise. Une part importante des activités quotidiennes des soignants, dans le cadre de leur exercice professionnel, correspond à la planification et à l'anticipation de leurs activités futures. Jeanne, infirmière exerçant au centre d'hébergement médicalisé, explique les avantages du changement d'organisation de la structure. Auparavant, les semainiers de médicaments étaient préparés deux fois par semaine, généralement une fois en collaboration avec les résidents et la seconde fois par l'infirmière seule. Elle expose ainsi l'importance de les préparer ensemble pour une meilleure prévision du stock de médicaments :

> *« Ça oblige à anticiper, parce que la fois d'après, on le fera forcément avec eux, ce qui n'était pas le cas avant… On va voir ce qu'il reste comme médicaments, et on va leur dire "pour la semaine prochaine, il faudra aller chez le médecin…" Alors qu'eux ne sont pas forcément dans cette logique-là. Le plus souvent, ils vont te dire "non mais c'est bon !", "Parce que s'il vous en manque, il vous en manque ! Il faudra faire sans parce qu'il n'y en aura pas !" C'est la prise en compte de la durée, de l'organisation, tout ce que ça induit… »* (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Elle insiste sur l'importance d'anticiper le manque à venir et dépeint dans le même temps ses patients sans-domicile comme négligents par rapport à leurs traitements médicamenteux. Il s'agit là d'une première incompréhension relative au temps entre les personnes sans-domicile et les soignants : alors que les premiers apprivoisent le temps à leur manière, avec le peu de ressources dont ils disposent et selon un modèle routinier, les seconds orientent ces routines vers l'avenir et son anticipation, tout en mettant également en place un ensemble d'habitudes pour structurer leurs activités. Ce premier décalage crée un malentendu latent car il n'est jamais formulé en tant que tel. Les soignants voient les personnes vivant dans la rue comme n'étant soumises à aucune contrainte temporelle et ne conçoivent que difficilement celles qui organisent pourtant leurs conduites. Il en va de même pour les soignés sans-domicile qui n'ont pas non plus toujours conscience des contraintes temporelles des médecins et infirmiers.

2) Les soignants & leurs contraintes du temps

Les individus organisent leurs actions en fonction du temps et de ses contraintes. Soignants et soignés sans-domicile ont chacun de nombreuses contraintes temporelles à considérer dans l'organisation de leur temps au quotidien. Celles-ci semblent si naturelles, logiques, allant de soi aux individus, qu'ils rencontrent de plus ou moins grandes difficultés à envisager et à concevoir les contraintes temporelles différentes auxquelles sont soumis les individus dont le mode de vie est différent. Nous nous concentrons ici seulement sur les usages du temps des soignants au cours de leurs interactions avec leurs patients, c'est-à-dire pendant le temps dédié à leur activité professionnelle, bien qu'il soit évident que cette temporalité spécifique soit liée à leur temps de non-travail, à sa perception et à ses usages. La temporalité dans laquelle s'exercent les professions soignantes et médicales sont distinctes, pour Paul Bouffartigue et Jacques Bouteillier :

> « La formation puis l'exercice professionnel mobilisent et développent cette disponibilité temporelle à autrui, la capacité à faire face aux aléas, à anticiper ses activités, à coordonner des temporalités hétérogènes. Le *care work* se réalise dans une temporalité "processuelle" qui entre en conflit avec la temporalité de l'horloge, notamment en ce qu'il doit composer avec le temps du patient, qu'il est inextricablement lié au contexte des relations sociales

dans lequel il se réalise, qu'il est fait de tâches plurielles qui se superposent, et qu'il est rebelle à la programmation. »[11]

Le travail du *care* est ainsi modelé par de lourdes contraintes temporelles et les infirmiers interrogés expriment leur difficulté à les supporter. Ils ne sont généralement pas en mesure de les négocier et en subissent les effets sur leur pratique professionnelle. Cette pression temporelle plus ou moins forte entraîne une variabilité des prises en charge. Bénédicte, infirmière en service d'accueil des urgences, indique à quel point la manière dont elle s'occupe des patients sans-domicile fluctue en fonction des contraintes temporelles auxquelles elle est soumise :

> *« Si t'as le temps, si t'as l'envie, il aura une douche il aura à manger et si… ça peut arriver que t'aies pas du tout le temps aussi… moi-même parfois j'ai pas du tout le temps de m'en occuper, en tout cas au départ, si je me suis assurée, que c'est bon, quand tu le secoues un peu il se réveille, que y'a pas de danger pour sa santé, pour sa vie… si moi je suis débordée, si j'ai douze autres patients dans ma zone de soins aux urgences, ce ne sera clairement pas ma priorité ! Il faut dire les choses telles qu'elles sont… donc là ben il passera en dernier… si j'ai le temps après, j'irais lui proposer d'aller se doucher, ou je demanderais à quelqu'un de lui apporter à manger, mais c'est sûr que ce sera pas la première personne que je prendrais en charge, si j'ai l'assurance que c'est bon, il est pas totalement en coma éthylique »* (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

L'importance de sa charge de travail lui impose d'établir des priorités entre les patients selon l'urgence de leur situation médicale. Elle base son propos sur un exemple de patient sans-domicile qu'elle mobilise à plusieurs reprises au cours de l'entretien, comme une forme de caricature du patient vivant dans la rue : fortement alcoolisé, pris en charge aux urgences contre son gré, généralement réfractaire aux soins, dont la situation médicale ne correspond pas à une urgence vitale – dès lors que le danger de coma éthylique a été écarté. Elle introduit la douche et le repas comme des formes de soins, mais celles-ci sont secondaires et subsidiaires aux urgences médicales, toujours en première place dans la hiérarchie des actes de soin. Jeanne rencontre la même nécessité de prioriser les soins en fonction de leur urgence et de leur importance. Elle raconte les difficultés auxquelles elle se heurte, dans son service de gérontologie, car la charge de travail augmente sans que la quantité de personnel ne soit revalorisée. La cadre de santé du service enjoint au personnel soignant d'établir des priorités dans leur travail ce qui revient à affirmer que l'organisation

[11] BOUFFARTIGUE Paul et BOUTEILLER Jacques, « Jongleuses en blouse blanche », *Temporalités*, 4, 2006, paragr. 38.

actuelle du service ne leur permet pas d'effectuer l'ensemble des tâches qu'il est censé effectuer :

> *« Tu vas prioriser quand il y a un infarctus, quand il y a quelqu'un qui est très mal, quand quelqu'un décompense un truc… Mais quand au quotidien, t'as pas le temps, t'as cinq ou six personnes qui vont en radio' le matin, il faut les laver avant huit heures, mais tu ne vas pas pouvoir faire tout le monde ! Sachant qu'il y a encore les médicaments, les petits-déjeuners, il y en a qui sont déjà dans leur pipi ou leur caca à huit heures… Prioriser… La consigne, c'est que tu vas faire tête-mains-cul*[12]*. Donc dans le sens de ton travail, je trouve que ça te met vraiment… Toi tu es là pour prendre soin, alors tu comprends que tu ne peux pas prendre deux heures par personne, mais la mamie, à la maison, elle mettait une heure à deux heures pour faire sa toilette le matin et toi tu lui demandes en dix minutes de s'être levée, d'avoir fait sa toilette et de s'être remise au fauteuil »* (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Comme le met en lumière Jeanne, avec l'exemple de la personne âgée dont le rythme est chamboulé par l'hospitalisation, les contraintes temporelles se répercutent sur le soin des patients autant qu'elles mettent en difficulté les soignants. Elles pèsent alors sur leur éthique du soin et les empêche de donner du sens à leur activité professionnelle. C'est également le cas de Bénédicte, qui dit être dépassée, et n'a pas toujours la possibilité d'en faire plus pour ses patients. Les médecins sont également subordonnés à des contraintes temporelles. Suzanne explique que certains médecins augmentent volontairement leur nombre quotidien de consultations afin d'accroître leurs revenus. Cependant, elle précise que l'environnement d'exercice conditionne également les consultations et l'augmentation du nombre de patients n'est pas toujours volontaire. Elle est notamment due au déficit de médecins par rapport aux besoins :

> *« Il y a aussi les endroits où il y a pas forcément beaucoup de médecins, mais il y a beaucoup de patients, et il faut les voir tous… Et au bout d'un moment, t'as quand même envie de rentrer chez toi ! Donc il n'y a pas forcément que l'appât du gain c'est aussi la demande qui est de plus en plus forte, au niveau des consultations médicales, c'est… Il y a vraiment beaucoup de choses à faire… Et ça devient très fréquent ! […] C'est plus par pression de l'environnement, où ta salle d'attente est pleine, tu as déjà vingt personnes… Eh bien voilà, il faut que tu les vois les vingt ! Et puis si tu ne veux pas rentrer à deux heures du matin chez toi, et bien tu vas au plus urgent quoi ! Tu fais le principal… Ça m'est déjà arrivé ! »* (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

L'accélération du rythme des consultations est ici générée par le manque de médecins dans la zone géographique où Suzanne exerce – elle réalisait un remplacement

[12] Jeanne fait ici référence aux toilettes des patients : comme le temps manque pour réaliser des toilettes entières de chaque patient, les infirmiers se concentrent sur l'entretien de ces parties du corps uniquement.

de médecin généraliste en périphérie de Strasbourg. On remarque dans son propos que la séparation entre temps de travail et temps professionnel pose problème : pour *« ne pas rentrer à deux heures du matin chez [soi] »,* elle souhaite établir un « cloisonnement temporel entre le temps du travail salarié et le temps du travail domestique [qui] permettrait aussi de préserver la disponibilité psychologique nécessaire pour chacune de ces deux activités »[13]. Or, les contraintes organisationnelles pesant sur les soignants et leurs cadres remettent en question cette séparation : Elvire, cadre de santé, raconte qu'elle n'a souvent d'autre choix que d'appeler du personnel en repos ou en congé pour combler les absences et assurer le fonctionnement du service. Temps de travail et de non-travail s'interpénètrent et le cloisonnement ne s'opère pas nettement, dans la mesure où les infirmiers et médecins, même en vacances, savent qu'ils risquent d'être rappelés au travail à tout moment. Cette absence de cloisonnement peut être anxiogène. Si Pascale Molinier s'intéresse ici plus spécifiquement aux infirmières, il en va de même pour les médecins qui vont ainsi utiliser l'accélération de leur rythme de travail comme une stratégie de préservation du cloisonnement temporel entre ces différents types de temps. Pour Thomas, oncologue, professeur des universités et praticien hospitalier, la confrontation de ses temps est encore compliquée par son double statut d'universitaire et de clinicien. Il raconte les difficultés organisationnelles de son service, en terme de manque de personnel, ainsi que son impossibilité à joindre ses activités hospitalières à l'enseignement et la recherche :

> *« Il me faudrait, pour travailler bien, deux médecins à plein temps supplémentaires ! Ce qu'il faut comprendre, c'est que… par exemple, mon travail, c'est ce qu'on appelle bi-appartenant, c'est-à-dire que je suis hospitalo-universitaire. Donc mon employeur, c'est l'université, et ici, je suis payé par une indemnité. […] Je suis censé faire 50 % de mon temps à voir les malades, à faire de la clinique, et 50 % à faire de l'enseignement et de la recherche. Donc je suis ici à l'hôpital, de huit heures du matin à huit heures du soir il me reste donc de huit heures du soir à huit heures du matin pour faire l'enseignement et la recherche. C'est infaisable ! »* (Entretien avec Thomas, cancérologue).

Les soignants sont donc confrontés à la gestion simultanée de plusieurs temporalités, gestion dont le succès nécessite des capacités d'adaptation aux différents rythmes et types de temps. Ce qui les conduit simultanément à percevoir les vies des individus sans-domicile comme dénuées de toute organisation temporelle et leur donne une illusion d'immédiateté perpétuelle, de temps vide, dépourvu de toute contrainte. Les

---

[13] MOLINIER Pascale, « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du *care* : perméabilité ou clivage ? », *Temporalités*, 9, 2009, paragr. 27.

personnes sans-domicile vivraient dans un présent sempiternel, suspendu entre deux néants pour reprendre les termes de Gaston Bachelard[14]. Pour Christine :

> *« J'ai l'impression qu'ils prennent un autre schéma de fonctionnement… Et puis ils n'ont plus d'horaire… Ils n'ont plus de… Ils n'ont plus d'obligations, et n'ont plus de règles… Et quand tu es hors cadre… Tu pars un peu à l'errance quoi… Pour moi c'est la vision que j'en ai… C'est peut-être tout à fait faux ! C'est un raisonnement de personne qui a la chance d'avoir un foyer, d'avoir un métier, d'avoir un travail, d'avoir une vie sociale, d'avoir un mari, d'avoir des enfants… Et une famille derrière… Et, j'ai l'impression qu'ils ont tout perdu ! Il ne leur reste pas grand-chose… »* (Entretien avec Christine, infirmière).

Les individus sans-domicile ont tout perdu, même leurs repères temporels. Ils n'ont plus de cadre ni de règle dans lequel s'organise leur vie quotidienne, ils n'ont plus d'horaire ni d'obligation à respecter, en bref ils n'ont plus la moindre contrainte temporelle. Cette image est fréquente auprès des infirmiers et médecins que nous avons interrogés ou observés. De même, la relativité qu'introduit Christine par rapport à son propre mode de vie est récurrente. Suzanne parle de *« référentiel »*. Ce qui nous intéresse plus particulièrement, dans le cadre de l'analyse de l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile, c'est que les contraintes organisationnelles des médecins et infirmiers ainsi que leur propre perception du temps les incite à imaginer les individus sans-domicile comme n'ayant aucune contrainte temporelle, pourtant leur vie quotidienne est forgée de contraintes dont les soignants n'ont pas conscience.

3) Survie sans-domicile et contraintes du temps

L'organisation de la vie quotidienne en situation de survie est bien plus complexe qu'elle ne l'apparaît aux soignants. En effet, les individus évoluent entre de nombreux dispositifs, offrant chacun des ressources différentes, mais toutes indispensables : il est rare qu'une même structure propose à la fois de la nourriture, de quoi se vêtir, la possibilité de se laver, de nettoyer ses vêtements, un lit pour dormir, des soins, un service de domiciliation pour pouvoir recevoir son courrier ou encore l'accompagnement de travailleurs sociaux. Cela implique à la fois de se déplacer physiquement entre les différents lieux d'aide et d'organiser au mieux son temps. Pascale Pichon précise :

---

[14] BACHELARD Gaston, *L'intuition de l'instant*, Paris, Gonthier, 1985.

> « La dispersion [dans la ville] de l'offre de services nécessite une connaissance fine du réseau et de ses potentialités. Il convient alors de s'enquérir de la qualité des services proposés ici ou là, des horaires, des délais d'attente entre deux prestations, *etc.* La complémentarité des services n'est pas tenue secrète mais elle se dévoile au jour le jour, par l'expérience. »[15]

Le réseau associatif requiert effectivement d'être bien connu et maîtrisé pour être utilisé de la manière la plus efficiente possible et assurer ainsi le maintien de soi. À Strasbourg, la situation n'est pas différente de celles de Paris ou Saint-Étienne, décrites par Pascale Pichon. Les nombreuses structures et associations ne tiennent pas leurs horaires ni leurs présentations secrets. Le Conseil Général du Bas-Rhin édite une plaquette regroupant l'ensemble du réseau associatif et des lieux nécessaires à la survie : toilettes publiques, douche, alimentation, accueils de jour, accompagnement social et lieux de soins ; et indique leurs adresses et leurs horaires d'ouverture dans un unique document afin d'en faciliter l'accès. Un rapide coup d'œil à la plaquette permet de se rendre compte de la complexité de ces horaires. Ils sont différents les uns des autres, variables au cours de la semaine, et plusieurs dispositifs ne proposent pas les mêmes services aux différents moments de la semaine ou de la journée. Il devient ainsi nécessaire de jongler entre ces horaires afin de bénéficier de l'aide proposée. Sans compter qu'il est délicat de conserver des documents en papier lorsque l'on vit sans hébergement, d'autant plus lorsqu'ils sont fréquemment utilisés. Lors des maraudes, il nous est arrivé à maintes reprises de distribuer cette plaquette aux personnes rencontrées alors que celles-ci nous montraient la leur, tant abîmée, décolorée et déchirée qu'elle en était devenue illisible, ou avaient perdu leur exemplaire. Les individus cherchent alors à mémoriser les plannings, mais la connaissance formelle des dispositifs, de leurs offres et de leurs horaires n'est pas suffisante. Pour assurer la survie et le maintien de soi au mieux, il est en réalité indispensable de maîtriser également les horaires informels des structures, savoir acquis par l'expérience ou grâce à des camarades de survie qui tiennent lieu d'informateurs[16]. Maryse Bresson décrit

---

[15] PICHON Pascale, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *art. cit.*, 1996, p. 167/168.

[16] Par exemple, pour s'alimenter dans une structure du centre-ville qui propose des repas, il ne suffit pas de savoir qu'elle ouvre de telle heure à telle heure : il faut également savoir que si l'on n'arrive pas une heure avant l'ouverture, le nombre de personnes attendant pour manger est supérieur au nombre de repas que peut fournir l'association, et l'on risque ainsi de ne pas pouvoir bénéficier d'un repas. Un autre exemple peut être apporté par le 115, numéro de téléphone qui permet de déposer une demande d'hébergement d'urgence auprès du service qui gère les places disponibles. Ce numéro est présenté comme accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Or, pour obtenir une place d'hébergement, les personnes doivent suivre une procédure complexe : il leur faut téléphoner tôt le matin, les opérateurs les inscrivent alors sur la liste des demandeurs du jour et leur enjoignent de rappeler dans l'après-midi afin de valider leur

précisément ces contraintes, sous l'angle de celles liées à l'hébergement, et les englobe sous le terme de « temps contraint »[17]. Elle retrace les différents obstacles à la gestion du temps dans la vie quotidienne sans-domicile et révèle que la survie sans logement personnel a de lourdes influences sur les cycles de vie des personnes, ainsi, « contrairement aux stéréotypes qui présentent la vie quotidienne des SDF comme un grand vide, désorganisé par l'absence de repères et la trop grande liberté, l'analyse révèle l'omniprésence et la multiplicité des obligations »[18]. Plutôt que d'être hors du temps, les personnes sans-domicile se voient imposer de vivre dans une autre temporalité, celle de la vie sans logement personnel, qui comporte d'autres obligations. La vie à la rue est donc loin d'être dénuée de contraintes temporelles. Si les individus sans-domicile ne subissent pas les mêmes contraintes que les infirmiers et médecins, liées majoritairement à leur exercice professionnel et au rythme particulier imposé par les activités de soin, leur vie quotidienne est organisée selon d'importantes contraintes temporelles de survie, ce qui contredit l'idée que s'en font les soignants. Suzanne pense que les prises en charge médicales des individus sont rendues difficiles par leur absence de repères temporels :

> *« Les prises en charge sont compliquées et parce que ce sont des patients qui ne respectent pas les rendez-vous, enfin un peu comme ici, les patients à [centre de soins] c'est difficile de donner des rendez-vous, c'est des personnes qui n'ont pas de journée, leur journée n'est pas forcément structurée, donc… Les heures, les machins, ce n'est pas forcément facile ! Après je ne vais pas m'étaler plus longtemps sur la question parce que je n'ai pas beaucoup travaillé avec, donc… Je suis peut-être en train de faire une horrible stigmatisation qui n'a pas lieu d'être ! »* (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

---

demande, en général à 15h ou 16h. Le nombre important d'appels à cet horaire fait que les personnes tombent majoritairement sur une ligne occupée et doivent renouveler leur appel à plusieurs reprises avant de réussir à joindre un correspondant du 115. Ces appels consomment non seulement un temps important en tant que tels, mais entraînent une série de contraintes temporelles. Avec la disparition des cabines téléphoniques, les personnes vivant dans la rue ont deux options : contacter le 115 *via* un téléphone portable ou le poste fixe d'une structure. Les appels répétés au 115 usent rapidement la batterie d'un téléphone portable dont la charge nécessite d'être anticipée doublement. L'individu doit d'abord s'assurer que son téléphone sera en état de marche au moment où il devra rappeler le 115 et dans le cas où il doit charger son appareil, il lui faut se rendre suffisamment tôt dans une des structures qui proposent ce service car le nombre de prises électriques dédiées est souvent limité et elles sont la plupart du temps occupées dès l'ouverture, ce qui implique une attente plus ou moins longue pour pouvoir y accéder. D'autre part, lorsque la personne souhaite utiliser la deuxième option, c'est-à-dire le poste d'une structure, les contraintes organisationnelles sont également importantes : aucun lieu d'accueil ne propose de poste en libre service, il est donc à nouveau nécessaire d'attendre afin de rencontrer un travailleur social pour pouvoir joindre le 115 avec lui. Cependant il peut être difficile de coordonner son rendez-vous avec l'heure d'appel indiquée par le 115. Et la demande d'hébergement risque alors de ne pas être prise en compte ou de ne pas être validée.

[17] BRESSON Maryse, *Les SDF et le nouveau contrat social*, *op. cit.*, 1997.

[18] BRESSON Maryse, « Les S.D.F. et le temps », *art. cit.*, 1998, p. 114.

Elle affirme qu'ils n'ont pas de structuration dans leur vie quotidienne tout en nuançant presque aussitôt son propos, de peur de les stigmatiser par erreur. Ce qui est intéressant ici, c'est que Suzanne exerce en tant que bénévole au centre de soins, qui accueille majoritairement des patients vivant dans une précarité extrême, et participe aux maraudes allant à la rencontre des personnes de la rue. Elle a donc déjà été amenée à entendre leurs discours et a été confrontée à certains éléments de leurs conditions de vie, et semble alors se rendre compte, au moment où elle avance son argument, qu'il ne tient pas. Bien qu'elle ait, en partie du moins, conscience du temps contraint que subissent les individus sans-domicile, sa difficulté à l'envisager clairement la pousse à le renier. Pour Claudia Girola :

> « Plutôt que la perte des repères temporels, il y a une adaptation à un système qui impose une dynamique désarticulée en termes d'horaires et de logique d'action (surtout de la part des institutions d'aide qui reposent souvent sur une logique contraignante de renvois constants d'un service à l'autre). On voit alors comment ces gens sont obligés d'interpréter et d'ordonner sans cesse, inépuisablement, les contraintes imposées, comme pour maîtriser ce système et lui donner une marque – une marque personnelle. »[19]

Les efforts importants mobilisés pour maîtriser le système d'aide afin d'assurer le maintien de soi ainsi que la marque personnelle que les individus essaient d'y apporter façonnent peu à peu la manière dont ils organisent leur temps contraint quotidien. Ils jonglent pour ce faire entre les contraintes liées à la survie, les contraintes administratives et les contraintes de soin. Lors d'une discussion informelle, Patrice insiste sur la place importante que prennent les contraintes administratives dans son organisation quotidienne – c'est-à-dire l'ensemble des démarches d'accès au droit qu'il doit effectuer afin d'obtenir des revenus et une couverture sociale :

> *« Mais bon ça va dans le bon sens ! C'est pour moi qu'on me demande tout ça ! Pour arriver à quelque chose on me demande certaines obligations, bon, banco je les fais ! Et puis au moins ça me motive ! Rester sans rien avoir à faire, sans… ça doit pas être bien drôle ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

En affirmant que ce ne doit pas être agréable de rester sans rien faire, il exprime son sentiment d'avoir de nombreuses activités grâce auxquelles il structure sa vie quotidienne et la personnalise. La marque personnelle de l'organisation temporelle s'efface lorsque les personnes sont hospitalisées et sont astreintes au cadre temporel de l'institution

---

[19] GIROLA Claudia, *Vivre sans abri*, *op. cit.*, 2011, p. 31.

hospitalière. Les individus cherchent alors à réaffirmer leur individualité et leur contrôle sur leur propre temps quotidien lorsqu'il est chamboulé, afin de garder un certain contrôle sur leur existence. René a été hospitalisé à de nombreuses reprises pour des périodes de plusieurs semaines. Il explique qu'il s'ennuyait beaucoup, notamment parce qu'il n'était pas en mesure de payer la télévision :

> *« Si t'as pas de télé, t'as rien… tu peux rien t'acheter, tu peux même pas aller à la banque ! Il faut le faire en cachette pour que tu puisses aller à la banque ! Sinon tu peux rien faire ! […] Moi je me fais pas chier, combien de fois j'ai fait déjà les courses, même avec la perfusion, avec la potence, je suis sorti dehors ! Alors ils m'ont dit "mais normalement t'as pas le droit !" alors j'ai dit "mais moi j'en ai rien à foutre !". […] Même avec la chaise roulante je suis déjà allé à ma banque ! Mais y'a des gens qui m'ont aidé ! Ben oui, même à [structure hospitalière] ! J'ai foutu le camp à [structure hospitalière] avec la chaise roulante ! Et je l'ai foutu dans un coin, et j'ai marché de nouveau tranquillement, comme si y'avait rien qui s'était passé ! »* (Entretien avec René).

Il quittait donc l'hôpital malgré l'interdiction afin de retrouver ses habitudes : aller à la banque et faire quelques courses, pour agrémenter son quotidien et personnaliser de la sorte son hospitalisation. Or ces escapades sont perçues par les soignants comme de la non-compliance aux soins. Ce n'est pourtant pas l'intention de René à qui ces sorties permettaient de se soustraire au cadre temporel imposé par l'hôpital et de reprendre le pouvoir sur son organisation temporelle personnelle. Il revenait chaque après-midi ou soir une fois qu'il avait effectué ce qu'il souhaitait. Ce malentendu sur le rapport au temps donne aux soignants l'impression que les individus sans-domicile sont comme enfermés dans un présent perpétuel, dans lequel ils sont dans l'incapacité de prévoir l'avenir ou d'anticiper les conséquences des soins sur leur santé future. Pascale Pichon précise à propos du concept de carrière de survie que cette dernière ne répond pas aux mêmes attentes sociales ni aux mêmes buts que le concept de carrière développé par les sociologues interactionnistes :

> « Peut-on prétendre *faire carrière*, au sens relevé par Goffman, lorsque les étapes, les contraintes, les réussites de celle-ci consistent, pour une grande part, à ne pas se perdre soi-même, à "tenir" […] ? La survie se rapporte à un temps de la vie en dehors des cadres sociaux ordinaires : non seulement à la marge des normes, comme dans une carrière déviante […], mais à la marge même de tout groupe social normalement et positivement construit. »[20]

[20] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 53.

Dans le cas de la carrière de survie, le but de l'individu est d'abord de survivre. Il n'organise pas ses actions afin d'évoluer dans les étapes de sa carrière, comme il évoluerait dans une carrière déviante au sens défini par Howard Becker[21], mais se concentre sur sa survie et les moyens de l'assurer au mieux, tout en préservant son identité. Toutefois, l'urgence de la survie à laquelle sont confrontés les individus sans-domicile ne les enferme pas pour autant dans l'immédiateté, ni dans un rapport au temps borné à l'horizon du présent. Au contraire, ils formulent des rêves ou des projets et montrent, par leur volonté de survivre et de prendre soin d'eux-mêmes, qu'ils s'orientent vers l'avenir. Ils mobilisent de nombreuses ressources car la rue est un espace qui nécessite d'être connu et domestiqué afin de réussir à s'y procurer de quoi manger, un endroit où se reposer, où se laver, où passer la nuit et où pouvoir être écouté. Cela leur est indispensable pour garder un réseau de sociabilité et surtout une image positive d'eux-mêmes. L'expérience de Claudia Girola met parfaitement en exergue ce phénomène :

> « Dans le cas des personnes que j'ai rencontrées, leur valorisation s'exprimait surtout dans le fait de se montrer comme des stratèges capables de trouver des solutions de survie dans des situations extrêmes et comme des personnes sans-abri irréductibles à l'image du "clochard" : une façon de s'opposer à l'action implacable de l'étiquetage. »[22]

Dans le but de retourner le stigmate dont ils souffrent, les individus en grande précarité cherchent à valoriser leur expérience, leur savoir-faire de survie et de débrouille à la rue. Ils sortent ainsi de l'urgence perpétuelle dans laquelle ils sont dépeints et montrent à l'observateur qu'ils ne sont pas déterminés par leur situation mais, au contraire, qu'ils en gardent le contrôle. Ils ont la possibilité de faire des choix, choix qui vont avoir une incidence sur leur futur. En effet, en privilégiant tel ou tel lieu pour faire la manche ou pour se reposer, en choisissant d'aller déjeuner dans cette association plutôt qu'une autre, en préférant dormir dehors ou dans un centre du 115, l'individu oriente consciemment son avenir en influant sur les ressources qu'il obtient et les relations qu'il noue.

---

[21] BECKER Howard, *Outsiders*, *op. cit.*, 1985.
[22] GIROLA Claudia M., « Rencontrer des personnes sans abri. Une anthropologie réflexive », *Politix*, 9 (34), 1996, p. 94.

4) Rapports à l'avenir et temporalités

L'interaction entre soignants et soignés sans-domicile montre en quoi la perception des contraintes temporelles de l'autre se révèle être un écueil difficile à dépasser. Clément Tarantini, Chantal Vergelys et Patrick Peretti-Watel rappellent que de nombreux travaux sociologiques traitant des individus vivant dans la précarité montrent l'important ancrage dans le présent de leur rapport au temps :

> « Ce "présentisme" peut prendre la forme d'une double rupture, avec un passé dont il n'y aurait aucune leçon à tirer, et avec un futur perçu comme menaçant, tandis que le présent deviendrait, pour le coup, omniprésent. »[23]

Les références au passé des individus sans-domicile sont souvent difficiles et douloureuses et mettent en exergue la première rupture évoquée par les auteurs. Au cours de notre travail de terrain, nous nous sommes heurtée à de nombreux refus de personnes sans-domicile de retracer leurs expériences antérieures ou de parler de leurs souvenirs. Le passé prend parfois la forme d'une période plus ou moins floue et apporte de nombreuses confusions. Luc s'emmêle dans le nombre d'années qu'il a passées à la rue :

> *« Au total… 22 ans et des poussières… À quelques mois près… J'ai commencé au mois de juillet, alors voyez… Juillet 79 non, 80 ! »* (Entretien avec Luc).

L'entretien ayant été réalisé en 2014, même en soustrayant les deux ou trois années où il dit avoir été hébergé, un pan important de son passé semble occulté. Malgré les importantes inquiétudes que procure le futur, il n'est pas possible d'affirmer pour autant que les individus sans-domicile ne cherchent pas à l'anticiper et se contentent de subir ses aléas. Selon Alexandre, la vie à la rue a des effets éminemment destructeurs sur la temporalité des individus sans-domicile, qui sont pris dans une routine qui leur est néfaste mais dont ils ne sont pas en mesure de se soustraire :

> *« Tu passes quinze ans dans la rue, à pas savoir… à projeter ta vie à quelques heures devant, parce que je vois pas comment ils peuvent se dire "la semaine prochaine, peut-être que ça va… y'a ce centre-là qui va ouvrir peut-être", mais à mon avis c'est à vivre comme ça et… ils ont même plus de volonté, enfin ils ont même plus… Je vois pas comment ils peuvent s'aider eux-mêmes quoi, se dire "bon,, je me prends en main"… je me prends en main, ça veut dire quoi ? C'est pas possible ! Ils ont la routine de, à mon avis la routine de*

---

[23] TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, « Pauvreté, "présentisme" et prévention », *Temporalités*, 19, 2014, paragr. 4.

merde, la routine qui est vraiment indéfinissable, pas malsaine mais, enfin malsaine mais une routine, un malheur acceptable quoi que… voilà disons leur vie est rythmée par ça, ça, ça… un repas ici tous les deux jours ou tous les je sais pas combien de temps, la manche un peu, un peu quelques sous de je ne sais où et après à picoler avec les amis, la douche aux bains municipaux… leur vie c'est ça… et c'est horrible… aucun projet, aucun… mais c'est normal ils sont tellement foutus par la vie… » (Entretien avec Alexandre, infirmier).

La routine de survie est ici dépeinte comme malsaine et impose à l'individu une vie dans une sorte de présent perpétuel, sans possibilité de seulement formuler des projets. L'impression que les individus sans-domicile vivent dans une immédiateté constante naît en grande partie de la non-connaissance, de la part des soignants, de la réalité de leurs conditions de vie. Leur rapport au temps tend plutôt à se modifier au cours de leur carrière de survie et ses contraintes temporelles spécifiques, ce qui les poussent vers une temporalité étirée. Ils ne vivent pas un présent perpétuel, mais un présent long car chacune de leurs activités nécessite une suite d'actions pour pouvoir être accomplie et en entraîne à la fois d'autres, comme le montrent les propos de Simon :

« Pour trouver quelque chose à manger quoi, ou s'acheter un paquet de cigarettes, on fait la manche… et puis le temps il passe, le temps il passe, le temps il passe… et après voilà ! Coucher ! » (Propos recueillis lors d'une discussion informelle dans la rue).

Pour accumuler la somme d'argent nécessaire à l'achat de nourriture ou de cigarettes, des heures de manche sont nécessaires ; le nombre important de demandeurs d'aide aux associations ou aux structures entraîne de longs délais d'attente pour bénéficier de leurs services ; le renvoi constant d'un service à l'autre, qu'il s'agisse d'organisations sociales ou hospitalières impose de nombreux déplacements et, une nouvelle fois, des délais d'attente… tous ces éléments étirent peu à peu le temps dans lequel vivent les personnes sans-domicile et leur demandent d'importantes capacités d'anticipation. Cette temporalité étirée accentue encore l'idée de leur « présentisme », d'autant plus que celle-ci entre directement en confrontation avec la temporalité organisée rationnellement, selon des rythmes très courts, des soignants. Le contrôle important de leurs activités leur donne le sentiment d'avoir la capacité d'anticiper l'avenir. Alors qu'ils conçoivent l'expérience des individus sans-domicile comme dénuée de capacité de contrôle de leur présent, ils leur enlèvent dans le même mouvement toute référence à leurs expériences passées et leur renient même parfois un horizon temporel ouvert vers l'avenir. Pour autant, les personnes vivant dans la rue élaborent leur vie présente en fonction de leurs expériences et vécus passés, de même qu'ils s'orientent vers le futur et leur conception du temps ne se réduit pas

à l'instantané d'un temps vide. Comme le montre Pascale Pichon, le rapport à l'avenir est souvent confus et composé de facettes contradictoires, mais il existe bel et bien. Elle souligne :

> « Les différentes perceptions de l'avenir, entre désillusion et idéalisation, ne reflètent pas tant la diversité des positionnements qu'une expérience commune : elle signale que les capacités d'adaptation à la survie déployées par les individus ne servent guère à intégrer une vie sociale "normale". Passer son temps à résister à l'assistance, à l'ennui, à la solitude, à l'angoisse de la mort, à la résolution des problèmes, laisse finalement peu de place pour mobiliser d'autres ressources de sociabilité, d'autant que celles déjà mobilisées n'ont guère de reconnaissance sociale. »[24]

Dans la situation particulière de survie dans laquelle vivent les individus sans-domicile, le temps, loin d'être vide, est rempli d'une multitude d'activités de survie à ordonner et organiser chronologiquement afin d'assurer le maintien de soi. Le but des individus n'est alors pas d'accéder à une normalité relative, mais plutôt de survivre sans pour autant perdre la face. Le manque de reconnaissance est en effet une marque caractéristique de l'expérience quotidienne des personnes sans-domicile et l'inadéquation entre les projets des individus sans-domicile et ceux valorisés par la norme sociétale amène à ne pas prendre en considération leurs projets : ces derniers ne sont pas considérés comme tels. Il naît ainsi un malentendu car les soignants n'attribuent pas la même valeur que les soignés sans-domicile aux projets qu'ils formulent et leur manque de reconnaissance tend à rendre invisible aux yeux des soignants leur rapport à l'avenir. En ne reconnaissant pas les projets des individus sans-domicile et en reniant les activités qu'ils mettent en place pour préparer l'avenir, aussi ténues soient-elles, les soignants enferment leur perception de leurs patients sans-domicile vers un rapport au temps dans un présent perpétuel où ils s'oublieraient. William Grossin distingue les projets et les attentes des individus : les projets impliquent une attitude active dont dépend leur réussite alors que les attentes laissent place à une attitude passive où les individus espèrent plus ou moins. Les soignants montrent cette attitude active et dévalorisent alors l'attitude passive qu'ils imputent aux personnes vivant dans la rue, qui se satisfont du *« malheur acceptable »* décrit par Alexandre. Leur temporalité suit la forme géométrique d'une flèche sur un plan ascendant symbolisant une progression vers l'avenir imaginé comme meilleur que le présent. Au contraire, la temporalité des sans-domicile se matérialiserait selon les soignants en une boucle où les mêmes activités se répètent inlassablement, sans ancrage ni dans le passé ni

[24] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 75.

dans le futur, ou au mieux comme une flèche descendante, laissant entrevoir un avenir toujours plus dur et ne laissant aucune place à l'élaboration critique du passé pour la projection dans l'avenir. Pourtant, les individus ayant une carrière de survie font preuve d'une réflexivité importante sur leur situation, au même titre que tout un chacun. Pour Claudia Girola :

> « Il ne s'agit pas là d'un abandon de soi ; bien plutôt un repli *pour* soi : une expérience et une pensée de soi qui laissent place à une intense réflexivité, ce qui va à l'encontre de l'idée dominante selon laquelle l'immédiateté de leur vie incertaine les enfermerait dans une pensée, immédiate et sans détour, de leur propre condition. »[25]

L'immédiateté dans laquelle vivraient les individus sans-domicile nécessite donc d'être relativisée. Leur temporalité étirée donne aux soignants l'impression qu'ils patienteraient perpétuellement, dans une attente que quelque chose se passe mais sans vraiment attendre quelque chose de l'avenir, sans pour autant avoir d'espoir ou de perspective d'amélioration de leur situation. Or, la situation est plus complexe que telle qu'elle apparaît de prime abord, et cette intuition erronée des soignants engendre une importante incompréhension qui se diffuse dans leur interaction.

II) Les temporalités du soin

Les effets du temps sur les individus les amènent à apprivoiser ce dernier en donnant une routine à leurs activités. Cependant, l'irruption d'une maladie, chronique ou aiguë, dans les parcours de vie des individus engendre une rupture biographique, ou représente au minimum un événement particulier qu'il va falloir intégrer dans son parcours. Pour Anthony Giddens, cela correspond à ce qu'il définit comme une « situation critique », pour lesquelles il précise que « nous avons beaucoup à apprendre des situations quotidiennes dans des contextes de routine en analysant les circonstances dans lesquelles ces contextes sont radicalement perturbés »[26]. Les routines quotidiennes mises en place par les individus pour apprivoiser le temps et pallier aux incertitudes de l'avenir sont chamboulées avec l'irruption d'une pathologie, soit parce que les symptômes y attenant

---

[25] GIROLA Claudia, « Tenir malgré tout dans une vie à la rue », *art. cit.*, 2014, p. 61.
[26] GIDDENS Anthony, *Central problems in social theory: action, structure, and contradiction in social analysis*, Berkeley, University of California Press, 1979, p. 123, (Traduction L.C.).

perturbent les activités habituelles de l'individu, voire les rendent impossibles, soit parce que l'annonce du diagnostic, notamment dans le cas d'une maladie chronique, ouvre un nouveau chapitre de sa trajectoire biographique. Nous avons montré plus haut que le malentendu entre soignants et soignés sans-domicile est entretenu par des temporalités biographiques différentes. Celui-ci a également des conséquences sur la prise en charge médicale des seconds par les premiers. Les activités de soin se déroulent en effet dans une temporalité spécifique, également source d'incompréhensions entre médecins, infirmiers et personnes vivant dans la rue.

Les malentendus portant sur les temporalités spécifiques au soin médical prennent leur origine dans le passé des organisations de soins. Les services hospitaliers actuels sont en effet les héritiers d'une tradition d'accueil des indigents dans les hospices. Lors de leur création, ils répondaient à l'obligation de charité instaurée par l'Église et servaient à la fois de refuge aux indigents et de lieu de mise à l'écart des « inutiles au monde »[27], pour reprendre les mots de Robert Castel, c'est-à-dire des fous, des vieillards et des infirmes. L'objectif de l'Église était alors à la fois le salut des âmes des vagabonds et le contrôle social de ces populations dont se méfiaient les classes dominantes. Cependant l'augmentation croissante du nombre d'indigents à partir du XVIII^{ème} siècle, couplée au développement de la recherche médicale permet de prendre conscience que les hospices sont de véritables foyers à infections, maladies et épidémies. Ils ne sont plus en mesure d'accueillir tous ceux qui auraient besoin d'assistance. Cette double évolution amène les hôpitaux à coupler des indications médicales à leurs critères sociaux d'admission. Peu à peu, les hôpitaux se spécialisent et entrent sous le contrôle de l'État. La III^{ème} République instaure ensuite la gratuité des soins pour les personnes sans ressources et le principe de charité de l'Église laisse ainsi place au Droit. Cependant, les importants progrès de l'époque en physiologie, pathologie et biologie, parallèlement au développement des hôpitaux universitaires, entraînent une dynamique de spécialisation et de recherche de l'excellence dans les soins. L'évolution de l'hôpital l'a donc doucement emmené de la mise à l'abri des indigents à la prise en charge de pathologies spécifiques dans des services spécialisés qui sont à la fois des lieux de soin, de formation et de recherche. Cet héritage est prodigue de malentendus entre soignants et soignés sans-domicile qui ne définissent pas

[27] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale*, *op. cit.*, 2003.

les mêmes objectifs à la prise en charge médicale – et en particulier hospitalière –, notamment en ne donnant pas le même sens à l'urgence médicale et sociale.

1) Le temps dans la prise en charge médicale

En nous intéressant aux interactions entre soignants et soignés sans-domicile, il est nécessaire de prendre en compte le cadre temporel dans lequel se déroule leur rencontre, et surtout de différencier les temporalités spécifiques dans lesquelles ils se trouvent au cours de celle-ci : les premiers agissent dans un cadre temporel dédié à leur exercice professionnel alors que les seconds vivent un temps correspondant à un événement biographique précis. Les soignants évoluent en effet dans un cadre temporel qu'ils connaissent bien et qu'ils vivent tous les jours. Les activités de soins leurs sont familières et constituent leurs routines quotidiennes. Elles s'effectuent dans un espace-temps dédié qui est maîtrisé par les soignants qui ont l'habitude d'y exercer. Ainsi, l'interaction de soin prend place dans un cadre temporel s'inscrivant dans une temporalité longue pour le soignant qui la vit tous les jours. Elle prend place au sein d'une continuité entre leur formation et leurs expériences passées, leurs routines d'exercice et leurs actions futures dont ils savent avec une certaine certitude que l'exercice médical ou infirmier y sera présent. Pour les soignés sans-domicile, ce cadre temporel d'interaction prend une autre forme et un autre sens. Il est en effet bien plus resserré et correspond à un événement biographique précis et non à une routine quotidienne. L'interaction de soin prend alors une forme aiguë au sein de sa temporalité. Au cours de leurs interactions, ces différences de temporalités entraînent une certaine friction au niveau de leurs rythmes. Pour Edward Hall, les interactions inter-individuelles s'accordent grâce à la synchronisation des rythmes des interactants. Celle-ci correspond à un processus qui se fait généralement inconsciemment. L'adaptation mutuelle des rythmes individuels permet le maintien de l'interaction et se fait en fonction des *feedbacks* renvoyés d'un individu à l'autre :

> « L'intervalle critique de correction, que j'ai appelé rythme de *feedback*, est fonction de nombreux éléments […]. Il suffit d'un léger dysfonctionnement dans le *feedback* pour empêcher les rythmes de s'accorder avec le processus de correction. »[28]

[28] HALL Edward T., *La danse de la vie*, *op. cit.*, 1984, p. 201.

Or, les temporalités différentes auxquelles se réfèrent les soignants et les soignés sans-domicile compliquent leur adaptation mutuelle et ils ne parviennent pas toujours à accorder leurs rythmes. Edward Hall indique que cette situation risque de mener au conflit. En tous cas, elle est source de malentendus car les *feedbacks*, lorsqu'ils sont mal interprétés, sont pris comme un jugement ou une agression. Les rythmes des soignants, calqués sur les rythmes de l'hôpital ou du cabinet ont la particularité d'être à la fois courts et longs, rapides et lents : si les actes de soins et de diagnostic s'effectuent la plupart du temps de manière succincte, organisée et rationalisée afin d'être le plus efficace possible, le rythme de la guérison est quant à lui distendu et englobe une période temporelle bien plus importante. Les rythmes de la survie des individus sans-domicile éprouvent des difficultés à s'y accorder, ce qui engendre une friction entre leurs temporalités. André Grimaldi poursuit alors son analyse :

> « Le médecin, lui, fonctionne sur un autre tempo. Il connaît l'histoire de la maladie et veut assurer la prévention des complications. Il estime qu'une course de vitesse est engagée avec la maladie et qu'il n'y a pas de temps à perdre. En tout cas il est pressé car il a beaucoup de patients, et souvent de plus graves… Ainsi, après une longue attente en consultation, le patient sent bien "qu'il fait perdre son temps" au médecin et parfois s'en excuse, si bien qu'on n'aborde pas l'essentiel : les difficultés à suivre le traitement, les raisons de ces difficultés qui en général renvoient à d'autres difficultés psychologiques ou sociales qu'il faut essayer de résoudre, ou à des croyances qu'il faut essayer prudemment de déconstruire. Le malentendu s'installe. »[29]

La discordance ainsi générée engendre des actions et réactions particulières au cours de l'interaction de soin ou de la consultation médicale. Le patient a parfois le sentiment de déranger le soignant et n'osera pas évoquer ses difficultés. Or les soignants incombent une importance cruciale à ce type d'informations et ne se rendent pas forcément compte qu'ils ne les favorisent pas lorsqu'ils sont pris dans leur temporalité spécifique dont le rythme impose souvent d'enchaîner les consultations ou les pratiques de soin afin de réussir à répondre à leur charge de travail. Les enchaînements de rythmes différents, leurs interactions, amène à une certaine ambivalence dans la temporalité du soin qui complique la prise en charge de ces patients. Cathy, infirmière dans un centre d'accueil de jour met en exergue ces différences de temporalités :

> *« Soit ici les gens viennent et veulent quelque chose, une réponse rapide, un sparadrap… Soit, ils viennent te voir, mais alors il faut prendre du temps ! On peut pas tout faire comme*

[29] GRIMALDI André, « La maladie chronique », *Les Tribunes de la santé*, 13 (4), 2006, p. 50.

ça… ce matin, il y avait une personne qui a été hospitalisée pour des crises d'épilepsie, le médecin lui a fait une ordonnance […] mais il ne voulait pas prendre les médicaments ! Il me dit "je ne veux pas prendre les médicaments, j'en ai marre !" Alors je lui explique quand même l'importance d'avoir un suivi, j'ai aussi lu dans un compte-rendu qu'il devait voir un médecin spécialiste, "pfff ouais non, j'ai pas envie !" Il a tous les papiers pour aller faire sa demande de CMU, alors je lui dis "là, il faudrait peut-être vous occuper de faire tous ces papiers, vous pouvez les remplir… ", "Oui oui bien sûr ! Je sais remplir ! Et puis vous savez, j'ai d'autres soucis… Je suis dans la rue…" Ça c'est clair ! Les gens qui sont dans la rue, ils ont d'autres priorités ! La santé, ça passe vraiment derrière ! Il y a les besoins primaires, trouver à manger, l'hébergement, ça c'est vraiment leurs préoccupations ! Et je lui ai expliqué, que si c'est de l'épilepsie, ça va peut-être se répercuter et ça va être compliqué pour lui ! Donc il faut qu'il réfléchisse à la prise en charge ! Alors il me dit qu'il va réfléchir… Donc peut-être qu'il va revenir… Ou pas ! Alors je lui ai bien dit que si je lui prenais un rendez-vous, il faudra bien y aller ! Et il me dit qui n'était pas encore prêt… » (Entretien avec Cathy, infirmière).

Elle distingue dans son propos deux types de prises en charge : les demandes extrêmement précises, ponctuelles, correspondant à des besoins aigus comme un sparadrap et qui impliquent une prise en charge rapide à très court terme ; et les demandes plus longues, souvent corrélées à des pathologies chroniques, où l'explication des soins, du traitement, des conséquences probables de sa prise ou de sa non-prise, est prépondérante. Les épisodes d'hospitalisation racontés par les personnes vivant dans la rue mettent en exergue cette particularité : si les récits sont parfois brouillés, les dates s'y entremêlant dans une chronologie souvent déconstruite, les périodes de soin, ou de diagnostic d'une maladie chronique le cas échéant, forment des *turning points*[30] biographiques qui relèvent d'une importance spécifique dans le parcours de l'individu et qui vont le réorienter. La personne malade doit en effet reconstruire et réinterpréter son parcours, passé, présent et futur en fonction de cette nouvelle donnée, ce qui participe à l'instauration du malentendu entre soignants et soignés sans-domicile, car comme le montre André Grimaldi :

> « Bien souvent, il existe une discordance des temps entre le temps du médecin et le temps du malade. Le temps du malade, c'est ce temps de travail d'acceptation qui peut demander plusieurs années, c'est le temps des changements comportementaux qui ne se font pas sur commande mais arrivent à des moments précis de l'histoire de la maladie et de la vie. »[31]

L'irruption d'une pathologie dans un parcours biographique exacerbe les malentendus temporels entre soignants et soignés. Les malades doivent recomposer leurs

---

[30] HUGHES Everett Cherrington, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996.
[31] GRIMALDI André, « La maladie chronique », *art. cit.*, 2006, p. 50.

parcours en fonction de cet événement introduisant de nouveaux paramètres. Pour Michael Bury, la maladie chronique « marque un changement biographique d'une trajectoire normale perçue à travers des étapes chronologiques relativement prévisibles, à une trajectoire fondamentalement anormale et intimement destructrice »[32]. C'est en effet tout le rapport à l'avenir de l'individu qui est mis à mal par l'affirmation du diagnostic, ce qui implique un remaniement à la fois de ses projets, de son rapport à l'avenir, mais également de son quotidien et du sens qu'il donne à son passé. La maladie chronique introduit dans la vie quotidienne la question de la souffrance et de la mort que l'individu tient habituellement à distance de ses préoccupations quotidiennes. Cette reconstruction biographique et identitaire est un processus souvent lent, d'autant plus lorsque la temporalité des individus est étirée, comme c'est le cas pour les personnes vivant dans la rue. Le *turning point* de la maladie chronique implique une rupture avec les rythmes structurant précédemment le quotidien de l'individu. Vilèm s'est vu diagnostiquer une cardiomégalie qui a engendré de nombreuses hospitalisations, représentant des épisodes très difficiles à supporter pour lui :

> *« Quand je suis à l'hôpital, c'est dur parce que tout le temps regarder télé, tout le temps penser et les amis arriver juste le soir pour la visite… hôpital ça m'énervait… C'est trop dur… Parce que même pas bouge… juste réfléchir… ça c'est pas bon… C'est mieux ici, [centre d'hébergement médicalisé] parler avec quelqu'un… »* (Entretien avec Vilèm).

Lors d'une hospitalisation, et, plus largement, dès lors que l'individu entre dans le processus de traitement d'une maladie chronique, le temps s'allonge et les repères habituels ne s'appliquent plus. Hélène Marche souligne qu'« à la modification du rapport au corps (son image, sa sensorialité, sa vitalité) s'ajoute un ébranlement des temporalité ordinaires lors des traitements et des soins ou durant les périodes de convalescence »[33]. Vilèm insiste sur la difficulté à supporter la solitude, l'immobilité imposée ainsi que la réflexivité comme seule activité possible hors de la télévision. L'hébergement au centre de soins correspond alors à une libération, car si les rythmes de soins lui sont toujours imposés, il a désormais quelqu'un avec qui parler, d'autant plus qu'un autre résident parle sa langue natale au moment où il est pris en charge dans la structure. Conjointement à

---

[32] BURY Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health & Illness*, 4 (2), 1982, p. 171, (Traduction L.C.).

[33] MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 218.

l'impression des soignants que les personnes sans-domicile vivent dans une immédiateté constante, s'installe une tendance à oublier qu'il ne s'agit pas que d'un instant-T du soin, qui ne serait lié ni à leur passé ni à leur futur. Leur prise en charge s'en voit modifiée, comme le montrent les propos de Suzanne :

> *« Il faut proposer [aux patients sans-domicile] toujours systématiquement de les revoir donc ça c'est plutôt pour maintenir un lien… Pour avoir un suivi, un suivi au niveau des soins… Après s'il y a des médicaments… Je pense à ça justement à cause des plaies que j'avais vu, ça permettait de les revoir. C'était bien parce que ça permettait de revenir toutes les 48 heures. […] Si c'est un autre problème, un problème médical, ça fonctionne pareil en fait, si par exemple c'est une bronchite ou n'importe, qui a besoin d'avoir un traitement, ou d'antibiotiques pour autre chose… Effectivement, on essaie de les revoir trois jours après… Et donner des traitements où il y a le moins de prises possible pendant la journée… »* (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

Elle part alors du principe que les traitements ne sont pas suivis à la rue et modifie ses pratiques de soin afin d'intensifier le suivi en s'assurant que les patients reviennent tous les deux jours en cas de plaie. Au niveau des traitements médicamenteux, elle indique qu'elle y porte une attention particulière car elle imagine qu'ils ne sont pas suivis et se centre sur ceux dont les prises sont le moins fréquentes et qui ne sont pas dangereux. Or, nous avons rencontré à de nombreuses reprises des patients vivant dans la rue ou oscillant entre différentes structures d'hébergement et la rue qui suivent un traitement pour maladie chronique de manière assidue. C'est le cas notamment de Tigran, que nous avons rencontré au centre d'hébergement médicalisé puis au cours des maraudes, alors qu'il vivait sous une tente tout en suivant le traitement pour son cancer ; d'Abderrahmane, atteint d'une spondylarthrite ankylosante et souffrant de diabète, qui suit son traitement lors des périodes où il est hébergé comme dans celles où il vit dans la rue ; ou encore de Marinette, qui est dialysée trois jours par semaine. L'impression des soignants que les personnes sans-domicile sont dans l'incapacité de suivre un traitement représente donc un malentendu de plus.

2) Urgence médicale & urgence de survie

Au cours des interactions entre soignants et soignés sans-domicile, on assiste également à la confrontation de deux perceptions de l'urgence. Le malentendu provient de l'entrechoquement de leurs rapports à l'urgence, qui comporte plusieurs dimensions.

Nicole Aubert définit l'urgence comme « une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur cette situation (urgence subjective) et enfin une action, qui tend, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate) »[34]. Les soignants et les soignés sans-domicile n'accordent pas la même urgence aux mêmes situations, conséquemment, l'urgence subjective sera différemment ressentie et la réaction apportée ne répondra pas aux mêmes éléments. L'urgence contextuelle n'étant pas perçue identiquement, c'est toute la suite d'actions et de sentiments qu'elle déclenche qui est porteuse de malentendus. Les demandes et les attentes des uns et des autres ne s'accordent alors que difficilement et la situation est encore compliquée par l'impression de bon sens engendré par l'urgence : les individus n'entrevoient pas d'autres perceptions que la leur, centrés qu'ils sont sur la manière d'y remédier sur-le-champ et persuadés d'avoir trouver la meilleure réponse possible.

Les services hospitaliers d'accueil des urgences cristallisent alors ce malentendu. Ils prennent en charge les patients dont l'état sanitaire est alarmant et qui ont besoin d'une réponse médicale rapide, soit parce que leur pronostic vital est engagé, soit parce que les risques de séquelles sont importants en l'absence de traitement et de soins immédiats. Afin d'accueillir les urgences médicales, ces services sont organisés de manière à être les plus efficients possible. Les espaces doivent permettre de se déplacer rapidement, avoir une capacité d'accueil importante et être accessibles à tout moment. Ainsi, les services des urgences sont porteurs d'ambivalences : d'une part ils proviennent d'une tradition d'aide et de mise à l'abri des indigents et sont un des seuls lieux accessibles toute la nuit durant ; d'autre part, ils se sont spécialisés dans l'accueil des patients dont l'état de santé est en danger imminent et se distinguent de la sorte de leur passé, où l'hôpital accueillait les patients en situation d'urgence sociale autant que médicale. Pour Agnès Camus et Nicolas Dodier :

> « Cette ambiguïté illustre les deux manières contemporaines de concevoir les rapports entre l'hôpital et son extérieur : d'un côté, un principe d'ouverture, de l'autre – et de plus en plus, compte tenu des évolutions actuelles –, un principe de sélection de la part de services hospitaliers spécialisés dans un ensemble limité de pathologies. »[35]

Face à cette ambiguïté, de nombreux patients, qu'ils soient sans-domicile ou non, ont une demande de soin inadaptée aux services des urgences, ce qui crée une frustration

---

[34] AUBERT Nicole, *Le culte de l'urgence: la société malade du temps*, Paris, Flammarion, 2003, p. 36.
[35] CAMUS Agnès et DODIER Nicolas, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, 65 (1), 1997, p. 109.

chez les soignants y exerçant. Le malentendu entre soignants et soignés sans-domicile porte alors sur l'urgence contextuelle, pour reprendre les termes de Nicole Aubert. Médecins et infirmiers sont nombreux à expliquer que face à l'afflux de patients dont la demande de soin ne correspond pas à une urgence médicale, telle que définie par l'organisation hospitalière, ils se retrouvent rapidement débordés et cela complique la prise en charge optimale des patients nécessitant des soins urgents. Pour Alexandre :

> *« Il y a un problème institutionnel, parce que les gens sont mal filtrés et mal orientés à la base… leur dire "non, vous n'avez rien à faire là…" ça devrait pas s'appeler "les urgences", ça devrait s'appeler "urgences vitales" […]. C'est pour les urgences vitales ! Ils voient "urgences", ils se disent que ça veut dire "médecine gratuite rapide ouvert 24 heures sur 24 !" mais c'est pas ça ! […] et du coup quand tu t'occupes de 80 % de gens, c'est pas à toi de t'en occuper, y'a un problème quelque part, tu sais pas trop c'est bien le problème, mais tu sens qu'il y a un problème, tu sens que le gars est… qu'il est vraiment mal ou quoi, ben tu t'en occupes moins bien du coup, tu le regardes moins bien… c'est frustrant ! »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Le malentendu se fixe sur le sens du service : pour les soignants comme Alexandre, il s'agit d'apporter une réponse immédiate aux situation d'urgence médicale, alors que les patients y cherchent une réponse rapide à leurs maux, d'ordre médical mais également social. En effet, de nombreuses personnes n'ayant aucune solution d'hébergement profitent de la salle d'attente de ce type de services, accessible toute la nuit durant, pour se mettre à l'abri et profiter de son chauffage le cas échéant. Ces personnes sont parfois ignorées, mais d'autres fois elles sont mises à la porte car leur présence est perçue comme perturbant le fonctionnement du service, ce qui dépend en majeure partie du niveau d'affluence et du bon-vouloir du personnel présent. Les individus sans-domicile consultant aux urgences sont fréquemment déposés par la police ou les pompiers après des plaintes pour trouble à l'ordre public, des chutes ou des crises d'épilepsie, le plus souvent liées à l'alcool. Comme le raconte Charlotte :

> *« C'est vrai que quand on les prend aux urgences, assez souvent, c'est soit les pompiers, soit les policiers qui les amènent… Ils n'ont peut-être pas demandé à venir, et c'est que quand nous on vient pour les soigner qu'ils ne sont pas coopérants parce que finalement… Ils n'ont pas demandé à ce qu'on s'occupe d'eux ! Ça je pense que c'est aussi le revers de la médaille des urgences… »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Le revers de la médaille des urgences impose de prendre en charge ces patients qui ne sont pas en demande de soins ni de prise en charge et qui ne sont que rarement considérés comme prioritaires par les soignants. Pourtant, les soignants sont dans

l'obligation de les prendre en charge, bien qu'ils ne soient pas en demande de soin. Ainsi, les soignants remettent souvent leurs soins à plus tard et se contentent de surveiller leur état de santé. Cependant, les situations d'urgence sociale recouvrent parfois l'urgence médicale. Gérard, qui a été ultérieurement pris en charge au centre d'hébergement médicalisé, s'est rendu au service d'oncologie dans lequel il était suivi pour son cancer en demandant d'y être hospitalisé lorsqu'il a été expulsé de son appartement. Le service n'était pas en mesure de le prendre en charge mais l'assistante sociale a été mobilisée en urgence afin de lui apporter au plus vite une solution d'hébergement. Au cours de l'entretien, Thomas décrit la situation d'une femme arménienne qui a dormi plusieurs jours dans la salle d'attente de l'hôpital car elle n'avait aucune solution d'hébergement. Lorsqu'il l'a appris, il lui a permis de dormir sur un lit inoccupé du service :

> *« On a fermé les yeux, on l'a fait dormir sur un lit qui n'était pas occupé sans la déclarer quoi. Que quelqu'un… donc, enfin il faut bien que quelqu'un s'en occupe ! Enfin, il faut bien que quelqu'un le fasse ! Si nous, ici, on ne le fait pas ! Qui va le faire ? Personne ! »* (Entretien avec Thomas, cancérologue).

Tandis que les soignants sont généralement impuissants face à l'urgence sociale, voire refusent de la prendre en compte, en choisissant de ne se concentrer sur les urgences seulement médicales, l'urgence sociale pèse lourdement sur l'urgence médicale. L'absence d'hébergement – notamment dans les situations météorologiques extrêmes comme l'hiver, souvent très froid à Strasbourg, ou l'été, souvent très chaud – et les manques de nourriture ou de boisson ont des conséquences dramatiques sur les états de santé des individus : fatigue intense, hypoglycémie, déshydratation, dénutrition. Les efforts médicaux pour soigner une personne sans-domicile paraissent vains aux yeux des soignants, car l'état de santé de leur patient se dégrade à nouveau dès son retour à la rue.

Le malentendu portant sur l'urgence entre soignants et soignés sans-domicile se caractérise également par la manière différente dont ils appréhendent les symptômes qu'ils vont définir comme urgents, c'est-à-dire sur l'urgence subjective de la situation. Si, pour définir l'urgence, les soignants se concentrent sur les cas présentant un risque de séquelles pour le patient ou engageant son pronostic vital, l'urgence ressentie par les individus vivant dans la rue recouvre un panel de situations bien plus large. Nous avons observé à de très nombreuses reprises des échanges de ce type entre soignants et soignés sans-domicile : une personne expose ses symptômes et demande une prise en charge médicale urgente car ceux-ci le gênent depuis plusieurs semaines, ce qui lui paraît être un argument permettant

de justifier leur besoin de traitement immédiat. Jérémy demande à consulter un dentiste du centre de soins en urgence et explique qu'il souffre depuis plusieurs semaines, mais qu'il n'en était pas dérangé avant le matin-même, où il n'arrivait plus à s'alimenter à cause de la douleur. Il supportait donc ses douleurs dentaires avant qu'elles ne l'empêchent de se nourrir et ce n'est qu'à ce moment-là qu'il a ressenti le besoin de consulter. En revanche, les soignants répondent systématiquement que si justement, les patients souffrent depuis si longtemps, c'est qu'il ne s'agit pas d'une urgence et renvoient ces patients vers les consultations standard. C'est le cas du dentiste du centre de soins qui a demandé à Jérémy de revenir quelques jours plus tard en lui donnant rendez-vous, comme pour une consultation habituelle et donc non-urgente. Cette attitude se comprend à la lumière de la temporalité étirée des individus sans-domicile. L'urgence subjective apparaît au bout d'un laps de temps plus long et lorsqu'elle est ressentie comme telle par le patient, elle devient sa première et unique préoccupation. Or selon l'angle de vue des soignants, une urgence médicale correspond à des symptômes aigus, apparaissant subitement et pour lesquels le patient se doit de chercher une réponse médicale rapide. Si ce dernier est capable de supporter ces symptômes au long cours, il ne s'agit simplement pas d'une urgence. Michel Autès précise :

> « Les situations qualifiées d'urgentes, ou réclamant une intervention dans l'urgence, sont des situations qui se sont installées depuis longtemps. Ce qui fait l'urgence d'une situation, souvent une urgence vitale, c'est un long processus de désagrégation qui s'est installé de longue date. C'est donc la défaillance de nos systèmes de prises en charge que met en exergue l'urgence. C'est le défaut de fraternité en amont qui crée la situation où c'est la vie de l'autre qui est en danger. »[36]

Il replace ainsi l'urgence, les sentiments qu'elle crée et les réactions qu'elle suscite dans une temporalité plus longue, ne se caractérisant pas seulement par son immédiateté caractéristique. La défaillance des systèmes d'aide qu'il souligne accentue l'impression des soignants que les individus sans-domicile ne consultent qu'aux urgences. La majorité des interviewés et des personnes rencontrées sur le terrain sont pourtant suivies par un médecin traitant qu'elles consultent plus ou moins fréquemment[37].

---

[36] AUTES Michel, « Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique », *Rhizome*, 15, 2004, p. 7.

[37] Les personnes souffrant d'une maladie chronique sont celles qui, généralement, consultent de manière la plus régulière.

3) Entre temporalité étirée de la survie & demande de soin immédiate

La temporalité étirée des individus sans-domicile est à la fois la conséquence du temps long requis pour leurs activités leur imposant une certaine lenteur et la source de cette même lenteur. En effet, dans le contexte particulier de la vie à la rue, la plupart des activités quotidiennes nécessitent un temps supplémentaire et la longueur de chaque action participe à l'étirement de leur temporalité. Pourtant, et de manière à première vue paradoxale, ils formulent des demandes de soins pour lesquelles ils cherchent une réponse immédiate. Il semble alors qu'une fois la décision de se soigner prise, ils attendent une guérison quasi-instantanée de leurs symptômes et, en même temps, leur demande paraît être abandonnée presque aussitôt si une réponse n'y est pas apportée rapidement. La situation de Jean-Marie reflète cette situation : il boîte et la capacité de préhension de sa main gauche est altérée. Alors que nous lui demandons comment il va, il commence par affirmer :

> *« Tout va bien ! Moi ça va toujours, même quand ça va pas, ça va, y'a pas le choix c'est la vie ! »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Seules quelques minutes de discussion sont nécessaires pour dévoiler ses maux : il pense que sa main est cassée, il est tombé sur son genoux droit qui le fait maintenant souffrir, il se plaint du dos, malmené par les nuits passées à dormir dans la rue. Nous lui demandons s'il a déjà parlé de ses difficultés à un médecin, ce à quoi il répond en listant toutes ses blessures pour lesquelles les médecins ne lui ont apporté aucune solution. Il est cependant impossible de savoir s'il a cherché cette aide ou non. Ce soir-là, un médecin participe à la maraude et nous proposons à Jean-Marie de s'entretenir avec lui. Il accepte immédiatement :

> *« J'ai tellement mal que j'ai envie de crever, et pourtant d'habitude je me plains jamais quand j'ai mal, alors si là je te dis que j'ai tellement mal… Je dois voir un médecin ! ».*

Le médecin ausculte sa main et lui indique qu'il faudrait réaliser une radiographie afin de d'identifier de quoi il souffre et lui propose de venir consulter le lendemain matin au centre de soins pour qu'il puisse ensuite se rendre au cabinet de radiologie. Mais ce double délai d'attente ne correspond pas à la demande de soins de Jean-Marie qui refuse la suite de la prise en charge. Le lendemain matin, ses activités seront très certainement orientées autour de la manche qui lui permettra d'acheter l'alcool dont il a besoin à la fois

pour ses effets antalgiques et pour pallier au risque de manque, qui occasionnerait des douleurs supplémentaires. Il aurait voulu une réponse à sa demande de soin aussitôt qu'elle était formulée, tant la douleur est aiguë. Laissée sans réponse immédiate, elle est abandonnée. Cette attitude favorise l'impression des soignants que les individus sans-domicile vivent dans l'immédiateté de l'instant. Au contraire, les demandes comme celle de Jean-Marie nécessitent d'être replacées dans la temporalité étirée des individus vivant dans la rue pour être comprises. Elles résultent en fait d'un long cheminement, au cours duquel les individus sans-domicile réinterprètent leurs expériences passées – comme leurs antécédents médicaux et la manière dont ils avaient réussi à répondre ou non aux situations déjà rencontrées – et cherchent à améliorer leur futur. Elles se cristallisent alors sous la forme d'un besoin immédiat, où l'urgence ressentie est à son paroxysme, et qui s'estompe aussitôt qu'il n'est pas résolu.

La demande de prise en charge médicale de l'addiction à l'alcool corrobore l'apparente immédiateté de la demande de soin des individus sans-domicile. La particularité des soins en addictologie est que ceux-ci se placent dans une temporalité différente des soins médicaux habituels construits autour d'une suite logique commençant avec l'apparition d'un symptôme, suivie d'un diagnostic, puis d'un traitement, et habituellement d'une phase de guérison. La prise en charge médicale des addictions prend en effet place dans un temps bien plus long, ou des allers-retours presque incessants se font entre la consommation et l'abstinence. Sortir d'une addiction est un long processus composé de retours en arrière, de phases de progression vers l'abstinence et de régression vers la consommation. Ce processus est ponctué par de nombreuses preuves que le soigné donne au soignant pour démontrer qu'il est motivé et volontaire. Cathy estime que ce processus de soins n'est pas adapté aux patients sans-domicile :

> *« Ce qui se passe en addicto' à l'hôpital… Ils vont faire revenir plusieurs fois la personne, pour tester sa motivation. Malheureusement, dans notre population, ils n'ont pas… Quand ils ont envie d'aller vers le soin, il faut y aller tout de suite ! Et je trouve que c'est difficile de demander à la personne de revenir x fois… alors elle est vue par un psychologue, elle est vue par un infirmier, ensuite, par un médecin… Et elle s'essouffle ! »* (Entretien avec Cathy, infirmière).

De plus, ces tests de motivations impliquent la plupart du temps que le patient réduise drastiquement sa consommation, voire qu'il soit abstinent, avant même le début du processus de prise en charge médicale. Par conséquent, demande et réponse médicales ne

sont pas synchronisées : alors que les individus sans-domicile perçoivent la prise en charge en alcoologie – et surtout les semaines d'hospitalisation de sevrage qu'elle propose – comme le moyen qui leur permettra d'arrêter leur consommation d'alcool, les soignants leur imposent de prouver auparavant leur motivation en arrêtant de boire. Ce malentendu a de nombreuses conséquences négatives sur la prise en charge médicale de l'alcoolo-dépendance des personnes sans-domicile. En effet, du fait de leur incompréhension, elles attribuent aux soignants des intentions malveillantes et abandonnent leur projet d'abstinence. Christophe nous annonce, alors que nous le croisons en maraude, qu'il a décidé d'arrêter l'alcool et qu'il s'est rendu à la consultation spécialisée que lui avait obtenue son assistante sociale. Il souhaitait être hospitalisé en cure de sevrage car il a essayé à de nombreuses reprises d'arrêter de boire sans succès et il estime qu'il s'agit du seul moyen efficace pour lui permettre de cesser sa consommation. Il espérait être admis à l'hôpital sur le champ, ce qui n'a pas été le cas. Il exprime son mécontentement et affirme qu'il sait que de la place est disponible en cure de sevrage, ce qui implique que si le médecin lui a refusé l'hospitalisation, c'est parce qu'il ne veut pas l'aider. Or, 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. La cure de sevrage de Christophe est donc remise à plus tard, on lui demande de stabiliser sa situation auparavant, mais l'incertitude de ce délai lui est insoutenable et il se sent pris dans un cercle vicieux : pour se sortir de la rue, il doit arrêter l'alcool, mais pour sortir de l'alcool, il doit être hébergé. Sa demande de prise en charge est alors avortée et il dit ne plus vouloir entendre parler de ce service qui refuse délibérément de l'aider. Emmanuel Roquet souligne que « la dépendance du sans-domicile est masquée par le souci de fournir l'image de la maîtrise de son alcoolisme »[38], et la dépossession de cette maîtrise est très difficile à supporter lorsqu'elle est reniée par les addictologues qui remettent le soin à plus tard et veulent tester la motivation de leurs patients. Nous avons accompagné Mickaël, alors pris en charge au centre d'hébergement médicalisé, à son premier rendez-vous d'alcoologie. Nous attendons un long moment avant la consultation, ce qui est difficile à supporter pour Mickaël. Il nous dit qu'il s'agit d'une stratégie des soignants :

---

[38] ROQUET Emmanuel, « "Le bien boire" du sans-abri », *art. cit.*, 2001, p. 31.

« Ils te font attendre pour voir si après tu restes ou pas, ils te testent comme ça, si tu attends c'est que tu veux arrêter, et ceux qui partent après ils ne les reprennent plus » (Propos recueillis avant la consultation).

Tout comme Christophe, il impute des intentions malveillantes aux soignants qui trieraient aussi trivialement leurs patients. Sur le trajet, il avouait avoir bu encore la veille, mais au cours de la consultation, il dit au médecin addictologue avoir arrêté sa consommation d'alcool depuis plus d'une semaine, presque deux. Quand nous lui demandons plus tard pourquoi il a caché la vérité au médecin, il répond :

« J'aime pas mentir mais je sais comment ça marche, si je dis que j'ai bu hier ils me jettent dehors et ils ne me donneront plus de rendez-vous, mais si ça fait un moment que j'ai arrêté alors ils vont m'écouter et peut-être que j'aurais une chance d'aller en cure [de sevrage]. Il faut leur dire ce qu'ils veulent entendre ou sinon ils ne t'écoutent pas » (Propos recueillis à la sortie de la consultation).

Il est intéressant de noter qu'il s'agit de son premier rendez-vous, ses informations ne proviennent donc pas de ses expériences passées mais des discours tenus, dans la rue, à propos de ces services. Ils sont perçus comme réfractaires à aider les patients, voire malveillants. Par suite, le mensonge et la manipulation leur semblent nécessaires. La relation de soin est ainsi biaisée dès le départ, avant même d'être amorcée, et la suspicion réciproque engendrée de la sorte nuit forcément à la prise en charge médicale, comme le montre la situation de Marcel. Lors d'une de ses tentatives d'arrêt de l'alcool, il refuse d'être suivi par un spécialiste, malgré les conseils donnés, dit-il, par son médecin traitant. Le sevrage brutal, sans accompagnement thérapeutique, qu'il s'impose occasionne de nombreux symptômes : tremblements, douleurs, fièvre, vomissements… Lorsque nous le croisons en maraude, l'infirmier de l'équipe s'inquiète d'un possible *delirium tremens*. Quelques jours après, nous le croisons avec une canette de bière et il nous dit ne pas avoir réussi à supporter les souffrances du sevrage. Son attitude par rapport à l'arrêt de sa consommation montre à quel point la prise de décision de sortir de l'alcoolo-dépendance engendre une volonté d'action immédiate qui s'estompe aussi rapidement qu'elle est apparue. Cependant, il convient de la replacer dans de longs cheminements se construisant dans la temporalité étirée des individus sans-domicile. Si l'urgence de la survie peut amener à négliger les besoins futurs, Pascale Pichon met en lumière :

« S'en sortir, c'est bien souvent, du point de vue des intéressés, rompre avec les pratiques addictives, ce qui peut passer par la cure de désintoxication. Que celle-ci n'aboutisse pas aux résultats attendus et que la transformation escomptée de la carrière se solde ainsi par

> l'échec provisoire, elle n'en demeure pas moins la preuve tangible de l'espoir et la manifestation d'une attention portée à soi. Sinon une promesse de tenue, du moins une nouvelle tentative de résistance dans un processus de dégradation amorcé ou avancé. »[39]

L'urgence de prendre soin d'eux-mêmes, pour survivre, prend ici la forme d'une préoccupation à long terme, celle de sortir de l'alcoolodépendance. L'apparente contradiction, entre les demandes de soins aiguës et immédiates des patients sans-domicile et leur temporalité étirée, complique la compréhension de leurs besoins par les soignants. Ils se placent quant à eux, lors de leurs interactions, dans une temporalité plus longue, celle du soin et de la guérison – ou de l'abstinence dans le cas de l'alcoologie –, où la stabilité du mode de vie des patients et le soutient de leur entourage représentent des prérequis implicites et cette évolution est encore soutenue par le développement récent de la prise en charge médicale ambulatoire de l'alcoologie.

4) La fin du temps : le rapport à la mort

La question du rapport au temps dans les soins amène implacablement à poser celle du rapport à la mort. Le soin se construit en effet en fonction d'elle puisque, précisément, il cherche à l'éviter, ou du moins à la retarder. L'importance grandissante de la prévention dans les pratiques de soins va de paire avec leur quête pour tenir la mort à distance. Or, la temporalité étirée des personnes vivant dans la rue les amènent à se réapproprier ces pratiques de prévention afin de s'en procurer un bien-être immédiat plutôt qu'en se concentrant sur la santé à long terme comme l'ont éclairé Clément Tarantini, Chantal Vergelys et Patrick Peretti-Wattel[40]. Les pratiques de prévention n'ont donc pas le même sens pour les individus sans-domicile que pour les soignants, mais elles ont malgré tout un sens. Lors de nos observations de terrain, nous avons participé à plusieurs actions de prévention – dépistage du diabète et de la tuberculose pulmonaire notamment – et avons constaté l'étonnement des soignants par rapport au succès inattendu de ces interventions. Cependant, si les médecins y voyaient un premier pas vers le soin pour des populations qu'ils imaginent déconnectées du système de soin, les individus sans-domicile se réappropriaient ces interventions afin d'être rassurés dans l'immédiat de ne pas être atteints

---

[39] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 74.
[40] TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, « Pauvreté, "présentisme" et prévention », *art. cit.*, 2014.

de ces pathologies, ou d'être effectivement capables de contrôler leur diabète dans le cas des patients qui se savaient malades et participaient au dépistage afin de vérifier la bonne gestion de leur glycémie. Une fois rassurées, les personnes présentes n'étaient que peu intéressées par les discours de prévention des soignants, se plaçant dans une temporalité bien plus longue, où l'individu est responsable de l'apparition de la maladie.

Le rapport entre maladie et mort nécessite d'être mis en perspective au cours de l'interaction entre soignants et soignés vivant dans la rue. Si les médecins cherchent à contrôler la prise en charge médicale de leurs patients, et gardent alors également le pouvoir sur la mort, en choisissant de divulguer ou non son état à leurs patients[41], ces derniers cherchent plutôt à s'en distancier. En effet, soignants et soignés ont chacun des rapports particuliers à la mort, rapports éminemment subjectifs et individuels. Cependant, Claudine Herzlich a montré que certaines constantes sont identifiables, comme notamment la distanciation de la mort, voire sa négation :

> « La plupart refusent d'envisager la présence, même latente, de la mort dans la maladie. […] Le caractère mortel d'une maladie est, certes, reconnu comme critère classificatoire et l'on distingue les maladies mortelles des autres ; mais, par là même, on les isole de l'ensemble des maladies et l'on dissocie l'idée de mort de celle de maladie. […] La diversité et la constance des processus de négations ne sont sans doute que l'expression consciente de la défense contre l'angoisse qu'elle provoque. Le peu de place fait à la mort dans cette représentation nous renvoie à l'idée de Freud selon laquelle on ne peut parler de la mort qu'en la niant. »[42]

Elle précise en effet que les individus mettent en place plusieurs stratégies pour se protéger de la mort, au moins en évitant d'y penser. Dans les situations de survie rencontrées par les individus sans-domicile, l'angoisse de la mort suscitée par la rudesse des conditions de vie se doit d'être négociée pour permettre à l'individu une sérénité relative. En effet, la vie dans l'angoisse perpétuelle de la mort n'est envisageable pour personne. Au cours d'une discussion informelle, Pierre, qui vit depuis plusieurs décennies dans la rue, nous a expliqué à propos de sa vie :

> *« En fait c'est une vie simple mais je m'arrange pour qu'elle soit enrichissante… pour que je me sente bien… que je sache au moins pourquoi je vis ! Sinon je me flingue ! Mais non ! J'ai pas envie de mourir moi ! Pas tout de suite en tout cas ! Non, non… J'aime bien ma*

---

[41] GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *Awareness of dying*, Chicago, Aldine publishing company, 1968.
[42] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie*, *op. cit.*, 1992, p. 105/106.

vie… je la trouve enrichissante… enfin je fais en sorte… J'aimerais pas vivre comme les autres… » (Propos recueillis au centre d'accueil de jour).

Il met une avant une certaine sérénité par rapport à ses conditions de vie et affirme que malgré sa vie sans hébergement personnel, il reste le maître de son existence et la mène comme il l'entend, en s'arrangeant pour qu'elle lui convienne, ce qui lui permet de négocier son stigmate. La mort apparaît dans son discours comme la ponctuation finale d'une existence qu'il n'a pas encore fini d'explorer. Au contraire, pour Mohamed, la vie sans hébergement est si difficile qu'il en vient à souhaiter la mort, perçue alors comme une délivrance :

« Il n'y a rien ! Rien ! Tu souhaites la mort ! Seule la mort… Tu dis "bon Dieu, si tu es là, prends-moi, je ne veux pas rester ici ! Je veux passer de l'autre côté…" C'est comme ça… Elle est comme ça la vie… C'est la stabilité… » (Entretien avec Mohamed).

Il associe la vie à la stabilité, et l'instabilité en devient insupportable, au point que la mort lui serait préférable. Il est important de noter ici que Pierre a déjà une longue carrière de survie derrière lui, contrairement à Mohamed qui vit dans une situation instable – entre périodes d'hébergement par des tiers ou dans des centres d'hébergement d'urgence et périodes de rue – depuis cinq ans. René, qui a également vécu plusieurs décennies dans la rue, la peur de la mort se matérialise dans la peur de l'hôpital. Sa peur n'est pas infondée puisqu'aujourd'hui, 70 % de la population française décède à l'hôpital[43]. Cependant, aussitôt après avoir exprimé son inquiétude de ne plus ressortir de l'hôpital, il met sa peur à distance, ce qui correspond à la mise en scène de la robustesse : il n'a peur de rien, même pas de la mort :

« R : Tu sais on peut rentrer à l'hôpital, mais on sait pas quand on peut ressortir de l'hôpital. Ça… C'est énorme…

L : ça vous fait peur ça ?

R : peuh ! Une fois je suis à l'hôpital, si je suis dans un état… critique, alors là, je m'en fous complètement !

L : ah bon ?

R : ben moi après, j'ai plus rien à perdre ! Pourquoi j'ai quelque chose à perdre ? J'ai déjà tellement perdu dans toute mon existence, alors perdre un peu plus, ou un peu moins… ça fait pas grand chose hein ! C'est pas peine perdue hein ! Comme ça je laisse la place à d'autres ! [rires] si c'est vrai ! Faut laisser la place aux jeunes maintenant, plus aux personnes âgées ! » (Entretien avec René).

---

[43] LEMAIRE François, *Problèmes éthiques en réanimation*, Paris, Masson, 2003.

Il relativise grâce au rire l'idée de sa propre mort et le fatalisme de ses propos. René se place dans un intermédiaire entre le point de vue de Pierre et celui de Mohamed : il exprime une certaine fatigue après une vie de galère et semble résigné à laisser la place aux jeunes… tout en montrant une inquiétude par rapport à l'hôpital, vue comme un mouroir plus que comme un lieu de soin. René associe la maladie à la mort, ce qui a une incidence directe sur ses pratiques quotidiennes ayant trait à la santé. Quand nous lui demandons s'il fait quelque chose pour préserver sa santé, il répond :

> *« J'essaye de… faire… J'essaye de faire pour me maintenir. Même si bon, je suis pas directement trop malade, comme on veut dire. Je suis malade quand même un peu, mais pas trop assez loin pour essayer de décéder… ça non ! »* (Entretien avec René).

Il se sait malade, mais ne s'estime pas assez malade pour envisager la mort. Ainsi, il n'a pas besoin de faire quoi que ce soit de particulier pour préserver sa santé, associée quant à elle à la vie. Il cherche simplement à se maintenir dans son état actuel qui semble donc lui convenir. La mort et la maladie sont si abstraites qu'elles ne l'inquiètent pas tant que la réalité concrète de l'hôpital, à laquelle il est fréquemment confronté, son état de santé nécessite en effet des ponctions d'ascite fréquentes. Envisager la mort est donc un exercice tout à fait personnel et montre de grandes variabilités d'un individu à l'autre. Toutefois, une différence principale est à identifier entre les soignants et les soignés : au cours des interactions de soin, lorsque la mort entre dans la liste des personnages, elle sonne le glas pour le patient et laisse le soignant témoin de sa propre impuissance, « cette impuissance n'est pas confortable, alors qu'on s'est engagé dans la profession pour guérir »[44]. Bernard Hœrni continue son analyse en montrant qu'aux trois dimensions de la santé établies par l'OMS – physique, mentale et sociale –, il convient d'ajouter une dimension temporelle :

> « Ces trois dimensions sont complétées par une quatrième, qui exige que les soignants apprennent à gérer le *temps* de la chronicité. Leur temps ordinaire se mesure en heures ou en jours, tandis que les malades évaluent plutôt le temps comme tout ce qui leur reste pour mener à bien certaines réalisations, que ce soit en semaines, en mois ou en années. »[45]

Il fait ici référence aux patients des services spécifiques de soins palliatifs qui savent leur mort proche, mais elle peut être étendue à l'ensemble des patients. La survenue

---

[44] HŒRNI Bernard, « Apprendre à affronter les soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 23 (2), 2008, p. 71.
[45] *Ibid*., p. 72.

de la mort renvoie à l'échec et à la culpabilité pour les médecins et infirmiers, qui y sont confrontés bien plus fréquemment que les autres membres de la société. Ce qui est souvent difficile à gérer, même dans les services spécialisés où l'on pourrait attendre des soignants qu'ils soient habitués à gérer les deuils. Marthe, qui a exercé dans un service de réanimation, raconte :

> *« Tu sais y'avait des mois où on avait une dizaine de morts ! On pouvait avoir trois, quatre, cinq morts dans la semaine ! Alors tu sais quand c'était une personne âgée, qui au terme d'une vie, mourait, tu te disais "bon, c'est la vie", bien que moi, à un moment donné, c'était difficile parce que j'avais une maman âgée et j'avais quelque fois tendance à faire un transfert, donc malgré tout ce n'était pas forcément facile […]. Ce qui fait que t'as souvent une vision très pessimiste des choses ! »* (Entretien avec Marthe, cadre de santé).

Elle montre bien l'impact des expériences personnelles sur le rapport à la mort des soignants en soulignant que sa difficulté était encore accrue par son angoisse personnelle de voir sa propre mère dans la même situation. Les soignants se voient également dans la nécessité de négocier leur propre rapport à la mort pour pouvoir y faire face lors de leurs activités professionnelles[46]. D'autant plus que la mort n'est que très peu abordée au cours des formations, tant médicales qu'infirmières[47], et que les soignants, y compris ceux travaillant en équipe, se retrouvent généralement seuls face à l'épreuve du deuil de leurs patients[48]. Alors que les patients attribuent un pouvoir de lutte contre la maladie, et surtout contre la mort, au médecin, ces derniers se retrouvent en porte-à-faux lorsqu'ils doivent faire face à l'impossibilité de maîtriser la vie, d'éviter la mort. Celle-ci correspond à l'arrêt du temps mais avant de survenir, elle affecte le rapport au temps du malade et risque de l'isoler car « La certitude de mort imminente est plus ou moins présente, rythmée par les résultats d'analyse, les récidives et les effets secondaires des traitements, mais toujours avec le potentiel d'isoler le sujet de toute autre temporalité partagée avec autrui »[49] et cet isolement angoisse. Pour Diane, la bonne santé correspond à l'état dans lequel l'individu est libéré de la peur de la mort, pourtant elle insiste sur le fait que cette libération n'est pas du ressort du médecin :

---

[46] KENTISH-BARNES Nancy, « Mourir à l'heure du médecin », *Revue française de sociologie*, 48 (3), 2007, pp. 449-475.

[47] DECAILLET François, « Etre infirmier aux soins intensifs ou comment faire avec la mort ? », *Revue internationale de soins palliatifs*, 18 (4), 2003, pp. 173-176.

[48] LADEVEZE Marion et LEVASSEUR Gwénola, « Le médecin généraliste et la mort de ses patients », *Pratiques et Organisation des Soins*, 41 (1), 2010, pp. 65-72.

[49] POURTAU Lionel, DUMAS Agnès et AMIEL Philippe, « Les individus face à l'événement "cancer" », *Temporalités*, 13, 2011, paragr. 37.

« Être en bonne santé c'est déjà vivre avec ce qu'on a… Enfin personne n'est jamais malade, c'est impossible ! Donc c'est vivre avec les maladies qu'on a… Et l'autre grosse partie de la santé, c'est par rapport à la peur de la mort… Ça c'est… C'est impossible… Ce n'est pas de l'ordre du médecin, malheureusement, de dire… De faire en sorte que les gens n'ont plus peur de la mort… Mais c'est sûr que ce qu'il y a derrière toute maladie chronique… et toute maladie tout court, c'est la peur de la mort… […] Enfin, être en bonne santé, c'est être libéré de cette peur… Les patients qui… Ils peuvent avoir un mélanome super sévère, ils vont mourir dans deux mois… Mais il y a des patients, on va les trouver en bonne santé, même s'ils ont un mélanome multi-métastatique, c'est-à-dire qu'ils vont bien vivre ces deux mois qu'il leur reste parce qu'ils sont libérés de cette peur… Mais après, ça, ce n'est pas de l'ordre du médecin… » (Entretien avec Diane, interne en dermatologie).

Faire face à la mort est donc une expérience particulière et éminemment individuelle qui génère des incompréhensions lors de l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile, qui ont chacun leur propre rapport à la mort et à la maladie. Les soignants sont confrontés fréquemment à la mort et se doivent d'ériger une distance avec elle, pour s'en protéger. Il en va de même pour les personnes sans-domicile qui font face de manière presque omniprésente à la mort. Les décès à la rue sont fréquents et les rumeurs annonçant des disparitions font partie du quotidien, ce qui leur impose d'établir des stratégies pour s'en protéger, mais elles sont en même temps à l'origine de malentendus avec les soignants.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Le temps est à la source d'incompréhensions et de malentendus dans l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile. Chacun cherche à l'apprivoiser et à gérer les contraintes temporelles qui lui sont imposées, sans avoir conscience de celles de l'autre. Ainsi, ils évoluent selon des rythmes propres qui ne se synchronisent que rarement : les soignants suivent les rythmes très courts des tâches prédéfinies et ordonnées selon la logique médicale et son organisation cadrée, leurs journées sont alors quadrillées et chaque activité a son temps propre, relié à la fois à celui de ce qu'ils ont fait avant et de ce qu'ils feront après. Les individus sans-domicile, quant à eux, sont pris dans la temporalité étirée de la survie à la rue où tous les rythmes sont allongés. Leurs rythmes différents compliquent leur compréhension mutuelle et engendre des différences dans leurs manières d'organiser leurs activités et d'anticiper le futur. Les soignants ont parfois avoir l'impression que les personnes vivant dans la rue vivent dans un présent perpétuel où aucune place n'est accordée à la conservation de la santé. Pourtant, Gardella, Laporte et Le Méner indiquent :

> « Les types de recours, préventif et curatif, sont actifs et s'inscrivent dans des parcours de vie qui, bien que chaotiques, tendent vers des objectifs que se sont fixés les personnes elles-mêmes. La santé, sa conservation ou sa restauration, constitue un moyen, un appui, voire une condition, pour arriver à mener à bien ces projets. Le recours aux soins prend alors tout son sens à l'aube de ces réalisations. Inversement, l'absence de "*projet*", le centrage de la vie autour d'activités quotidiennes, routinières, de survie, semblent rendre raison du recours tardif aux soins. »[50]

Bien que la survie sans hébergement impose de nombreuses contraintes et permette de comprendre le retard fréquent dans l'accès aux soins des individus vivant dans la rue, ils n'en formulent pas moins des projets où la santé est bien présente. Prendre en compte le rapport au temps dans l'interaction de soin nécessite donc de s'attacher à différencier les temporalités spécifiques des soignants et des soignés sans-domicile pour identifier ce qui

[50] GARDELLA Edouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *art. cit.*, 2008, p. 40.

est à la source de leurs malentendus, mais également de garder à l'esprit la temporalité propre au soin lui-même. Pour Philippe Chanial :

> « Il faut tout d'abord souligner sa temporalité spécifique : le don de soin est d'abord un don de temps. L'acte de soin ne peut en effet être réduit à un simple geste technique et ponctuel. […] En ce sens, la relation de soin se construit dans le temps. Bref soigner, c'est donner du temps et donner du temps au temps. Ce qui suppose que les soignants puissent, du moins en partie, être maîtres de ce temps. Or, justement, l'impératif gestionnaire d'optimisation du temps des patients et des équipes soignantes méconnaît et malmène cette temporalité spécifique à la relation de soin. »[51]

Si Philippe Chanial concentre ici son propos sur les activités de soins effectuées dans des structures hospitalières, les cabinets de ville subissent les mêmes impératifs de rentabilité. En effet, les évolutions actuelles des contraintes temporelles, imposées par l'organisation hospitalière ou par le nombre important de patients à prendre en charge par les médecins et infirmiers exerçant en libéral, ne laissent que de moins en moins de temps au soin. Ce point de vue peut être complété par celui de François Laplantine pour qui :

> « La pensée anatomo-clinique […] a consacré le triomphe des représentations spatiales sur les représentations temporelles, c'est-à-dire du regard sur l'écoute. Quant à l'examen médical, il est de fait fondé – comme son nom l'indique d'ailleurs – sur la *vue* et non pas sur l'écoute. Il a pour but non seulement de déceler la cause mais de localiser (puis de traiter) le *lieu* de la maladie. Autrement dit, les notions d'"entité morbide", de "tableau clinique", d'"atteinte organique" l'emportent aujourd'hui de beaucoup sur les notions de période, de phase, de résolution ou de chronicisation. […] Corrélativement, la prise en compte du temps intérieur du malade (le récit) apparaît du côté du médecin comme tout à fait accessoire si ce n'est dérisoire. Le dialogue médecin-malade est écourté au profit d'une projection spatiale et quantitative de la maladie. »[52]

Il ne s'agirait donc pas seulement d'une accélération des rythmes du soin, engendrée par l'intensification des impératifs de rentabilité imposées aux soignants, mais d'un changement plus profond induit par l'appui croissant sur la science de la pratique médicale. Avec cette évolution, le temps est de moins pris en compte au cours des prises en charge médicales, malgré son importance dans le traitement et la guérison, et les importants malentendus qu'il occasionne.

---

[51] CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? : Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS,* 35 (1), 2010, p. 144.
[52] LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, *op. cit.*, 1986, p. 282/283.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Les interactions inter-individuelles se construisent en permanence selon un enchaînement de réactions en réponse à celles de l'autre. Elles nécessitent que certaines informations soient transmises pour que les protagonistes puissent décider de la conduite qu'ils vont adopter et des éléments qu'ils vont échanger ou non de façon verbale. Pour Edward Hall, le sens de l'interaction dépend de deux sources d'informations principales : les informations liées au contextes et celles qui sont formellement communiquées[1]. Un équilibre est nécessaire entre ces deux types d'informations pour que la signification de l'interaction soit assurée aux yeux de tous ses protagonistes. D'habitude, les individus ajustent automatiquement le niveau d'informations qu'ils transmettent selon le niveau de contexte. Or, ce qui a trait au corps, à la santé ou encore au temps, correspond à des éléments de contexte qui nous paraissent naturels, absolus, identiques pour tout le monde, et, de la sorte, on ne juge pas opportun d'expliciter ces informations. De là naissent de nombreux malentendus entre soignants et soignés sans-domicile qui, pensant se référer à la même chose, ne se comprennent pas. Ces incompréhensions sont encore compliquées par la difficulté d'entrevoir d'autres manières d'incarner et de prendre soin de son corps, de se représenter la santé et de se repérer dans le temps. Vladimir Jankélévitch précise l'ambiguïté du malentendu :

> « On peut, n'est-ce pas ? Avoir tort tout en ayant raison… En fait, les deux partenaires du malentendu ont tous deux raison à la fois : celui qui a compris de travers a, en un autre sens, ou du moins en apparence, fort bien compris ; il a, tout en se trompant, compris ce qui était à comprendre ! »[2]

Chacun se basant sur ses propres représentations, comprend et mécomprend simultanément ce que l'autre essaie de transmettre dans l'interaction. Les individus sans-domicile et les professionnels de santé interprète de leur propre point de vue les situations et leur donne un sens, qu'ils comprennent. Mais tout en comprenant, ils se méprennent sur

[1] HALL Edward, *La danse de la vie*, *op. cit.*, 1984.
[2] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 186.

ce que leur interactant souhaitait communiquer. Nous avons identifié trois grands groupes de malentendus entre soignants et soignés sans-domicile : le premier rassemble les malentendus sur le rapport au corps, le deuxième ceux ayant trait à la santé et en dernier lieu les malentendus portant sur le temps.

Les malentendus sur le rapport au corps concernent à la fois les incompréhensions entre soignants et soignés sans-domicile sur les bonnes manières d'en prendre soin, d'entretenir l'hygiène corporelle et de l'utiliser. Ils ne développent pas les mêmes savoirs à propos du corps et on assiste alors, lors de leurs interactions, à une opposition entre d'une part les hyper-spécialistes du corps que sont les soignants, se basant sur leur perspective scientifique et leur place d'expert, et d'autre part les hyper-spécialistes de leurs corps que sont les personnes sans-domicile, qui se fondent quant à elles sur leur perspective expérientielle. Les malentendus portant sur la santé proviennent de la manière même de concevoir cette dernière, c'est-à-dire que les soignants l'appréhendent comme une valeur, comme un idéal à préserver à tout prix, car il s'agit de ce qu'un individu possède de plus précieux ; alors que les personnes sans-domicile perçoivent la santé de manière incarnée, sans se voir reconnaître aucune expertise en la matière, contrairement aux professionnels de santé. Cela entraîne des pratiques de santé différentes qui créent de nouvelles incompréhensions. Les malentendus concernant le rapport au temps se forgent à la fois sur les temporalités biographiques et les temporalités du soin. Soignants et soignés sans-domicile font pareillement face à des contraintes temporelles importantes, bien que celles-ci ne soient pas les mêmes : les professionnels de santé ont à gérer l'organisation temporelle des structures de soin qui leur impose un rythme souvent effréné, que ce soit en cabinet libéral ou au sein d'institutions hospitalières ; les personnes vivant dans la rue doivent quant à elles composer avec les contraintes de la survie, auxquelles les soignants restent souvent aveugles. Le temps n'est pas perçu non plus de la même manière au cours des interactions de soin, ce qui favorise, à nouveau, les malentendus.

Corps, santé et temps apparaissent aux individus comme des données en soi, si évidentes qu'il n'y a pas à les questionner. Les malentendus occasionnés sont ainsi difficiles à identifier et génèrent d'importantes incompréhensions, car, comme l'a écrit Maurice Blondel, « la sévérité de nos jugements sur les autres tient d'ordinaire à ce que

nous prenons notre idéal pour notre pratique et leur pratique pour leur idéal »[3]. De cette manière, les incompréhensions mutuelles des soignants et soignés sans-domicile risquent de se crisper en jugements négatifs envers l'autre ou en conflits. Les malentendus impriment une marque dans leur interaction et leurs interactions futures, marque qui risque de briser leur relation, à peine amorcée. Georg Simmel précise :

> « On comprend aisément que si l'on s'est séparé une fois, on ne pourra plus jamais l'oublier tout à fait, même avec la volonté la plus sincère de part et d'autre ; ce qui ne veut pas dire qu'il reste nécessairement quelque chose de l'objet du conflit en tant que tel, une part irréconciliable : le simple fait qu'il y a eu rupture est décisif. »[4]

Bien que le conflit puisse être dépassé par la suite, le simple fait qu'il ait eu lieu imprègne les interactions. Cette empreinte n'est favorable à aucun des protagonistes et a parfois de lourdes conséquences sur la qualité des soins aux personnes sans-domicile : elles préfèrent quitter la structure de soin ou éviter l'interaction avec des soignants plutôt que d'avoir à se confronter à nouveau à ce type de difficultés. Les professionnels du soin présentent également d'importantes fragilités identitaires et leur interaction risque ainsi de se dégrader en un conflit ouvert.

---

[3] BLONDEL Maurice, *L'action : 1893 : essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*, Paris, PUF, 1950, p. 169.
[4] SIMMEL Georg, *Sociologie : étude sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, 1999, p. 343.

DEUXIEME PARTIE

MANQUE DE RECONNAISSANCE & INTERACTIONS CONFLICTUELLES

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

Les malentendus autour desquels se forge l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile influencent les rôles adoptés par chacun. Monique Membrado précise qu'il faut dépasser le rôle du patient défini par Talcott Parsons, dont le point de départ est la perception de la maladie comme une déviance à la norme, instituée par le médecin, et qui implique alors que le rôle du patient consiste à revenir dans la norme, *via* le soin. Dès lors que soignants et soignés sans-domicile ne partagent pas les mêmes représentations, leurs attentes envers l'autre, en termes d'attitude et de réponse à leur propre conduite, risquent de ne pas être satisfaites. Elles sont mal interprétées par leur interactant, voire non-identifiées en tant que telles. Monique Membrado écrit :

> « En se polarisant sur la définition des rôles et des fonctions comme s'ils étaient impartis de manière exclusive à chaque partenaire de la relation, [cette analyse] oublie qu'une rencontre où les enjeux sont si importants – la maladie, le bien-être, le corps – ne peut avoir lieu effectivement et finalement qu'au prix de concessions, de grignotages et pas forcément d'un seul et même côté. […] En effet, même si l'entrevue exige un minimum d'adhésion, de la part du patient au système de représentations que légitime le médecin, il n'est pas dit que le médecin ne doive pas s'adapter quant à lui aux demandes ou à la situation particulière du patient. »[1]

Or, ces adaptations réciproques sont compliquées par les malentendus portant justement sur la santé, le corps et le temps, éléments sur lesquels se base pourtant l'intervention médicale. De plus, les fragilités identitaires des soignants et des personnes sans-domicile, provoquées par leur manque de reconnaissance, se dévoilent au cours de leurs interactions. Les personnes vivant sans hébergement sont en effet extrêmement vulnérabilisées par les conditions extrêmes de vie sans hébergement et leurs parcours sont, dans la plupart des cas, forgés de ruptures, ce qui ne leur laisse que peu de ressources de protection de soi. Contraints de faire constamment face au risque de l'abandon de soi, leurs interactions avec des soignants menacent leur identité. Quant à ces derniers, leurs conditions de travail difficiles mettent en péril leur éthique et leurs valeurs de soignants, ce

[1] MEMBRADO Monique, « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *art. cit.*, 1993, p. 526.

qui les prive de reconnaissance. Ainsi, quand leurs fragilités identitaires entrent en confrontation au cours de leurs interactions, elles s'exacerbent et se renforcent mutuellement. Les malentendus agissent alors comme des catalyseurs de leurs difficultés et génèrent d'importantes tensions qui risquent d'éclater en conflits ouverts.

Quand la dynamique conflictuelle l'emporte sur l'unité, les personnes sans-domicile rejettent l'intervention médicale, l'institution hospitalière, les soignants et, par là, le soin. De leur côté, les soignants rejettent les individus sans-domicile des soins. Ce qui éclaire la dimension conflictuelle de leur interaction dont les conséquences sur leurs interactions sont souvent lourdes, comme l'explicite Yann Benoist :

> « En tentant d'adapter les usagers aux services dispensés plutôt que d'adapter la bio-médecine aux usagers, les soignants passent à côté de la demande des SDF. Inversement, lorsqu'ils s'efforcent de répondre à cette demande, ils ont le sentiment d'oublier ce qui fait l'essence même de leur profession, à savoir, guérir. […] Or, cette remise en cause de leur fonction peut s'avérer perturbante et provoquer la démotivation du personnel médical. »[2]

Alors que les soignants souffrent de cette situation, les personnes sans-domicile en pâtissent aussi : ils vivent généralement très négativement les interactions au cours desquels les soignants cherchent à prendre le pouvoir sur leur prise en charge médicale et à leur imposer leurs propres vues sur la situation. Le premier chapitre de cette deuxième partie cherche à mettre en lumière les fragilités identitaires respectives des soignants et des soignés sans-domicile et le second chapitre s'attache à leurs conséquences sur leur interaction de soin.

[2] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 30.

CHAPITRE V

LES INTERACTIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE AU PRISME DE LEURS FRAGILITES IDENTITAIRES

Les chapitres précédents ont cherché à mettre en lumière les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile qui, pensant se référer aux mêmes éléments et aux mêmes représentations lorsqu'ils parlent du corps, de la santé, de la maladie ou du temps, sont en fait face à d'importantes incompréhensions mutuelles. Ces malentendus se retrouvent également dans l'interaction entre soignant et soigné logé, cependant les patients sans-domicile tendent à concentrer différentes difficultés et fragilités qui rendent leurs interactions avec les soignants spécifiques et accentuent encore davantage leur vulnérabilité déjà importante. Les séparations opérées entre malentendus portant sur le corps, la santé et le temps sont bien entendu artificielles et ne correspondent pas à une réalité figée, au contraire, ces multiples malentendus s'entremêlent, se superposent et s'intensifient réciproquement. Les représentations du corps d'un individu influent celles qu'il aura de sa santé. De même les représentations de la santé sont liées à celles du temps. Enfin, il est impossible et même inutile de vouloir séparer strictement le rapport à la santé et le rapport au corps d'une même personne. Les divisions préalablement opérées sont donc arbitraires et n'ont pour seul objectif que d'en favoriser une analyse approfondie.

La vulnérabilité des individus sans-domicile complique leurs interactions avec les soignants. Dans les situations de survie extrêmes et lorsque les individus atteignent un stade avancé dans leur carrière de survie, leurs conduites se rapprochent d'une forme d'abandon de soi. Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion mettent en lumière que « face au risque de l'abandon de soi qui guette celui qui survit de et dans la rue, surgit l'oscillation

entre survie et dégradation de soi ou perte de soi »[1]. La fragilité identitaire des individus sans-domicile est parfois telle qu'ils ne disposent plus des ressources nécessaires pour engager une négociation inter-individuelle sereine, ce qui a d'importantes conséquences sur leur accès aux soins. Les professionnels de santé rencontrent également des difficultés qui mettent en péril leurs valeurs et les rendent, de la sorte, également vulnérables, de par des formes plus ou moins importantes de manque de reconnaissance et de remise en cause de leur identité de soignants. En effet, ils subissent de fortes contraintes qui génèrent un épuisement professionnel important allié à un sentiment d'inquiétude. Lorsqu'ils prennent en charge des patients sans-domicile, ils se sentent démunis et inutiles face à la complexité de leur situation. Ces difficultés les conduisent à une forme d'essentialisation de l'état de santé dégradé des individus sans-domicile. Ces différents éléments mis bout à bout représentent un écueil important pour faire concorder leur éthique et leurs valeurs du *care* avec leurs activités de soin.

I) Abandon de soi et abandon du soin ?

Les conduites s'apparentant à une forme d'abandon de soi se retrouvent plus fréquemment chez les individus ayant des longs parcours de rue. Le maintien de soi est assuré de manière générale au cours des premières semaines et des premiers mois suivant la perte de leur solution d'hébergement par les individus. Ils fournissent d'importants efforts pour rester propres, bien rasés, pour laver leurs vêtements, en d'autres termes pour ne pas qu'autrui puisse voir qu'ils sont à la rue. Les symboles associés au stigmate du clochard – saleté, état d'ébriété quasi-permanent, barbes et cheveux hirsutes, mauvaise odeur… – sont évités au maximum et maintenus à distance. Lors de nos années passées sur le terrain, et plus spécifiquement au cours des maraudes nocturnes, nous avons rencontré des personnes qui se heurtaient pour la première nuit à l'expérience de la survie sans hébergement. Grâce à la multiplicité de nos lieux d'observation, nous avons rencontré à plusieurs reprises ces mêmes personnes au cours des semaines, des mois, voire des années qui ont suivi leur entrée involontaire dans leur carrière de survie. Les observations de terrain nous ont également permis de faire la connaissance de personnes qui, quant à elles,

[1] MARPSAT Maryse et FIRDION Jean-Marie, *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED, 2000, p. 117.

vivaient d'ores et déjà depuis plusieurs années ou même plusieurs décennies dans la rue. La présence prolongée sur le terrain tout au long de ce travail de recherche a rendu possible l'observation des parcours de nombreux individus dans la rue. La complexité et la multiplicité des démarches nécessaires à la conservation d'une apparence dénuée des symboles du stigmate de la personne sans-domicile couplées à l'avancement des individus dans leur carrière de survie, à l'adoption d'autres modes de survie et d'autres techniques du corps, amènent progressivement ces derniers du maintien de soi au risque grandissant de l'abandon de soi.

Les individus luttant contre l'abandon de soi se confrontent à l'abandon du soin. Alors que les attitudes et discours des individus sans-domicile oscillent entre la mise en scène de la robustesse et la mise en scène de la supplique, leur demande de soin devient difficile à interpréter pour les soignants. Plus le maintien de soi est difficile à assurer pour les individus, ce qui va généralement de paire avec la longueur de leur carrière de survie, plus ils se concentrent sur la satisfaction de leurs besoins vitaux, c'est-à-dire sur leur survie immédiate, et plus leurs demandes de soin s'amenuisent.

1) Les difficultés d'accès aux soins des individus sans-domicile

Le refus de soin des personnes sans-domicile apparaît dans les discours sur la « grande exclusion » comme une donnée en soi, à la fois preuve et conséquence de leur absence de rationalité. Parfois même, c'est leur irresponsabilité due à une maladie psychiatrique qui est avancée : les personnes sans-domicile, souffrant toutes de troubles psychiatriques, refusent le soin. Des travaux comme ceux de Patrick Declerck[2] tendent même à réduire les clochards à leur condition, en leur niant toute capacité d'adaptation à la situation, toute rationalité ou capacité stratégique pour répondre aux évènements qu'ils vivent. Toutefois, lorsqu'il s'agit du refus de soin, l'intentionnalité est laissée à l'individu alors décrit comme refusant toujours le soin afin de mettre volontairement les soignants en échec. Declerck parle du « coup de la strip-teaseuse » pour dépeindre ces comportements, généralisés à l'ensemble des clochards :

[2] DECLERCK Patrick, *Les naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

> « Le patient exhibe une pathologie grave, généralement externe, pour voir la tête que font les soignants, pour les exciter, les voir s'affoler, se presser, s'agiter. Puis il se refuse, se rhabille. Et s'en va, méprisant, laissant les soignants face à leur impuissance, leur humiliation et leur angoisse. Comme la strip-teaseuse : regarder, mais pas toucher… »[3]

Plus loin il s'interroge sur la capacité même des individus sans-domicile à ressentir de la douleur, à souffrir de leur situation et affirme :

> « Ces hommes et ces femmes vides, dépossédés d'eux-mêmes et de leur histoire, qui, au-delà de l'immédiatement opératoire ou du bavardage, ne demandent plus rien et semblent indifférents jusqu'au paroxysme de la douleur corporelle, posent la question de l'existence d'une souffrance qui paraît introuvable. »[4]

Au contraire, il s'agit de l'expression des incompréhensions et malentendus entre soignants et soignés sans-domicile. Les soignants sont décrits comme voulant toujours et à tout prix soigner, tandis que les personnes sans-domicile s'amuseraient à les frustrer en les en empêchant. L'argument selon lequel ces patients refuseraient d'emblée toute forme de soin, notamment parce qu'ils ne ressentiraient aucune souffrance, ne nous apparaît que peu pertinent. Il convient de préciser d'abord que la majorité des personnes que nous avons rencontrées cherchent le soin lorsqu'elles estiment en avoir besoin ; seulement les soins ainsi recherchés ne correspondent pas forcément à ceux que voudraient leur prodiguer les soignants, et leur demande de soin ne concorde pas forcément avec le regard médical. Toutefois, certains individus semblent refuser le soin qui leur est proposé et il est nécessaire de s'interroger sur le sens de ces attitudes à l'égard du soin, en replaçant les individus en tant qu'acteurs de leurs prises en charge médicales. Il apparaît primordial de replacer la maladie dans le parcours de l'individu et de sortir les personnes sans-domicile de l'immédiateté à laquelle elles sont réduites. Anselm Strauss rappelle que pour les personnes malades, « l'ajustement biographique devient le processus central par lequel les personnes malades et leurs proches entreprennent des actions pour retrouver et/ou regagner un certain degré de contrôle sur leurs biographies rendues discontinues par la maladie »[5]. Les individus, face au bouleversement introduit dans leur vie par l'annonce de la maladie, cherchent à redonner du sens à leur expérience. Sans cet ajustement biographique, certains individus refusent les soins qui leur sont proposés, car la maladie n'a pas encore été intégrée comme partie prenante de leur quotidien et de leur histoire personnelle. Marcel

---

[3] *Ibid*., p. 90.
[4] *Ibid*., p. 308.
[5] CORBIN Juliet M. et STRAUSS Anselm L., *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Fransisco, Jossey-Bass, 1988, p. 251, (traduction I.Baszanger).

éprouve d'importantes difficultés à établir un suivi régulier de ses pathologies, malgré ses rencontres régulières avec son médecin traitant. Après plusieurs décennies de vie à la rue, il explique ne plus être en mesure de survivre dehors l'hiver. Il a donc accepté un hébergement où il se rend presque toutes les nuits. De plus, il a entamé un processus de soin concernant l'importante hernie abdominale, dont il se plaignait de manière récurrente au cours des dernières années. Lors d'une maraude il nous dit :

> *« Tu sais ça fait quand même douze ans que je suis malade… Mais ça prend bien six-sept ans avant d'intégrer ça, parce que c'est pas facile au niveau physique, dans la tête, dans ce que tu fais ça change tout ! »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Marcel laisse ainsi entendre que s'il a appris l'existence de sa pathologie il y a douze ans, l'acceptation de ce nouvel état puis l'intégration de cette maladie dans son parcours a duré entre six à sept ans. Et ce n'est qu'aujourd'hui que Marcel prend activement soin de lui, en se définissant comme malade et en acceptant l'hébergement qui lui est proposé, dit-il pour se protéger, et en entamant un suivi actif couplé au traitement de ses pathologies. Les premières interactions qu'a eu Marcel avec des soignants, au moment où sa pathologie a été découverte et lui a été annoncée, portaient certainement la marque du refus de soins. Replacer ces interactions dans un processus d'ajustement biographique et d'intégration de la maladie dans son parcours, donne un éclairage nouveau au refus de soin initial de Marcel. En cherchant à comprendre le refus d'hébergement d'urgence des individus vivant dans la rue, Gardella, Laporte et Le Méner établissent différents rapports qu'entretiennent les individus avec les hébergements d'urgence :

> « Le premier a été nommé rapport fonctionnel : l'hébergement d'urgence entre dans une logique de comparaison coût/avantage, en regard de la sécurité, du confort, de la tranquillité et de l'accessibilité, *etc*. Le squat, l'hébergement dans un abri de fortune, voire la rue, autrement dit le non-recours, peuvent être préférés au centre. […] Le second rapport, que nous qualifions de familier, indique qu'un centre d'hébergement d'urgence peut être vécu et utilisé comme un support de sociabilité. Le troisième rapport, que nous appelons sortie de rue, pointe des usages de centres d'hébergement en termes de support pour un projet de vie. »[6]

Un parallèle peut être établi entre les dynamiques conduisant les individus sans-domicile au recours ou au refus d'hébergement d'urgence et celles aiguillant leur recours ou leur refus de soins. En effet, la comparaison coût/avantage s'opère également au cours

[6] GARDELLA Edouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *art. cit.*, 2008, p. 42/43.

de leurs interactions avec des soignants. La difficulté à se déshabiller, à montrer leur corps pour prouver qu'ils ont besoin d'être soignés, la peur de ne pas être entendu ou pris en charge, la honte qui accompagne l'aveu de ne pas réussir à maintenir son propre corps, la peur d'être perçu comme quelqu'un qui n'est pas autonome mais dépendant des autres font partie de l'expérience quotidienne des personnes sans-domicile. Erving Goffman soulignait déjà :

> « Les critères que la société a fait intérioriser [au stigmatisé] sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience, et qui, inévitablement, l'amènent, ne serait-ce que par instants, à admettre qu'en effet il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. La honte surgit dès lors au centre des possibilités chez cet individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder. »[7]

La personne sans-domicile n'est pas étrangère aux codes, aux normes et aux valeurs de la société dans laquelle ils vivent et le sentiment de honte résultant de leur stigmate amène parfois les personnes sans-domicile à préférer refuser des soins, si la contrepartie bénéfique de ces derniers ne leur paraît pas supérieure aux désagréments qu'ils risquent de rencontrer. De même que les centres d'hébergement, les structures de soin sont utilisées par les personnes vivant dans la rue comme des supports de sociabilité, dès lors qu'une relation a pu s'établir avec les professionnels ou les bénévoles y exerçant. Isabelle Parizot a montré que certains patients habitués aux centres de soin spécialisés dans l'accueil des populations sans couverture maladie préfèrent souvent continuer à y consulter, même après avoir obtenu une affiliation à la Sécurité Sociale[8]. Nous avons pu observer le même type de conduites dans les structures strasbourgeoises : les patients y étant familiers continuent à y consulter et refusent d'autres formes de prises en charge médicale. Le dernier rapport que les auteurs définissent, celui de la sortie de rue, peut également être mis en parallèle avec le recours ou le refus de soins des individus sans-domicile. C'est notamment le cas des personnes souffrant d'addiction ou de pathologies qu'ils estiment invalidantes pour sortir de la rue. Les soins et l'hospitalisation ne sont pas refusés lorsqu'ils apparaissent comme un moyen pour accéder à un hébergement, dès lors qu'il s'agit de leur objectif. Plusieurs structures strasbourgeoises spécialisées dans l'accueil des personnes sans-domicile malades ont pour condition de prise en charge que les individus accueillis élaborent et

---

[7] GOFFMAN Erving, *Stigmate*, *op. cit.*, 1975, p. 17/18.
[8] PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, 2003.

adhèrent à un projet de soin. Replacer le refus de soin des personnes sans-domicile dans une perspective interactionniste permet de prendre en compte les processus d'ajustement biographique ainsi que les malentendus existant entre eux et les professionnels de santé.

2) Des demandes de soin cachées sous la robustesse et la supplique

Les personnes sans-domicile oscillent entre les deux attitudes, apparemment opposées, que sont la mise en scène de la robustesse et la mise en scène de la supplique. Rares sont en effet les moments où ils ne donnent à voir à leur interlocuteur aucun élément significatif de l'une ou l'autre de ces deux mises en scène, voire des deux à la fois. C'est notamment le cas lorsqu'ils élaborent une demande de soin balbutiante. L'ambiguïté ainsi créée est malaisément comprise par les soignants qui sont, la plupart du temps, habitués à des interactions de soin où le patient qui les consulte cherche une réponse médicale précise à une demande clairement formulée et circonscrite, correspondant la plupart du temps à un ou plusieurs symptômes déterminés. Le tâtonnement des individus sans-domicile entre les deux mises en scènes décrites plus haut les conduit à des pratiques qui ne semblent pas rationnelles aux yeux des professionnels de santé, et qui sont donc souvent mal interprétés.

Les individus sans-domicile articulent donc leurs attitudes et interactions autour de ces deux mises en scène. Mais il n'existe pas qu'une seule manière d'en jouer. Au contraire, chaque personne développe sa propre manière de naviguer entre la robustesse et la supplique, en fonction de ce qu'il cherche à montrer de lui mais également du but visé par l'interaction. Au cours d'une maraude, Alain semble chercher à dissimuler son état de santé, mais les grimaces qu'il réprime tant bien que mal et la manière dont il se tient le ventre indiquent sa souffrance. Son discours ne donne aucun élément permettant de deviner ce qu'il lui arrive, il soutient au contraire une discussion habituelle en parlant du temps et de politique, comme si de rien n'était. Seulement ses propos sont ponctués de grimaces de douleurs qui ne laissent pas indifférent. Quand nous lui demandons ce qui lui fait mal, son visage se décompose une seconde avant qu'il ne remette en scène la robustesse :

> *« Oh, ça ? Non mais c'est rien, c'est une hernie, c'est tout. Mais c'est pas la première fois ! Ne t'inquiètes pas pour moi, va ! »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Nous cherchons alors à en savoir plus et il finit par soulever ses vêtements pour dévoiler une hernie abdominale de la taille d'un œuf. Il utilise dès lors la mise en scène de la supplique : il dit ne plus se déplacer car il souffre trop lorsqu'il se lève et quand il marche, il raconte qu'il voulait voir son médecin mais il n'a obtenu un rendez-vous que dans trois jours et quand, la veille, ne supportant plus les douleurs, il a appelé les pompiers, ces derniers lui auraient dit de se lever et d'aller à l'hôpital. Il précise bien que, s'il les a appelés, c'est vraiment qu'il n'en pouvait plus, tout en gardant son hernie. Nous lui proposons alors d'en parler au médecin bénévole qui nous accompagne lors de la maraude, ou de l'emmener directement aux urgences s'il le souhaite. Propositions qui le ramènent immédiatement à la mise en scène de la robustesse. Il cache son ventre sous ses vêtements et affirme, d'un ton plein d'assurance :

> *« Mais non ! Pas besoin, j'ai rendez-vous chez le médecin dans trois jours, je peux attendre ! Pas besoin ! »*

Le maintien de soi et d'une image valorisée de lui-même semble ici plus important pour Alain que les soins dont il pourrait bénéficier. Les douleurs lui sont plus supportables que les risques que comporte l'interaction de soin : dévoiler sa vulnérabilité, son corps abîmé, et par là avouer qu'il n'arrive plus à en prendre soin. Lors d'une autre maraude, nous rencontrons Dan qui nous dévoile presque immédiatement, après les formules de politesse d'usage, son pied blessé. Avant de soulever le sac de couchage qui le recouvre, il prend un air hésitant, gêné et minimise l'importance de sa blessure avant même de l'avoir montrée :

> *« C'est pas grave, j'ai donné un coup de pied sur mon couteau en dormant, c'est tout, c'est pas grave. Mais si tu pouvais juste mettre un pansement ? »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Son pied présente une plaie de presque cinq centimètres de long, relativement profonde. Il est noir de saleté et recouvert de sang séché. L'infirmier de l'équipe de maraude s'empare de la trousse médicale et commence à nettoyer et désinfecter le pied et la plaie, puis la panse. Une fois le soin terminé, Dan explique qu'il n'a que très peu dormi la nuit passée à cause de la douleur et remercie de manière appuyée l'infirmier. Au cours de cette interaction, il utilise des éléments de la mise en scène de la robustesse, comme le fait de s'être blessé avec un couteau et la minimisation de sa douleur et de sa plaie. Il explique également qu'il dort pieds nus malgré l'hiver car il n'a jamais froid. Il mobilise en

même temps la mise en scène de la supplique : il prouve la gravité de sa plaie en avançant qu'elle lui a fait perdre le sommeil et se montre ostensiblement reconnaissant envers l'infirmier qui l'a soigné. L'ambivalence entre ces deux mises en scène lui a permis de formuler une demande de soin tout en gardant pour lui-même et en montrant à ses interactants une image valorisée. Un extrait de l'entretien réalisé avec Arnaud met en exergue cette ambivalence. Il raconte à propos de ses hospitalisations répétées :

> *« Les infirmières, elles me connaissent, elles disent "Oh non ! Pas lui !" alors je dis "Non non, je viens boire un café !"Alors elles disent "Ah ça, tu vas le boire le café !", et [il frappe dans ses mains] Perfusions ! Ah ça c'est du café hein ! Avec une potence, café liquide ! Café froid ! et je taquine toujours les infirmières mais… gentiment… je rigole avec eux, je leur dis "j'ai mal !" alors ils disent "mais c'est pas possible, il dit qu'il a mal mais il gigote tout le temps !" Ben vaut mieux rigoler que… moi je dis en rigolant on a moins de rides ! »* (Entretien avec Arnaud).

La mise en scène de la robustesse est ici soutenue par plusieurs éléments. D'abord la banalisation de l'hospitalisation : il ne vient pas se soigner mais simplement prendre le café. Puis par l'humour : il taquine les infirmières qui, dans son récit, jouent le même jeu et il affirme qu'il est toujours préférable de rigoler. Enfin, en citant les infirmières et leur incompréhension, il met en scène sa résistance à la douleur. Bien qu'il l'exprime textuellement, elle est immédiatement contrebalancée par les infirmières, représentées comme interloquées, ne comprenant pas comment il peut avoir mal et rester en même temps si actif. Les ambivalences des conduites des individus sans-domicile risquent ainsi d'avoir des effets pervers. Il est en effet possible de se demander comme les infirmières d'Arnaud répondaient, au cours de sa prise en charge médicale, à cette douleur énoncée de manière si ambiguë.

Marc, quant à lui, abandonne presque la mise en scène de la robustesse pour la supplique. Malgré quelques épisodes où il minimise son accident, son attitude est relativement plaintive. En décrivant les broches démesurées qui soutenaient les os de sa main et en insistant sur la douleur intense que lui cause sa main, il passe pour quelqu'un de trop douillet, voire pour un simple d'esprit et finit par énerver les soignants. Une infirmière nous dira entre deux portes, d'un ton agacé :

> *« Non mais celui-là avec ses broches de trois mètres de long… C'est sûr qu'il doit avoir mal mais c'est pas la peine de le dire toutes les trente secondes non plus ! Y'en a ils ne disent jamais rien quand ils ont mal, et lui, il te le crie dès qu'il te voit ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

L'identité sociale virtuelle attribuée aux individus vivant dans la rue par les soignants permet d'éclairer les propos de l'infirmière de Marc. Les soignants semblent en effet s'attendre à ce que les individus sans-domicile correspondent à l'image qu'ils ont d'eux, souvent forgée autour de la mise en scène de la robustesse. Ils sont en effet habitués à ce que ces patients ne soient pas en demande de soin et semblent ressentir des difficultés à accepter la supplique. Le flou qui environne la définition de cette population, aux frontières inexistantes, les amènent à développer une identité sociale virtuelle de la personne sans-domicile et ils s'attendent à ce que les personnes rencontrées réagissent conformément à cette image. La robustesse étant davantage valorisée que la supplique, les individus sans-domicile cherchent plutôt à s'y conformer, tout en tâtonnant entre ces deux attitudes. La supplique, au contraire, occasionne une forme de malaise pour la personne, provoqué par la prise de conscience de la piètre figure qu'elle a donné d'elle-même. Pour Goffman, « la cause de son malaise peut être qu'elle avait compté sur la rencontre pour confirmer une image d'elle-même à laquelle elle est sentimentalement attachée, et qu'elle voit maintenant menacée »[9]. L'image d'eux-mêmes à laquelle tiennent les individus sans-domicile correspond davantage à celle du gros dur, capable de résister à tout et surtout à plus que les autres, plutôt qu'à celle d'une personne en souffrance, dépendante et sollicitant l'assistance d'autrui. L'ambivalence entre la supplique et la robustesse leur permet alors de négocier leur stigmate en gardant tant bien que mal une image positive d'eux-mêmes leur permettant de demander de l'aide.

Toutefois, l'entrecroisement de ces deux attitudes engendre une incompréhension de la part des soignants, souvent déroutés face à des individus oscillant entre ces deux attitudes. On observe une forme de paralipse dans le discours des personnes sans-domicile, les rhétoriques et mises en scène qu'ils emploient semblent à la fois chercher à crier leur souffrance et à la camoufler à tout prix. Simon explique que la douleur n'est pas un problème pour lui et, pour le prouver, il donne un grand coup sur son épaule blessée et se contente de grimacer pour réagir à la douleur. Pourtant son épaule est véritablement abîmée et il cherche à la faire soigner : cette interaction se déroule en effet alors que nous l'accompagnons chez le médecin spécialiste qui le suit. Ce type de conduite risque d'avoir une incidence sur le diagnostic et le traitement qui lui sont proposés, car sa demande de

[9] GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, *op. cit.*, 1974, p. 12.

soin devient très compliquée à interpréter, du fait de ce double discours : il demande des soins pour sa douleur tout en essayant de démontrer qu'elle ne l'atteint pas.

3) Survie sans-domicile & disparition de la demande de soin

La survie à la rue nécessite de se concentrer sur les activités de survie, c'est-à-dire celles qui leur permettent de répondre à leurs besoins vitaux. Pascale Pichon a montré que l'expérience quotidienne de survie a, à terme, de grandes incidences sur la personnalité des personnes vivant sans hébergement :

> « La survie a ses contours, temporels et géographiques. Certes, pas de jungle, de bidonville ni de camp d'enfermement, ni même d'actions directement et massivement délibérées pour anéantir la personnalité. Et si les espaces publics deviennent hostiles, c'est parce qu'ils sont détournés de leurs usages habituels. La carrière de survie doit donc s'entendre comme un temps biographique, marqué par un début et une fin espérée, en cela détachée du cours ordinaire de la vie, situé dans un environnement souvent hostile à l'intérieur duquel, afin de s'y adapter et de se maintenir en vie, les personnes prennent un peu plus chaque jour le risque de se détacher du monde, d'en devenir les "individus perdus". »[10]

Lorsque les individus frôlent le risque de l'abandon de soi, leurs pratiques tendent à se concentrer quasi-exclusivement sur leurs activités de survie en délaissant la construction ou l'entretien de liens sociaux. Trouver ou aménager le lieu dans lequel ils vont pouvoir dormir, se procurer de la nourriture, se vêtir, se protéger du froid, de la chaleur ou des intempéries, deviennent les préoccupations principales des personnes qui luttent contre l'abandon de soi. La part consacrée, dans leur quotidien, aux activités permettant de se procurer les produits nécessaires à la satisfaction de leurs addictions – il s'agit en grande majorité d'alcool et de tabac auprès des personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de cette enquête – est généralement importante : plusieurs heures de manche par jour sont nécessaires. Leurs priorités sont de la sorte redéfinies et, alors qu'elles cherchent à se maintenir, ou au moins à se maintenir en vie, leur rapport au soin est modifié. Une étude de Lilian Gelberg, Teresa Gallagher, Ronald Andersen et Paul Koegel montre que les individus sans-domicile qui ont des difficultés à remplir leurs besoins de bases consultent moins que les individus bénéficiant d'un hébergement ou d'un logement, car leurs priorités

[10] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 55.

entrent en compétition[11]. Les personnes qui ont des difficultés à assurer leur maintien de soi n'accèdent que rarement aux soins car les actes médicaux apparaissent comme subsidiaires à la survie. La situation de Mohamed met en lumière ce phénomène. Face à ses difficultés à supporter la vie à la rue il affirme avoir déjà dû renoncer à des soins depuis qu'il est en France. Il donne des éléments de sa vie militaire passée, au cours de laquelle il semble déjà s'être habitué à un défaut de soins. Aujourd'hui, les soins sont relégués derrière son besoin de travailler et ses activités de survie. Quand nous lui demandons si la santé est importante pour lui, il répond :

> *« Pour le moment, je peux te répondre… Si je te dis à 100 %, je suis un menteur… Parce que je cherche la stabilité ! Si je suis stable, si je suis… Comment dire… C'est stable… Dans ta vie… Tu vis normal, comme les gens, qui ont un travail, des ressources, tu manges… C'est la vie tu vois ! Tu as une vie simple, et tu fais alors toujours attention à ta santé… Mais si tu as rien… Parfois tu dors dans la rue, comment tu veux que je pense qu'il faut que je garde la santé ? »* (Entretien avec Mohamed).

Il établit une gradation en fonction du niveau de pérennité de ses conditions de vie et associe les préoccupations liées à la santé à une nécessaire stabilité de vie. Ainsi, dans la situation incertaine dans laquelle il se trouve – il alterne les périodes de rue et les périodes d'hébergement par des tiers ou au sein de structures depuis plusieurs années – penser à garder la santé n'est pas sa priorité. Dans son cas, ce sont l'instabilité de sa situation et la difficulté à assurer le maintien de soi qui mettent en péril sa demande de soin. Mohamed est suivi au centre de soins pour des soins psychiatriques mais il ne consulte pas de manière régulière et exprime ses difficultés à respecter les rendez-vous lorsqu'il traverse des périodes de rue. Les situations de survie amènent les individus sans-domicile à un renoncement aux soins dû à la réorganisation de leurs priorités où le maintien de soi prend le pas sur les soins.

Une autre forme de renoncement aux soins est occasionnée par la peur du refus de soin de la part des professionnels de santé. Un soir de maraude, nous nous rendons dans la cour d'un immeuble investie comme lieu de vie par plusieurs personnes. Nous y rencontrons deux hommes, Marcel et une personne que nous ne connaissons pas. Il s'agit d'un homme polonais âgé d'une petite quarantaine d'années, il est fortement alcoolisé et semble contrarié par notre présence. Il se camoufle sous ses couvertures comme pour

---

[11] GELBERG Lillian, GALLAGHER Teresa C., ANDERSEN Ronald *et al.*, « Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. », *American Journal of Public Health*, 87 (2), 1997, p. 219.

signifier à l'équipe de maraude qu'il ne veut pas avoir de contact avec nous. Marcel nous raconte ce qui est arrivé à son camarade :

> *« Quand il est revenu, il avait une énorme brûlure sur la jambe, alors je lui ai dit qu'il ne pouvait pas rester comme ça et j'ai appelé les pompiers, lui il voulait pas, mais il ne pouvait pas rester comme ça ! Mais les pompiers ont dit qu'il n'avait qu'à aller à l'hôpital et ils ne sont pas venus »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Le médecin de l'équipe décide d'ausculter la brûlure et malgré ses réticences, l'homme finit par dévoiler sa jambe que recouvre une brûlure d'environ 20 cm². Le médecin pense qu'une consultation dermatologique serait nécessaire, mais l'homme refuse catégoriquement d'être emmené à l'hôpital. La plaie est alors désinfectée puis pansée sur place. Nous lui donnons du matériel pour nettoyer sa plaie et la panser à nouveau le lendemain. L'abandon de la demande de soin de cet homme apparaît ici fortement lié au refus de soin occasionné par les pompiers qui n'ont pas accepté de se déplacer pour le soigner. Le refus de soin est ressenti comme un déni de la valeur de l'individu. Au cours d'une autre maraude, nous rencontrons Henri qui tient des propos suicidaires et exprime une extrême détresse psychologique. Il indique qu'il est sorti il n'y a que quelques jours d'une longue hospitalisation psychiatrique. Il ne s'est pas rendu à la pharmacie pour récupérer le traitement qui lui a été prescrit, de peur de ne pouvoir le payer, il annonce :

> *« C'est dur de dire qu'on n'a pas d'argent… C'est pour ça que je ne vais pas à la pharmacie. Le seul endroit où j'étais bien, c'était à l'hôpital [psychiatrique], mais comme ils sont en restructuration… J'aimerais retourner là-bas, mais je sais pas comment faire. Et je crois que je n'ai plus le droit à être hospitalisé de toute façon… »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Henri est pourtant couvert entièrement par le régime de la CMU avec complémentaire[12] dont il nous brandit l'attestation. Ainsi, il ne devrait théoriquement pas craindre d'avoir à faire face à l'impossibilité de payer son traitement ou d'avoir épuisé un droit à être hospitalisé. Mais c'est bien cette inquiétude qui le fait renoncer aux soins. La peur de faire face au refus de soin et la honte de ne pas pouvoir payer lui font abandonner sa demande de soin. Les propos d'Henri montrent qu'il a perdu toute estime de sa propre valeur. Il explique qu'il sait qu'il ne vaut rien et que, pour cette raison, il éprouve tant de

[12] La CMU avec complémentaire apporte une prise en charge à 100% des frais médicamenteux dès lors que les traitements ont été prescrits par un médecin. Seulement, il ne s'agit que des médicaments remboursés par l'Assurance Maladie. Ainsi, si le médecin d'Henri lui a prescrit des médicaments qui ne font pas partie de la liste de ceux pris en charge par l'Assurance Maladie, il serait en effet contraint d'en payer tout ou partie, malgré son affiliation à la CMU et à sa complémentaire.

difficultés à accéder aux soins : il n'en vaut pas la peine, il ne mérite pas d'être soigné. La question du don entre également en jeu et prend une dimension particulière car il ne s'agit pas simplement de donner un soin à quelqu'un qui le recevrait simplement et rendrait en retour ce qu'il a à offrir au soignant. Le don, dans sa forme habituelle cyclique décrite par Marcel Mauss[13] – donner, recevoir, rendre –, se complique lorsque celui qui devrait accepter de recevoir puis de rendre n'est pas en mesure de rendre quoi que ce soit, que ce soit à ses yeux seulement ou aux yeux des autres. La circularité ordinaire entre don et contre-don est alors perturbée, ce qui constitue la pauvreté moderne selon Ruwen Ogien :

> « Le pauvre est celui qui reçoit sans jamais pouvoir rendre. Cette asymétrie instaure une relation particulière qui définit négativement le pauvre dans une société orientée instrumentalement : ceux qui ne peuvent rien donner, dont on n'attend pas qu'ils donnent à l'avenir, reçoivent le statut le plus bas. La pauvreté moderne, définie par l'assistance, est caractérisée par la rupture radicale du don et du contre-don. »[14]

Henri pense qu'il n'a plus le droit d'être hospitalisé et cet épuisement supposé de ses droits peut être mis en relation avec son impossibilité à rendre à l'égard des différents dons qu'il a reçu en matière de soin, d'hébergement et de *care*. En effet, le don « crée un sentiment d'obligation »[15] auxquels les individus ont beaucoup de difficulté à se soustraire. La difficulté à rendre ces échanges réciproques apporte un autre élément de compréhension de renoncement ou d'abandon des soins : puisque Henri n'est pas en mesure d'apporter une contrepartie au don de soin qui lui est fait, il préfère se soustraire préalablement à cette obligation.

Le parcours de Charles met en lumière une autre forme de renoncement aux soins. Il dit n'effectuer aucun soin d'hygiène corporelle depuis plusieurs années, ne se rase pas, a les cheveux longs, les ongles longs et sales, et son corps, couvert de puces de corps, dégage une forte odeur d'alcool, d'urine et de malpropreté. Il porte ainsi ostensiblement les symboles du stigmate associé au clochard. Alors que son état d'hygiène catastrophe les soignants et les travailleurs sociaux, ce que redoute Charles, c'est d'être contaminé par les autres. Il se méfie alors des autres résidents du centre d'hébergement médicalisé, craignant qu'ils lui transmettent sida ou hépatites. Par contre, il ne s'inquiète pas de son état d'hygiène qui n'est pas favorable à sa propre santé et ne comprend pas les réticences des

---

[13] MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, PUF, 2007.
[14] OGIEN Ruwen, *Théories ordinaires de la pauvreté*, *op. cit.*, 1983, p. 49.
[15] GODBOUT Jacques et CAILLE Alain, *L'esprit du don*, Paris, La Découverte, 2000, p. 19.

autres résidents qui préfèrent éviter les contacts avec lui, par peur d'être contaminés. Pour Charles, le danger c'est l'autre, la maladie, et non le défaut d'hygiène. Ainsi, il ne cherche ni à améliorer son état d'hygiène corporelle ni à se faire soigner – il souffre d'éléphantiasis – et semble renoncer ainsi aux soins, mais pour lui ce n'est pas un renoncement. Il s'agit plutôt d'une tentative de Charles d'assurer le maintien de soi. Au fur et à mesure de sa progression dans la carrière de survie, il s'est détaché des autres individus au point de les percevoir comme un danger, pour son identité ou pour sa santé, car les autres peuvent le contaminer. Son attitude est ainsi fortement ambivalente : il a accepté d'être pris en charge au centre d'hébergement médicalisé mais redoute en même temps que les soignants ou les travailleurs sociaux de la structure ne le forcent à agir contre son gré. Il est possible de supposer que pour Charles, disposer d'une solution d'hébergement ainsi que de la possibilité de prendre des repas trois fois par jour représente une manière de prendre soin de sa santé, bien qu'il soit perçu par les soignants du centre comme en refus de soin.

Le renoncement aux soins des personnes sans-domicile prend plusieurs formes et a plusieurs sources. Au fur et à mesure que les individus se voient contraints de lutter de manière accrue contre l'abandon de soi, le renoncement aux soins se fait plus fréquent. Toutefois, nous avons pu remarquer que certaines personnes, après pourtant des années d'expérience dans la carrière de survie, voire des décennies entières, observaient des conduites se rapprochant davantage du maintien de soi que de l'abandon de soi. Parallèlement, d'autres personnes se voient rapidement menacées par le risque de l'abandon de soi, dès quelques semaines passées à survivre sans hébergement. La variable temporelle est donc loin d'être la seule à influer sur les parcours des individus sans-domicile.

4) Carrière de survie & mépris de soi

La survie dans la rue amoindrit les capacités d'action des individus, qui disposent de moins de ressources pour assurer le maintien de soi, et affrontent le danger constant de la « perte du souci de soi »[16]. En réorganisant leurs priorités, les personnes sans-domicile risquent de perdre le sentiment d'avoir de la valeur en tant qu'être humain, reconnu par ses

[16] PICHON Pascale, *Survivre sans domicile fixe. Etude socio-anthropologique sur les formes du maintien de soi.*, *op. cit.*, 1995.

pairs en tant que tel, reconnu par ses concitoyens comme porteur de droits, reconnu par ses amis et sa famille comme quelqu'un à qui donner de l'amour. Axel Honneth a montré, en réinterprétant et en se fondant sur les travaux de Hegel et de Mead, que la reconnaissance inter-individuelle représente un socle de l'interaction sociale et de la vie en société :

> « La reproduction de la vie sociale s'accomplit sous l'impératif d'une reconnaissance réciproque, parce que les sujets ne peuvent parvenir à une relation pratique avec eux-mêmes que s'ils apprennent à se comprendre à partir de la perspective normative de leurs partenaires d'interaction, qui leur adressent un certain nombre d'exigences sociales. »[17]

Ainsi, la reconnaissance de soi passe irrémédiablement par la reconnaissance de soi par les autres. Axel Honneth distingue alors trois formes, trois instances de reconnaissance sociale : les liens affectifs, la reconnaissance juridique et l'adhésion à un groupe solidaire. Les individus vivant dans la rue ont en grande majorité souffert de ruptures des liens affectifs avec leurs amis et parents. Bien que certains d'entre eux gardent des relations cordiales avec eux, ces liens sont trop ténus pour qu'ils puissent en espérer une aide effective et durable. Les personnes que nous avons rencontrées évoquent plus ou moins fréquemment la difficulté à croiser leur famille, leurs enfants, leurs amis ou anciens collègues lorsqu'ils sont dans la rue, en train de faire la manche ou de boire. Le sentiment d'échec se mêle à la honte pour les laisser dans un état de grande détresse émotionnelle. De la sorte, dans la plupart des cas, les personnes sans-domicile ne jouissent pas ou plus de[18] la première forme de reconnaissance : l'amour. Les démarches d'accès aux droits sociaux – sécurité sociale et revenu minimum notamment – relèvent souvent du parcours du combattant tant elles se montrent complexes. Le recueil des documents nécessaires aux démarches d'inscription aux différents droits sociaux, dont bénéficient théoriquement les personnes vivant dans la rue – que ce soit en termes de couverture par la sécurité sociale ou d'accès aux minima sociaux –, est souvent long et difficile. Par exemple, un simple justificatif de domicile nécessite de se rapprocher d'une association ou d'une organisation habilitée à délivrer ce type de documents. Pour ce faire, il faut généralement prendre rendez-vous et prouver, expliquer, justifier son absence de solution d'hébergement. La multiplicité et la complexité des démarches administratives conduit de nombreuses

---

[17] HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, *op. cit.*, 2000, p. 224/225.

[18] Alors que certaines personnes ont connu, avant leur entrée dans la carrière de survie, des relations étroites avec leur famille et leurs amis, qu'ils ont vu s'effriter plus ou moins rapidement, d'autres n'ont jamais bénéficier de ce type de reconnaissance. René nous a raconté, lors d'une discussion informelle, qu'étant petit, lorsqu'il était puni, il devait dormir dehors dans la niche du chien. Il appréciait ces punitions car elles lui permettaient de dormir avec le chien, seul être qui lui procurait de l'affection.

personnes à l'abandon de ces dernières, de telle manière qu'elles ne bénéficient pas en pratique des droits sociaux auxquels elles ont pourtant droit en théorie. De même, rares sont les personnes à utiliser leurs droits civiques, nous n'avons notamment rencontré aucun individu vivant dans la rue exerçant son droit de vote. Ces éléments les amènent alors vers un déficit de la deuxième forme de reconnaissance : la reconnaissance en tant qu'individus porteurs de droits. S'ajoute à cela que la survie se vit généralement seul. Bien que de nombreuses personnes choisissent de dormir ou de vivre en binôme, voire en petit groupe, ces liens sont généralement très fragiles, se font et se défont avec la même rapidité. Les personnes sans-domicile appartiennent à une catégorie sociale extrêmement hétérogène qui n'est définie que par ses manques et plus particulièrement par l'absence de logement. La particularité de ce groupe social est justement qu'il n'a pas d'existence en tant qu'ensemble d'individus, organisé et hiérarchisé, dont les membres partageraient un sentiment d'appartenance commun. C'est ainsi que les personnes sans-domicile sont également privées de la troisième forme de reconnaissance établie par Axel Honneth : l'appartenance à un groupe solidaire. Si les niveaux de reconnaissance dont jouissent les individus sans-domicile dans chacune de ces trois catégories varient fortement d'un individu à l'autre, de manière générale, les personnes vivant dans la rue souffrent d'un manque important de reconnaissance et ce phénomène s'accentue plus encore à mesure que les carrières de survie se font plus longues.

Axel Honneth montre que les trois catégories de reconnaissance définissent différents types de relation à soi. Les liens affectifs permettent la confiance en soi, la reconnaissance juridique le respect de soi et l'adhésion à un groupe solidaire l'estime de soi. Il met alors en lumière qu'un individu en défaut de reconnaissance encourt le risque du mépris de soi, de la perte du sentiment de sa propre valeur. En différenciant plusieurs formes de mépris en fonction du type de reconnaissance dont manque l'individu, Axel Honneth établit différents risques menaçant l'individu et « leurs différences devront se mesurer à la manière spécifique dont chacune ébranle la relation pratique à soi-même, en refusant au sujet la reconnaissance de certaines de ses revendications d'identité »[19]. Les trois instances de reconnaissance mettent respectivement en danger l'intégrité physique de l'individu, son intégrité sociale, son honneur et sa dignité. Ces menaces répétées envers l'identité de l'individu l'entraînent progressivement à ressentir le mépris de soi et un

[19] HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, *op. cit.*, 2000, p. 224/225.

sentiment de honte durable. La honte prend source à la fois dans les actes de l'individu qui ne correspondent pas à ses valeurs, à ses idéaux, ou dont il sait qu'ils seront dévalorisés ou jugés négativement par les autres ; et dans les actes de ses interactants qui lui refusent une ou plusieurs formes de reconnaissance :

> « Dans le premier cas, le sujet se sent diminué parce qu'il a enfreint une norme morale dont l'observance constituait un principe fondamental de ses propres idéaux, tandis que dans le second cas, le sujet est accablé par un sentiment d'infériorité parce que ses partenaires d'interaction enfreignent des normes morales dont l'observance lui permettait de son côté de se reconnaître comme la personne qu'il souhaitait être. »[20]

Les déficits en terme de reconnaissance couplés au sentiment de honte de l'individu sans-domicile risquent de progressivement provoquer le mépris de soi dont l'expression peut prendre la forme d'un abandon de la demande de soin pour soi. En perdant le sentiment de sa propre valeur, l'intérêt qu'il a à se soigner s'amenuise aux yeux de l'individu. Il ne se sent pas légitime pour recevoir des soins et ne se perçoit plus lui-même comme un individu digne d'être soigné, dont l'intégrité physique et la vie auraient de la valeur pour lui ou pour autrui. L'accès aux soins est alors compliqué par cette problématique car les individus ne cherchent plus à se faire soigner. Alors qu'ils perdent la reconnaissance d'eux-mêmes, ils ne se reconnaissent plus comme des sujets dont la valeur intrinsèque et irréductible légitime les soins et ils abandonnent toute demande de soin pour eux-mêmes. Pour Gardella, Laporte et Le Méner :

> « L'analyse du recours tardif ou du non-recours aux soins montre que le recours nécessite, de la part des sans-domicile, une reconnaissance des maux à traiter comme des problèmes pour soi. La gravité de ces maux ne signifie pas davantage un besoin de soins aux yeux du patient, alors même que ce besoin s'affirme prestement pour les soignants. »[21]

Les soignants sont également en difficulté lorsqu'ils sont confrontés à ce type de patients. Généralement, puisque les personnes vivant le mépris de soi ne cherchent pas spontanément à se faire soigner, les interactions que les soignants entretiennent avec eux ne se font que dans des cadres que les patients n'ont pas choisi, notamment lorsqu'ils sont amenés dans les services d'urgences par les services de police ou les pompiers. Les soignants, confrontés à leurs propres conceptions du soin et de ce qu'ils estiment favorable

---

[20] *Ibid*., p. 234/235.
[21] GARDELLA Edouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *art. cit.*, 2008, p. 41.

à la santé de la personne qu'ils prennent en charge, se voient quelque fois contraints d'imposer les soins. Alexandre raconte :

> *« Une fois on a admis un clochard aussi, qui s'était cassé une jambe… généralement on fait un plâtre et après on donne un rendez-vous au bout d'une semaine, pour enlever le plâtre, on donne un rendez-vous, encore une semaine, et après on met une bande dessus, encore pour consolider quand l'œdème a diminué. Mais lui, on savait qu'il ne reviendrait pas, alors on s'est dit "qu'est-ce qu'on va faire ?" Alors on s'est dit, pour qu'il garde son plâtre, pour qu'il soit obligé de le garder, on lui a mis une résine, parce que c'est beaucoup plus dur ! Directement la résine. Et après on lui a mis, et il arrivait pas à la couper lui-même et… […] c'était peut-être deux mois après, on aurait dû l'enlever… et là il est revenu trois mois, ou presque quatre mois après parce qu'il ne supportait plus ! Mais on lui avait mis la résine pour le contraindre à être soigné… J'sais pas, je trouve que c'est pas humain… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Alexandre exprime clairement ses difficultés à imposer les soins de cette manière. Il est ici pris dans une ambivalence insoluble entre, d'une part, l'impression que les soins sont nécessaires à son patient, et sont de toute façon la meilleure solution à lui apporter, quitte à l'y contraindre ; et d'autre part, le caractère inhumain de l'imposition des soins. Cette forme d'interaction renie également l'individu sans-domicile puisqu'il n'est pas reconnu comme apte à prendre des décisions pour lui-même, ou du moins celles-ci ne sont-elles pas acceptées par les soignants. Ce déni de reconnaissance et l'imposition des soins sont mal vécus par Alexandre dont l'éthique est ici largement altérée. La décision du soin est en effet prise par le soignant seulement – ou l'équipe soignante –, sans que la volonté du patient ne soit respectée. Toute forme de négociation est de la sorte avortée et rendue impossible. Les bienfaits thérapeutiques de ce type de décisions sont largement relativisés par les soignants qui préfèrent amplement la négociation à l'imposition des soins. Les difficultés et fragilités d'Alexandre affleurent clairement dans ses propos et montrent en quoi les soignants sont en proie à d'importants questionnements. Ces situations sont forgées d'ambiguïté : les soignants choisissent d'imposer les soins car leurs valeurs et leur éthique les poussent à prendre en charge leurs patients selon ce qu'ils estiment être le meilleur pour eux, justement parce qu'ils leurs accordent de la valeur en tant qu'individus, et les personnes vivant dans la rue risquent, elles, de ressentir cette imposition des soins comme une preuve supplémentaire qu'ils ne sont ni respectés, ni écoutés.

II) Le syndrome de Sisyphe

Dans leur article portant sur les valeurs des soignants exerçant en service de soins palliatifs, Antoine-Lutumba Ntetu et Marie-Andrée Tremblay mettent à jour six valeurs évoquées de manière récurrente par les soignants lors des entretiens qu'ils ont réalisés : le respect, la compassion, l'écoute, l'éthique, la compétence et l'authenticité. Ils ajoutent :

> « Selon les participants, ces valeurs sont importantes parce qu'elles permettent une perception et une compréhension plus exactes de ce que le patient éprouve, elles permettent au soignant d'avoir une approche positive du patient, de créer des liens signifiants avec lui, de lui administrer des soins appropriés et de diminuer le fardeau de sa maladie. »[22]

Ces valeurs correspondent au socle sur lequel repose le travail de soin et de *care* qu'effectuent les professionnels de santé. Or, les soignants rencontrent souvent des difficultés à faire concorder leurs activités réelles et les valeurs qu'ils défendent et auxquelles ils attachent pourtant un caractère fondamental. Christiana Maslach et Susan Jackson[23] attribuent le *burn-out* des professionnels de santé à trois critères : leur épuisement professionnel, le risque de déshumanisation de leur relation à l'autre et la diminution de l'accomplissement personnel. Les soignants rencontrés sur le terrain présentaient fréquemment, bien qu'à des degrés variables, l'un ou plusieurs de ces signes de malaise dans leur exercice professionnel. Les difficultés spécifiques que pose la prise en charge de patients sans-domicile correspondent alors à une goutte d'eau qui fait déborder le vase de leur manque de reconnaissance.

1) L'épuisement professionnel & l'inquiétude des soignants

Au cours des entretiens et des observations réalisés, nombreux sont les soignants à se plaindre de leurs conditions de travail. Bien que ces critiques soient plus ou moins fortes et portent sur des sujets divers, il en ressort une forme d'épuisement général des professionnels de santé. Les contraintes temporelles auxquelles ils font face, et que nous

[22] NTETU Antoine-Lutumba et TREMBLAY Marie-Andrée, « Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 29 (3), 2014, p. 79.
[23] MASLACH Christina et JACKSON Susan E., « Burnout in health professions: a social psychological analysis », *in* SANDERS Glenn S. et SULS Jerry (éds), *Social psychology of health and illness*, Londres, Laurence Erlbaum Associates, 1982, pp. 227-253.

avons déjà évoquées précédemment, influent sur leurs activités professionnelles au point parfois de créer une fatigue telle qu'elle en devient souffrance. Leurs routines sont alors ébranlées et leur sécurité ontologique s'en voit menacée, laissant naître un fort sentiment d'inquiétude. Les étudiants en médecine se plaignent, dès l'internat, de leurs conditions de travail éprouvantes. Diane met l'accent sur l'agressivité générée par l'extrême fatigue des professionnels de santé et la souffrance qui en résulte :

> *« Sur quinze heures de travail, quand on se fait agresser deux heures… […] Agressions verbales par les patients, par les confrères parce que tout le monde est fatigué… Nos astreintes, quand on vient le week-end et qu'on fait douze heures fois deux, ce n'est pas payé, c'est de l'esclavagisme ! Et puis, enfin théoriquement on est encore des étudiants, et dans beaucoup de spécialités, pas ici, mais dans beaucoup de spécialités on n'est pas du tout formés ! C'est une catastrophe ! Alors qu'on apprend quand même à soigner des gens… […] Oui, les conditions de travail sont dantesques et il y a des stages qu'on fait et qui nous coûtent… On le sent… On apprend ce que c'est que la fatigue vraie, et qui est en train de nous détruire et qui détruit aussi nos proches parce qu'ils nous voient souffrir autant de temps, c'est pas facile… »* (Entretien avec Diane, interne en dermatologie).

Les conditions effectives de travail des internes ne leur permettent pas une formation adaptée à leurs demandes mais surtout engendrent un sentiment de non-reconnaissance pour le travail fourni : ni salaire approprié, ni repos ne sont accordés aux internes. Tout comme Diane qui s'inquiète des répercussions de son mal-être sur ses proches, Fabienne, médecin, est éprouvée par les incidences de ses conditions de travail sur sa vie personnelle. En effet, elle explique que l'absence d'horaires de travail prédéfinis impose un rythme de travail constant, rendant presque impossible de s'octroyer du temps personnel :

> *« Mais on n'a pas d'horaire… Donc une demi-journée, ça peut durer jusqu'à 21 heures, ça ne dérange personne… Et au bout d'un moment, ça commence à fatiguer… […] Et ne serait-ce que, des fois, c'est quinze jours on a bossé soixante heures par semaine… Au bout d'un moment, j'ai 50 ans, eh bien zut alors ! Ça suffit quoi ! Même si j'aime vraiment beaucoup ce que je fais… Je crois que les médecins en général… Nous on est salariés, donc ça va, on n'est pas contraints au libéral où plus on travaille plus on gagne d'argent, on a un très bon salaire… Je ne me plains pas hein ! Mais je me dis que c'est un peu cher payé quand même au niveau du temps personnel, et de l'équilibre de la vie… »* (Entretien avec Fabienne, médecin gériatre).

Pour Elvire, cadre de santé, la gestion du personnel infirmier représente une véritable difficulté car les moyens mis à disposition sont bien trop insuffisants, à la fois en termes humains et matériels. Ainsi, malgré son attachement à son métier, il lui devient

difficile à exercer, notamment parce qu'elle voit les infirmiers de son service en souffrance. Sa fonction de cadre l'amène à devoir gérer son propre épuisement et celui de son équipe. Mais pour faire fonctionner le service, elle n'a pas d'autre solution que de solliciter encore davantage ses collègues, ce qui amplifie à la fois leur détresse et la sienne :

> *« Y'a des gens épuisés, psychologiquement, physiquement… […] on fait du mieux qu'on peut avec les moyens qu'on a, mais les moyens sont très limités […] Tout devient difficile aujourd'hui, il faut argumenter pour chaque outil. Après c'est normal qu'il faille faire attention au matériel, mais… des fois c'est difficile ! […] Et pour moi, moi j'adore mon travail, mais ça, et vous pouvez demander d'autres cadres de santé… des fois c'est difficile, parce qu'on a juste le strict minimum en personnel, et que… c'est des fois très dur, et que j'ai rien à leur offrir, et quand je suis obligée de rappeler quelqu'un de congé, parce que quelqu'un est absent parce que je n'ai pas les moyens de faire autrement, ben c'est pas toujours évident… »* (Entretien avec Elvire, cadre de santé).

Les conditions d'exercice professionnel des soignants subissent ainsi de plein fouet les contraintes imposées par les réductions budgétaires constantes et les cadences de travail soutenues imposées par les services gestionnaires. Il s'instaure de la sorte un rythme qui n'est pas favorable au maintien de leur sécurité ontologique, car ils ne sont pas en mesure de s'appuyer sur des pratiques professionnelles régulées et habituelles. Quand leurs conditions de travail ne leur permettent pas de faire perdurer ces routines professionnels sécurisantes, un sentiment d'inquiétude apparaît, selon le même processus mis en avant par Myriam Klinger à propos des activités routinières, pratiquées aussi bien par des professionnels que par l'individu ordinaire :

> « La routine résulte de l'appropriation de gestes et de connaissances pratiques, ajustés aux situations habituelles et permettant une certaine confiance. […] Parce que la normalisation des risques et la routine sont des processus essentiels pour le sentiment de sécurité, leur remise en question implique un surcroît d'inquiétude par l'introduction du doute. »[24]

Le doute réside, dans le cas spécifique de la prise en charge de patients sans-domicile par les soignants, dans les différentes dimensions qui composent les activités de soin. D'abord, une certaine inquiétude envers une forme de contagion de la précarité apparaît. Les soignants justifient leurs réticences à s'occuper de patients sans-domicile en expliquant que leur activité ne peut perdurer s'ils ne se consacrent qu'à ce type de patients, notamment parce que les modalités leur permettant de toucher un salaire sont modifiées

[24] KLINGER Myriam, *L'inquiétude et le désarroi social*, Paris, Berg international, 2011, p. 43.

pour les patients couverts par la CMU ou l'AME et résultent en un délai de paiement allongé par rapport aux patients couverts au régime général – ou local dans le cas précis de l'Alsace. Leur sentiment d'inquiétude apparaît également avec l'idée selon laquelle accepter de s'occuper d'un patient précaire amènera forcément une patientèle précaire nombreuse, qui elle-même fera fuir la patientèle habituelle du praticien, le condamnant ainsi à ne prendre en charge que ce type de patients. Régine Bercot souligne la différence entre médecins de ville et médecins hospitaliers en montrant que les premiers « ont la nécessité de maintenir un niveau de clientèle, de comptabiliser leur temps et de le lier à leur revenu, tandis que les médecins de l'hôpital ne sont pas payés à l'acte »[25]. Cette différence vaut pour les soignants en général. La précarité des soignés semble alors être perçue comme dangereuse car elle pourrait rendre le soignant précaire à son tour, comme le résument les propos de ce médecin généraliste :

> *« Le problème pour un médecin, c'est que quand tu acceptes de soigner un pauvre, eh bien ça se sait et le lendemain, t'as tous ses copains qui viennent, et petit à petit ta cliente habituelle s'en va et tu es un médecin de pauvre à part entière ! Et donc, le médecin s'appauvrit aussi… il n'aura pas la prime "d'efficacité" par exemple, alors que c'est lui qui fait le plus de boulot ! Et quand les patients ont la CMU tu n'es payé que six mois après. Comment tu fais si pour toutes tes consult' tu n'es payé que six mois après ? »* (Propos recueillis au centre de soins).

L'inquiétude de Patrick correspond au risque de précarisation du praticien qui accompagnerait la prise en charge de patients précaires. En plus de son activité en cabinet libéral, Patrick exerce en tant que bénévole au centre de soins et montre ainsi son engagement envers la santé des plus défavorisés. S'il n'est pas réticent à prendre en charge des patients en situation précaire, ce qui semble l'inquiéter, c'est le risque de devenir *« un médecin de pauvre à part entière »*. Isabelle Parizot décrit cette analogie qui fait peur aux praticiens, et l'image négative qui y est associée : « médecin des pauvres égale pauvre médecin. Celui qui exerce auprès des plus défavorisés socialement serait perçu comme celui qui n'a pas pu choisir ses lieux et ses modes d'exercice, en raison d'une moindre compétence »[26]. Une autre forme d'inquiétude que nous avons souvent rencontrée sur le terrain renvoie aux autres patients. En plus de précariser le praticien, une patientèle pauvre, et encore davantage sans-domicile, pourrait faire fuir les autres patients :

---

[25] BERCOT Régine « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *art. cit.*, 2006, p. 39.
[26] PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, *op. cit.*, 2003, p. 49/50.

« J'en connais beaucoup qui ont des patientèles, comment expliquer ça… Enfin qui sont tellement à l'opposé d'un SDF… Enfin je parle de ceux qui travaillent avec des patients plutôt… Comment on peut dire ça… Enfin oui, qui n'aimeraient pas se retrouver face à un SDF dans leur salle d'attente… Je pense, parce que ça peut perturber la salle d'attente, ça peut perturber la consultation… » (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

Les patients sans-domicile ne seraient ici pas spécifiquement recherchés par les médecins car les symboles visibles de leur stigmate repousseraient les autres patients. De plus, un caractère perturbateur leur est attribué : ils ne dérangeraient pas seulement la salle d'attente mais également les consultations. L'inquiétude du professionnel se pose donc ici sur les difficultés supplémentaires qu'apportent ces patients dans le cadre des consultations de ville. L'inquiétude des soignants repose également sur la peur de leur responsabilité qui est engagée lorsque ces patients sont réfractaires aux soins, voire y renoncent catégoriquement. Les soignants subissent une importante contrainte administrative qui leur impose de mentionner dans le dossier du patient tout ce qui lui a été dit et expliqué concernant sa santé, tant au niveau du diagnostic, que du traitement conseillé et des complications ou séquelles éventuelles. Si le patient décide malgré ces informations de s'en aller, le praticien se retrouve à la fois face à un sentiment d'échec de la prise en charge de son patient, mais aussi dans la crainte de ce qui pourrait lui arriver par la suite, et dont on pourrait lui attribuer la responsabilité :

« Vous êtes un peu dans un sentiment d'échec ! Vous avez constaté les choses et vous lui avez dit "bon eh bien c'est pour votre bien, il faut qu'on fasse ça" et puis il veut partir… […] Vous pouvez vous mettre en danger aussi secondairement ! Si le patient change d'avis ou fait un pépin on peut venir vous… Donc il faut vraiment que les choses soient bien notées, bien clarifiées, qu'il ait bien compris… Et que malgré toutes nos explications et les risques encourus, il veut à tout prix partir et il s'en va… » (Entretien avec Corine, médecin gériatre).

Confrontés à ces conditions de travail pénibles, toute charge de travail supplémentaire est perçue très négativement par les professionnels de santé. Les patients sans-domicile sont alors justement vus comme nécessitant plus de temps car ils sont difficiles à traiter. La loi interdisant aux soignants de les refuser, ils agiront de manière à ne pas donner envie aux patients sans-domicile de consulter à nouveau auprès d'eux, comme l'explique Charlotte :

« Il y a des collègues, c'est des patientèles qu'ils ne recherchent pas non plus ! Enfin ils vont pas prendre soin d'eux, et puis si du coup ils vont voir ailleurs, ils seront plutôt contents… Donc je pense qu'il y en a qui ne s'occupent pas forcément correctement de ce

genre de patientèle ou des personnes qui se présentent… Parce que ce n'est pas quelqu'un… Ils n'attachent pas d'importance… C'est des gens qui les embêtent plutôt… […] Ça prend quand même du temps… C'est plus facile de voir quelqu'un qui comprend tout, à qui tu donnes les ordonnances, et puis qui partent… Ça va te prendre dix minutes de consultation, alors qu'une consultation où tu cherches des numéros et où tu prends des rendez-vous… Ça va te prendre vingt minutes, voire une demi-heure… C'est moins rentable ! » (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Le manque de reconnaissance des soignants et leur inquiétude les conduisent parfois à préférer éviter les patients sans-domicile. En effet ces derniers concentrent différentes sources d'inquiétude pour les professionnels de santé, comme la peur de voir leur clientèle habituelle s'en aller, de voir leurs revenus diminuer drastiquement, d'avoir à faire face à des ennuis entre patients dans leur salle d'attente ou encore d'être tenus pour responsables de l'état de santé des personnes sans-domicile les ayant précédemment consultés. Leur routine professionnelle est perturbée par l'irruption des individus sans-domicile dont l'attitude ne se conforme pas toujours à celle du patient habituel. Ils n'adoptent pas toujours le rôle que le malade observe généralement et qui sert à perpétuer les habitudes dans la relation soignant-soigné. En voyant cette routine bouleversée, les soignants sont en proie à l'inquiétude. Myriam Klinger indique, à propos des travailleurs sociaux exerçant auprès de familles en difficulté :

> « Ce qui va progressivement modifier ce rapport de spécialiste à profane et entrouvrir les portes aux sentiments d'inquiétude renvoie à la désorientation et la perplexité avec laquelle les professionnels proches des familles et des enfants pratiquent leur métiers. […] Désemparés par les manières de faire des mères jeunes et inexpérimentées, déconcertés par les problèmes de très jeunes enfants, déroutés dans leurs habitudes d'intervention et leurs références. »[27]

Dans notre cas, les professionnels de santé sont déconcertés face aux attitudes de leurs patients sans-domicile. Ces conduites sont si éloignées de leurs routines et des pratiques habituelles des patients ordinaires, qu'ils ne sont pas en mesure d'y répondre comme ils le feraient d'habitude. L'improvisation à laquelle ils se voient contraints, sans aucune clef pour savoir comment réagir, leur confère un fort sentiment d'inquiétude. S'ajoute à cette inquiétude un sentiment d'inutilité de leur action lorsque, malgré les soins prodigués à leurs patients sans-domicile, ils ne voient jamais leur état de santé ou leur situation sociale s'améliorer.

---

[27] KLINGER Myriam, *L'inquiétude et le désarroi social*, *op. cit.*, 2011, p. 44.

2) Le sentiment d'inutilité des soignants

L'état de santé des individus sans-domicile est largement altéré et leurs conditions de vie sans hébergement sont loin de leur fournir un environnement favorable aux soins ou à leur rétablissement. Les solutions d'hébergement existantes sont extrêmement limitées, même pour les individus malades. A Strasbourg, une seule structure d'hébergement est médicalisée et cette dernière ne comporte que dix places pour une durée d'hébergement de deux mois. Bien que certaines structures d'hébergement d'urgence bénéficient de la présence d'un infirmier, ces dispositifs n'accueillent leurs usagers que la nuit, ce qui les contraint à rester dehors la journée ou de se rendre dans les lieux d'accueil de jour. De plus, les centres d'hébergement d'urgence accueillent des personnes tout au long de la nuit et les lits sont répartis en dortoirs, ce qui ne permet pas aux personnes malades de profiter du repos dont elles auraient besoin, ou seulement partiellement. Enfin, les demandes d'hébergement excédant largement l'offre disponible, les écoutants du 115 se voient contraints d'attribuer les places en fonction de la personne qui leur paraît la plus fragile, la plus vulnérable ou la plus malade. Dans ces conditions, les soins apportés aux patients vivant dans la rue paraissent futiles et inutiles aux soignants, car ils savent que leur état de santé se dégradera presque aussitôt une fois qu'ils seront retournés à la rue. Muriel raconte :

> *« Il y a des gens qu'on connaît, il y a des gens qu'on revoit… Et c'est vrai que quand tu revois régulièrement quelqu'un… Tu te dis que chez lui… Bon, tu le fais mais… Tu sais qu'en sortant il ne va pas faire les soins correctement… Il va être à la rue, il va boire, il va traîner par terre, il va… Donc forcément, quelque part, c'est un peu du travail dans le vide quoi… On le fait quand même ! Avec la même… Que n'importe qui d'autre quoi ! »* (Entretien avec Muriel, infirmière).

Elle insiste sur le fait que la qualité des soins ne sera pas amoindrie pour ce type de patients, même si une forme de rancœur apparaît dans son discours. L'impression que tous les bénéfices apportés par les soins disparaîtront dès la sortie d'hospitalisation est difficile à gérer pour les soignants car ils ont l'impression d'agir en vain. Le schéma classique des soins, symptôme - diagnostic - traitement - guérison (mort)[28], est alors perturbé car la guérison n'apparaît plus comme un objectif atteignable et une boucle sans fin se forme autour du triptyque symptôme - diagnostic - traitement. Ce phénomène est également dû au

[28] BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *art. cit.*, 1986.

retard dans l'accès aux soins des personnes sans-domicile, qui s'explique notamment par leur perception différente de ce qui est de l'ordre de la santé ou de la maladie. Eva explique les difficultés que rencontrent les soignants à prendre en charge des pathologies déjà très avancées :

> *« Je me souviens d'un patient qui avait un cancer du testicule… C'était complètement évolué, avec une nécrose et tout… Enfin que quelqu'un je pense ne laisserait pas évoluer comme ça… Donc voilà, on a des pathologies qui existent ailleurs, dans la population générale, mais qui là sont vraiment à un stade oui, extrême on va dire ! […] Souvent c'est beaucoup plus compliqué à traiter en fait… Une fois que les complications sont installées, […] on a plus de difficultés à le prendre en charge, ça c'est sûr ! Et on est moins efficaces… Et en plus ça coûte plus cher ! »* (Entretien avec Eva, médecin généraliste).

Les soignants expliquent que nombre des affections dont souffrent les personnes sans-domicile ne seraient rien de plus que des affections bénignes si des soins leur avaient été apportés plus tôt. Mais, alors que les personnes sans-domicile attendent de voir leurs symptômes handicaper leur vie quotidienne pour chercher une assistance médicale, leurs pathologies se développent et s'aggravent, au point d'en devenir plus difficiles à traiter. La tâche des soignants est alors compliquée car ils font face à des stades avancés bien plus difficiles à soigner. La question du coût des traitements évoquée par Eva apparaît de manière fréquente dans les discours des soignants. Lors d'une discussion informelle à la suite de l'entretien que nous avons réalisé ensemble, Thomas, chef de service en cancérologie, a exprimé son désarroi de devoir hospitaliser des personnes qui n'ont pas de solution d'hébergement, dont l'état de santé ne nécessite pourtant plus d'hospitalisation, car passer plusieurs nuits dehors anéantiraient les effets prophylactiques des soins apportés. Il affirme qu'en logeant ces personnes dans les hôtels les plus luxueux de la ville plutôt que dans son service, l'Etat ferait encore des économies. La sortie d'hospitalisation ou la suite des soins après une consultation en libéral pose en effet question aux soignants, notamment parce qu'ils se sentent dans l'impossibilité d'effectuer un suivi de qualité. Hervé dépeint cette situation :

> *« La plus grande difficulté sera la prise en charge ultérieure ! Donc… On peut leur prescrire des médicaments… S'ils ont une couverture sociale, alors ils peuvent aller en pharmacie… Mais derrière l'observance, l'adhérence au traitement et le suivi correct du traitement par le patient on ne la connaît pas ! Il n'y a pas de réévaluation, c'est des gens qu'on ne revoit pas une semaine après pour savoir s'ils tolèrent les médicaments, si le médicament a été efficace… »* (Entretien avec Hervé, interne en médecine générale).

Les malentendus sur les rapports à la santé et au corps qu'entretiennent soignants et soignés sans-domicile les amènent à concevoir différemment ce qu'est la guérison. En effet, si les individus sans-domicile tendent à ne se considérer comme malades qu'à partir du moment où leurs symptômes perturbent leur vie quotidienne, ils se considèrent en retour comme guéris dès que leurs symptômes n'entravent plus leurs activités. Mais d'un point de vue soignant, le processus de guérison n'est pas encore terminé au moment où ils arrêtent les soins ou les traitements. Pour le médecin ou l'infirmier, la guérison s'accompagne de la disparition des symptômes cliniques ou biologiques observables. Elle est attestée et officialisée par la sortie de l'hôpital ou par les résultats des différents modes d'investigation médicale - prise de sang, de radio, d'IRM… Pour le patient sans-domicile, elle consiste davantage en le sentiment d'être en mesure à nouveau d'agir comme il l'entend. S'il cherche à reprendre ses activités habituelles le plus tôt possible, le médecin ou l'infirmier voit quant à lui les possibles complications, rechutes ou séquelles engendrées par un arrêt prématuré des soins. Le processus de guérison ne comporte pas les mêmes étapes aux yeux des soignants ou des soignés sans-domicile. Ces pratiques donnent aux premiers l'impression que les secondes ne se soucient ni de leur corps, ni de leur santé, et vivent dans un présentisme qui les empêche d'anticiper le futur. Ainsi, un important malentendu s'instaure une fois encore entre eux. Comme la santé, la guérison comporte un caractère évident, ce qui est un écueil de plus à leur compréhension mutuelle et à leur prise de conscience de ce malentendu. Les conditions de vie dans la rue conduisent les individus sans-domicile à développer une forme de fatalisme, par rapport à leur état de santé et leur éventuel rétablissement, car elles compliquent largement les processus de guérison. Ce fatalisme se retrouve aussi du côté des soignants qui expriment un sentiment d'inutilité face à des prises en charge médicales palliatives à répétition. Alexandre décrit parfaitement ce phénomène :

> *« Tu te dis, on peut pas laisser quelqu'un dans sa merde, au propre comme au figuré… et finalement parfois je me dis c'est peut-être ce qu'il y a de mieux à faire ! Au bout d'un moment quoi… parce que tu nettoies les gens, peut-être dix fois, vingt fois, trente fois… y'en a certains c'est peut-être la quinzième fois que je les vois ! Je suis là depuis deux ans, y'en a c'est peut-être la quinzième fois que je les vois, tu te dis… ça sert à rien ! À chaque fois ils sont un peu plus cons, à chaque fois ils sont un peu plus cassés ! Parce que bon, à chaque fois ils tombent sur la tête, ils deviennent de plus en plus… abrutis… et… ça sert à rien ! Enfin c'est le cas ponctuellement, pour quelques heures tu sers à quelque chose, mais dans sa vie à lui, t'auras aucun impact… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Il ressort de son discours qu'il est pris en tenailles entre d'une part ses valeurs de soignants qui le poussent à prendre en charge les patients quoi qu'il arrive afin de les aider à conserver leur dignité, et d'autre part son sentiment que rien ne s'améliore jamais dans leur situation, ce qu'il interprète comme une preuve de l'inutilité de ses actions. La situation que rencontre Alexandre dans son exercice professionnel rassemble les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel : il est épuisé émotionnellement, ce qui entraîne une déshumanisation de sa relation à l'autre et fait apparaître un fort sentiment d'échec professionnel. Un peu plus loin dans l'entretien il conclut :

> *« C'est comme le mythe de Sisyphe, tu montes un caillou en haut de la montagne, et après il redescend de l'autre côté… et tu montes… et du coup… tu fais tout le temps la même chose et tu sers à rien quoi… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

La métaphore qu'emploie Alexandre pour comparer ses activités de soin au mythe de Sisyphe met en exergue la détresse à laquelle les soignants sont confrontés. Il se greffe à leur impression d'inutilité un sentiment d'échec, particulièrement difficile à supporter lorsqu'ils y sont confrontés de manière récurrente. Suzanne exprime sa fatigue importante engendrée par des consultations répétées avec des patients en grande précarité et pour lesquels elle ne voit aucune amélioration de leur état de santé :

> *« Pour la première fois, je me suis sentie très fatiguée là, il y a quelque temps… Vraiment, je me suis rendue compte que… Au début tu te rends pas vraiment compte, tu te laisses un peu le doute, parce que tu es jeune médecin… Tu te dis que si ça ne marche pas normal'… Mais voilà, au bout d'un moment, c'est fatigant d'être souvent, pas tout le temps, mais souvent confronté à l'échec médical… Et au bout d'un moment tu te poses quand même des questions sur toi, ta pratique, qu'est-ce que t'as raté, qu'est-ce que t'as… »* (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

L'épuisement professionnel et sa confrontation fréquente à ce qu'elle identifie comme des échecs médicaux la poussent à remettre en question sa propre activité. Elle doute en effet de la qualité de son exercice et se tient pour responsable de la situation. Si la remise en question personnelle est une manière de répondre aux difficultés spécifiques aux soins des personnes sans-domicile, elle engendre d'importants sentiments négatifs auprès des soignants qui perdent le sentiment que leur travail a de la valeur. Monique Membrado rappelle qu'il s'agit là d'une fragilité spécifique à l'exercice de la médecine car « son pouvoir, s'il repose sur la reconnaissance de sa compétence à définir la maladie mais surtout à proposer un traitement, ne peut qu'être sans cesse questionné et vulnérabilisé par

la variété et le côté souvent indéfinissable de ses actes »[29]. Ce qui est encore intensifié quand le praticien a affaire à un patient dont il a du mal à appréhender les représentations, comme c'est le cas avec les personnes sans-domicile. Son pouvoir et son savoir étant malmenés, c'est le soignant qui est rendu vulnérable. Pour s'en protéger, de nombreux soignants tendent à essentialiser l'état de santé dégradé des individus vivant dans la rue.

3) Essentialisation de l'état de santé dégradé des individus sans-domicile

Leur sentiment d'inutilité influe sur les conduites des soignants qui se sentent démunis, impuissants et ont parfois l'impression d'avoir déjà mobilisé toutes les ressources qu'ils avaient à leur disposition, et toujours en vain. C'est alors qu'apparaît un risque d'essentialisation de l'état de santé dégradé des individus sans-domicile. En effet, l'impression d'agir toujours en vain, toujours de manière insuffisante pour pouvoir même espérer améliorer la condition des personnes vivant dans la rue, comme Sisyphe qui pousse perpétuellement sa pierre en haut de la montagne pour la voir rouler jusqu'en bas et devoir recommencer encore et encore, pousse progressivement les soignants à considérer que les individus sans-domicile seront toujours et quoi qu'ils fassent en mauvaise santé. Une forme de caricature du clochard se forme alors dans leurs représentations. Maryse Bresson a montré les représentations courantes associées aux personnes vivant dans la rue : mauvaise volonté à travailler, imprévoyance, manque d'hygiène, déchéance physique, violence et alcoolisme. Ces représentations sont diffusées largement dans l'ensemble de la société et tendent à « [les désigner] comme responsables de leur situation et finalement coupables »[30]. Ces représentations sont partagées par les soignants qui, lors des entretiens que nous avons réalisés, décrivent majoritairement les personnes sans-domicile comme sales, alcooliques et très souvent non-compliantes aux soins, voire violentes. Ce patient-type répond à la représentation du mauvais patient, voire du mauvais pauvre qui ne fait rien pour se sortir de sa situation ni pour sa santé. Il devient alors, dans les représentations des soignants, difficile à soigner :

> *« On a un peu l'impression de faire une prise en charge tout à fait hasardeuse et… […] ça fait partie des patients à mon avis très difficiles à soigner et parfois… Ils sont sales, ils*

[29] MEMBRADO Monique, « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *art. cit.*, 1993, p. 526.
[30] BRESSON Maryse, *Les SDF et le nouveau contrat social*, *op. cit.*, 1997, p. 58.

sentent mauvais, quand ils sont un petit peu alcoolisés, effectivement, ils peuvent vraiment retourner une salle d'attente… Ça s'est déjà vu effectivement… Donc ça pose un petit peu des problèmes, c'est pas le cas de tout le monde, c'est sûr ! Donc très rapidement, évidemment, personne ne se sent très à l'aise enfin il faut dire ce qui est quoi ! » (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

Le patient sans-domicile risque alors d'être réduit à ce tableau désavantageux, qui rassemble les symboles du stigmate qu'ils cherchent justement, la majeure partie du temps, à dissimuler ou minimiser afin de garder la face et d'interagir. Un sentiment de malaise se dégage ainsi de leurs interactions. Les attributs par lesquels sont caractérisés le patient sans-domicile – non-compliance, état d'ébriété, dépendance à l'alcool, retard important dans l'accès aux soins – correspondent également à ceux du patient compliqué, qui prend plus de temps aux soignants et leur pose des difficultés. Les propos de Charlotte tendent à réduire les patients sans-domicile à leur discrédit :

« C'est sûr que quand tu prends en charge un SDF, la plupart du temps tu vois des choses que tu ne vois pas chez les autres personnes… Comme je te disais, ils ont souvent des problèmes cutanés, des choses comme ça, où tu as des vers, tu as des problèmes cutanés vraiment extrêmes à ce niveau-là… Et moi, l'image du SDF que j'ai, c'est la plupart du temps ça… Ou alors quelqu'un dans un état d'ébriété assez important… » (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Les soignants risquent d'être moins attentifs et de n'entrevoir que l'état de santé, de toute façon dégradé, des patients sans-domicile. Ils estiment alors n'avoir aucun moyen d'intervention et aucune perspective d'amélioration ne peut être envisagée. Il s'élabore, dans les représentations des soignants à propos des individus sans-domicile, un tableau péjoratif qui représente une barrière difficilement franchissable lors de leurs interactions. Yann Benoist précise :

« Le dégoût que ressentent les thérapeutes à l'égard de certains clochards est un obstacle au traitement médical. Au yeux des autres personnes, les clochards sont souvent "sales", beaucoup "sentent mauvais", quelques uns sont "incontinents », certains semblent "fous", *etc*. Ils donnent une image inquiétante de l'humanité. […] Enfin, la démence qui semble toucher certains SDF peut faire peur. »[31]

Le dégoût, voire la peur qu'induit l'autre ont alors une forte incidence sur la prise en charge médicale des personnes vivant dans la rue. Georg Simmel expliquait déjà que le plus terrible dans l'expérience de la pauvreté pour les individus est de n'être étiquetés que

[31] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 29.

comme pauvres et comme rien d'autre que pauvres[32]. Or, les soignants, pris entre leurs conditions de travail éreintantes et leurs questionnements quant à leur exercice professionnel, risquent d'oublier que les patients sans-domicile ne sont pas réductibles aux symboles de leur stigmate. Ce type d'attitude est difficilement supportable pour les individus sans-domicile, déjà très fragilisés et vulnérables au moindre déni de reconnaissance, mais risque également d'avoir une incidence sur le traitement de ces derniers. En effet, le soin de ces patients est compromis lorsque les soignants supposent d'emblée que ces patients ne pourront jamais être soignés correctement et que, quels que soient leurs efforts, leur état de santé est et restera fortement dégradé. C'est notamment le cas dans les services d'accueil des urgences où les soignants n'ont que peu de temps à leur disposition pour s'occuper de tous les patients qui s'y présentent. Dans ces conditions, la prise en charge des patients sans-domicile se résume à la surveillance générale de leur état (tension artérielle, température, pouls) pour éviter une éventuelle décompensation, sans autre forme de soin. L'habitude qui se crée à force de revoir les mêmes patients dans les mêmes états tend à réduire le soin au minimum :

> *« Généralement il n'y a pas trop de dialogue… Et je pense que le médecin qui est noyé dans ses urgences ne fait pas l'effort aussi de poser des questions ou de savoir ce qui se passe exactement… L'examen, la plupart du temps, il est très succinct, voire inexistant… La plupart du temps c'est les infirmières qui prennent une glycémie ou une tension… Et encore ! Ce n'est pas toujours le cas… Et généralement le patient passe la nuit dans un box des urgences, voire dans le couloir… Toute la nuit… Il cuve, on va dire ça entre guillemets… »* (Entretien avec Eva, médecin généraliste).

Elle explique ensuite que lorsque les consultations urgentes ont été réalisées par le médecin en poste aux urgences, il ne lui reste que trop peu d'énergie pour entamer une démarche de diagnostic. Au matin, l'équipe de jour relaye l'équipe de nuit et le patient sans-domicile s'en va généralement sans qu'aucune démarche de soin supplémentaire n'ait été engagée, ni par lui-même, ni par les soignants. Les prises en charge en cabinet libéral subissent également l'effet de l'essentialisation de l'état de santé des patients sans-domicile. Là aussi, les traitements et les soins sont adaptés selon cette représentation, comme si la santé des individus sans-domicile ne pourrait jamais s'améliorer, ce qui induit une forme d'abandon dans le traitement, voire dans le diagnostic qui leur est proposé. Nous avons cherché à savoir si Gabriel modifie ses activités de diagnostic lorsqu'il sait avoir en face de lui un patient sans-domicile, il répond :

---

[32] SIMMEL Georg, *Les pauvres*, *op. cit.*, 1998.

« Pas dans mes activités de diagnostic mais dans la conduite à tenir ! C'est que je sais très bien que… Essayer de lui donner même un traitement… […] Ce qui est difficile, c'est qu'on ne sait pas si ça va être suivi déjà ! Parce que dès qu'il a plus mal, il va s'arrêter, alors qu'il faudrait continuer à traiter… » (Entretien avec Gabriel, médecin généraliste).

Une certaine frustration ressort de son propos, ainsi qu'une incertitude quant à la conduite à adopter face à ces patients rompant la routine à laquelle il est habitué. Il doute de la nécessité de prescrire un traitement car il imagine qu'il ne sera de toute façon pas suivi. Nous lui avons ensuite demandé s'il pense que les personnes sans-domicile consultent au moment qui lui semble opportun en fonction de leur état de santé, il répond :

« Pas du tout ! Non, [la santé] ce n'est pas leur problème ! De toute façon, la moyenne d'âge, ils meurent très tôt ! La moyenne d'âge, je crois qu'on dit que c'est 50 ans… Quand on est largement en deçà des normes des bien portants… Donc vivre beaucoup moins longtemps… Donc, ils ne cherchent pas à vivre longtemps si vous voulez ! Mais à vivre mieux… ! »

Dans sa pratique médicale auprès de patients sans-domicile, il explique orienter les soins vers ce qui permet une amélioration rapide et significative de leurs symptômes aigus sur le court terme plutôt qu'une guérison à long terme, tant celle-ci est perçue comme inatteignable. On retrouve également ici l'empreinte du malentendu sur la santé qui conduit Gabriel à estimer que les personnes vivant dans la rue ne se soucient pas de leur santé. Les conséquences du découragement des professionnels de santé se font ressentir sur la qualité des soins fournis aux individus sans-domicile. Marie Delhaye et Françoise Lotstra ont séparé les carrières professionnelles des soignants en différents stades correspondant à différentes gestions de leur empathie envers les soignés. Les jeunes professionnels de santé sont souvent en difficulté face à des patients souffrants, difficulté qui se transforme par la suite en une « empathie souffrante ». Dans ces conditions, et pour se protéger de leur propre empathie, les soignants choisissent parfois de ne se concentrer que sur l'acte médical et la procédure de soin, c'est-à-dire uniquement sur ce qui a trait au technique, afin de tenir tout ce qui est de l'ordre du relationnel à l'écart :

« [Le soignant] prend de la hauteur ou de la distance sous la pression de son attitude défensive. Il dit qu'il "se blinde", il se veut moins vulnérable. […] Une position de repli émotionnel est adoptée. Le soignant se centre sur l'acte technique, sur la démarche

professionnelle. Il se voile quelque peu la face. Sa relation face à face avec le patient se ramène à l'essentiel. »[33]

La mise à distance de l'empathie et des émotions des soignants se fait grandissante lorsqu'ils sont dans le même temps confrontés à des conditions de travail pénible qui les privent des supports sur lesquels ils pourraient s'appuyer pour se protéger – règles clairement définies, routine professionnelle stable, équipe solidaire. Livrés à eux-mêmes et en proie à leurs propres émotions, les soignants cherchent à s'immuniser de ce qui pourrait les faire souffrir davantage. Le patient sans-domicile, est alors perçu comme difficile à prendre en charge, dans le court terme de la consultation comme dans le long terme de son parcours de soin. Au fur et à mesure de leurs consultations répétées, auxquelles les soignants n'ont pu donner que des réponses aiguës, qu'ils n'estiment pas adaptées dans la plupart des cas, leur épuisement se transforme en un détachement et un désintérêt pour ce type de patients. Alexandre explique :

« À mon avis, les gens qui reviennent souvent ils sont… on prend pas soin d'eux quoi, on va dire, on fait le minimum qui nous est imposé… » (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Les actes imposés correspondent ici aux règles de l'institution hospitalière et aux codes déontologiques des soignants qui les poussent à prendre en charge les patients, dès lors qu'ils ont été admis dans l'enceinte du service d'urgence. Or, les activités relevant du soin sont extrêmement limitées et ne consistent à peu de chose près qu'en l'assurance que ces patients ne décèdent pas dans le service. Leurs constantes sont ainsi surveillées mais les activités de soin et de diagnostic sont réduites au minimum, voire inexistantes. Ces situations se rapprochent de celles qui font se demander à Axel Honneth si une forme de réification existe dans les relations qui lient les individus les uns aux autres. S'il estime qu'une complète réification ne se rencontre pas dans la vie sociale, il montre qu'une forme d'oubli de la reconnaissance apparaît dès lors que « le but d'une action peut se rendre si indépendant par rapport aux motifs qui la constituent que l'attention aux partenaires de cette action s'en trouve affecté. […] La participation à un certain genre de pratique peut conduire à long terme à "oublier" la reconnaissance préalable »[34]. Il ajoute que « des formes fictives de réification dans lesquelles des personnes sont traitées comme si elles

[33] DELHAYE Marie et LOTSTRA Françoise, « Soignants… soignés, un rapport complexe. Une réflexion "chemin faisant" quant au statut émotionnel du soignant », *Cahiers de psychologie clinique*, I (28), 2007, p. 54.
[34] HONNETH Axel, « Réification, connaissance, reconnaissance : quelques malentendus », *Esprit*, 7, 2008, p. 104.

n'étaient que de simples choses ont eu une place toujours grandissante dans l'action humaine »[35]. S'il y a réification de la part des soignants, c'est d'abord pour se protéger de leur propre empathie. Ainsi, lorsque les soignants essentialisent l'état de santé extrêmement abîmé des personnes sans-domicile et ne se concentrent que sur des actes médicaux précis, sans prendre en compte l'individualité et la globalité de leur patient, ils cherchent à continuer leurs actes de soin sans être trop touchés par la situation de face à face avec leur patient. Toutefois, si cette stratégie d'auto-protection semble efficace ponctuellement, elle met en défaut leurs valeurs de soignants et leur éthique du *care*.

4) L'éthique du care malmenée

Les valeurs des soignants se regroupent sous la forme d'une éthique du *care*. Le *care* permet de regrouper sous un seul dénominatif un ensemble de dispositions, d'activités, de conceptions éthiques qui ont toutes en commun d'être tournées vers l'autre. Il implique de reconnaître la vulnérabilité ontologique de l'individu, « car c'est dans la vulnérabilité que réside ce qui motive le Moi à témoigner du *care* pour autrui, puisqu'il est conscient de sa dépendance constitutive »[36]. En se sachant soi-même vulnérable et dépendant, l'individu accepte d'offrir du *care* à l'autre. Il sait en effet qu'il pourrait en avoir besoin, voire qu'il en aura certainement besoin lui-même. Pour élaborer une définition du *care* le plus fidèle possible à la réalité sociale, Joan Tronto avance :

> « La meilleure manière de penser le *care* est sans doute de l'envisager comme pratique. La notion de pratique est complexe ; c'est une alternative aux conceptions du *care* comme principe ou émotion. Désigner le *care* comme une pratique implique qu'il est à la fois pensée et action, que l'une et l'autre sont étroitement liées et orientées vers une certaine fin. »[37]

Les pratiques de *care* englobent donc l'éthique portée par les dispensateurs du *care*, les valeurs qu'ils défendent ainsi que leurs activités résultant de l'application de leurs principes moraux. Dans le cadre des activités de soin, le *care* correspond à la prise en charge du patient dans sa globalité et son individualité : son corps et sa pathologie, mais aussi sa personnalité, sa souffrance, son ressenti présent, son passé et son avenir.

---

[35] *Ibid*., p. 106.
[36] PULCINI Elena, « Donner le *care* », *Revue du MAUSS*, 39 (1), 2012, p. 56.
[37] TRONTO Joan C., « Du *care* », *Revue du MAUSS*, 32 (2), 2008, p. 251.

Cependant, les conditions de travail et le manque de reconnaissance des soignants sont telles, qu'au cours de leurs interactions avec des personnes sans-domicile, leurs valeurs du *care* sont malmenées, voire reléguées au second plan. Leur épuisement professionnel et leur sentiment d'inutilité sont à la fois cause et conséquence de leur essentialisation de l'état de santé abîmé des personnes vivant dans la rue. Quand ils ne se concentrent que sur des actes médicaux, et non plus sur leur patient dans sa globalité, ils mettent en œuvre des pratiques en contradiction avec leur éthique du *care*. Leurs activités effectives ne correspondent plus à leurs valeurs de respect, de compassion, d'écoute et d'authenticité. De nombreux auteurs ont montré sur ce point l'incidence des politiques de gestion hospitalière qui répondent à d'autres logiques que celles des soignants exerçant sur le terrain. Dès lors, les dispositifs de gestion hospitalière contemporaines « non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais elles leur feraient obstacle »[38]. Caroline Cintas évoque le risque de conflit qui se crée par là entre la hiérarchie et les soignants exerçant en première ligne, au contact direct avec les patients :

> « L'encadrement se représente la qualité des soins sous l'angle de l'accréditation et de la démarche qualité dans l'hôpital alors que, pour les soignants, la qualité des soins passe par une plus grande disponibilité et le relationnel avec le patient. Les soignants ont l'impression que les valeurs de l'hôpital et leurs valeurs ne se recoupent pas sur la façon d'exercer le travail. »[39]

Or, les soignants qui ne se sentent pas soutenus par leur hiérarchie, ou voire même qui ont l'impression d'être forcés à agir de manière contraire à leurs propres valeurs et à leur éthique du *care* se retrouvent en grande difficulté au cours de leurs interactions avec les patients et le sens qu'ils donnent à leurs activités disparaît. Il leur est toutefois impossible de se soustraire à l'organisation hospitalière. Les soignants ayant une activité libérale ne se soustraient pas à ces injonctions organisationnelles, eux aussi contraints à des impératifs de rentabilité. Le manque de temps apparaît comme la variable primordiale mettant en difficulté les soignants. Marthe raconte son expérience en tant qu'infirmière dans un service de réanimation qui accueillait les malades en urgences. Nous lui avons demandé si elle estime que l'hôpital est adapté à la prise en charge des patients sans-domicile :

---

[38] CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? », *art. cit.*, 2010, p. 138.
[39] CINTAS Caroline, « "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend… " : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4 (2), 2007, p. 224/225.

> *« Les urgences c'est pas du tout adapté ! Aux urgences tu as les vraies urgences, et après tu dois encore gérer ce genre de trucs. Et comme t'es déjà débordé par les urgences, forcément ce genre de personnes se fait maltraiter, et ça moi je l'ai connu […] dans un service de réanimation où on ne savait plus où mettre les malades : on en avait parterre, on en avait sur des brancards, on en avait partout ! Et avec ça on te ramenait encore toutes les urgences, toutes les tentatives de suicide… tu pouvais avoir trois malades dans le couloir, deux que tu réanimais en même temps, dans le couloir ! […] On est toutes parties de ce service parce que c'était le bordel et moi je suis allée en… J'étais d'ailleurs une des dernières à travailler parce que pratiquement tout le monde s'est mis en congé de maladie »* (Entretien avec Marthe, cadre de santé).

Les soignants sont démunis face à des conditions de travail qui leur imposent d'effectuer un tri entre les patients auxquels ils consacreront plus ou moins de temps en fonction de l'urgence médicale dans laquelle ils se trouvent et sans pouvoir prendre en compte leur détresse psychologique. Les propos de Marthe montrent que ces situations ne sont pas acceptables pour les soignants et qu'ils préfèrent alors se retirer de ses services, soit par la mutation soit par l'arrêt maladie. Dans la perspective organisationnelle des soins, les patients sans-domicile endossent le rôle du mauvais patient car leurs pathologies ne correspondent que rarement à ce que les soignants définissent comme des urgences médicales. Ils leur prennent ainsi beaucoup de leur temps qu'ils préféreraient utiliser pour prendre en charge d'autres patients en danger immédiat. La plupart du temps pourtant, les soignants s'appuient sur leurs valeurs pour refuser cet étiquetage de bon ou de mauvais patient. Toutefois, alors que les contraintes organisationnelles les poussent vers une déshumanisation de leurs rapports aux patients, cet étiquetage leur permet de se dédouaner de cette responsabilité. Christiana Maslach et Susan Jackson précisent :

> « Parmi les professionnels de santé, il n'est pas rare de percevoir certaines personnes comme des "mauvais patients", à l'instar de celles qui se plaignent ou sollicitent les soignants constamment, qui ne suivent pas leurs instructions, qui violent les règles de l'hôpital ou font perdre leur temps aux praticiens. En pointant vers elles un doigt accusateur, les professionnels de santé peuvent développer une hostilité et un ressentiment à leur égard. La justification morale d'une relation déshumanisée avec les patients devient alors plus facile une fois qu'il est évident que ce sont eux le "problème". »[40]

Donner une étiquette de mauvais patients, à ceux qui mettent en difficulté les soignants, permet à ces derniers d'accepter plus facilement la déshumanisation de la relation qui s'instaure. D'un côté, elle est très mal vécue par les personnes vivant dans la

[40] MASLACH Christina et JACKSON Susan E., « Burnout in health professions: a social psychological analysis », *art. cit.*, 1982, (Traduction L.C.).

rue qui se sentent délaissées, non-respectées, infantilisées, voire maltraitées. D'un autre côté, le *care* n'est pas toujours bien vécu non plus, car il reflète une forme de dépendance envers autrui. Joan Tronto a développé l'idée que la résistance au *care* peut s'expliquer par la volonté de résister à cette dépendance. Recevoir du *care* renvoie à la perte d'autonomie, de pouvoir ou de capacités et au regard parfois pitoyable de l'autre envers soi[41]. Les individus sans-domicile cherchent justement à éviter ce type de relations, pour ne pas être considérés, une nouvelle fois, comme inférieurs. Ils renoncent aux soins ou refusent qu'un soignant prenne soin d'eux afin d'éviter toute définition d'eux-mêmes par la négative, comme quelqu'un qui ne peut se prendre en charge indépendamment. Leur demande de soin est alors sibylline pour les soignants et cette ambivalence les pousse à devoir déchiffrer les attentes des individus sans-domicile, tandis que leur temps et leur disponibilité sont déjà très limités. Les soignants rencontrés sont largement conscients de cette situation et font face à une forme de « souffrance éthique »[42], puisque leurs actions effectives ne correspondent plus au sens qu'ils leur donnaient initialement. Marthe résume :

> *« Il faut se dire que les infirmières aussi elles étaient en grande souffrance par rapport à ça ! Parce qu'on devait laisser des gens dans des situations comme ça ! Qu'on pouvait pas s'en occuper comme on voudrait mais on n'avait pas le choix ! Et y'a des infirmières qui en souffrait beaucoup de ça… »* (Entretien avec Marthe, cadre de santé).

Un fossé se creuse entre la réalité de leur exercice professionnel et leur éthique, car leurs conditions de travail ne leur offrent pas la possibilité de faire concorder leurs activités à leurs valeurs de soignants. Les propos d'Alexandre mettent en lumière la manière dont les soignants étiquettent les patients sans-domicile, et assignent aux patients la responsabilité de cet étiquetage :

> *« Le principal problème, quand y'a un clochard qui arrive… […] Si [l'infirmier d'accueil] dit "c'est un bourré", ben déjà tu catégorises quoi, déjà c'est pas bien. Et c'est vrai que normalement on n'est pas là pour juger, on est juste là pour dire "ben voilà, y'a eu une intoxication éthylique" et puis être le plus neutre possible, être objectif et puis pas… mais au bout d'un moment c'est extrêmement dur de rester objectif et de rester… t'as une intoxication éthylique, tu vas le surveiller, tu vas surveiller sa conscience tous les tant d'heures, tu vas le laver s'il s'est oublié ou pas, et de rester comme ça c'est extrêmement dur quand tu sais que c'est la X^{ème} fois que Monsieur X… c'est extrêmement dur de rester impartial… »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

---

[41] TRONTO Joan, « Du *care* », *art. cit.*, 2008.
[42] DEJOURS Christophe, *Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.

Hélène Marche indique que « la relation de soin s'accompagne souvent d'un jugement des médecins et soignants sur la responsabilité du patient vis-à-vis de sa propre santé, qui entre en tension avec la qualification de sa vulnérabilité »[43]. Alors même que les patients sans-domicile sont vus par les soignants comme particulièrement fragiles et vulnérables, il leur est difficile de ne pas les tenir pour responsables de leur état de santé extrêmement dégradé. Les soignants sont ainsi pris dans les mailles d'importantes difficultés à traduire leurs valeurs de soignants en actes de soin. Il en ressort une importante souffrance, exprimée plus ou moins ouvertement, mais qui semble faire surface dès lors que les routines prévisibles permettant d'assurer leur sécurité ontologique dans leurs activités quotidiennes sont perturbées, que ce soit par des contraintes organisationnelles trop lourdes, des patients qu'ils sont dans l'impossibilité de prendre en charge, ou les deux parallèlement. Le patient sans-domicile apparaît aux yeux des soignants comme une difficulté supplémentaire, venant s'ajouter à la liste de celles qu'ils n'arrivent pas à dépasser, et cristallise les ressentiments des professionnels de santé.

[43] MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *op. cit.*, 2014, p. 219.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Soignants et soignés sans-domicile expérimentent tous deux un certain manque de reconnaissance. Bien sûr, une nuance peut être apportée dans la mise en parallèle de ces situations puisqu'elles ont trait, pour les uns, à la survie sans hébergement personnel, et pour les autres, à leurs conditions de travail. Cependant, leurs vulnérabilités respectives fragilisent leurs identités. Elles sont exacerbées au cours de leurs interactions et leurs interactions en pâtissent. Quand la carrière de survie des individus sans-domicile les confronte au danger de l'abandon de soi et que les soignants se sentent inutiles, que leurs valeurs et leur éthique sont mises en péril, il devient épineux de créer une relation sereine et de confiance. Pourtant, la relation soignant-soigné est déterminante pour la prise en charge médicale des patients dans des conditions optimales, ce qui est exprimé aussi bien par le personnel de santé que par les patients sans-domicile. Cette relation représente le socle sur lequel se fondent les routines du soin. Anthony Giddens a mis en lumière en quoi l'entretien de la routine est nécessaire à la conservation de la sécurité ontologique des acteurs, sécurité qui n'est ici assurée pour aucun d'entre eux.

Axel Honneth précise que lorsque des interactions se forgent autour d'un déni de reconnaissance, voire d'une attitude réifiante, aucune action ponctuelle d'un individu ne pourrait suffire à modifier la manière dont les interactants refusent de s'accorder de la reconnaissance, « il faut plutôt que s'installe une routine durable, car seule l'habituation dérivant de la routine possède la force suffisante pour désarmer l'attitude de reconnaissance préalablement adoptée »[44]. La routine de l'interaction sert donc doublement : elle transforme les relations de reconnaissance d'une part, et entretient la sécurité ontologique des individus d'autre part. Sans sentiment de sécurité, il ne peut y avoir de confiance, ce qui laisse place à la défiance, c'est-à-dire à :

> « Un afflux d'inquiétude existentielle prenant la forme de sentiments douloureux de confusion et de trahison, assortis de suspicion et d'hostilité. […] Le terme "défiance" est le plus approprié lorsqu'on parle de la relation d'un agent à un système, individu, ou type

[44] HONNETH Axel, « Réification, connaissance, reconnaissance », *art. cit.*, 2008, p. 106.

> d'individu, donné. […] Si une confiance de base n'est pas développée, ou si son ambivalence inhérente n'est pas contenue, on obtient une anxiété existentielle persistante. »[45]

L'inquiétude, la défiance et l'anxiété existentielle qui en résultent, provoquent des attitudes défensives, dans les conduites à la fois des personnes sans-domicile et des professionnels de santé. Afin de se protéger au cours de leurs interactions, différentes stratégies sont développées. Il s'agit notamment d'une forme d'interaction-écran, au sein de laquelle la méfiance, l'évitement mutuel et le secret font place à la négociation. Ces pratiques ont vocation à maintenir l'interaction de soin tout en empêchant une relation inter-individuelle plus approfondie de se créer. Lorsque des conflits apparaissent, ces derniers prennent la forme d'un rejet de l'autre.

[45] GIDDENS Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 105/106.

CHAPITRE VI

L'EVITEMENT DE LA RELATION, LE REJET MUTUEL & LE CONFLIT

Les malentendus marquent les interactions futures d'une empreinte conflictuelle. Celle-ci est surmontée, dans la plupart des cas, grâce à l'établissement d'une relation inter-subjective que nous examinons dans ce chapitre ainsi que dans les chapitres suivants. Nonobstant, il peut advenir que la dynamique conflictuelle engendrée de la sorte ne s'estompe jamais et qu'au contraire elle se renforce au cours des interactions futures. Comme le mentionne Georg Simmel :

> « Quand une unification, d'où qu'elle vienne, n'est pas capable de vaincre un antagonisme, elle ne le laisse pas dans le *statu quo*, mais l'aggrave, comme dans tous les domaines où un contraste ressort plus fortement et plus consciemment dans la mesure où les côtés opposés se rapprochent. »[1]

Au cours des interactions de soin, les contrastes entre les représentations des individus sans-domicile et des soignants se font saillants et renforcent leurs vulnérabilités respectives. Le présent chapitre met en lumière les conséquences extrêmes des malentendus et des difficultés de négociation entre soignants et soignés sans-domicile, qui correspondent aux situations au cours desquelles leurs antagonismes s'amplifient. Lors de ces situations d'interaction, qui restent toutefois largement minoritaires parmi celles qui ont été observées, les incompréhensions entre soignants et soignés sans-domicile sont telles qu'elles empêchent toute relation de s'établir entre eux. Leurs malentendus se cristallisent et deviennent insurmontables. C'est alors que leurs interactions risquent d'évoluer de manière conflictuelle et, si le conflit est évité dans la plupart des cas, un rejet mutuel s'instaure, rendant les activités et les relations de soin délicates. Ces conséquences

[1] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 172.

extrêmes empêchent toute forme de négociation ou de compromis dans l'interaction de soin.

I) L'impossible relation de soin

Afin qu'une relation puisse se créer entre les individus, ces derniers ont besoin de détenir sur l'autre certaines informations. Georg Simmel a montré que, pour dès l'entrée en relation, les individus ont besoin d'informations réciproques, de savoir à qui ils ont affaire. Il s'opère alors une relation circulaire entre, d'une part, la représentation que les individus élaborent de leur interlocuteur, qui influence la manière dont ils se conduisent avec lui ; et d'autre part, la façon dont ils réagissent l'un par rapport à l'autre modifie en leurs représentations. Georg Simmel résume ainsi ce processus :

> « Toute relation entre les hommes fait naître dans l'un une image de l'autre, et il est clair qu'il y a entre celle-ci et cette relation réelle des actions réciproques : d'un côté, cette relation réelle crée les conditions qui font que la représentation de l'un par l'autre prend tel ou tel aspect, et possède une vérité légitime pour ce cas précis ; et d'un autre côté, l'action réciproque réelle des individus se fonde sur l'image qu'ils se font les uns des autres. »[2]

Les malentendus auxquels sont confrontés les individus sans-domicile et les soignants ont pour conséquence de gripper ce processus circulaire en compliquant la création d'une relation inter-individuelle, voire en l'empêchant. En effet, les informations qu'ils recueillent sur leurs interactants sont souvent erronées, du fait de leurs incompréhensions, et ils interprètent ainsi maladroitement leurs attitudes. Ils construisent de la sorte une représentation de l'autre qui ne correspond pas à l'image que celui-ci souhaiterait leur transmettre. Leurs attitudes et réactions risquent alors d'être inadaptées, dans l'impossibilité de se conformer à celle attendue par leur interlocuteur, cette dernière ayant été mal interprétée.

[2] *Ibid*., p. 349.

1) De la cristallisation des malentendus à la méfiance

En reprenant le schéma circulaire de pensée décrit par Georg Simmel à propos de la création des relations entre individus, s'éclaire la manière dont les malentendus vont se cristalliser alors que la relation entre soignants et soignés sans-domicile peine à se tisser. Les représentations erronées que les médecins et infirmiers se font des personnes vivant dans la rue proviennent des malentendus qui jalonnent leurs interactions ; de même, leurs malentendus résultent de leurs représentations erronées. Et *vice-versa* à propos des représentations des individus sans-domicile sur le personnel soignant. Georg Simmel précise que l'« on construit une unité de la personne à partir des fragments qui seuls nous permettent d'avoir accès à l'autre : cette unité dépend donc de la partie de lui que notre point de vue nous permet d'apercevoir »[3]. Or, au cours des situations d'interactions que nous souhaitons analyser ici, les points de vue des uns sur les autres subissent une distorsion issue de leurs malentendus. L'image qu'ils se créent de l'autre est compromise par les expériences désagréables antérieures au cours d'interaction de soin. Dans la typologie du malentendu établie par Vladimir Jankélévitch, les doubles malentendus correspondent aux interactions au cours desquelles les individus n'arrivent plus à dépasser leurs malentendus, d'abord parce qu'ils n'en sont pas même conscients : « l'auditeur a mal compris alors que son interlocuteur se croit bien compris ; dans la mesure où il ne remarque pas la méprise, ce dernier se méprend donc aussi »[4]. Le double malentendu amène les acteurs à ne pas se comprendre, mais également, et c'est en cela qu'il est doublé, à l'impossibilité de réaliser qu'ils ne se sont pas entendus. Les attitudes de l'autre sont alors toujours mal interprétées, tant ils sont empêtrés dans leurs propres représentations, incapables d'adopter un point de vue différent. Lorsqu'au moins l'une des parties en présence réalise qu'il y a incompréhension, que la tension créée au cours de l'interaction provient du fait qu'elles ne se sont pas comprises, une démarche de résolution du malentendu peut être entamée relativement facilement. Or, quand le malentendu reste invisible à la conscience des interactants, cette démarche devient évidemment bien plus complexe. Pour Franco La Cecla :

> « C'est le cas de la mécompréhension pure et simple. Deux sujets s'affrontent qui n'ont pas compris qu'ils ne se sont pas compris. Personne n'est là pour le leur dire, pour le leur faire

[3] *Ibid*., p. 348.
[4] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 212.

> remarquer. Ils sont empêtrés dans un rapport qui les renvoie constamment à une équivoque. Dans bien des cas on ne sort plus d'une telle situation. »[5]

Personne ne fait de pas vers l'autre pour s'expliquer. Au contraire, les malentendus qu'ils ignorent se cristallisent dans les représentations qu'ils entretiennent les uns à l'égard des autres. En ne comprenant pas qu'ils ne se sont pas compris, ils créent entre eux une frontière qui peut leur paraître insurmontable et leur donne le sentiment qu'ils ne pourront jamais avoir de relation favorable au soin et à l'échange de reconnaissance. Une conséquence du double malentendu entre soignants et soignés sans-domicile est l'instauration d'une méfiance mutuelle. Quand ils n'arrivent pas à se comprendre, et n'ont pas même conscience qu'ils ne sont comprennent pas, ils tendent à imputer à l'autre la responsabilité des tensions qu'ils vivent au sein de leurs interactions. En cherchant à donner un sens aux tensions qu'ils subissent, sans arriver à les identifier comme provenant de malentendus, la réaction la plus commune est d'imaginer que la personne à qui ils ont affaire refuse le soin d'après les soignants, ou refuse de les soigner d'après les individus sans-domicile. La relation à l'altérité entre ici en jeu car comme le montre Mohamed Ouardani :

> « Il faut dire que c'est très souvent (pour ne pas dire toujours) la différence chez l'autre qui est à expliquer et rarement notre propre différence par rapport à l'autre. Et il est très fréquent que la recherche d'explication soit d'autant plus arbitraire que les différences des autres apparaissent à nos yeux si incongrues. »[6]

Ce sont dans notre cas les malentendus sur le corps, la santé et le temps, qui donnent ce sentiment d'incongruité, tant les rapports au corps, à la santé et au temps ont un caractère évident pour l'individu. Leurs incompréhensions leurs apparaissent insurmontables et renforcent la méfiance réciproque entre soignants et soignés sans-domicile. Le sentiment de méfiance a des conséquences néfastes sur le soin, car la confiance mutuelle, entre le médecin ou l'infirmier et son patient, est une prémisse nécessaire à la relation de soin. Et la relation est elle-même indispensable au soin. L'absence de confiance entre soignants et soignés sans-domicile risque d'avoir des conséquences délétères sur le soin, comme le montre Monique Membrado :

---

[5] LA CECLA Franco, *Le malentendu*, *op. cit.*, 2002, p. 22.
[6] OUARDANI Mohamed, « L'altérité ou l'histoire de la poutre et de l'écharde. Réflexions autour des manières de considérer l'autre », *Revue des Sciences Sociales*, 42, 2009, p. 99.

> « Un défaut de confiance à l'égard du patient s'accompagne pour le médecin d'un manque de bienveillance. C'est un jugement d'incompétence qui est porté sur le patient et qui se met en scène soit dans une trop grande asymétrie des savoirs, soit dans une trop grande indépendance du patient. »[7]

La situation de Tigran permet de mettre en exergue les risques d'asymétrie des savoirs et de trop grande indépendance donnée au patient, qui se retrouve alors dans une situation d'inquiétude par rapport à sa pathologie et à son suivi médical. Un après-midi, au centre d'hébergement médicalisé, Tigran, très inquiet, nous demande des explications quant aux documents qui lui ont été remis à propos des dernières analyses relatives à son cancer de la prostate. Les documents qu'il nous fournit datent de cinq mois. Il nous raconte que lors de son dernier rendez-vous, il n'a pas compris ce que lui annonçait le médecin : Tigran est suivi pour son cancer de la prostate mais le spécialiste évoquait des analyses au niveau de la vessie. Il est donc inquiet de savoir si le cancer s'est propagé. Son inquiétude est amplifiée par l'apparition d'un nouveau symptôme, en effet, il nous indique que depuis quelques jours, il a du sang dans les urines. Le médecin évoquait une possible biopsie, d'après ce que Tigran a compris de leurs échanges, mais ce dernier ne sait pas quel organe serait visé par la biopsie. Tigran est arménien et espérait que nous comprendrions mieux que lui les documents qui lui ont été remis, grâce à notre maîtrise du français. Or, il n'en était rien, tant les comptes-rendus médicaux sont sibyllins aux yeux des profanes. Nous décidons alors de joindre directement par téléphone le médecin spécialiste. Lorsque l'oncologue apprend la raison de notre appel, il annonce immédiatement :

> *« Ah mais si ! Il a eu toutes les infos, je lui ai donné les comptes-rendus médicaux pour qu'il se les fasse traduire. Bon, c'est du langage médical alors même en français ce n'est peut-être pas bien clair mais il a tous les documents ! Je ne vois pas le problème ! »*

Nous lui indiquons alors que le contenu de ces documents est obscur, comme il le sous-entend lui-même, et il finit par prendre le temps de nous expliquer plus précisément et en des termes accessibles la situation du cancer de Tigran. Bien sûr, le malentendu entre l'oncologue et son patient est ici accentué par la barrière linguistique qui ajoute une difficulté supplémentaire à leur inter-compréhension. Mais au-delà de cette barrière pratique, un malentendu plus latent peut être identifié. Alors que Tigran attendait des

---

[7] MEMBRADO Monique, « La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 61.

informations précises de son médecin, ce dernier a estimé que la transmission des comptes-rendus médicaux était suffisante. Il a étendu la non-compréhension de la langue française de son patient à son incompréhension de sa situation médicale. Il nous a en effet annoncé être surpris de la précision des informations que Tigran a été capable de nous partager. Le médecin spécialiste ne savait pas son patient aussi concerné par son cancer ni aussi volontaire pour comprendre les différentes étapes du diagnostic et du traitement. Il imaginait plutôt Tigran passif dans son suivi médical, comme l'attitude de son patient pouvait le laisser à penser. Au contraire, Tigran était très attentif au cours de ces entretiens et cherchait à comprendre tout ce qui y était dit, mais n'était pas en mesure de répondre ou de poser des questions, ce qui donne une impression de passivité. De son côté, Tigran était insatisfait de son suivi médical car les informations qu'ils réussissaient à obtenir ne faisaient que l'inquiéter, n'ayant pas tous les éléments pour comprendre dans leur entièreté les informations échangées. Il entendait les mots « vessie », « prostate », « biopsie », « métastase », sans savoir en quoi ils étaient ou non liés. De plus, son inquiétude était redoublée depuis l'apparition de son nouveau symptôme et il avait mal-interprété l'attitude du médecin : au cours de leur dernier entretien, lorsque Tigran a évoqué son nouveau symptôme, il a interprété l'apparente indifférence du médecin comme un manque d'intérêt pour son cas. Pourtant, le médecin n'était pas négligent envers son patient, mais il n'était pas non plus inquiet car, comme il l'a expliqué au cours de notre échange téléphonique, il s'agit là d'un effet secondaire habituel du traitement suivi par Tigran. La simple intervention d'un tiers a ici permis de dépasser leur double malentendu : le médecin pensait à tort que Tigran ne s'inquiétait pas de sa santé et ce dernier imaginait à faux que l'oncologue n'avait cure de son cas. Alors que l'un pensait que l'autre ne cherchait pas à se faire soigner, le second pensait que le premier était réticent à le prendre en charge. Chacun attribuait à la conduite de l'autre les tensions qui commençaient à naître dans leur relation. Le médecin a pu obtenir davantage d'informations sur les conditions réelles de vie de son patient et Tigran est rassuré de savoir que le suivi de son oncologue est consciencieux. La méfiance est dépassée, alors qu'au cours de leurs dernières rencontres, leurs malentendus et la méfiance réciproque qui s'instauraient créaient une forme de malaise, qui se cristallisait sous forme de tensions et aurait pu aboutir à une situation conflictuelle. Si la méfiance et le double malentendu ont été facilement désamorcés dans la situation précédente, il convient de chercher à analyser également les situations d'interaction où ceux-ci ne sont pas identifiés, et ainsi pas non plus dépassés. Vladimir Jankélévitch mentionne en effet à quel point il est difficile pour les individus de sortir de cette situation

de malentendu tant que les individus n'en ont pas conscience. Il s'agit d'une « stérile pseudo-relation, […] personne ne connaîtra peut-être la vérité »[8]. Les représentations erronées qu'ils construisent à propos de l'autre les amènent en effet à une perte de la confiance réciproque et la méfiance laisse place à des formes d'évitement de la relation, afin de s'en protéger.

2) L'évitement de la relation de soin

Les situations d'interaction où un conflit ouvert éclate entre soignants et soignés sans-domicile restent minoritaires. Mais si les violences verbales et physiques sont rares, il est bien plus fréquent d'observer des situations au cours desquelles les malentendus cristallisés sont tenus à distance par une forme d'évitement de la relation de soin. Les interactions de soin continuent ainsi à avoir lieu alors que dans le même mouvement, les interactants regorgent d'habilités pour ne pas entrer en relation. Il est difficile pour les deux parties d'éviter entièrement toute interaction : les personnes sans-domicile en demande de soins ou de traitements n'ont d'autre choix que de s'adresser à des soignants, même lorsqu'elles souhaiteraient s'y soustraire, car elles n'ont pas d'autres moyens à leur disposition pour obtenir une assistance médicale. Les individus vivant dans la rue sont aussi parfois contraints d'interagir avec des soignants, même contre leur gré, notamment lorsqu'ils sont amenés à l'hôpital par les pompiers ou les policiers, ce qui arrive généralement au cours d'épisodes d'alcoolisation aiguë. Dans ces cas, les soignants des services des urgences se trouvent également contraints de les prendre en charge, ou d'au moins surveiller leurs constantes vitales, car malgré leur éventuelle résistance à interagir avec ces patients, la responsabilité de leur état de santé leur incombe à partir du moment où ils entrent dans le service. Au cours de situations de soin plus ordinaires, nous n'avons jamais observé de soignant refuser ouvertement un patient sans-domicile, bien que des réticences se fassent sentir de manière récurrente. Toutefois, des personnes vivant dans la rue ainsi que des soignants engagés dans le soin des personnes les plus précaires nous ont raconté à plusieurs reprises sur le terrain des situations de refus de soin manifeste où le médecin, l'infirmier, le service hospitalier ou la structure de soin refusaient catégoriquement des patients sans-domicile, sans autre raison explicite que leur vie à la

[8] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 212.

rue, voire en affirmant ostensiblement qu'il s'agissait bien de la raison de leur refus. Nous avons cherché à mener des observations dans ces lieux et à rencontrer ces praticiens mais nos démarches sont restées vaines. Si nous n'avons pu recueillir leurs discours ni observer ce qui se passe dans ces services, leur refus net de participer à une étude peut néanmoins être analysé comme la preuve d'un malaise.

Leurs interactions ne pouvant pas être complètement contournées, médecins, infirmiers et personnes vivant dans la rue développent des stratégies d'évitement de la relation de soin afin de se protéger au cours de leurs interactions. Pour Anthony Giddens, il existe en effet une nuance importante entre interaction sociale et relation sociale :

> « L'interaction dépend du "positionnement" des personnes dans des contextes spatio-temporelles d'activité alors que les relations sociales concernent le "positionnement" des personnes dans un "espace social" de catégories et de liens symboliques. »[9]

L'interaction sociale correspond de la sorte aux moments de co-présence dans le même espace-temps, dans le même cadre d'interaction, de deux ou plusieurs individus. La relation sociale englobe quant à elle la reproduction d'un système de catégories et de liens symboliques. Elle suppose notamment l'échange d'informations personnelles et de reconnaissance réciproque, mais également que les interactants apprennent à se connaître inter-subjectivement et qu'une confiance réciproque s'instaure entre eux. Mais lors des interactions entre soignants et soignés sans-domicile qui comportent une marque conflictuelle, tout se passe comme s'il s'agissait exactement de ce qu'ils cherchent à éviter : alors qu'ils continuent à interagir, ils esquivent la relation de soin. Chacun cherche à remplir son objectif propre tout en évitant au maximum l'entrée en relation. Ils se dérobent pour ne pas avoir à donner de profondeur à leur interaction et se cantonnent à un échange de surface. Il s'agit là d'une stratégie de protection de soi, de l'identité et de l'image que l'individu souhaite transmettre aux autres. Cette stratégie permet d'éviter la rupture de l'interaction ainsi maintenue et permet même d'effectuer des actes de soin de base. L'objectif principal de ces interactions est d'être soigné pour les personnes sans-domicile et de soigner pour les médecins et infirmiers. Mais au lieu de chercher à mettre en place une relation de soin, comme c'est le cas habituellement, l'accent est porté uniquement sur les actes de soin dans le cadre spatio-temporel d'interaction précis qu'ils partagent. Ils se concentrent alors sur cette dimension afin de protéger leurs identités

[9] GIDDENS Anthony, *La constitution de la société*, *op. cit.*, 2012, p. 140.

virtuelles et réelles mais sans chercher pour autant à améliorer la représentation d'eux qu'a l'autre.

Pour mener à bien ces stratégies, tout en remplissant malgré tout leurs objectifs de soin, les individus mettent en œuvre différentes pratiques qui prennent généralement la forme de rétention d'informations. Les informations qui seront ou non échangées dans l'interaction de soin dépendent à la fois de ce que le patient sait de sa propre condition médicale et des informations auxquelles a déjà eu accès le soignant à qui il a affaire. La situation d'interaction et le cours qu'elle va prendre entrent également en jeu et influencent, au fur et à mesure, la manière dont les individus vont se transmettre ou non des informations. Les patients qui souhaitent éviter la relation de soin vont en effet transmettre le moins d'éléments possibles au soignant afin d'éviter de se mettre à nu et de garder le maximum de contrôle possible sur l'interaction en cours. Cette conduite leur permet à la fois d'obtenir les soins qu'ils estiment nécessaires tout en se protégeant d'une interaction jugée potentiellement préjudiciable. Cependant, les individus soignés ne maîtrisent pas le savoir médical et se mettent parfois en danger en ne répondant pas aux questions des soignants, ou en leur transmettant, consciemment ou non, des informations parcellaires. Les soignants qui cherchent à éviter la relation de soin avec leurs patients sans-domicile réduisent quant à eux la quantité d'informations qu'ils cherchent habituellement à obtenir en abandonnant leur interrogatoire lorsqu'ils se confrontent aux premières difficultés – tensions, agressivité ou refus de répondre aux questions notamment. Or, le manque d'informations s'avère généralement dommageable pour les deux parties : le patient encoure le risque de ne pas bénéficier des soins les plus adaptés à sa situation s'il camoufle tout ou partie de ses antécédents médicaux ou des informations concernant son état de santé ; et le soignant, en tant que responsable des soins de ses patients, s'expose au danger de ne pas fournir la réponse appropriée à la situation médicale du patient. Ses valeurs et son éthique personnelles sont également menacées et il risque une perte de crédit auprès de ses patients ou de ses collègues.

La situation d'Arnaud met en lumière l'évitement de la relation de soin. Il porte une sonde urinaire depuis plus d'un an alors que celle-ci lui avait été initialement posée pour quelques mois seulement. Arnaud est allé consulter à l'hôpital car sa sonde était bouchée et fuyait, n'ayant pas été changée pendant une trop longue période. Les soignants ont alors décidé de programmer l'opération pour lui enlever la sonde, mais une bactérie présente

dans son sang retarde l'intervention. C'est ainsi qu'il a été admis au centre d'hébergement médicalisé, afin d'y suivre un traitement antibiotique qui permettra d'éliminer cette bactérie et de procéder ensuite à l'opération. Ce qui est particulièrement intéressant ici, c'est qu'au cours de l'année où il a porté sa sonde urinaire, il consultait fréquemment son médecin généraliste pour obtenir le traitement que lui impose son insuffisance cardiaque. De plus, l'infirmier de la structure où il était précédemment pris en charge changeait régulièrement la sonde – environ toutes les trois semaines. Arnaud a également été incarcéré au cours de cette période et a consulté le médecin de la prison pour ses problèmes cardiaques. Au surplus, il raconte plusieurs épisodes d'hospitalisation dans des services d'urgences, pour des motifs variés mais majoritairement liés à des plaies suite à des bagarres ou à des chutes alors qu'il était alcoolisé. Malgré ces multiples interactions de soin, aucun des soignants n'a enclenché de démarche de soins pour enlever la sonde urinaire d'Arnaud. Il raconte à propos de sa sonde :

> *« Arnaud : j'ai raté des rendez-vous… on m'a dit "ça fait déjà plus d'un an que vous deviez être opéré !" maintenant c'est la dernière limite… […] Faut le faire, autrement c'est catastrophe ! Catastrophe pour la santé et pour moi ! […] Sinon je trinque… parce que ça s'est empiré !*
>
> *L : vous ne pensiez pas que ça allait empirer ?*
>
> *A : non, je pensais que je passerai au travers ! Mais je passe pas au travers… on est pas sur-humain hein… on est fait de chair et de sang et… si y'a un truc qui fonctionne pas… tout part en live, tout part de travers… Après ça fait des douleurs, ça fait… douleurs, complications… »* (Entretien avec Arnaud).

Comme Arnaud le dit lui-même, il cherchait à « *passer au travers* » au cours des différentes interactions de soin qu'il a survolées. Celles-ci lui ont permis d'obtenir ce qu'il souhaitait au moment de l'interaction – bandages, traitement pour le cœur, et même changement de sa sonde – mais les multiples soignants qu'il a rencontré ne semblent pas s'être préoccupés de la prise en charge de sa sonde urinaire sur le plus long terme, les actes de soin n'étaient que ponctuels. Malgré ses interactions de soin répétées, il a toujours réussi à éviter la création d'une relation de soin plus poussée qui aurait certainement entraîné une intervention anticipée sur sa sonde : une relation de soin aurait certainement poussé le professionnel de santé à vouloir comprendre pourquoi avait-on posé cette sonde à son patient et pour quelle durée. En naviguant de la sorte en superficie au cours de ses différentes interactions de soin, il a pu éviter pendant un temps l'opération qu'il redoutait, jusqu'à ce que la situation devienne dangereuse pour sa santé. On peut également supposer

que les soignants étaient conscients de son nomadisme médical et chacun pensait qu'un autre praticien le suivait pour son problème urologique, ce qui leur a permis de se libérer de la responsabilité de ce soin, tout en imaginant, en toute bonne foi, que Arnaud était correctement pris en charge.

3) Le secret

L'évitement de la relation de soin passe par l'entretien d'un certain secret dans l'interaction entre soignant et soigné sans-domicile. Dans la situation d'Arnaud décrite plus haut, il échappe à l'intervention chirurgicale en entretenant des relations superficielles avec les soignants qu'ils rencontrent, centrées uniquement sur un but précis – renouvellement d'ordonnance, soin d'une plaie… – sans évoquer sa sonde urinaire, de peur que le soignant veuille en savoir plus, secret qui lui a permis de garder le contrôle et de retarder l'opération tant redoutée. Georg Simmel a montré comment les interactions entre individus ne se forgent qu'à partir d'une connaissance de l'autre. Bien que celle-ci puisse être plus ou moins sporadique, plus ou moins vraie, évoluant selon des variables nombreuses, elle n'en reste pas moins nécessaire pour entrer en relation. L'interaction se construit alors autour d'une discrétion qui s'articule ainsi :

> « Fondamentalement, il ne s'agit donc pas d'une *chose bien définie* que l'on n'aurait pas le droit de savoir, mais de la réserve tout à fait générale que l'on exerce à l'égard de la personne tout entière, et d'une forme particulière de l'opposition typique des impératifs : tout ce qui n'est pas interdit est permis, et tout ce qui n'est pas permis est interdit. C'est ainsi que les relations entre les hommes se départagent sur la question du savoir réciproque : tout ce qui n'est pas dissimulé peut être connu, et tout ce qui n'est pas révélé ne doit pas non plus être connu. »[10]

Il naît de la discrétion une opposition et une oscillation constantes entre ce qui va être dévoilé ou non au cours de l'interaction. Cependant la discrétion prend une dimension particulière dans l'interaction de soin car l'intimité y est réduite. En effet, les soignants nécessitent d'accéder, pour exercer leur profession, à des informations personnelles et intimes que leurs patients préfèreraient voir rester secrètes. La discrétion et les différents niveaux de partage ou de dissimulation d'informations débouchent sur différentes formes

[10] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 358.

d'interaction au cours desquelles les individus se dévoilent plus ou moins. Simmel continue son argumentation :

> « Toutes ces combinaisons sont définies sociologiquement par le fait que chacun reconnaît dans une certaine mesure le secret de l'autre, et que ce que l'on dissimule, intentionnellement ou non, est respecté, intentionnellement ou non. Mais l'intention de dissimuler prend une tout autre intensité dès qu'elle est confrontée à l'intention de dévoiler. On voit alors apparaître cette tendance à cacher et à masquer, cette défense quasi agressive contre les tiers, qu'on appelle le secret proprement dit. »[11]

Ainsi, lorsque les individus cherchent délibérément à cacher des informations qu'un tiers essaie de révéler, il ne s'agit plus de discrétion mais de secret. Nous avons accompagné Jérôme, alors résident du centre d'hébergement, à un rendez-vous dentaire dont l'objectif était de préparer une intervention chirurgicale. Le médecin cherche à remplir un formulaire regroupant les antécédents médicaux du patient afin de le transmettre ensuite à son collègue anesthésiste. Il pose une à une les différentes questions qui composent le document, auxquelles Jérôme répond toujours par la négative, ce qui devrait correspondre à une absence totale d'antécédents médicaux de tout ordre. Or Jérôme a subi un traumatisme crânien suite à un accident de la route qui l'a laissé défiguré : la partie supérieure gauche de son crâne est largement enfoncée et une importante cicatrice traverse son visage, ce qui représente un indice flagrant d'une intervention chirurgicale antérieure. Le médecin reformule certaines questions car les réponses de Jérôme semblent le surprendre, notamment lorsque ce dernier affirme n'avoir jamais subi d'anesthésie auparavant. Cependant, les questions répétées du soignant semblent énerver Jérôme qui répond de plus en plus sèchement et d'un air détaché. Après quelques tentatives, le médecin semble se résigner à accepter les réponses de son patient, bien qu'elles lui apparaissent incongrues. Alors que nous ne sommes pas intervenue dans leur interaction jusqu'alors, nous choisissons d'y prendre part au moment où Jérôme affirme au médecin qu'il ne prend aucun médicament, alors qu'il suit un traitement pour fluidifier son sang, de peur que le défaut d'information puisse ici avoir des conséquences importantes au cours de l'anesthésie et de l'intervention chirurgicale de Jérôme. Ce dernier se contente alors d'acquiescer et le médecin comprend que Jérôme ne détient que peu d'éléments par rapport à sa propre situation médicale, ou qu'il ne souhaite pas les partager. En répondant par la négative aux questions du médecin et en affirmant qu'il ne lui était jamais rien arrivé,

[11] *Ibid*., p. 366.

Jérôme cherchait à échanger le moins de contenu possible dans l'interaction afin de se protéger des conséquences néfastes qu'elle pourrait avoir pour lui. Alors que le médecin avait compris que quelque chose ne tournait pas rond, il a très vite abandonné son recueil d'informations face à l'agacement que montrait Jérôme pour contenir l'énervement de ce dernier. Le secret de Jérôme se confronte ici à la volonté de le dévoiler du médecin. Parallèlement, la rétention d'informations, plus ou moins volontaire, du patient et la résignation du soignant correspondent aux stratégies qu'ils ont trouvées pour se protéger. Leur interaction aurait pu devenir conflictuelle s'ils ne s'étaient pas tacitement accordés sur l'évitement de la relation, *via* un échange d'informations le plus superficiel possible. Ce faisant, ils remplissent toutefois chacun leur objectif consistant à préparer l'intervention.

Une interaction observée entre Bernard, pris en charge au centre d'hébergement médicalisé, et l'un des médecins consultant dans la structure, montre comment le secret évolue. Il a demandé à consulter le médecin car il ressentait une douleur entre la hanche et le genou qui l'inquiétait. Il exprime son mécontentement lorsque nous lui annonçons qu'un médecin est là pour le voir, mais qu'il ne s'agit pas de celui dont il a l'habitude. Bernard explique qu'il n'aime pas avoir à répéter les mêmes choses à de nombreux médecins différents. Avant de le rencontrer, le soignant a rapidement étudié le dossier médical de Bernard. Lors de la consultation, il lui demande :

> *« Médecin : vous avez de l'artérite, hein ?*
>
> *Bernard : quoi ?*
>
> *M : vous avez les artères un peu bouchées au niveau de la jambe ?*
>
> *B : ah je sais pas moi, mais j'ai mal surtout dans la hanche là et jusqu'au genou, après ça va, j'ai rien ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Bernard cherche ici une réponse immédiate au problème précis qui le tracasse, c'est-à-dire sa douleur à la jambe, et ne souhaite pas échanger d'autres informations sur sa situation médicale. Il se concentre sur la description de ses symptômes en tant que renseignements importants à transmettre au médecin pour qu'il le soigne, tout en gardant le reste secret. Il a vécu de nombreuses années dans des conditions de précarité extrêmes, oscillant entre la rue, les structures d'accueil d'urgence et l'hébergement par des tiers, ce qui a laissé sur sa santé de nombreuses marques. Il souffre de plusieurs pathologies dont il choisit ici de taire l'existence au médecin en se concentrant uniquement sur la partie de sa

jambe qui le fait souffrir. Il est également possible de se demander si Bernard est suffisamment au clair sur ses propres pathologies : peut-être n'a-t-il pas compris ce qu'est l'artérite et ainsi ne voit-il pas le lien identifié par le médecin entre cette affection et sa douleur actuelle. En se dérobant lorsque le médecin lui demande s'il souffre d'artérite et en affirmant qu'il n'*« [a] rien »* à part sa douleur à la jambe, il échappe à une interaction qui pourrait le mettre en danger de perdre la face si le médecin s'apercevait de son ignorance sur son propre état de santé. Quelques minutes plus tard, à la fin de la consultation, au moment de mettre fin à l'interaction, le médecin résume :

> *« M : donc je vous ai prescrit la radio et des antidouleurs, et en fonction de la radio on verra ce qu'on fait, mais il faut la faire hein !*
>
> *B : oui oui j'irai, de toute façon je cumule tout moi en ce moment, j'ai tout : j'ai mal à la hanche, j'ai les yeux qui vont pas, j'ai quelque chose aux os… ».*

Après avoir d'abord affirmé qu'il n'avait rien, il évoque finalement ses différents soucis de santé. Son attitude peut être comprise par la place excessive que prenait dans ses préoccupations ce symptôme inconnu, mais également par la fin de l'interaction qui s'annonce : il est trop tard maintenant pour que le médecin cherche à obtenir davantage d'informations concernant ses différentes pathologies. Le secret a été conservé et ne risque plus d'être dévoilé par un tiers. Le danger étant écarté, Bernard s'autorise brièvement à évoquer sa situation.

Le secret et son dévoilement dépendent également du niveau de confiance inter-individuelle, qui lui repose sur le degré de connaissance inter-subjective des individus. Réciproquement, cette connaissance suppose que l'individu puisse accorder de la confiance à son interactant et se baser sur celle-ci pour maintenir l'interaction. Dans la situation qui nous intéresse ici, les individus sans-domicile qui cherchent à être soignés doivent d'une part faire confiance au soignant, à ses savoirs médicaux, supposés acquis et maîtrisés, ainsi qu'en sa volonté d'apporter des soins de qualité ; le soignant se doit d'autre part de supposer que son patient est honnête dans la description de ses symptômes et lui fournit les éléments importants sur sa situation médicale. Le secret correspond à un obstacle à la confiance réciproque : Simmel a montré que « la confiance est un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir sur autrui. Celui qui sait tout n'a pas besoin de *faire confiance*, celui qui ne sait *rien* ne peut raisonnablement même pas faire

confiance »[12]. Le patient étant sur la défensive, il cherche à conserver son secret et à transmettre le moins d'informations possibles le concernant. Le soignant, quant à lui, se méfie des patients qui ne lui communiquent pas les éléments dont il a besoin car le soin de ces derniers en devient hasardeux. Mais si le secret rend difficile l'établissement d'une relation de soin, il n'en permet pas moins, en soutenant l'évitement de la relation, de conserver l'interaction de soin.

4) La rencontre de deux vulnérabilités

La cristallisation des malentendus et les stratégies de protection de soi, *via* l'évitement de la relation de soin, ont des conséquences importantes sur l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile. Lorsque les individus n'arrivent pas à dépasser leurs malentendus, l'autre risque d'être réduit à sa différence. Cette dernière apparaît comme insurmontable et risque de bloquer l'interaction. Franco La Cecla indique que « le malentendu fait souffrir, constitue une situation inconfortable et guère sympathique : il nous communique la sensation rugueuse du frottement qui advient entre les plis de notre altérité »[13]. Cette sensation de différence n'est pas toujours comprise par les interactants, mais bien qu'ils ne soient pas forcément conscients de ce qui se joue dans leur rencontre, ils n'en gardent pas moins le goût aigre qu'elle leur procure. Le frottement rugueux de l'altérité se niche précisément où se trouvent les failles qui fragilisent déjà leur sécurité identitaire : les interactions entre soignants et soignés sans-domicile où les malentendus se cristallisent ont comme conséquence d'amplifier les difficultés qu'ils rencontrent chacun. En effet, au cours des situations de soin, les soignants se retrouvent parfois démunis face à des patients sans-domicile qui ne partagent pas le même rapport au corps, au temps ou à la santé. Ne sachant pas comment entrer en relation, voire en étant en difficulté pour seulement interagir, ils se mettent eux-mêmes en porte-à-faux par rapport à leurs valeurs du soin et à leur éthique de soignant. Il en va de même pour les individus vivant dans la rue qui, ne se sachant pas incompris par les soignants, se sentent rejetés. Or, leurs parcours de vie sont généralement pétris de ruptures et la moindre brisure supplémentaire rouvre la brèche creusée dans leur identité abîmée. Ces éléments appellent à penser qu'une certaine

[12] *Ibid*., p. 356.
[13] LA CECLA Franco, *Le malentendu*, *op. cit.*, 2002, p. 15.

vulnérabilité est attachée aux interactions entre les personnes vivant dans la rue et les soignants.

La vulnérabilité d'un individu n'est pas une donnée en soi mais correspond davantage au risque que représente une situation pour son identité. La situation spécifique que représente l'interaction de soin entre médecins ou infirmiers et individus sans-domicile risque d'attiser leur vulnérabilité respective. Comme le rappelle Patrice Bourdelais, « la vulnérabilité des personnes est rarement due à une caractéristique intrinsèque, même si elle peut exister : Achille n'était vulnérable que si une agression extérieure atteignait son talon »[14]. Ainsi, lorsqu'ils entrent en interaction, soignants et soignés sans-domicile se trouvent face au risque de se blesser, mutuellement ou non, ce qui les pousse à préférer s'éviter, pour se protéger. Les soignants s'exposent en effet au sentiment de ne jamais pouvoir aider leurs patients, car les solutions d'hébergement n'étant généralement ni suffisantes en quantité, ni adaptées aux besoins des personnes sans-domicile – et encore moins lorsqu'elles sont malades –, les retours à la rue à la sortie d'hospitalisation ou après des soins compromettent leur rétablissement. Les prises en charge médicales des individus sans-domicile correspondent alors souvent à des soins palliatifs à répétition plutôt qu'à des soins curatifs et les soignants, se sentant impuissants, préfèrent parfois abandonner les soins plutôt que d'agir en vain. Les patients, quant à eux, endurent leurs symptômes et leur douleur plutôt que d'avoir à affronter une interaction qui comporte un risque important pour leur identité. Comme nous avons essayé de le montrer dans le deuxième chapitre, le corps des individus sans-domicile n'est pas seulement un objet anatomique mais est utilisé comme le support sur lequel ils fondent les mises en scène qui forgent leur identité personnelle et sociale. Les situations de soin sont dès lors vécues comme un abandon du contrôle de leurs corps par les patients vivant dans la rue, abandon qui s'avère problématique car la maîtrise de leur corps est le dernier rempart de protection qu'ils utilisent pour garder le contrôle de leur vie. Face à l'intervention médicale, les personnes sans-domicile risquent de se sentir dépouillées du contrôle de leur propre corps, réduites à leur condition de malade et à leurs symptômes. Et ce sentiment est généralement mal vécu car, en se sentant dépossédé de son corps, l'individu vivant dans la rue se sent dépossédé du support sur lequel se fonde son identité. La vulnérabilité est donc sous-jacente aux

[14] BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? », *Annales de démographie historique*, 110 (2), 2006, p. 6.

interactions entre soignants et soignés sans-domicile dans le sens où ils vivent tous deux le risque d'être blessé.

Pourtant la vulnérabilité ne doit pas être envisagée que sous l'angle du danger. Pour Elena Pulcini, la vulnérabilité intrinsèque de l'individu correspond à un pré-requis nécessaire au travail du *care*. Elle précise qu'il convient de considérer que c'est précisément dans la vulnérabilité que siège la capacité de l'individu à témoigner du *care* pour autrui puisque sa propre vulnérabilité le fait prendre conscience de la dépendance envers l'autre qui lui est constitutive. « Le sujet vulnérable, c'est celui qui est capable de dispenser le *care* parce qu'il reconnaît lui aussi qu'il en a besoin »[15]. La vulnérabilité est donc nécessaire au *care* du côté des soignants, mais aussi pour les soignés qui doivent constater et admettre qu'ils ont besoin de l'aide d'autrui dans la situation qu'ils traversent. Toutefois, lorsque soignants et soignés sans-domicile sont en co-présence, il arrive que leurs relations soient tendues, justement parce qu'il leur est difficile de s'avouer leur propre vulnérabilité et de reconnaître celle de l'autre. L'entrechoquement de leurs vulnérabilités respectives entraîne souvent une attitude défensive de la part des soignants et des personnes sans-domicile, qui tous deux risquent de voir leur sécurité ontologique menacée, comme le montre Anthony Giddens :

> « Les agents assurent et maintiennent la prépondérance du tact, de la confiance ou de la sécurité ontologique en déployant un ensemble ahurissant d'habiletés dans la production et la reproduction de l'interaction. De telles habiletés reposent d'abord et avant tout sur le contrôle, régularisé par des normes, de ce qui peut sembler n'être, encore plus qu'un ordre de succession, que les plus minuscules et les plus insignifiants détails d'expression et de mouvements du corps. »[16]

Or, dans notre cas, les deux parties en présence n'interprètent pas toujours de la même manière ces minuscules détails d'expression, pourtant nécessaires à la préservation de leur sécurité ontologique. Leurs malentendus les amènent à comprendre de manière erronée certaines attitudes de l'autre, en les prenant notamment pour des marques de non-respect ou des signes d'indifférence. Renaud, que nous avons rencontré à de nombreuses reprises en maraude, déplore être toujours mal accueilli aux urgences :

---

[15] PULCINI Elena, « Donner le *care* », *art. cit.*, 2012, p. 56.
[16] GIDDENS Anthony, *La constitution de la société*, *op. cit.*, 2012, p. 128.

> *« Les infirmières, elles me connaissent bien et quand j'arrive, elles me disent directement "pshht ! Dans le bloc 16 !", mais moi j'ai dit "hé ! On dit pas pshht ! On dit d'abord bonjour !" »* (Propos recueillis au cours d'une maraude).

Il souffre d'une épilepsie importante ainsi que d'une forte dépendance à l'alcool et la combinaison de ces deux conditions entraîne des consultations récurrentes auprès des services hospitaliers d'urgences. Mais bien qu'il se rende fréquemment dans ces services et qu'il est probable que les infirmières le reconnaissent, on imagine difficilement qu'il serait envoyé directement dans un bloc sans autre forme d'accueil ou de diagnostic. Toutefois, son propos montre qu'il a le sentiment d'être dévalorisé au cours de ses interactions à l'hôpital : il n'a même pas l'impression d'être salué à son arrivée. La situation qu'il vit au cours de ce type d'interaction de soin le rend vulnérable car il ne se sent pas reconnu en tant qu'individu légitime pour demander et recevoir des soins. Les plus petits gestes sont utilisés par les individus pour montrer la disposition dans laquelle ils se trouvent par rapport aux interactions futures. La position d'Anthony Giddens peut être complétée par celle d'Axel Honneth, pour qui les plus minuscules détails d'expression correspondent déjà à un acte de reconnaissance : « ce qui est rendu clair par les gestes d'expression de reconnaissance est que le sujet a déjà réalisé une restriction de sa perspective égocentrique afin de rendre justice à la valeur de l'autre en tant qu'être intelligible »[17]. Ainsi, lorsque les infirmières ne saluent pas Renaud, ce dernier interprète cette conduite comme une preuve qu'elles ne sont pas disposées à le soigner, voire qu'elles le rejettent. Il se sent alors particulièrement vulnérable, au sens où le risque qu'il encoure d'être blessé dans ses interactions avec ces infirmières lui apparaît comme substantiel. Axel Honneth insiste sur l'importance de la réciprocité des marques de reconnaissance mutuelle dans l'interaction :

> « Si je ne reconnais pas mon partenaire d'interaction comme une personne d'un certain genre, alors je ne puis me voir reconnu dans ses réactions comme une personne du même genre, parce que je lui dénie justement les qualités et les capacités dans lesquelles je veux me sentir confirmé par lui. »[18]

Au cours des interactions du même type que celle décrite par Renaud, bien que nous n'ayons pas observé cette interaction, nous pouvons imaginer tout à fait que les infirmières se sont également senties renier la reconnaissance qu'elles sont en droit d'attendre de leurs patients. Ou bien leur réaction correspond à une forme de protection par

---

[17] HONNETH Axel et MARGALIT Avishai, « Recognition », *Proceedings of the Aristotelian Society,* 75, 2001, p. 123, (Traduction L.C.).
[18] HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, *op. cit.*, 2000, p. 51.

rapport à l'interaction qu'elles vont avoir avec Renaud et dont elles connaissent les risques par rapport à leur identité et leurs valeurs de soignant. Le lien entre vulnérabilité et reconnaissance émerge alors car, comme l'indique Kim Sang Ong-Van-Cung, « dans la mesure où l'individu est constitué inter-subjectivement, il est inter-subjectivement vulnérable. La vulnérabilité est chevillée à la reconnaissance »[19]. Quand soignants et soignés sans-domicile évitent d'entrer en relation, ils ne s'accordent pas non plus la reconnaissance dont tous deux manquent pourtant. Les malentendus qui parcourent leurs interactions rajoutent à leur vulnérabilité, en augmentant leurs risques de se blesser lorsqu'ils ne se comprennent pas, et ces situations ont parfois pour conséquence de créer des interactions conflictuelles.

II) Interaction conflictuelle & rejet mutuel

La cristallisation des malentendus, l'importante vulnérabilité des individus vivant dans la rue, et celle des médecins ou infirmiers avec qui ils interagissent, créent entre eux d'importantes tensions. Il arrive alors, en de rares occasions cependant d'après notre recueil de données, que ces tensions éclatent en conflits ouverts, où la violence verbale ou physique prend le pas sur l'adaptation réciproque. Lorsque la dynamique conflictuelle l'emporte sur celle qui tend vers l'unité, les patients sans-domicile rejettent l'intervention médicale, l'institution hospitalière, les soignants et, par là, le soin. Au cours de ce même type d'interaction, les soignants rejettent quant à eux les individus sans-domicile. Le mensonge et son lien avec le pouvoir permettent également d'éclairer la dimension conflictuelle de leur interaction.

1) Conflit & rejet de l'intervention médicale

Les entretiens menés avec des personnes sans-domicile à propos de leurs expériences de soin révèlent quelques cas de conflits, plus ou moins ouverts et bilatéraux. Il apparaît que lorsqu'une interaction conflictuelle ponctue leurs parcours de soins, elle

[19] ONG-VAN-CUNG Kim Sang, « Reconnaissance et vulnérabilité », *Archives de Philosophie*, 73 (1), 2010, p. 122.

laisse une marque importante qui affecte par la suite leurs relations futures avec des soignants. Plusieurs sources de conflits peuvent être observées, chacune d'entre-elles influençant de manière différente le rapport qu'entretiennent par la suite les individus sans-domicile avec médecins ou infirmiers. Une première origine de conflit provient du sentiment d'avoir subi la maladresse ou l'incompétence des soignants lors d'une intervention, sentiment qui engendre le refus d'avoir à nouveau affaire à eux. C'est le cas d'Arnaud qui raconte une manipulation manquée d'une infirmière lui ayant causé d'importantes douleurs, alors qu'il rencontrait des difficultés par rapport à sa sonde urinaire :

> *« C'est une infirmière qui a fait une connerie. Mais une connerie médicale. Elle a fait gonfler la sonde dans l'urètre, donc […] ça veut dire ça bouche tout et ça fait une espèce d'hémorragie. Ils m'ont dit "ça c'est pas grave, c'est rouge, c'est normal". J'ai dit "eh c'est rouge et… c'est du sang !" […] Manque de pot, l'infirmière qui a fait la boulette, […] elle est toujours là, j'ai dit au médecin "ces deux-là elles me touchent plus ! Elles vont plus jamais me toucher de la vie !" avec ce qu'elles ont fait… j'ai dit au médecin […] "non ! On ne me touche plus moi ! Je préfère que vous appeliez l'hôpital !", je lui ai dit "non !" Alors le médecin il a dit "c'est moi qui vais le faire", alors j'ai dit "ok ! Mais les infirmières-là… c'est des bouchers ! C'est des bouchers ! Ce qu'ils m'ont fait… ils m'ont fait souffrir !" »* (Entretien avec Arnaud).

Son discours sur cette expérience paraît assez confus, mais il en ressort toutefois très clairement plusieurs éléments. D'abord, les soignants semblent avoir cherché à minimiser le problème rencontré. Par la suite, il exprime sa réticence envers ces infirmières et son refus d'être soigné par elles. Il leur impute la responsabilité de l'incident qui l'a apparemment fait grandement souffrir et il assimile les soins prodigués par ces infirmières à la promesse de nouvelles souffrances. Ainsi, il préfère être soigné par l'hôpital à qui il accorde manifestement plus de confiance. Or, il paraît que son récit prend justement place à l'hôpital, et ce serait là que les infirmières ont fait gonfler sa sonde. Cependant, c'est bien sur les infirmières que se cristallise son refus de soin et son rapport à l'hôpital n'apparaît pas modifié suite à cet épisode. Enfin, lorsque le médecin indique qu'il se chargera de l'acte médical lui-même, Arnaud accepte directement. Il ne refusait pas le soin en lui-même et il ne montre pas non plus de réticence envers les autres soignants. Le conflit est ici unilatéral : Arnaud rejette catégoriquement toute intervention de la part des infirmières et les qualifie de *« bouchers »*. Il leur reproche de lui avoir fait du mal intentionnellement et refuse d'être soigné par elles afin de ne pas revivre cette expérience. Les infirmières quant à elles ne sont jamais décrites comme réfractaires aux soins et c'est d'ailleurs la

raison pour laquelle Arnaud les repousse vivement. Toutefois, au cours de la prise en charge d'Arnaud au centre d'hébergement médicalisé, ce dernier n'a jamais montré de réserve envers les infirmières intervenant au sein de la structure, ni au sein de l'hôpital. Cet épisode éclaire également les importantes réticences d'Arnaud quant à l'intervention chirurgicale pour faire enlever sa sonde urinaire puisque les soins précédemment prodigués lui ont occasionnés d'importantes douleurs.

Luc rencontre de nombreuses difficultés dans ses relations avec les soignants, notamment causées par ses douleurs chroniques face auxquelles les soignants sont rapidement démunis. Il s'énerve fréquemment lors de ses interactions et nous avons pu observer de nombreuses altercations avec des médecins ou infirmiers. Lors de notre entretien avec Luc, son discours s'est concentré autour de deux sources principales de conflit : son impression que les soignants ne veulent pas répondre à ses questions et son sentiment que les médecins cherchent à le responsabiliser, ou plutôt à le culpabiliser de sa pathologie et de ses douleurs. Quand nous lui demandons de nous parler de ses expériences avec les soignants, il insiste immédiatement sur le fait que ces derniers refusent de lui donner des réponses claires :

> *« Ils ne me répondaient pas franchement ! Je leur pose des questions bêtes, simples, ils ne me répondent pas ! […] Ils n'en savent rien ! Alors qu'est-ce que vous voulez que je leur demande ! C'est clair quand même non ? C'est quand même des toubibs ! Théoriquement des professeurs ! Mais ils ne savent pas… […] Ça les gêne… Ils me regardent comme si j'étais un spécimen rare ! Mais je n'ai rien demandé de spécial ! Comme dit, c'est les toubibs ! C'est à eux de savoir ce qu'ils font ! Ou alors, s'ils ne sont pas toubibs, qu'ils le disent ! J'irai chez un autre ! […] Ou ils ont peur de répondre, ou ils ne savent pas répondre ! Un des deux ! »* (Entretien avec Luc).

Alors qu'il cherche à mieux connaître sa pathologie – une artérite chronique qui a causé l'amputation de ses deux jambes – et ses évolutions futures, les réponses des médecins ne le satisfont pas. Il a même le sentiment qu'ils refusent de lui répondre. La non-réponse des praticiens résulte certainement de leur impossibilité à définir précisément la manière dont va évoluer la pathologie de Luc. Il s'agit là d'un malentendu sur ce qui peut être attendu des savoirs médicaux. Hélène Cléau rappelle que la différence des positions constitutives à la relation entre le médecin et le patient provient du fait que « le médecin va, pour poser un diagnostic et proposer un traitement, se référer aux connaissances médicales nécessairement élaborées en cohortes. Le patient, lui, demande

des informations sur son cas précis, puisqu'il s'agit de sa vie »[20]. Les médecins de Luc sont ainsi réticents à lui affirmer quoi que ce soit sur le futur de sa pathologie, car ils sont conscients de l'imprévisibilité des évolutions de l'artérite. Luc, quant à lui, exige des réponses précises pour intégrer sa maladie dans sa trajectoire biographique et comprend le silence des médecins comme une preuve de leur incompétence. Plus loin dans l'entretien, nous lui demandons s'il a déjà été en conflit avec des soignants, ce à quoi il répond :

> *« Ben toujours ! Plus ou moins… Parce que mes opérations, même précédentes… Ils sortaient de ces raisonnements… Vous vous demandiez où ils allaient chercher ça… je ne suis pas toubib mais quand même ! Il ne faut pas prendre les gens pour des cons ! On vous met ça sur le dos de trucs… Vous ne voyez pas le rapport du tout ! Ce n'est pas parce que vous buvez trop de café, ou que vous buvez de temps en temps un coup de pinard que vous avez ci ou ça ! Alors je ne comprenais pas… Je disais "hé ! Ho ! Faut pas me prendre pour un con !" Et en fait, ce n'était pas pour ça du tout, effectivement… C'était pour essayer de toujours se préserver… De garder… Pour pouvoir dire à l'autre médecin "ha oui mais attention, de toute façon, c'est un gars qui n'est pas sérieux…" »* (Entretien avec Luc).

L'énervement de Luc se fonde sur un double mouvement contradictoire : d'une part il s'irrite lorsque les soignants refusent de répondre à ses questions sur sa pathologie et la manière dont elle risque de progresser ou non dans le temps. D'autre part, lorsque des réponses lui sont apportées, il les écarte catégoriquement et impute alors aux médecins l'intention de le faire passer pour un mauvais patient, c'est-à-dire pour quelqu'un qui ne se préoccupe pas suffisamment de sa santé et dont le comportement est la cause de son artérite. Ainsi, il réclame des réponses précises et formelles à ses questions et résiste dans le même temps au discours médical et le rejette. Mais bien que les conflits de Luc avec les soignants soient bilatéraux, contrairement au cas raconté par Arnaud, ils ne portent pas sur les mêmes éléments. En effet, les soignants se concentrent davantage sur les difficultés générées par le traitement morphinique de Luc : il cherche à éviter d'être dépendant à la morphine et ne prend son traitement que de manière sporadique, lorsque la douleur lui est insupportable. Or, les soignants lui expliquent continuellement que la morphine n'a d'effet sur ce type de douleurs chroniques que lorsqu'elle est prise à intervalles réguliers, afin d'éviter justement à la douleur d'apparaître. Ils expriment un important énervement face aux plaintes de Luc qui souffre et demande une assistance médicale, tout en repoussant celle qui lui est proposée de peur d'être dépendant.

---

[20] CLEAU Hélène, « Quelle place pour un partage des compétences dans l'interaction patient-médecin ? », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 209.

La situation de Baptiste correspond à une autre forme de conflit bilatéral. Les interactions de soin qui ont précédé à l'amputation de son pied suite à d'importantes engelures ont été mal vécues et jalonnées de conflits. Le pied de Baptiste était très abîmé et n'a pas pu être sauvé par les médecins. Dans son récit, les soignants sont explicitement décrits comme ne souhaitant pas lui venir en aide, il annonce à propos de son arrivée à l'hôpital :

> *« Ils ont vu l'état du pied, y'avait cinq personnes, cinq médecins différents, trois étaient pour couper. Deux étaient de mon côté, pour essayer de trouver une solution »* (Entretien avec Baptiste).

Baptiste interprète directement les attitudes des médecins en les séparant entre ceux qui sont prêts à l'aider, c'est-à-dire les deux médecins qui souhaitaient éviter l'amputation, et ceux qui s'opposent à lui, c'est-à-dire ceux qui ne voient pas de solution possible pour sauver son pied. Dans son discours, ces derniers ne se positionnent pas par rapport au diagnostic qu'ils établissent de son pied mais pour ou contre lui. Plusieurs tentatives de traitement ont toutefois été réalisées dans l'espoir de sauver son pied et ces traitements sont décrits par Baptiste comme très douloureux :

> *« Y'a une seule infirmière qui m'est venue en aide, qui m'a donné un médicament et donc j'ai arraché toute la machine… et là [le médecin], ben elle a recommencé ! […] cette infirmière a dit "ça faisait extrêmement mal" et cette médecin a dit "c'est pas ça mon problème"[…] elle a remis [la perfusion en place], alors j'ai demandé à voir le chef de service en disant qu'il y avait un problème, il m'a dit "c'est vous qui l'avez enlevé, c'est de votre faute"… Ils me l'ont mis quand même… "c'est pour votre bien"… entre guillemets… […] J'ai envoyé chier tout le monde ! Mais chier tout le monde ! Tout le monde ! »* (Entretien avec Baptiste).

Là encore, il sépare les soignants entre ceux qui sont de son côté et ceux qui ne le sont pas. Face à la douleur occasionnée par le traitement, les soignants n'étaient dans son récit pas réceptifs à ses plaintes et n'y portaient pas d'attention. Le médecin semble se concentrer bien davantage sur la réussite du traitement que sur les symptômes qu'il provoque, au point que Baptiste a l'impression qu'elle ne porte aucune attention à ses douleurs. La souffrance importante de Baptiste et son sentiment que personne ne s'en soucie ont généré son agressivité. L'infirmière est ici vue comme la seule personne qui l'a écouté et lui a témoigné du *care* alors que les médecins s'accordent pour lui imputer la responsabilité de l'inefficacité du traitement et continuer à le lui imposer. La rancœur de

Baptiste est encore aggravée par l'échec du traitement qui n'a pas permis de sauver son pied. Il a donc subi tous ces désagréments en vain. Il conclue :

> *« Donc moi, certains médecins… ce n'est plus mes copains ! »* (Entretien avec Baptiste).

Le conflit a laissé une forte empreinte qui se manifeste dans ses interactions futures. Elle reste toutefois cantonnée à certains médecins et ne se généralise pas à l'ensemble de la profession. Dans la suite de l'entretien, Baptiste raconte ses relations tout à fait cordiales avec son médecin traitant qui le suit depuis des années et à qui il accorde une parfaite confiance. Lors d'une visite chez ce praticien, il a rencontré à nouveau l'interne qui avait mis en place le traitement douloureux de son pied et il a refusé catégoriquement qu'elle le soigne[21]. Laurent de Briey mentionne que les individus élaborent des attentes de reconnaissance envers ceux avec qui ils interagissent et il précise :

> « Dans la mesure où il s'agit d'*attentes* de reconnaissance, il ne va pas de soi qu'elles reçoivent une réponse positive. Des attentes non satisfaites vont engendrer des souffrances personnelles que l'on peut rattacher globalement aux catégories respectives du manque de confiance en soi, du sentiment d'injustice et du mépris. »[22]

Quand le conflit éclate, les demandes de reconnaissance ne sont pas mutuellement remplies par les interactants et leur vulnérabilité en est exacerbée. Les épisodes de conflit entre soignants et soignés sans-domicile entraînent les derniers vers une certaine réticence envers l'intervention médicale, voire à un refus net et franc de celle-ci, et il peut en aller de même de la part des soignants qui rejettent alors les patients sans-domicile.

2) Conflit & rejet des patients sans-domicile

Les soignants interviewés rapportent également des épisodes de conflits et de violence avec des patients sans-domicile, qui laissent une empreinte sur leurs relations futures avec ce type de patients. Ce phénomène est d'autant plus accentué par les conditions de travail difficiles au début de leur carrière. En effet, les jeunes médecins ou

---

[21] Baptiste raconte dans l'entretien : *« Et cette dite docteur… par hasard, cette dite docteur je l'ai vu… je vais chez mon médecin traitant "il se trouve que je ne suis pas seule, c'est mon interne, c'est elle qui va me remplacer pendant les vacances" je n'en suis pas revenu, c'était elle ! L'interne c'était elle ! Ouais ! Alors je lui ai dit "vous ne me touchez plus ! C'est même pas la peine ! C'est même pas la peine de poser les mains sur moi !" »*

[22] DE BRIEY Laurent, « Une égale reconnaissance ? », *Revue du MAUSS*, 41 (1), 2013, p. 291.

infirmiers effectuent des stages ou travaillent dans des services qui ont la réputation d'être plus compliqués en termes de conditions de travail. Les services d'accueil des urgences en sont une représentation idéal-typique : la quasi-intégralité des soignants y effectuent un stage au cours de leur formation, les apprentis médecins y réalisent obligatoirement des gardes de nuit et de week-end et les professionnels y exerçant sont globalement plus jeunes que dans les autres services hospitaliers. Or, les patients sans-domicile consultant les urgences sont majoritairement présents contre leur gré, c'est-à-dire qu'ils y ont été amenés par la police ou les pompiers, généralement après un incident sur la voie publique. Les interactions de soin sont alors compliquées par la non-demande des individus et leur fréquente ébriété lors de ces situations particulières. Charlotte raconte comment ces expériences influent sur la perception future des patients sans-domicile et biaisent leurs interactions dès la formation des soignants :

> *« Ce n'est pas des patients faciles parce que d'une part ce sont des patients qui ne sont pas très coopérants, donc dès qu'on fait quelque chose, on les embête ils sont… Il y en a qui ne veulent pas qu'on les examine, ils ne veulent pas qu'on prenne soin d'eux… Enfin ça c'est surtout l'expérience des urgences, c'est sûr que quand ils arrivent au cabinet, c'est qu'ils ont une demande ! Donc ils sont plus coopérants ! C'est vrai que quand on les prend aux urgences, c'est soit les pompiers, soit les policiers qui les amènent… […] Je me rappelle une fois, il y en avait un qui n'était vraiment pas content et ça s'est fini par une bagarre et des mots violents ! Donc ça peut aller jusqu'à la violence… Après, je pense que ça c'est une vision un petit peu biaisée parce que justement, on passe par les urgences… »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

L'empreinte laissée sur les interactions se répercute sur la représentation qu'ont les soignants des patients sans-domicile. Ils tendent en effet à imaginer qu'ils sont violents et réfractaires aux soins et Charlotte, dans la suite de l'entretien, semble presque surprise de la conduite des personnes sans-domicile qu'elle a soigné en cabinet de ville et dont les attitudes ne correspondaient pas à ses représentations. Bien que nous n'en ayons observé que très peu lors de notre travail de terrain, les épisodes de violence verbale, voire physique, entre soignants et soignés sans-domicile apparaissent être fréquents et sont évoqués à plusieurs reprises dans les discours des infirmiers et médecins interviewés. Bénédicte banalise la violence verbale qu'elle rencontre fréquemment :

> *« Y'a des gens qui sont très agressifs donc oui, ça peut être compliqué ! Qu'on doit même attacher, parce qu'il veut te démonter sa vis, t'arracher le brancard, te frapper… bon t'insulter, ça c'est habituel, c'est pas grave ! […] Moi franchement je suis plutôt à l'aise avec ce genre de patients, mais c'est clair que si, sans que moi j'ai rien fait, au début il commence déjà à me traiter de tous les noms, "connasse ! Machin ! Et tu me touches pas,*

tu m'approches pas !" Bon moi je n'irais pas le voir ! Je ne lui répondrais pas, mais clairement je n'irais pas non plus le voir ! Je ne passerai pas mon après-midi à aller me faire insulter ou à insister, il veut, il veut pas, ben il veut pas ! Tant pis ! » (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

Dès lors qu'un conflit éclate ou que les soignants subissent l'agressivité ou la violence de leurs patients, ils sont moins enclins à témoigner du *care* envers ces patients et se cantonnent au minimum imposé par l'exercice de leur profession. Les patients à l'attitude agressive pâtissent ainsi d'une plus faible qualité de soin car ils donnent aux soignants l'impression de les empêcher de faire leur travail. Les soignants sont conscients de la violence que représente parfois l'intervention médicale pour l'individu soigné. Emma, infirmière, décrit comment l'imposition d'une douche aux patients lorsqu'ils arrivent dans le service peut être vécue comme une agression :

« C'est une intrusion dans l'intimité de la personne, on ne lui demande pas son avis, on l'embarque sur le chariot et voilà ! […] Le fait d'y mettre les formes, ça peut mieux être vécu… Et puis c'est des personnes qui ont mal souvent, qui vont avoir des séquelles de maladies ou des incapacités physiques, des séquelles de poliomyélite ou des douleurs, parfois des escarres ou des plaies qui sont douloureuses, des problèmes d'articulation… Et concrètement, quand tu les déshabilles, que tu les bouges dans un sens ou dans l'autre, et bien tu leur fais mal ! » (Entretien avec Emma, infirmière).

Le fait de doucher les patients pour garantir leur propreté au moment de l'examen médical s'avère de la sorte être un acte bien moins anodin qu'il n'y paraît. Emma précise que la variable temporelle a une importance cruciale dans ce type d'activité, car plus le soignant prend le temps de préparer la personne et de la doucher, moins grande est l'impression d'intrusion dans l'intimité. Or, les soignants déplorent généralement – et de manière encore plus importante au sein des services d'urgence – leur manque de temps, qui ne leur permet pas d'agir comme ils le souhaiteraient et qui les contrait à aller au plus vite, au risque parfois d'imposer des actes médicaux ou paramédicaux de manière violente. La description d'Emma se poursuit en portant sur la confiscation des effets personnels qui s'opère avant la douche :

« Il y a aussi le fait de leur confisquer […] leurs affaires… Je pense que pour eux, c'est peut-être le pire ça ! Parce que tu les déshabilles tu leur fais les poches… Tu leur fais les poches ! C'est devant eux, mais tu leur fais les poches tu leur prends tout ce qu'ils ont, et tu le mets dans un placard… Bon, ils connaissent très bien le système, donc ils le savent… Mais des fois, on est obligés de batailler… C'est encore une violence finalement… C'est nécessaire, on ne peut pas faire autrement parce que c'est un service de soins, et qu'en gros ce sont des affaires qui sont souvent dégueulasses et que tu ne peux pas leur laisser…

Tu ne peux pas leur laisser ça dans l'environnement hospitalier ! Et c'est une manière… Finalement, c'est de la rétorsion et c'est une manière aussi de… De les contrôler ! » (Entretien avec Emma, infirmière).

Les soignants déshabillent les patients et rangent leurs affaires hors de leur portée, pour des raisons d'hygiène et de sécurité, mais également pour s'assurer que les personnes restent dans le service au moins jusqu'à ce qu'ont leur ai rendu leurs affaires, ce qui risque d'être vécu comme une forme d'agression supplémentaire. Un paradoxe s'instaure de la sorte entre, d'un côté, l'hygiène et la sécurité que les soignants cherchent à protéger au sein du service, et de l'autre le *care* à apporter aux soignants. Paradoxe ici résolu tant bien que mal par le contrôle imposé au patient. Gabriel, quant à lui, insiste sur les mots ou les remarques involontaires mais *« mal placés »*[23] qui échappent aux soignants, risquent d'être mal interprétés par les individus qu'ils soignent et de les blesser.

Les violences et agressions répétées créent un climat difficile à supporter et les conduites des soignants risquent de déboucher sur des pratiques de violence ou de maltraitance. Caroline Cintas indique que « la véritable dimension de la violence est la manifestation d'une fêlure, voire d'une fracture du sujet, dans les moments où le sens se dérobe, se distord ou s'emballe. Or, la perte de sens au travail est fortement ressentie par le personnel soignant »[24]. Les interactions de soin avec des patients sans-domicile mettent parfois à mal le sens de leur activité, justement parce qu'elles se répètent sans que les soignants n'observer d'amélioration, et donc sans qu'ils aient le sentiment que leurs actions aient une quelconque utilité. Alexandre, infirmier en service d'accueil des urgences, exprime fortement ce désarroi et raconte :

« Quoi qu'on fasse on est inutiles et… là par exemple y'a deux trois jours y'en avait un et il s'était complètement fait dessus, il était tombé, il s'était ouvert la tête… et je venais donner un coup de main et je voyais l'infirmier qui était là il lui disait "allez-y maintenant

---

[23] Lorsque nous lui demandons ce qu'est un mauvais soignant, il répond : « *Un mauvais soignant c'est faire des réflexions devant eux, ce que de temps en temps parfois on fait ! Alors il y a le mot qui échappe parce que… ben… Ça arrive à tout le monde, il y a le mot qui échappe mais… Parce que vous ne savez pas sur quel terrain ça tombe… Ils ont des histoires forcément compliquées, difficiles, agressives, ils ont connu de l'agression toute leur vie, sinon ils ne seraient pas là ! C'est une vie d'agression ! Alors plus ou moins forte et plus ou moins importante… Et donc si en plus ou les agresse par une manière d'être ou un sourire mal placé, même un sourire ! Il va se dire "mais il se moque de moi !" C'est dans l'attitude, c'est le mot… Et là on peut faire des dégâts ! Ici même ! Et j'en ai fait comme tout le monde, tout simplement… Même sûrement ! C'est après-coup qu'on se dit "merde, là tu n'as pas été très fin, pas très malin de dire ça, même si intérieurement tu as peut-être raison… Mais il ne vient pas pour que tu aies raison ! Il y a autre chose…" Et là on s'est piégé… Moi je me suis piégé !* »

[24] CINTAS Caroline, « "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend..." », *art. cit.*, 2007, p. 228.

faites-le là, déshabillez-vous là, vous savez le faire !" et il disait "ça vous dérange pas là d'être dans votre merde, de vous chier dessus là ?" […] C'est vrai que c'est un sentiment qu'on a quoi, c'est qu'on leur en veut, parce qu'on sert à rien ! Et c'est de la mal… c'est peut-être de la maltraitance ou quoi mais c'est dur de se dire que… on n'est pas Mère Thérésa, et c'est dur d'accueillir et de prendre soin continuellement en oubliant ce qui s'est passé avant, en oubliant que le gars il est déjà venu quarante fois, il est déjà tombé quarante fois parce qu'il s'est alcoolisé quarante fois, que quarante fois il s'est chié dessus dans l'année, quarante fois on doit le laver… […] Et il était pas du tout empathique, on partageait pas du tout, on n'était pas du tout bons à son égard, c'était "mais faut que tu réagisses là ! Faut que tu…" Enfin on lui disait ça "tu crois que ça nous amuse nous ?" mais on pouvait pas parler avec lui parce qu'il était encore alcoolisé… » (Entretien avec Alexandre, infirmier).

La situation racontée par Alexandre montre parfaitement en quoi la perte du sens du travail conduit à des situations de violence ou de maltraitance envers les patients : il exprime le sentiment d'inutilité occasionné par les prises en charge itératives de ce patient aux urgences. Son récit insiste sur l'épuisement grandissant des soignants, à mesure que les hospitalisations se répètent et que leur empathie se dégrade peu à peu. Ses valeurs de soignants le font hésiter quant à l'attitude à adopter par rapport aux actes de son collègue, qu'il juge lui-même maltraitant, mais il est tant exténué par ce type de prises en charge qu'il se rallie à lui. La violence et le conflit restent ici unilatéraux car, comme l'explique Alexandre, le patient était fortement alcoolisé, au point de ne pas pouvoir réagir. L'attitude des deux infirmiers correspond à une stratégie de protection de soi lorsque tout sens de l'action est perdu pour les individus. Isabelle Gernet et Florence Chekroun précisent que « la violence serait souvent au rendez-vous quand la construction collective du "travailler" est malmenée ou empêchée. Il arrive aussi que les stratégies défensives, mises en place pour tenir dans le travail puissent nuire au sens du travail »[25]. Le malaise d'Alexandre prouve que la transgression de ses valeurs et de son éthique de soignant le secoue et révèle sa vulnérabilité.

Les conflits entre soignants et soignés sans-domicile imprègnent également les futures interactions des médecins et infirmiers avec ce type de patients d'une marque conflictuelle qui peut aller jusqu'à leur faire refuser catégoriquement et sans autre forme de procès ces situations de soin. Un soir de maraude, Mihai nous demande de lui montrer le trajet jusqu'à l'hôpital. Dans l'ambulance, nous transportons Emile qui se tord de douleur et dévoile une hernie abdominale de la taille d'un œuf quand nous lui demandons ce qui ne

[25] GERNET Isabelle et CHEKROUN Florence, « Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées », *Travailler*, 20 (2), 2008, p. 55.

va pas. Un collègue lui explique qu'il ne peut pas rester comme ça et que nous sommes justement en route pour l'hôpital, nous pourrons l'y déposer. Il refuse catégoriquement affirmant que les médecins ne veulent pas l'opérer. Nous lui proposons de l'accompagner, ce qu'il accepte. En arrivant, le médecin urgentiste rit et renvoie directement Mihai en lui disant de se rendre le lendemain chez son médecin traitant. Nous précisons au médecin que Mihai n'a pas de couverture maladie et par conséquent pas non plus de médecin traitant. L'urgentiste répond en guise d'explication :

> *« Oui mais je les connais, je les vois tous les jours ! »* (Propos recueillis au service d'urgence).

Il demande ensuite à Emile ce qu'il a, ce dernier soulève son pull pour lui montrer son hernie et le médecin décide de l'hospitaliser. Mihai a été renvoyé sans qu'il ait pu même annoncer la raison de sa venue et la situation préoccupante d'Emile lui a évité d'être le même traitement. L'épuisement du médecin, qui les rencontre dit-il tous les jours, se transforme en un refus net et catégorique de soin.

3) Un conflit toujours latent

Les épisodes de violence existent, mais le conflit se retrouve généralement sous une forme latente entre soignants et soignés sans-domicile. Chacune des deux parties préférant éviter que leurs malentendus ne se transforment en violence et qu'éclate le conflit, elles cherchent à le maintenir à l'écart. Georg Simmel définit le conflit latent comme « l'aversion, le sentiment d'être des étrangers et répulsifs l'un pour l'autre, qui à l'instant du contact proche, quelle qu'en soit la cause, pourrait se changer immédiatement en haine positive et en combat »[26]. Ainsi, des adaptations réciproques s'opèrent pour éviter le conflit ouvert, soit par le refus de l'intervention médicale des individus sans-domicile, soit par le rejet de ces patients par les soignants, ou encore par l'évitement de la relation de soin qui permet de maintenir l'interaction tout en conservant la sécurité ontologique de chacun. Clément montre comment ces évitements réciproques occasionnent de lourdes conséquences sur l'état de santé des personnes sans-domicile :

---

[26] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 270.

> *« C'est un refus des deux parties ! C'est un refus de leur côté… Enfin refus non… Peut-être pas… Mais ce sont des habitudes qui sont établies et qui font que les uns ne tiennent pas trop à se soigner trop rapidement et que les autres ne sont pas prêts non plus à recevoir ce type de population… Donc des deux côtés il y a un peu d'incompréhension ! Et le résultat, c'est que sur le plan sanitaire, ils sont mal suivis… »* (Entretien avec Clément, médecin généraliste).

Ses propos montrent comment les stratégies répétées d'évitement mutuel entraînent une situation floue, dans laquelle chacun se protège en en imputant à l'autre la responsabilité. En effet, il ne s'agit pas uniquement d'un refus de soin des soignants mais également d'une non-demande des patients qui ne se préoccupent pas de leur santé ; de même, les personnes vivant dans la rue ne cherchent peut-être pas à se soigner mais les professionnels de santé ne fournissent pas non plus d'effort pour les accueillir et les prendre en charge. Les conséquences se répercutent sur la santé des personnes vivant dans la rue car leur parcours de soin en est affecté et se compose de nombreuses ruptures et d'une forme de nomadisme médical. Ils vont d'un médecin à l'autre, jusqu'à trouver un soignant avec lequel ils se sentent à l'aise, mais même s'ils arrivent à trouver un tel praticien, leur parcours garde les marques des conflits précédents. Les relations de soin sont ainsi souvent compliquées et ne bénéficient que rarement d'une stabilité dans le temps. Les consultations se font aussi souvent dans des services d'accueil des urgences, où les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile sont encore accentués par leur désaccord sur ce qui relève ou non de l'urgence médicale, les patients estimant nécessiter une assistance médicale immédiate et les soignants n'interprétant pas ces situations comme relevant de leur service spécialisé. Claudine Herzlich a montré comment les pratiques de soin à l'hôpital sont influencées par la condition du malade. Alors que les patients dont l'état de santé représente un grand intérêt pour les médecins bénéficient d'une prise en charge largement investie par les soignants, les malades dont la condition médicale est banale risquent d'être désinvestis par les mêmes praticiens. Claudine Herzlich indique qu'à l'hôpital :

> « Tout se passe comme si, à la hiérarchisation implicite entre services en fonction de leur degré de spécialisation, se surimposait une différenciation des représentations et attitudes envers deux types de malades. Elles vont de l'indifférence et du quasi-rejet à l'égard du malade "tout-venant" de l'institution hospitalière, à l'investissement émotionnel extrême du médecin d'un service spécialisé envers "son malade". La notion d'investissement doit d'ailleurs également être entendue au sens propre ; c'est elle qui fonde la valorisation émotionnelle du malade. Les "beaux cas" représentent le "capital" – d'ailleurs

matérialisable dans les dossiers médicaux qui deviennent propriété du service – fondement de l'activité médicale dans ses aspects les plus valorisés. »[27]

Les malades sans-domicile ne répondent pas aux critères définissant un « beau cas » et sont plutôt perçus comme des patients demandant énormément de travail de la part du personnel, sans leur apporter de rétribution gratifiante. Leurs états de santé des généralement très dégradés ne correspondent pas à une seule spécialité médicale définie, car ils souffrent de poly-pathologies. Ce qui entraîne une réticence des services hospitaliers, organisés quant à eux par spécialité, à les prendre en charge. Ces patients tendent ainsi à être davantage rejetés par les services hospitaliers qui croulent déjà sous leur charge de travail. Les tensions entre eux sont alors exacerbées. Lorsque nous demandons à Charlotte si elle pense que l'hôpital est adapté à la prise en charge des patients sans-domicile, elle répond :

> *« L'hôpital d'aujourd'hui est voué à la rentabilité donc… un SDF, ce n'est pas rentable ! Je pense que non, je pense que l'hôpital d'aujourd'hui n'est pas adapté aux SDF ! C'est justement parce qu'on a un souci de rentabilité… qui va toujours influer sur tout ça… On ne peut pas se prendre le temps avec eux, alors quand ils commencent à ne pas vouloir faire ci, à ne pas vouloir faire ça et à vouloir négocier… Eh bien ça nous prend du temps, donc les gens deviennent encore plus hargneux face à… Donc non, je pense que l'hôpital est pas fait pour… Après je ne sais pas où est-ce qu'ils peuvent être mieux pris en charge… »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Pour elle, les évolutions de l'organisation hospitalière, qui s'orientent vers une quête grandissante de rentabilité économique, se répercutent directement sur les prises en charge des patients en mettant davantage de pression sur les épaules des soignants. Il leur est demandé d'effectuer plus de soins sans pour autant que les effectifs ne soient augmentés et avec un niveau de qualité toujours aussi exigeant. Par suite, lorsque leurs patients ne se montrent pas suffisamment collaboratifs, les soignants en manque de temps risquent de devenir *« hargneux »*. Cependant, Charlotte annonce qu'elle ne voit pas de structure de soin qui pourrait être mieux adaptée que l'hôpital aux soins des personnes vivant dans la rue. Elle montre de cette manière une forme de résignation, car malgré les difficultés rencontrées, ces patients n'ont pas d'autre lieu pour recevoir des soins et il faut donc les prendre en charge quoi qu'il en soit. Leur agressivité réciproque ne dépasse toutefois que rarement ce stade et le conflit reste latent. Mais il menace de se raviver à la

---

[27] HERZLICH Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14 (1), 1973, p. 56.

moindre étincelle et d'exploser en conflit ouvert, voire violent. Muriel estime que la dureté de la vie à la rue et le manque d'alcool sont les facteurs d'explication principaux à l'agressivité des patients sans-domicile à l'hôpital :

> *« Je ne sais pas si c'est la rue qui les rend parfois comme ça… D'être dans un milieu comme ça un peu plus agressif parce que la rue ce n'est pas un milieu tendre ! […] Bon, ce n'est pas le cas de tous… C'est certains qui sont, qui peuvent être… Après c'est surtout le manque d'alcool qui les rend un peu plus agressifs… Après c'est vrai qu'une fois je me suis faite agresser aussi par quelqu'un qui venait en visite chez un… Par un copain SDF. Le problème, c'est qu'il a commencé à agresser le voisin de chambre ! Donc on a dû s'interposer, c'était un petit papy, c'était aussi une histoire… C'était le grand SDF bien costaud et le petit papy en face… On a dû vite se mettre entre ! On a dû appeler la sécurité bien sûr… Il y avait aussi une susceptibilité par rapport à ce qu'on peut dire ou ce qu'on peut… Les choses sont vite interprétées… »* (Entretien avec Muriel, infirmière).

Elle évoque dans son propos un conflit qui s'est déclenché entre une personne sans-domicile et les soignants à cause de la trop importante susceptibilité de celle-ci. Cet épisode montre en quoi leurs malentendus ne s'écartent jamais vraiment de leurs interactions et le conflit risque de ressurgir très rapidement. Pour Nathan, qui a vécu de longues années dans la rue, l'agressivité est en effet fréquente chez les personnes sans-domicile. Quand nous lui demandons s'il a déjà eu l'impression d'avoir été accueilli différemment que les autres patients à l'hôpital lorsqu'il vivait sans hébergement, il répond :

> *« N : non… non ! Parce que c'est juste un moment, un passage, donc ils savent… Et ils savent comment se comporter, quand même ! Mais bon, moi je n'étais pas agressif quand j'étais dehors ! Vous voyez ?*
>
> *L : pourquoi vous dites "moi" ?*
>
> *N : parce qu'il y en a d'autres qui dormaient dehors […] Ouais ! Qui sont toujours dehors… Et eux, quand ils y allaient, ils sont assez agressifs ! Ils ont la haine qu'ils dorment dehors… »* (Entretien avec Nathan).

D'après lui, la vie à la rue rend agressif et donne la *« haine »*. On imagine facilement le profond sentiment d'injustice ressenti par les personnes contraintes de vivre sans-domicile. Il rejoint ainsi Muriel qui pense qu'il s'agit d'un milieu agressif en soi. Les habitudes d'auto-protection qu'acquièrent les personnes sans-domicile au cours de leur carrière de survie éclairent également cette agressivité latente. Les propos de René montrent que le conflit reste toujours prêt à exploser quand les individus cherchent à se protéger : il a été hospitalisé suite à un malaise dans la rue, et après plusieurs mois passés

dans le coma, il s'est réveillé sans savoir où il était, ni ce qui lui était arrivé, ni même pourquoi il était soigné. Aucune explication ne semble lui avoir été transmise, ou du moins ce qui est sûr c'est qu'il n'a pas compris sa situation médicale ni, par conséquent, l'intérêt des soins lourds qui lui étaient imposés. Il raconte alors :

> *« Je me suis réveillé au bout de trois mois, je savais même pas ce qui m'est arrivé. C'est ça que j'ai pas compris ! […] Un jour j'en avais ras le cul de la perfusion, j'arrache la perfusion, y'a le sang qui a giclé dans toute la chambre ! Après y'a l'infirmière qui est venue, oh ! Elle a gueulé avec moi ! J'ai dit "vas te faire foutre ! J'en ai rien à foutre moi !" »* (Entretien avec René).

Le parcours de soin de René comporte des périodes où ses soins se déroulaient sans anicroches mais le conflit reste toujours latent et risque d'exploser violemment à la moindre difficulté. Les nouvelles formes d'organisation des soins mesurent quantitativement les actes médicaux, en semblant délaisser leur dimension qualitative. Elles imposent aux soignants la substitution de l'obligation de résultat à l'obligation de moyens[28]. Ce faisant, les dynamiques organisationnelles favorisent le rejet des patients sans-domicile, aux pathologies multiples, et dont le besoin de reconnaissance et de *care* est souvent plus criant que leur besoin de *cure*. C'est donc à nouveau la question de la reconnaissance qui est en jeu, car leurs manques s'exacerbent lorsque soignants et soignés sans-domicile ne répondent pas aux attentes de reconnaissance de l'autre. La question de la confiance traverse également ces interactions conflictuelles. Elle est un moyen d'éviter le conflit ouvert et quand la confiance est compromise, la suspicion et le mensonge s'infiltrent dans les interactions.

4) Le mensonge & la suspicion dans la relation de soin

Les marques conflictuelles laissées par les expériences passées génèrent une méfiance mutuelle. En effet, les conflits précédents brisent la confiance qu'entretiennent soignants et soignés sans-domicile l'un envers l'autre. Il s'agit de la certitude que les patients vont se conformer à leur rôle de patient – accepter et suivre les traitements, transmettre les informations sur leur état de santé – pour les premiers, et l'assurance pour les seconds que les soignants cherchent de bonne foi à leur apporter les soins les meilleurs.

---

[28] CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? », *art. cit.*, 2010.

Quand ces attentes réciproques sont bouleversées, la confiance fait place à la méfiance, qui engendre quant à elle mensonge et suspicion. Dans le chapitre précédent traitant des malentendus sur la santé et la maladie, nous avons évoqué la manière dont les patients dissimulent aux soignants des éléments d'informations sur leur traitement et ses effets secondaires afin d'obtenir ou de conserver ce qu'ils supposent être le meilleur traitement. Ici, le mensonge porte également sur les traitements, mais il englobe de manière plus générale l'ensemble des informations médicales – antécédents, symptômes, traitements. Le mensonge est également utilisé par les soignants. Georg Simmel montre à ce propos :

> « La nature profonde de tout mensonge, aussi concret que soit son objet, est de faire naître l'erreur sur le *sujet* qui ment : car il consiste, pour le menteur, à cacher à l'autre la représentation vraie qu'il possède. Que la victime du menteur ait une représentation fausse de la *chose*, ce n'est pas là ce qui épuise la nature spécifique du mensonge – il partage cela avec l'erreur ; c'est bien plutôt le fait qu'elle est maintenue dans l'erreur sur ce que *la personne qui ment* pense dans son for intérieur. »[29]

Ce qui est important n'est donc pas tant l'objet du mensonge que les stratégies qu'utilisent les individus pour tromper leurs interactants sur leurs opinions ainsi que le choix qu'ils opèrent entre les moyens qu'ils ont à leur disposition pour cacher leurs réelles intentions. Simmel précise :

> « Par rapport à ce fait sociologique élémentaire dont il est question ici : la limitation de la connaissance réciproque – le mensonge n'est que l'un des moyens possibles, la technique positive et pour ainsi dire agressive, dont le but est atteint en général en utilisant simplement le secret ou la dissimulation. »[30]

La suspicion de mensonge intervient lorsque le mensonge n'est pas avéré mais que l'un des interactants estime que l'autre lui ment. Elle se fonde sur l'impression que l'autre ment ou cache certains éléments de manière volontaire, même si ce n'est pas le cas. Madie suspecte le médecin qui la suit pour son cancer de ne pas vouloir lui donner l'ensemble des informations la concernant et de vouloir la mettre à l'épreuve. Elle raconte dans l'entretien que le spécialiste se serait arrangé pour ne pas avoir à la rencontrer lorsqu'elle était hospitalisée et ne l'a volontairement convoquée que la semaine suivant sa sortie d'hospitalisation. A propos de ce rendez-vous de consultation, elle dit :

---

[29] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 351.
[30] *Ibid*., p. 355.

« Déjà pour commencer, j'arrive dans son bureau et il n'était pas là… Mais il y avait mon dossier… Un gros dossier comme ça ! Et il m'a laissé, oh bien vingt minute seule ! […] Mais dans ma tête, je me suis dit "non, je l'attends ce cher Monsieur et on va le feuilleter ensemble". Et c'est ce qu'on a fait, quand il est arrivé, je lui ai dit "Bonjour, vous avez fait exprès de me laisser seule pour que je regarde le dossier ? Mais non, je vais le regarder avec vous ! Parce qu'il y aura peut-être des trucs que je ne vais pas comprendre et que je vais vouloir que vous m'expliquiez… Et puis que vous me montriez aussi sur votre ordinateur ! Parce que je sais que vous avez des photos, je veux les voir aussi ! Parce que celles-là ne sont pas dans le dossier…" Et je suis restée une heure trente avec lui… Donc en long, en large, en machin, et l'ordinateur, et il m'a montré… Mais il savait à qui il avait à faire ! Et je sais qu'il a fait exprès de laisser le dossier à ma disposition ! Pour voir ce que j'allais faire… Ça, c'est certain ! » (Entretien avec Madie).

Pour elle, le médecin a délibérément laissé le dossier à sa disposition pour qu'elle le consulte sans qu'il ait à répondre à ses questions ou à lui dévoiler l'ensemble des données la concernant, comme les photos qu'il conserve dans son ordinateur. Elle a agi de manière à le forcer à la renseigner, ce qui lui a permis de rétablir sa confiance envers les informations qu'il lui transmet. Mais tout comme les conflits laissent une empreinte sur les interactions futures des individus, la suspicion de mensonge ne s'efface pas totalement et Madie n'accorde pas son entière confiance au praticien, justement parce qu'elle estime qu'il a auparavant essayé de lui cacher des choses. Tandis que le mensonge n'est pas forcément découvert par celui à qui l'on ment, et n'a ainsi que des conséquences sur la conduite du menteur, la suspicion, même si elle est opérée à tort si l'autre est de bonne foi, entraîne des répercussions sur l'ensemble des interactants. La conséquence principale en est la perte de la confiance mutuelle, ou l'empêchement de la confiance de se construire entre soignants et soignés sans-domicile, chacun d'entre eux adoptant une attitude défensive et méfiante envers l'autre. Le mensonge circule ainsi et est utilisé par les professionnels de santé comme par les soignés sans-domicile :

> « Le mensonge est une pratique qui se construit en permanence, à la fois réaction aux attitudes de l'autre, le dupé, et en fonction de l'évolution de la situation elle-même – en l'occurence, de l'évolution de la pathologie –, de sorte que le mensonge peut se faire par paliers, suivant une dynamique qui prend en compte les effets qu'il produit sur celui auquel il s'adresse. »[31]

Luc estime que les médecins n'osent pas toujours dire la vérité à leurs patients et il considère que ces dernières mentent volontairement pour culpabiliser les soignés :

---

[31] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 149.

> *« Parfois ils n'osent pas trop dire la vérité aux gens… »* Puis plus loin dans l'entretien : *« C'est toujours comme ça ! Alors maintenant, d'une manière générale, je m'imagine que c'est ça… Pour se couvrir… Tout simplement ! Donc je n'ai plus aucune confiance en ces gens-là… Comment voulez-vous y croire ? Comment voulez-vous croire que ces gens ont raison ou tort ! Vous ne pouvez pas ! Vous ne les prenez pas au sérieux… »* (Entretien avec Luc).

Selon Luc, afin de se protéger de la responsabilité de l'état de santé des personnes qu'ils soignent, les médecins préfèreraient leur mentir. Il perd de la sorte toute confiance en leur discours qu'il rejette violemment, justement pour ne pas se voir imputer à tort la responsabilité de sa situation. Sylvie Fainzang a montré que « le médecin incarne une autorité à laquelle on peut mentir (en cachant la vérité ou en disant un mensonge) pour échapper à sa colère, éviter le conflit, la critique ou la culpabilité »[32]. Mentir au médecin a ainsi pour vocation de se dérober de son autorité et de ne pas subir les conséquences négatives des aveux. Le mensonge des patients permet aussi de garder un certain pouvoir sur leur propre corps, contrôle dont les individus sans-domicile ont énormément de mal à se défaire. Alors parfois, les soignants utilisent également le mensonge et la rétention d'informations afin de conserver le plus de pouvoir possible sur le corps de leurs patients, car moins d'éléments ils auront en leur possession, moins il leur sera possible de s'opposer à l'intervention du médecin :

> « Le mensonge pratiqué par les médecins est donc lié à la position spécifique qu'ils occupent à l'intérieur de la relation médecin-malade, et à l'exercice du pouvoir qui caractérise cette position. […] De nombreux médecins s'arrogent le privilège de la connaissance sur le corps du malade et tendent, à cette fin, à ne pas lui donner l'information susceptible de lui permettre de faire le choix qui lui incombe concernant son propre corps. L'usage du mensonge par les médecins est induit par une manière, apprise, socialisée, de se positionner dans la relation de pouvoir médecin-malade. »[33]

En réaction à ce type d'utilisation du pouvoir du médecin, les individus sans-domicile tendent à cacher les informations qu'ils possèdent aux soignants. Cette forme particulière de mensonge permet de conserver le pouvoir sur leur corps et d'en éviter la dépossession par l'intervention médicale. Les médecins ne partagent pas l'entièreté de leurs connaissances sur la situation de leur patient afin de conserver le choix du traitement à leur apporter. Les patients sans-domicile conservent de leur côté ce pouvoir de décision en n'abordant pas certains éléments qu'ils préfèrent leur cacher. C'est notamment le cas de

---

[32] FAINZANG Sylvie, « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *Anthropology & Medicine*, 9 (2), 2002, p. 121, (Traduction L.C.).
[33] FAINZANG Sylvie, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 26 (2), 2006, p. 34.

Bernard, qui cache ses problèmes de santé au médecin qui l'ausculte pour ne se concentrer que sur le symptôme qui le préoccupe actuellement. Arnaud utilise la même stratégie lorsqu'il va consulter médecins et infirmiers pour ses problèmes de cœur ou les soins requis par sa sonde urinaire, tout en n'abordant jamais ladite sonde afin que l'opération visant à la retirer n'ait pas lieu. Cependant, la rétention d'informations est différente du mensonge volontaire car ces deux stratégies n'ont pas les mêmes implications. Dans la situation de Bernard comme dans celle d'Arnaud, il s'agit plutôt de ne pas dire la totale vérité aux soignants plutôt que de leur donner délibérément des informations trompeuses. L'autorité médicale est en effet perçue comme importante et les acteurs ne semblent pas vouloir mentir volontairement, bien qu'ils préfèrent garder une marge de manœuvre en ne transmettant pas l'ensemble des éléments en leur possession. Sylvie Fainzang montre que plutôt qu'une opposition franche au pouvoir du médecin, ces pratiques traduisent davantage une importante subordination à celui-ci :

> « Néanmoins, si de la part des patients, mentir montre une résistance au pouvoir du médecin, il s'agit d'une résistance cachée, d'un refus d'une opposition ouverte. En fait, alors qu'ils affirment une forme de pouvoir dans leurs actions (non-observance ou non-consommation des traitements, recours divers à des thérapies alternatives ou à l'auto-médication, *etc*.) ils renforcent en même temps leur position de soumission au pouvoir du docteur par leurs mensonges, car il est impossible pour eux (ou du moins ils pensent qu'il est impossible) de proclamer cette résistance ou d'en tirer un quelconque mérite. »[34]

Les différentes stratégies employées par les individus pour se protéger du pouvoir médical et de la dépossession de leur corps participent en fait davantage au renforcement de ce pouvoir qu'à une lutte contre ce dernier. Le mensonge comporte également une dimension performative car taire la pathologie ne lui permet pas d'exister. Toutefois, le mensonge et la dissimulation représentent un moyen de se protéger des malentendus qui bloquent la relation : en les maintenant ainsi à distance, l'interaction de soin est préservée.

[34] FAINZANG Sylvie, « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *art. cit.*, 2002, p. 128, (Traduction L.C.).

CONCLUSION DU CHAPITRE

Les interactions de soin entre soignants et soignés sans-domicile représentent parfois un danger pour les individus, leurs valeurs et leurs identités personnelles et sociales. Bien qu'ils cherchent à éviter l'éclatement du conflit, ce dernier reste latent et jalonne la plupart de leurs rencontres, les conflits passés marquant de manière importante leurs expériences présentes et futures. Norbert Elias a montré que lorsque les situations sont perçues comme périlleuses par les individus, il leur est difficile de regarder les évènements de manière détachée :

> « D'une part, il est difficile pour les hommes de mieux contrôler la force de leurs propres émotions face à des événements qui menacent d'entraîner de graves conséquences pour leur vie. Ils ne peuvent guère non plus adopter une attitude plus distanciée vis-à-vis de ces événements aussi longtemps que leur pouvoir d'en contrôler le cours demeure réduit. D'autre part, il leur est difficile d'étendre leur compréhension et leur maîtrise de ces événements tant qu'ils ne prennent pas plus de distance vis-à-vis d'eux et ne maîtrisent pas mieux leur manière passionnelle de les vivre. »[35]

Les situations au cours desquelles les individus se sentent en danger impliquent alors une relation circulaire entre la perte de contrôle des évènements qui est à l'origine de leur sentiment de danger et leur fait perdre le contrôle de soi et, dans le même mouvement, la perte du contrôle de soi qui engendre une perte de contrôle de l'interaction. Ce phénomène est encore accentué par le renforcement mutuel des vulnérabilités respectives des soignants et soignés sans-domicile. Au contact l'une de l'autre, elles s'intensifient et s'enchâssent, devenant de la sorte insurmontables aux yeux des individus et les souffrances occasionnées risquent de mener au conflit ouvert. La perte de contrôle des évènements au cours des interactions comportant un fort risque conflictuel est mal vécue par les individus car elle implique un danger important pour leur sécurité ontologique.

L'interaction de soin entre soignants et soignés sans-domicile représente un péril pour leur sécurité ontologique justement parce que le contrôle corporel est menacé et

[35] ELIAS Norbert, *Engagement et distanciation*, *op. cit.*, 1993, p. 22.

qu'elles ne se fondent pas sur des routines prévisibles : le conflit latent risque d'éclater à chaque instant, dès lors que leurs vulnérabilités se renforcent, et ils vivent alors ces situations en adoptant constamment une attitude défensive se développant *via* plusieurs stratégies entre mensonge, évitement de la relation et suspicion mutuelle. En agissant de la sorte, ils ne répondent pas aux attentes de reconnaissance de l'autre et créent une relation ambivalente et ambiguë : ils sont chacun en demande de reconnaissance, mais ils ne s'estiment pas réciproquement légitimes pour s'échanger la reconnaissance qui leur fait défaut. Les infirmiers et les médecins attendent en effet d'être reconnus pour la qualité de leur travail et la validité de leurs valeurs de soignants, tandis que les personnes vivant dans la rue cherchent à être reconnues en tant qu'individus légitimes pour recevoir des soins. En exprimant à la fois un fort besoin de reconnaissance et en n'accordant pas à leur interactant la légitimité nécessaire pour leur offrir cette même reconnaissance, ils se placent dans une situation délicate dont l'issue ne peut que blesser encore davantage leurs identités déjà fragilisées.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

L'important manque de reconnaissance des personnes sans-domicile comme des soignants créent de nombreuses tensions qui risquent de cristalliser leurs malentendus, ce qui les rend très difficiles à dépasser. Il arrive alors, en de rares occasions cependant, que ces tensions éclatent en conflits ouverts, où la violence verbale ou physique prend le pas sur l'adaptation et l'ajustement réciproque. Les conséquences plus habituelles de ces difficultés correspondent à des freins importants dans la création d'une relation de soin, inter-personnelle, sereine et basée sur une confiance réciproque. L'association des nombreux malentendus et des manques de reconnaissance des soignants et des soignés sans-domicile conduisent à une ambivalence dans leurs conduites. Ils oscillent en effet entre différentes attitudes et stratégies en fonction du cadre de l'interaction, de leur interlocuteur et de leur niveau de vulnérabilité.

Pour conserver les bénéfices de leur interaction, tout en contournant ses écueils, les protagonistes cherchent à éviter de tisser une relation inter-personnelle. Les marques laissées dans leurs interactions par les conflits précédents engendrent des tendances à rejeter les patients sans-domicile de la part des soignants alors que les premiers rejettent l'intervention médicale. Dans la plupart des cas, les conflits sont et restent latents. Georg Simmel montre à propos du conflit qu'il est une composante intrinsèque de la socialisation, les interactions comportant toujours une dynamique double, entre l'opposition à l'autre et le désir d'unité :

> « En lui-même, le conflit est déjà la résolution des tensions entre les contraires ; le fait qu'il aboutisse à la paix n'est qu'une expression parmi d'autres, particulièrement évidente, du fait qu'il est une synthèse d'éléments, un contre autrui qu'il faut ranger avec le pour autrui sous *un seul* concept supérieur. »[1]

Le conflit représente ainsi une forme de socialisation puisqu'il est une interaction et non un total évitement de l'autre. Il montre une volonté de créer de nouvelles manières d'interagir tout en laissant les deux parties exprimer leurs désaccords et leur opposition.

[1] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 265.

Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile ne font pas ici exception et comportent ce double mouvement, à la fois unificateur et antagoniste. Le conflit correspond à une volonté de changement de la situation existante : les individus choisissent de rester en interaction, bien que celle-ci soit conflictuelle, plutôt que de strictement s'éviter et rompre tout lien : « on s'*unit* pour se combattre »[2]. En ce sens, le conflit est un appel à trouver de nouvelles manières d'entrer en relation, d'interagir et de construire des liens. Le conflit appelle la négociation, pratique d'ajustement à l'autre qui permet de le résoudre mais aussi de le tenir à distance. Christian Thuderoz écrit à propos de la négociation :

> « Son activité pratique signifie un rapport à *un autre soi*. C'est ce rapport d'altérité qui en fait la noblesse et la difficulté : négocier, c'est entrer en rapport concret et en réciprocité avec un autrui dont on ne partage pas les vues quant à un échange de biens ou une définition de règle, dans le cadre d'un vivre-ensemble dont on ne peut s'extraire »[3].

Soignants et soignés sans-domicile ne partagent pas les mêmes représentations et leur altérité appelle de la sorte à négocier. La stratégie d'évitement de la relation apporte une solution à leurs difficultés lorsque les objectifs recherchés dans l'interaction sont simples, clairement définis – donner ou recevoir des soins ponctuellement – et ne requièrent ainsi qu'un faible degré de confiance inter-individuelle. Or, dès que les soins requis sont plus importants, plus intimes, ou qu'une chronicité s'installe, la relation ne peut plus être si facilement évitée. Malgré le conflit latent qui se retrouve fréquemment dans les interactions entre soignants et soignés sans-domicile, celui-ci n'éclate toutefois que rarement de manière ouverte. La négociation et l'adaptation mutuelle sont en effet plus fréquentes que la violence des mots et des actes. Franco La Cecla montre que les malentendus représentent également une voie d'accès à la compréhension mutuelle :

> « Les malentendus offrent aussi un espace d'explication : "c'est parce qu'on ne s'est pas compris qu'il faut continuer à s'expliquer". Le malentendu devient alors occasion de traduction, zone où l'incommunicabilité entre gens et entre cultures en arrive à devoir transiger. »[4]

Pour pallier à leurs fragilités identitaires et à leurs malentendus, soignants et soignés sans-domicile emploient des stratégies d'ajustement, de collaboration, de

---

[2] *Ibid.*, p. 282.
[3] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 16.
[4] LA CECLA Franco, *Le malentendu*, *op. cit.*, 2002, p. 14.

compromis, qui passent toutes par une forme préalable de négociation. Ainsi, si l'entrée en relation est une étape qui s'avère douloureuse pour chaque interactant, le maintien des liens créés est tout aussi complexe.

TROISIEME PARTIE

NEGOCIATIONS & COMPROMIS

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE

En réponse à leurs interactions difficiles avec des patients sans-domicile, au cours desquelles les soignants ne savent pas toujours comment se positionner, ils développent des stratégies d'adaptation aux pratiques des personnes sans-domicile, d'évitement de leur stigmate, mais également des stratégies de négociation. Les adaptations ainsi réalisées par les soignants ont pour objectif d'accompagner les individus sans-domicile vers le soin. Les individus sans-domicile sont également acteurs de la négociation et négocient leur prise en charge médicale mais également leur rôle de malade. Christian Thuderoz établit les conditions nécessaires pour que les individus s'engagent dans un processus de négociation plutôt que dans la poursuite ou la genèse d'un conflit. Bien entendu, il faut d'abord un différend entre au moins deux individus qui vont devoir prendre une décision par rapport à ce litige, car il leur pose une difficulté[1]. Dans notre cas, le différend se porte sur les soins, les traitements ou les règles institutionnelles et notamment hospitalières. Suite à leurs nombreux malentendus, soignants et soignés sans-domicile ne perçoivent pas pareillement ce qui est nécessaire ou non pour l'entretien de la santé et ne s'accordent pas non plus sur la manière de la conserver. Ainsi, l'objet même de la négociation n'a pas les mêmes tenants et aboutissants pour chacun, ce qui rend forcément le processus de négociation compliqué puisqu'on ne cherche pas la même chose. Toutefois, il ne s'agit pas là d'un obstacle suffisant à la négociation, mais ces incompréhensions la compliquent. La deuxième condition pour que les individus amorcent une négociation est qu'ils doivent être mutuellement dépendants, c'est-à-dire que leurs actions modifient celles de l'autre. L'interdépendance entre soignants et soignés sans-domicile réside en l'intrinsèque réciprocité de l'activité de soin : c'est parce que la personne sans-domicile recherche des soins qu'elle n'est pas en mesure de réaliser ou de se procurer par elle-même, qu'elle est dépendante du soignant, que ce soit sous sa propre initiative ou non ; pareillement, l'activité des professionnels de santé ne prend sens qu'à partir du moment où ils soignent quelqu'un, ils ne peuvent intervenir si ce n'est auprès d'un patient, leur activité est ainsi forcément dépendante de ces derniers. Roy Lewicki et Joseph Litterer écrivent :

[1] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010.

> « En fait, le processus même d'une négociation est fondé sur la prémisse que les parties sont en interdépendance, et qu'aucune des parties ne peut obtenir ce qu'elle souhaite sans prendre l'autre en considération. Chacune est ainsi dépendante de l'autre pour atteindre ses propres objectifs, puisque ces derniers, ou les moyens pour les atteindre, sont liés entre eux. »[2]

Cette interdépendance implique que les individus sont dans l'incapacité de mettre un terme à leur interaction, sans perdre immédiatement les avantages qu'ils auraient pu tirer de leur coopération. Une estimation correspondant à un calcul coût-avantage est ainsi opérée par les personnes sans-domicile et par les soignants. De la sorte, les individus choisissent eux-mêmes et de manière volontaire de régler leur différend par la négociation car les autres manières de le résoudre sont inutilisables ou jugées inefficaces, ce qui correspond à la quatrième condition à la négociation établie par Christian Thuderoz. Cinquièmement, les individus sont en mesure d'identifier leurs intérêts, ceux de l'autre ainsi que ceux qu'ils ont éventuellement en commun et sur lesquels la négociation va porter. La négociation requiert de plus que chacune des parties dispose d'un pouvoir suffisant pour contraindre l'autre à prendre en considération son avis, ses intérêts et ses revendications. S'il existe, dans le cas précis des interactions entre soignants et soignés sans-domicile, une asymétrie des pouvoirs et des légitimités au regard de l'intervention médicale, il reste possible aux patients de refuser les soins et de quitter la structure de santé – décision qui appartient également aux soignants qui refusent dans certains cas de prendre en charge une personne sans-domicile, que ce soit de manière franche ou détournée. Christian Thuderoz précise toutefois, comme septième condition indispensable à la négociation, que l'asymétrie entre les parties en terme de pouvoir ne doit pas être trop importante. Dans notre cas pourtant, les pouvoirs et la légitimité des parties sont très déséquilibrés, mais nous pensons que la possibilité de refus conservée par les personnes sans-domicile ainsi que les différentes stratégies qu'ils développent pour garder le pouvoir sur leur corps et dans l'interaction de soin rend possible la négociation avec les professionnels de santé, bien qu'elle soit parfois déséquilibrée. En dernier lieu, il souligne l'importance de la capacité des individus à évaluer leurs bénéfices et désavantages en fonction des différents scénarios de négociation qui apparaissent, au fur et à mesure du processus de négociation. Ces processus de négociation ont pour objectif de déboucher vers des compromis.

---

[2] LEWICKI Roy J. et LITTERER Joseph A., *Negotiation*, R.D. Irwin, 1985, p. 17, (traduction de C.Thuderoz).

Anselm Strauss a distingué les situations dans lesquelles les individus ont des intérêts opposés et s'excluant mutuellement[3] : les bénéfices de l'un diminuent ceux de l'autre – les gains d'une partie correspondent à la perte de l'autre partie ; et les situations où les négociants ont à la fois des intérêts communs et opposés en termes de bénéfices et de pertes possibles. Dans le cas des soignants et soignés sans-domicile, le but est le même : le soin, le traitement, la santé. Seulement, il n'est pas défini de la même manière par les interactants, du fait de leurs nombreux malentendus. De plus, certains intérêts supplémentaires et propres à chacun entrent en ligne de compte : se protéger dans l'interaction, ne pas perdre la face, ne pas se dévoiler pour les personnes sans-domicile ; diminuer sa charge de travail déjà lourde, ne pas trop s'investir pour se protéger et protéger son éthique pour les soignants. Le premier chapitre de cette dernière partie porte sur les formes d'ajustement et les négociations entre soignants et soignés sans-domicile. Le second s'intéresse aux compromis qui se créent dans leur interaction et s'attache à montrer comment leurs malentendus sont maintenus en son sein.

[3] STRAUSS Anselm L., « Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux », *Négociations*, 5 (1), 2006, pp. 133-154.

CHAPITRE VII

LES NEGOCIATIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE

L'interaction de soin met en face-à-face les professionnels de santé et les personnes sans-domicile et nécessite, comme toute interaction, une adaptation, un ajustement de l'un à l'autre, une négociation continue. Les différentes stratégies ainsi développées permettent aux individus d'amorcer puis de maintenir l'interaction. Lorsqu'elles aboutissent, elles facilitent la conservation de la sécurité ontologique de chacun ainsi que l'évitement des conflits qui ne sont généralement recherchés par aucune des parties. Dans ce cas, les soignants réussissent à garder à distance leur vulnérabilité et les individus sans-domicile négocient leur stigmate de manière favorable à l'identité qu'ils se définissent pour eux-mêmes et qu'ils veulent transmettre aux soignants. En fonction de leur rôle, de leur statut au sein de l'interaction et du but qu'ils y recherchent, ces stratégies changent et s'adaptent continuellement aux circonstances mouvantes de la rencontre des individus. Simone Pennec précise que la particularité des interactions ayant trait au soin est que « ce qu'il s'agit de négocier, ici la santé des individus, révèle et relève de normes et de valeurs enracinées dans plusieurs mondes de références dont les règles se situent à proximité ou à distance de celles définies par le milieu médical et attendues des patients »[1]. Or, les mondes de références des soignants et des soignés sans-domicile sont largement éloignés et leurs normes et valeurs sont plus dissemblables qu'analogues.

L'évitement de la relation comme stratégie d'évitement du conflit n'est pas applicable à toutes les situations. En effet, l'état sanitaire de la personne sans-domicile nécessite parfois des soins approfondis ou intimes. Dans le cas des personnes sans-domicile hospitalisées ou prises en charge au long cours, la répétition des interactions

[1] PENNEC Simone, « L'ordonnancement des registres de négociations des soins complexes au domicile », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 123.

entraîne la création d'une relation inter-individuelle. L'ajustement à l'autre et la négociation deviennent alors des moyens d'éviter le conflit. Ces pratiques vont de paire avec l'évolution de la relation entre soignant et soigné qui tend à généraliser les pratiques de négociation dans les activités de soin, notamment pour obtenir l'assentiment du patient, comme l'écrit Sylvie Fainzang à propos de la relation médecin/malade :

> « A l'ère de la négociation, ou de ce qui est supposé tel lorsqu'on parle aujourd'hui de la relation médecin/malade, le professionnel de santé essaie de recueillir l'assentiment du patient, non seulement parce que la loi l'y oblige, mais pour que la prise en charge soit la plus favorable possible et qu'elle montre l'adhésion du malade. »[2]

L'adhésion du malade ainsi qu'une prise en charge favorable permet de lutter contre les fragilités identitaires des soignants comme des soignés. Cependant, celles des personnes sans-domicile sont parfois telles qu'elles ne disposent pas ou plus des ressources nécessaires à la négociation. Elle nécessite en effet que l'individu se sente légitime pour donner son avis, exprimer une demande, et soit en mesure de le faire. La situation d'interaction entre soignant et soigné se construit sur une asymétrie en termes de savoirs médicaux, de légitimité et de reconnaissance sociale qui place l'individu sans-domicile dans une position d'infériorité. De la sorte, les soignants sont souvent les principaux moteurs de la négociation avec leurs patients sans-domicile. Ces derniers n'en sont pas pour autant toujours passifs et développent également des stratégies de négociation et d'ajustement aux et avec les soignés. Hélène Marche indique que les relations de soin comprennent deux dimensions ; « la première est celle de la revendication par le patient d'une puissance d'action sur sa trajectoire sanitaire. La seconde est celle de la reconnaissance par les soignants d'une puissance d'action du patient »[3]. Or, si les personnes sans-domicile revendiquent leur pouvoir sur leur corps et leur santé, ils ne le font que rarement sur leur trajectoire de soin, si ce n'est par un refus d'être soigné et d'un rejet des soignants et des institutions de soin. Simultanément, et du fait de leurs nombreux malentendus, il est difficile aux professionnels de santé de reconnaître à leurs soignés sans-domicile la puissance d'action dont ils disposent sur leur santé en tant qu'individus autonomes et légitimes dans leurs décisions.

---

[2] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 127.
[3] MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *op. cit.*, 2014, p. 220.

Ce chapitre cherche à mettre en lumière comment les professionnels de santé et les personnes dans la rue s'ajustent l'un à l'autre afin de s'accorder. Les pratiques d'ajustement à l'autre ou d'ajustement mutuel sont très fréquentes et constituent une première étape, un premier pas vers la négociation active. La négociation correspond aux situations dans lesquelles les individus cherchent à la fois « le plus de bénéfices, le moins de sacrifices possibles »[4]. Nous nous intéressons d'abord aux formes d'ajustement à l'autre puis aux négociations spécifiques induites par les interactions de soin.

I) Les formes d'ajustement, prémisses au soin

Le premier pas vers la négociation consiste en un ajustement réciproque des individus. Cette étape est d'autant plus importante lorsque les manières de penser, les représentations et les objectifs des individus parties prenantes de l'interaction sont éloignés. Les ajustements sont constitués par d'innombrables adaptations à l'autre en fonction de ce que l'individu perçoit et comprend de la conduite de son interactant. Christian Thuderoz note :

> « Négocier, c'est établir, par le biais d'ajustements réciproques, un cours d'action possible, au sein duquel ces participants sont collectivement inscrits. Il s'agit d'un mode collectif d'aménagement des préférences : ces participants abandonnent une part, plus ou moins grande, de leurs prétentions initiales pour cheminer, souvent de façon chaotique, vers l'établissement d'une décision les concernant mutuellement. »[5]

Les ajustements sont ainsi à la base de la négociation. Les données de terrain montrent que les soignants sont davantage actifs que les individus sans-domicile dans cette démarche d'ajustement à l'autre, ce qui s'explique par l'asymétrie de leur position. Anselm Strauss, alors qu'il analyse les négociations entre le personnel et les patients d'un hôpital psychiatrique, précise que « la plupart du temps, les gens négociaient en tant que représentants (y compris comme représentants à l'intérieur d'une organisation) de groupes extérieurs - des professions ou des "segments professionnels" »[6]. Mais si les médecins et infirmiers sont en mesure de négocier au nom de leur profession, du personnel hospitalier,

---

[4] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 198.
[5] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 31.
[6] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 252.

ou du personnel médical en général, ce n'est pas le cas des patients sans-domicile qui n'ont pas de groupe de support et ne négocient qu'en leur propre nom. Leurs ressources qu'ils mobilisent lors de la négociation sont donc plus ténues que celles des soignants disposant du support et du soutien de leurs collègues. Les formes primordiales de la négociation entre soignants et soignés sans-domicile correspondent de la sorte à des stratégies d'évitement du stigmate et d'ajustement à l'autre. L'ensemble des interactants perçoivent leur relation comme un préalable aux soins. Nous verrons ensuite comment les différents cadres dans lesquels se déroule leur interaction influent sur les négociations.

1) Les stratégies d'évitement du stigmate

L'ajustement du soignant à l'individu sans-domicile passe par une coopération des soignants dans l'évitement de son stigmate et du discrédit occasionné. Erving Goffman parle de contacts mixtes à propos de « ces instants où normaux et stigmatisés partagent une même "situation sociale", autrement dit, se trouvent physiquement en présence les uns des autres »[7]. Selon lui, il s'agit de moments cruciaux dans l'analyse des stigmates et de leurs conséquences, dès lors que les acteurs de ces contacts mixtes cherchent à entretenir leur interaction, « car c'est bien souvent à ce moment-là que les deux parties se voient contraintes d'affronter directement les causes et les effets du stigmate »[8]. Les effets du stigmate sont parfois dévastateurs sur l'identité sociale des individus. Marion décrit les souffrances que cela implique pour l'individu sans-domicile :

> *« Quelque chose qui revient régulièrement dans nos consultations… C'est l'idée d'être des sous-hommes… L'idée que pour les interlocuteurs sociaux ou autres, ils se considèrent comme des chiens… Autant du fait de la barrière linguistique qui fait que beaucoup ne comprennent pas ce qui leur est dit et que ça met l'autre en position parfois particulière aussi… Ça c'est quelque chose qui revient très fréquemment ! »* (Entretien avec Marion, médecin psychiatre).

Les individus sans-domicile ont en effet conscience de leur stigmate, de l'identité négative qui y est associée et se considèrent eux-mêmes comme inférieurs à ceux avec qui ils interagissent. Ainsi, pour lutter contre ces désagréments et préserver leur identité sociale, les individus essayent de camoufler les symboles de leur stigmate, mais ce n'est

---

[7] GOFFMAN Erving, *Stigmate*, *op. cit.*, 1975, p. 23.
[8] *Ibid*., p. 25.

pas toujours possible. En effet, Marion fait ici références aux interlocuteurs sociaux avec lesquels sont en relation ses patients, et ces derniers ne peuvent cacher aux travailleurs sociaux ou au bénévoles des associations, leur vie sans hébergement personnel, car c'est justement suite à cette situation qu'ils les sollicitent. Dans les situations où il est plus facile de camoufler leur stigmate, les individus vivent dans l'inquiétude de voir leur stigmate dévoilé. Erving Goffman souligne qu'ils sont toujours dans l'incertitude, et que celle-ci :

> « Ne provient pas simplement de ce que l'individu stigmatisé ignore dans quelle catégorie on le placera, mais aussi, à supposer que le placement lui soit favorable, de ce qu'il sait qu'au fond d'eux-mêmes les autres peuvent continuer à le définir en fonction de son stigmate. »[9]

Pour les rasséréner et créer une relation favorable aux soins, les individus non-stigmatisés, et, en particulier dans notre cas, les soignants, coopèrent fréquemment dans l'évitement de leur stigmate. Ils agissent alors de manière à le corriger, comme Marion qui continue l'entretien de la sorte :

> *« Je dirais que ça renforce la nécessité d'être encore plus professionnel dans ces situations-là… De faire encore plus preuve d'humanité, au sens noble. »* (Entretien avec Marion, médecin psychiatre).

Les réactions les plus courantes consistent à faire comme si de rien n'était. Les professionnels de santé s'efforcent de se comporter comme d'habitude, comme ils le feraient avec des patients ne montrant aucun symbole de stigmate, comme s'ils n'avaient rien remarqué. Fred Davis étudie les conduites des individus en interaction avec des personnes porteuses d'un handicap visible. Les stratégies qu'il met en lumière ne sont pas éloignées de celles qu'utilisent les soignants lorsqu'ils sont face à un individu portant les symboles du stigmate de la vie à la rue. Il annonce que lors des rencontres entre les normaux et les handicapés, « les règles de civilité nous dictent de réfréner nos commentaires, ou de ne pas réagir de façon trop évidente aux aspects de leur personne qui, dans l'intimité de nos pensées, indiquent d'importantes différences entre eux et nous »[10]. Les normes de conduite, la politesse et les valeurs de respect se conjuguent et les incitent à masquer leur perception du stigmate. Pour Erving Goffman :

---

[9] *Ibid*.
[10] DAVIS Fred, « Deviance disavowal: the management of strained interaction by the visibly handicapped », *Social problems*, 9 (2), 1961, p. 126, (traduction L.C.).

> « Nous, les normaux, essayons le plus souvent de continuer à faire comme si, en fait, lui, le stigmatisé, correspondait parfaitement à l'un des types de personnes qui se présentent normalement à nous dans la situation présente, que cela implique à nos yeux de le traiter comme quelqu'un de mieux qu'il n'est peut-être, ou de pire qu'il n'est probablement. Si aucune de ces deux voies n'est possible, il nous reste alors à tâcher d'agir comme s'il était une "non-personne", absent en tant qu'individu auquel il convient de prêter une attention rituelle. Lui, de son côté, peut fort bien adopter les mêmes tactiques, du moins au début. »[11]

Les soignants qui font face à la perte du sens de leur activité professionnelle se conduisent parfois comme si les patients sans-domicile qu'ils ont à traiter étaient des « non-personnes », notamment dans les services d'accueil des urgences où les interactions entre soignants et soignés sont très rapides et n'ont pas vocation à se répéter dans le temps. Ils agissent alors en se concentrant uniquement sur les actes médicaux. Malgré tout, les interactions observées et les entretiens indiquent que leur éthique de soignant les empêche, dans la majeure partie des cas, de cantonner l'individu sans-domicile à un statut de « non-personne ». Ils développent ainsi des stratégies pour coopérer avec lui dans l'évitement de son discrédit. A propos des personnes sans-domicile qu'elle rencontre en maraudes, Céline nous dit :

> *« Je trouve qu'il faut les aborder avec… Oui, avec plus de tact… Et surtout être poli, rester très poli… Les vouvoyer plutôt et puis les considérer comme des personnes… Enfin comme n'importe quel autre sujet ! Parce que c'est quelqu'un qui a toute sa dignité quand même… »* (Entretien avec Céline, infirmière).

Elle insiste sur l'importance de gestes qui pourraient sembler anodins, comme faire preuve de tact, de politesse et vouvoyer les personnes rencontrées, en tant que marques de respect de leur dignité. Ces pratiques ne sont pas partagées par l'ensemble des bénévoles des maraudes, ni par tous les professionnels du soin. Travailler à conserver la dignité de la personne sans-domicile est une forme d'ajustement à l'autre. En ne diminuant pas l'individu sans-domicile dès l'amorce de l'interaction en le tutoyant ou le traitant de manière inférieure, ce dernier dispose de plus de ressources pour négocier son stigmate. Une autre stratégie souvent employée par les bénévoles des maraudes consiste à s'accroupir en face des personnes, assises dans la rue avec qui elles discutent, afin de ne pas matérialiser une supériorité par leur posture debout, face à une personne assise ou couchée par terre. Emma explique, à propos du dégoût physique face à l'état de saleté des individus sans-domicile :

---

[11] GOFFMAN Erving, *Stigmate*, *op. cit.*, 1975, p. 31.

« Enfin je veux dire que ce n'est pas agréable de côtoyer quelqu'un déjà contre son gré, et s'il est extrêmement sale… Il y a des odeurs qui sont fortes… Malgré tout, on fait un métier de soins donc… On va essayer de ne pas faire transparaître ce dégoût finalement, mais… Mais on va se protéger, par des gants, des masques, on va l'aseptiser ! Et… Si, je pense qu'on le ressent tous, on n'en parle plus ou moins ou de manière plus ou moins professionnelle… Mais c'est une réaction normale… » (Entretien avec Emma, infirmière).

Elle indique que ses valeurs de soignant la poussent à ne pas montrer son dégoût afin de ne pas mettre l'accent sur les symboles du stigmate de son patient. Les soignants s'aident parfois de différentes stratégies afin de parvenir à coopérer dans cet évitement du stigmate, comme le raconte Charlotte :

« Donc aux urgences à Strasbourg, il y a toujours un petit Ricqlès tu sais à la menthe fraîche, et on mettait quelques gouttes sur un masque qu'on mettait et on rentre avec notre masque pour pouvoir les examiner parce que ça sentait trop fort… » (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Cette technique permet aux professionnels de santé de surpasser leur dégoût, de ne pas le montrer à leur patient et ainsi de donner des soins dans de meilleures conditions. La distinction qu'établit Erving Goffman entre individus discrédités et individus discréditables joue une part importante dans les stratégies d'évitement du stigmate. En effet, aucun effort particulier de coopération dans la dissimulation du stigmate n'est réalisé par les individus non-stigmatisés tant qu'ils ne sont pas conscients du stigmate de leur interlocuteur, tant qu'ils ne l'ont pas découvert. Le propre de l'individu discréditable réside justement dans la relative invisibilité des symboles de son stigmate. C'est le cas des personnes sans-domicile qui réussissent à camoufler ou à minimiser les symboles de leur stigmate. Bien que leur habillement ou leur état d'hygiène trahissent souvent leur grande précarité sociale, il n'est pas rare qu'ils ne soient pas directement identifiés par leurs interactants comme sans-domicile. Or, dès que le stigmate de l'individu est révélé, l'individu normal change d'attitude en fonction de cette nouvelle information. Au cours d'une matinée au centre de soins, une femme géorgienne s'est présentée pour consulter le médecin. Elle est enceinte depuis quatre mois, souffre de douleurs abdominales et présente des saignements. La patiente a informé le médecin de son inquiétude car elle se prostitue et demandait à effectuer différents tests virologiques. Le médecin l'envoie alors aux urgences gynécologiques de l'hôpital, mais elle ne parle ni ne lit le français et ne sait comment s'y rendre. L'infirmière responsable de la structure nous demande alors de l'accompagner. Des informations erronées nous ont été transmises par l'agent d'accueil avec qui a communiqué

l'infirmière du centre de soins, nous avons alors dû nous déplacer à plusieurs reprises entre différents services, qui nous renvoyaient toujours à un autre, pour finalement s'apercevoir que nous avions été orientées dans le mauvais hôpital. La ville de Strasbourg comporte en effet deux hôpitaux universitaires ne disposant pas du même plateau technique. Le trajet fut long et compliqué mais nous arrivons finalement où nous devions nous rendre. Durant ces nombreux déplacements, nous avons eu l'occasion d'échanger avec la patiente et de recueillir quelques bribes de son parcours. Elle raconte qu'elle loue un petit garage à l'extérieur du centre-ville et qu'elle y dort presque toutes les nuits. Quand il fait trop froid ou qu'elle a suffisamment d'argent, elle passe la nuit à l'hôtel. Nos multiples visites dans différents services hospitaliers nous ont amenées à présenter à plusieurs reprises le cas de cette femme aux infirmières qui nous accueillaient. Nous commencions à chaque reprise par annoncer qu'elle est enceinte de quatre mois, qu'elle n'a eu pour l'instant aucun suivi, qu'elle souffre de douleurs et de saignements et qu'elle aimerait pouvoir passer des tests virologiques. S'en suivaient une série de questions de la part du soignant qui cherchait à comprendre les raisons de ce retard dans le suivi de grossesse. Nous essayions de traduire les échanges avec le soignant par gestes et mimes. Les questions des infirmières, s'orientaient en premier lieu sur la grossesse et cherchaient à estimer s'il s'agissait d'une grossesse à risque. Leurs interrogations concernaient ensuite sur les conditions de vie de la personne. Jusqu'ici, le stigmate que représente la vie à la rue était dissimulé aux yeux des soignants, car la personne accompagnée ne présente aucun symbole visible du stigmate. Mais dès lors que nous leur expliquions la situation, leur conduite changeait, autant dans leur posture physique, qui marquait un retrait, que dans leur interrogatoire médical. En effet, à partir du moment où le stigmate était dévoilé, elles orientaient la conversation sur l'avortement et non plus sur le suivi de grossesse. L'infirmière des urgences gynécologiques a aussitôt organisé un rendez-vous pour réaliser les tests virologiques. Les attitudes des soignants montraient une certaine gêne, partagée par la femme géorgienne qui semblait encore plus impressionnée après que les mots garage et prostitution n'aient été prononcés. Si les conduites des infirmières se sont modifiées lorsqu'elles ont découvert le discrédit de leur interlocutrice, elles s'attachaient pourtant, dans leurs attitudes et leurs tournures de phrase, à ne pas appuyer sur le stigmate dont il n'a plus été question dans la suite des échanges.

Fred Davis définit la différence aux normaux comme une menace pour l'individu, car elle risque de devenir le point focal exclusif de l'interaction avec des individus non-

stigmatisés, de créer des frontières impossibles à dépasser, d'effacer d'autres attributs de la personne et de créer une ambiguïté dans les déterminants de l'interaction, c'est-à-dire que l'individu stigmatisé se questionne constamment sur les intentions des normaux avec qui il interagit, ne sachant pas s'ils font seulement preuve de politesse ou sont sincères dans leurs expressions de sympathie, s'ils recherchent vraiment sa compagnie ou s'il risque de diminuer leur plaisir par sa seule présence. Si ces menaces ne sont pas dépassées :

> « Que le handicap provoque des réactions ouvertes et dépourvues de tact ou, comme c'est plus communément le cas, qu'aucune référence explicite n'y soit faite, la conscience sous-jacente, aiguë et précise qu'en ont les normaux entraîne que l'interaction ne soit articulée qu'autour de lui. Ce qui s'accompagne habituellement […] d'un ou plusieurs signes familiers d'inconfort et de gêne : on y fait des références prudentes, les mots communs de tous les jours deviennent tabous, les regard se fixent ailleurs, on adopte une légèreté factice, on se fait compulsivement loquace, une solennité embarrassante s'installe. »[12].

Même lorsque les individus font des efforts pour éviter le stigmate et cacher au stigmatisé qu'ils s'en sont rendu compte, ces efforts sont la preuve explicite de leur découverte du stigmate. Il s'en crée une ronde infinie où le stigmatisé cherche à cacher au normal sa propre conscience de la mise à jour de son stigmate, puis le normal lui camoufle en avoir conscience, ce que le stigmatisé comprend et cherche à cacher… et ainsi de suite jusqu'à l'effondrement de ces dissimulations en chaîne. Néanmoins, ce jeu permet d'amorcer une relation entre les individus.

2) L'adaptation des soignants au renoncement aux soins

Les situations au cours desquelles les individus sans-domicile décident de ne pas avoir recours aux soins sont difficiles pour les médecins et infirmiers qui y voient des risques pour la santé de l'individu. Leurs valeurs, leur formation professionnelle et leur déontologie les conduisent à vouloir faire accéder malgré tout les individus aux soins. Suzanne raconte :

> *« J'ai eu comme ça un jour dans un service un SDF, quand j'étais interne, qui est parti, qui a fait une sortie contre avis parce qu'il fallait qu'il s'occupe de ses chiens… Il avait ses chiens dehors et il était inquiet et… C'est un petit exemple qui m'avait vraiment frappé*

[12] DAVIS Fred, « Deviance disavowal », *art. cit.*, 1961, p. 123, (traduction L.C.).

parce qu'il devait vraiment rester et puis il n'y avait aucune solution qui avait été trouvée pour ses chiens… » (Entretien avec Suzanne, médecin généraliste).

On retrouve ici l'empreinte des malentendus entre soignants et soignés sans-domicile sur la santé. Pour Suzanne, la préservation de la santé de ce patient est primordiale et c'est pourquoi il doit rester à l'hôpital pour recevoir les soins qu'elle perçoit comme impératifs. Mais la carrière de survie entraîne les individus à redéfinir leurs priorités : les chiens de cet homme relèvent pour lui d'une importance majeure en tant que support pour entretenir le maintien de soi. Les risques encourus par la perte possible de ses chiens restés seuls lui apparaissaient alors comme plus importants que ceux qu'il allait affronter en quittant l'hôpital. Une forme d'ajustement à l'autre revient alors pour les soignants à s'efforcer de comprendre le refus ou le renoncement aux soins :

« Le refus de soin, il faut essayer de comprendre pourquoi. Pourquoi. Qu'est-ce qui se passe en fait, chaque individu est différent… qu'est-ce qui fait que un tel ne veut pas qu'on le soigne, est-ce qu'il a mal ? Est-ce que ça l'embête de rester pendant une heure allongé parce que… on va devoir soigner sa plaie… est-ce qu'il ne peut pas la regarder en face ? Est-ce que c'est trop douloureux pour lui, rien que la vision de la déchéance si vous voulez ? Parce qu'on a des très vilaines plaies, il y a des choses très invalidantes ! Et aussi dans le regard de l'autre, il faut essayer de comprendre en fait… ça fait partie des valeurs d'un bon soignant, aussi. » (Entretien avec Elvire, cadre de santé).

Elle met l'accent sur les valeurs du soignant qui poussent à traiter chaque individu de manière personnalisée. Elvire avance différentes explications qui permettraient d'expliquer pourquoi un patient refuserait des soins, cependant chacune de ces explications part du principe que le soin et la santé seraient une fin en soi et qu'il s'agit d'un objectif partagé par tous. Ce qui met une nouvelle fois en exergue le malentendu sur la santé et la maladie. Toutefois, même dans les cas où les soignants observent les décisions de leurs patients et cherchent à comprendre leur rapport à la santé, leur éthique les pousse à essayer différentes stratégies pour accompagner leurs patients vers le soin. Le refus, le renoncement ou l'abandon des soins sont donc très difficiles à accepter et les soignants se retrouvent pris dans un dilemme entre leur sentiment d'échec que produit ces situations et le respect de l'autre et de sa volonté thérapeutique, même si cette volonté consiste en l'abandon des soins. Dans certains cas, les professionnels de santé estiment que les soins sont nécessaires et ne tiennent pas compte du refus de leur patient. Les soins sont alors imposés aux individus réticents aux soins, Bénédicte raconte ce type de situation :

> *« Des situations compliquées, c'est par exemple quand on veut retenir quelqu'un contre son gré. C'est ça qui peut devenir compliqué, parce qu'effectivement on va devoir l'attacher, on va faire ce genre de choses, ben lui, forcément, attaché il sera d'autant plus agressif encore, parce que forcément, si tu rajoutes des entraves à quelqu'un qui n'a pas envie de rester… Ça ça peut être un truc compliqué… et puis bon c'est compliqué pour nous, c'est compliqué pour les autres patients, à voir quelqu'un dans le couloir qui hurle, qui crie "salope" ou je sais pas quoi, pour les autres gens qui sont autour… »* (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

Elle pointe les difficultés des professionnels de santé lorsqu'ils estiment l'intervention médicale nécessaire pour leur patient, tandis que celui-ci la refuse. Le patient est malmené, puisque sa liberté de s'opposer aux soins et de s'en aller est entravée. Mais les soignants pensent agir pour son bien car il encoure, selon eux, d'importants risques à ne pas se faire soigner, risques qui justifient l'imposition des soins. Ici, aucune tentative d'ajustement à l'autre ou de négociation n'est amorcée. Ces interactions ont parfois pour conséquence de laisser une marque conflictuelle aux prochaines interactions de l'individu avec des soignants. Le patient sans-domicile risque d'entériner son refus de soin au point de rejeter par la suite toute intervention médicale et toute interaction avec des soignants. Fred Davis explique que la personne handicapée a bien plus d'expérience dans l'interaction avec les normaux que ces derniers en ont dans l'interaction avec les handicapés. Ainsi, ils participent à l'ajustement des interactions et ouvrent une porte de sortie aux difficultés des non-stigmatisés :

> « La personne handicapée répond à l'individu normal avec un répertoire bien plus grand de réponses appropriées à ces situations et, même lorsque le normal, peut-être par erreur, agit d'une manière que l'handicapé juge inadaptée (par exemple en utilisant des mots tels qu'infirme ou aveugle), la personne handicapée peut le soulager de son embrasement par sa réaction. […] Alors que la personne handicapée permet à l'interaction de se développer, il renie simultanément la déviance latente de son statut. Concurremment, l'individu normal étant amené à collaborer à la redéfinition des attitudes de la personne handicapée, il en vient à normaliser les attributs de l'autre qui suggéraient en premier lieu sa déviance. »[13]

Une expérience d'hospitalisation racontée par Arnaud éclaire la manière dont les porteurs d'un stigmate sont amenés à aider les normaux à continuer l'interaction et à normaliser leurs attributs. Arnaud utilise en effet l'humour en tant que rempart à son discrédit :

---

[13] *Ibid*., p. 127, (traduction L.C.).

« Moi une fois j'ai essayé de me sauver ! Mais c'était des portes automatiques, mais il faut marcher, et moi j'ai couru ! Eh ben l'effet… il est radical hein ! [il mime une porte qui claque violemment] J'ai fait un bon de trois mètres en arrière ! Les infirmières m'ont dit [il utilise un ton comique] "viens voir ici, on va discuter un peu"… J'ai dit "mais non ! J'allais faire un tour dehors !", "ah ouais en courant ? Toi tu vas faire un tour dehors en courant ? C'est ça… viens on va te remettre dans ton lit !" et là ils m'ont attaché les pieds et les mains ! Alors pour me lever je fais comment ? En plus ils m'ont laissé la main gauche libre, alors j'ai dit "non je suis droitier !", "non mais si on vous lâche la main droite, qu'est-ce que vous allez faire ?" [rires] voilà… donc vous voyez… mais même pour manger… enfin bref ! » (Entretien avec Arnaud).

Son parcours de soin est chaotique et comporte de multiples ruptures. On peut ainsi imaginer que les infirmières du service dans lequel il était hospitalisé étaient au courant de ses nombreux départs de structures de soin, départs qui se sont soldés à chaque fois par un abandon des soins. Dans l'anecdote qu'il raconte, les infirmières semblent utiliser l'humour pour relativiser sa nouvelle tentative de fugue et le ramener dans sa chambre sans anicroche. Arnaud accepte alors de revenir dans sa chambre et participe à l'effort de camoufler ses intentions par l'humour. Face au refus de soin des individus sans-domicile, il s'agit alors pour les professionnels de santé de trouver une position intermédiaire entre le respect de la volonté de leur patient et leur volonté de les soigner, ou du moins de les accompagner vers le soin. Il s'agit alors de faire preuve d'une grande habilité dans l'identification de la demande de soins des personnes sans-domicile, alors même qu'elle est masquée par leur mise en scène de la robustesse, ou par une stratégie visant à ne pas perdre la face. Pour Monique Membrado :

> « La reconnaissance et l'interprétation de la plainte sont au cœur de l'interaction soignant-soigné. Cette donnée peut en expliquer la complexité dans un contexte social et moral structuré par l'injonction à l'autonomie. Les enjeux consistent pour les un-e-s à faire entendre leur demande, tout en ne perdant pas la face, en gardant la main, et pour les médecins à faire preuve d'écoute et de compétence tout en n'imposant pas. »[14]

Ainsi, les patients naviguent entre des stratégies de protections de soi et de conservation du pouvoir sur son corps et les soignants cherchent à identifier à la fois les demandes de soin et les manières d'y répondre en respectant l'individu. Si les valeurs, la déontologie et l'éthique des soignants les empêchent d'imposer les soins à leurs patients, il leur est difficile d'affronter ces refus. Céline raconte sa rencontre, lors d'une maraude, avec une jeune femme vivant dans la rue :

---

[14] MEMBRADO Monique, « La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale », *art. cit.*, 2014, p. 53.

« Comme je suis infirmière, on a parlé contraception… Et c'est un refus… Et ça, ça t'interpelle quand même en tant que soignant parce que tu te dis qu'à 17 ans, s'il n'y a pas de contraception… Il n'y a pas de protection… Être enceinte à la rue ou des choses comme ça c'est quand même un risque qu'elle court ! Et ça, ça ne peut pas te laisser indifférent comme soignant ! » (Entretien avec Céline, infirmière).

Elle exprime clairement sa difficulté à accepter le refus de son interlocutrice de tout suivi gynécologique ou contraceptif. Sa formation professionnelle lui fait penser que les risques encourus sont trop importants et lui rend difficile toute compréhension rationnelle de ce refus. Cependant, elle n'a d'autre choix que d'accepter sa décision. Nous avons participé à une maraude avec Céline quelques semaines après l'entretien, maraude au cours de laquelle nous avons rencontré cette jeune femme. Céline a cherché à aborder à nouveau le sujet de la contraception avec elle, mais elle a fait face à un refus supplémentaire. Elle lui a alors offert quelques préservatifs et nous a ensuite fait part du sentiment d'échec qu'elle ressentait envers le refus de suivi médical réitéré de la jeune femme. Ne disposant d'aucun moyen pour faire adhérer la jeune femme à une prise en charge gynécologique, Céline choisit de limiter son action à un don de préservatifs. Elle annonce qu'elle continuera à en discuter avec elle à chacune de leurs rencontres, en espérant qu'elle change un jour d'avis. Elle estime qu'insister de manière trop appuyée n'aura que des conséquences négatives : Céline ajuste ses pratiques afin de faire concorder ses valeurs et ses inquiétudes de soignant, qui la poussent à vouloir accompagner cette jeune femme vers une prise en charge, tout en conservant une certaine distance et en lui accordant une marge de liberté pour ne pas la faire fuir et conserver leur relation naissante.

L'adaptation à l'autre et à son altérité apparaît comme nécessaire dans les propos et les conduites des soignants. Il s'agit d'une stratégie de coopération dans la négociation du stigmate des individus sans-domicile. Ils cherchent de leur côté à collaborer avec les soignants pour éviter les désagréments de leur stigmate sur leur identité. Fred Davis montre que dans les situations de handicap visible, « les deux parties s'engagent dans des efforts de rectification de l'interaction pour colmater les brèches »[15]. Ces brèches sont en effet une source de souffrance pour l'individu lorsqu'elles ne sont pas colmatées, car elles le laissent entièrement vulnérable à la moindre atteinte à son identité déjà fragilisée.

[15] DAVIS Fred, « Deviance disavowal », *art. cit.*, 1961, p. 132, (traduction L.C.).

3) La relation & l'ajustement à l'autre comme préalable aux soins

Pour ne pas accentuer leurs fragilités identitaires respectives et éviter les conflits, une stratégie employée par les soignants et soignés sans-domicile est de créer une relation qui les lie. Leurs discours montrent l'importance que revêt à leurs yeux cette relation inter-individuelle en tant que préalable aux soins. Monique Membrado précise que « ce qui se passe dans la consultation médicale, dans un contexte fondamentalement asymétrique, requiert un climat de confiance pour que la coopération entre les deux acteurs de la relation puisse avoir lieu »[16]. La création d'une relation de confiance nécessite du temps, mais aussi une volonté conjointe d'aller vers l'autre. Cathy raconte son expérience :

> *« Dans le milieu hospitalier, pour moi le côté relationnel était essentiel ! Pour d'autres, absolument pas ! Je trouve que les infirmières qui n'ont pas entre guillemets ce "sens relationnel" ne sont pas de bonnes infirmières, même si elles sont peut-être de bonnes techniciennes… Parce que ce côté relationnel c'est super important, même pour nous qui sommes voilà… Qui pouvons entre guillemets "nous défendre", c'est important l'écoute… Donc le bon soignant, à l'hôpital, peut aussi bien être un bon technicien mais avoir… Ce côté relationnel, pouvoir prendre le temps, l'écoute… »* (Entretien avec Cathy, infirmière).

Lors des interactions de soins avec des patients sans-domicile, la relation soignant-soigné prend une importance accrue. Ces patients mettent parfois les professionnels de santé en difficulté tant leurs conduites sont pétries d'ambivalence : ils oscillent entre la nécessité d'obtenir des soins, leur état de santé étant généralement très dégradé, et la volonté de paraître forts et résistants, de se protéger en ne dévoilant pas leurs difficultés. Emma met l'accent sur l'importance de prendre en compte le patient dans la totalité de sa personne et de ne pas se concentrer seulement sur ses symptômes. Pour elle, un bon soignant :

> *« C'est quelqu'un qui… [Rires] c'est quelqu'un qui sait rester humain malgré les protocoles thérapeutiques par exemple… Et c'est quelqu'un… Ça c'est le propre de l'infirmier, c'est quelqu'un qui est censé voir, de par sa formation, qui est censé prendre en charge globalement l'individu… C'est-à-dire ne pas voir en lui qu'un symptôme ! C'est-à-dire que même si tu soignes les symptômes, tu es censé prendre en compte le reste de la personne ! »* (Entretien avec Emma, infirmière).

Céline insiste sur les bienfaits d'une relation avec la personne sans-domicile, mais surtout sur l'importance de créer une relation basée sur la confiance. Pour ce faire, elle

[16] MEMBRADO Monique, « La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale », *art. cit.*, 2014, p. 51.

estime qu'il est important que les soignants témoignent leur engagement en étant souvent présents sur le terrain. La relation ainsi créée permet de faciliter l'accès aux soins des personnes qui en sont le plus éloignées, même s'il ne s'agit d'abord que d'une demande de conseil :

> *« C'est qu'il faut arriver à gagner leur confiance… Moi je trouve que c'est important, tu vois, qu'ils aient confiance en nous… Qu'ils ne se disent pas "oh, celle-là elle vient une fois de temps en temps…" Et puis tu vois quand je reviens des maraudes après et qu'ils me reconnaissent, ça, j'aime bien ! "Ah ! Ça fait longtemps qu'on s'est pas ! Qu'est-ce que tu deviens ?" Moi j'aime bien… C'est que tu les as marqués pour quelque chose… […] Parce que c'est plus facile de faire passer des messages quand ils ont confiance en toi… Je trouve que… "Ah tiens, c'est l'infirmière de [association] qui vient, je pourrais lui dire, je pourrais lui demander…" Moi je trouve que c'est important ! »* (Entretien avec Céline, infirmière).

En plus des bénéfices qu'elle tire à créer cette relation de confiance, en termes de satisfaction personnelle d'avoir construit une relation, elle espère qu'elle pourra servir de tremplin vers le soin. Une distinction entre le *cure* et le *care* s'opère plus facilement en anglais qu'en français. Ces deux termes permettent de différencier ce qui est de l'ordre du prendre soin, de manière globale (le *care*) et du soin spécifiquement médical (le *cure*). Selon Walter Hesbeen, la relation inter-personnelle que construisent les infirmiers avec leurs patients, est ce qu'il y a de plus important, au-delà de la technique et des actes médicaux. Il indique que « l'essence des soins infirmiers [est] la démarche interpersonnelle entre l'infirmière et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci » ; et il sépare cette essence de « l'accessoire des soins infirmiers qui est l'ensemble des techniques, des protocoles, des terminologies, des modes d'organisation, des lieux de soins… utilisés par les infirmières »[17]. Ainsi, la tâche la plus importante pour les infirmiers serait d'abord d'établir une relation avec leurs patients, avant même de réaliser des actes techniques ou de leur prodiguer des soins techniques. Il ressort des observations de terrain et des entretiens que les individus sans-domicile attendent, de la part des soignants, en priorité du *care,* c'est-à-dire que l'on prenne soin d'eux, avant même de traiter leurs pathologies. Les propos d'Elias éclairent cette dimension et insistent sur la dimension relationnelle du soin. Dans son discours, la relation apparaît comme un préalable au soin et lorsque celui-ci est prodigué sans aucune dimension relationnelle, cela pose problème :

---

[17] HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p. 62.

« Y'a [des infirmiers] qui sont plus doux, ils ont plus le sens des relations, ils arrivent à mettre les gens à l'aise, et après ça se passe bien ! Y'en a qui… juste à la tâche, tac tac tac ! Hop, la piqûre et je m'en vais ! C'est sûr que souvent ça passe pas avec les gens ! » (Entretien avec Elias).

Il faut donc d'abord qu'une relation existe pour que le soin puisse s'opérer. Mais les parcours biographiques et de soin des individus sans-domicile comptent de nombreuses ruptures, discordes et séparations, qu'il s'agisse de relations familiales, professionnelles, amoureuses ou de soin. Ces ruptures laissent leur empreinte et rendent les individus méfiants, inquiets. Quand nous accompagnions Sylvain à ses rendez-vous chez le gastro-entérologue à l'hôpital, il refusait de s'asseoir dans l'espace dédié à la salle d'attente avec les autres patients et voulait attendre un peu à l'écart, devant le bureau de la cadre infirmière du service. Quelques chaises étaient disposées devant sa porte et il annonçait à chaque fois qu'il la connaît bien. Il semblait rassuré par cette position légèrement à part, dans laquelle il n'était pas qu'un patient anonyme parmi la foule des autres. Fouad a connu l'exil et voit ainsi une rupture géographique s'additionner à celles qui ponctuent son parcours. Quand nous lui avons demandé s'il faisait confiance à son médecin, il est partagé et annonce :

« Eh je ne peux pas faire confiance comme ça à n'importe qui ! Ils vont me dire "écoutez, il faut qu'on vous enlève votre bras !" Et peut-être qu'il va se tromper ! Je sais pas ! Et quand vous êtes dans la situation d'un réfugié, vous êtes toujours angoissé ! Parce que moi, ce que j'ai subi… Ensuite il y a eu une suite… Donc je suis toujours sur mes gardes ! » (Entretien avec Fouad).

Ses expériences passées l'amènent à être prudent et à se méfier des autres. Cette méfiance se retrouve dans de nombreux entretiens ainsi que dans les attitudes des personnes sans-domicile. Ils font preuve d'une certaine vigilance, qui se retrouve notamment dans le choix du médecin traitant. Une stratégie souvent utilisée consiste à se fier aux conseils de personnes avec lesquelles une relation de confiance est déjà instaurée. René raconte qu'il a choisi son médecin traitant avec l'aide des travailleurs sociaux du centre d'hébergement médicalisé. Ces derniers semblent avoir utilisé comme critère principal de choix la proximité géographique du cabinet du médecin avec la nouvelle solution d'hébergement de René. René s'est conformé à ce choix sans hésitation : il a effectué plusieurs séjours de convalescence au centre d'hébergement médicalisé et a développé des relations sociales rapprochées avec les différents salariés de la structure, à qui il continue de rendre fréquemment visite après la fin de sa prise en charge. Fabrice est

dans une situation similaire, il a choisi son médecin traitant en suivant les conseils des salariés du centre d'hébergement médicalisé, qui lui ont proposé un médecin dont le cabinet est très proche de leurs locaux[18]. Dans d'autres circonstances, ce choix est orienté par les compétences spécifiques et spécialisées du médecin, qui inspirent confiance au patient, comme le dit Augustine, qui souffre de tuberculose :

> *« C'est moi-même qui ai choisi, là-bas c'est… ils sont spécialisés pour les poumons, je peux pas aller voir le généraliste ! Enfin si je suis guérie je pourrais chercher le généraliste, mais pour l'instant il m'enverrait à la pneumologie ! »* (Entretien avec Augustine).

Arnaud a suivi les mêmes critères et indique qu'il a choisi un médecin spécialisé dans le sport car il rencontre des problèmes de circulation[19]. D'autres personnes choisissent d'accorder leur confiance au médecin en fonction ses compétences, avérées par les faits. Manuel dit confiance à son médecin car il a réussi à lui diagnostiquer un pneumothorax, alors que ce problème le gênait beaucoup, notamment pour dormir[20]. La confiance d'Aliya en son médecin s'est construite au fur et à mesure des succès médicaux de sa prise en charge :

> *« J'ai beaucoup confiance en Dr X. parce que quand elle a changé mon traitement j'avais eu peur, je pensais que ça n'allait pas, que je n'arrivais pas à supporter, parce que après les examens elle m'a dit que le traitement que je suis actuellement n'était pas efficace… que le virus, ils reconnaissent le traitement, donc ça ne va pas aboutir… mais après ces analyses, elle a dit que "le traitement que je vais vous soumettre maintenant sera efficace". Elle dit "les études que j'ai eu à faire après vos examens, il n'y a aucune raison que ce ne soit efficace". Et quand j'ai commencé, et ça fait trois semaines de ça, d'abord… j'arrive quand même à supporter les médicaments. Alors j'ai trouvé quand même qu'elle avait eu raison. »* (Entretien avec Aliya).

La compétence de son médecin a été prouvée par l'efficacité et sa bonne tolérance des traitements. Elle entretient donc aujourd'hui une relation de confiance avec son médecin. Toutefois, si la relation relève d'une importance fondamentale pour les soignants

---

[18] Quand nous lui demandons comment il a choisi son médecin traitant, il répond : *« c'est ici qu'on me l'a donné ! Enfin on me l'a donné, on me l'a proposé ! Ben oui, parce qu'elle est juste à côté… En plus elle est bien… »*

[19] Il précise : *« on me l'avait conseillé, et puis… comme c'est un médecin du sport… comme j'ai eu des problèmes de circulation… bon la main cassée, le pouce cassé, bref… donc il contrôle. »*

[20] Nous lui avons demandé s'il fait confiance aux médecins qui le suivent, il nous dit : *« c'est comme moi en fait, avant que je puisse comprendre que j'avais un pneumothorax… la seule solution c'était l'hôpital psychiatrique, c'était un fait, comme j'étais nerveux fallait que j'ai une place au calme mais je pense que c'était un bienfait, donc je pense qu'on peut leur faire confiance quoi… parce que déceler une maladie au milieu d'un déroulement de tout un tas d'années, c'est pas évident quoi… »*

comme pour les soignés, ils cherchent et attendent tous deux qu'elle ne dépasse pas certaines limites. Bien que de bonnes relations et une importante confiance soient recherchées, la proximité n'est pas souhaitée, ni par les professionnels de santé, ni par les personnes sans-domicile[21]. La juste distance entre relation inter-personnelle, confiance d'une part et distance raisonnable, gage d'une certaine liberté, d'autre part, est également perçue comme nécessaire par les soignants. Marion nous dit :

> *« On a ça dans la population migrante mais c'est aussi vrai pour les gens qui ne sont pas dans la migration, qui sont ici, mais qui ont passé des événements de vie particulièrement difficiles qui font que… Ils ne sont plus dans l'humanité, ils ne sont plus reconnus en tant qu'être social, en tant que citoyen, en tant que… Sujet… Et qu'il faut pouvoir restaurer ça, les ramener de ça… Mais en acceptant nos limites et les limites de l'autre aussi… Parce qu'on ne peut pas le faire malgré eux… Sans eux déjà… Donc il faut aussi que nous on puisse poser cette distance qui nous permette de rester professionnels tout en ayant cette empathie. »* (Entretien avec Marion, médecin psychiatre).

C'est grâce à l'établissement d'une relation de confiance que l'individu sans-domicile va accepter de se dévoiler et de mettre à nu ses souffrances et que le soignant pourra lui témoigner son empathie et lui apporter du *care*. La relation inter-personnelle entre soignant et soignés sans-domicile permet de changer les représentations que les uns ont des autres en apprenant à se connaître, à se faire confiance. La relation comme première forme de *care* permet alors d'accompagner les patients sans-domicile vers le *cure*. Cependant, il est difficile d'établir une distinction stricte entre des actes de soin qui ne correspondraient qu'à du soin technique, qu'à du *cure*, et ceux qui seraient consacrés uniquement à la dimension relationnelle des soins, à la prise en charge globale de la personne dans son individualité, au *care*. Pour Marcel Calvez:

> « Toute activité de traitement s'inscrit dans un cadre relationnel dont il convient de prendre en compte les multiples dimensions. C'est donc moins une opposition entre le soin et la relation qui doit être considérée qu'une articulation qui se présente sous des formes diverses, dans un continuum des modalités de prise en charge, du plus relationnel au plus médical. »[22]

---

[21] Lorsque nous avons demandé à Hugo quel genre de relations il entretient avec son médecin traitant, il répond : *« ben… professionnelles ! "Bonjour, ça va pas", "ah oui ? Prenez ça !", "Ok, au revoir". Et hop c'est fini. Mais la première fois il était très… enfin il a vu que j'étais mal et du coup… c'était bien mais ça reste très bref… »*

[22] CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *art. cit.*, 2014, p. 44.

Ce continuum prend la forme d'une progression dans la prise en charge des patients sans-domicile qui semblent rechercher en premier lieu des preuves qu'ils peuvent accorder leur confiance aux soignants, avant d'entamer un parcours de soin. Les soignants adoptent alors une stratégie d'adaptation à l'autre, en mettant l'accent sur la création de cette relation inter-personnelle. Elle leur permettra par la suite d'accompagner leurs patients vers les actes médicaux et/ou les traitements dont ils pourraient avoir besoin. La frontière entre le *care* et le *cure* est ainsi brouillée. Pour Diane, la relation comporte une dimension thérapeutique en soi :

> *« La relation peut être thérapeutique en elle-même, sans même… Enfin, un grand professeur, qui vient, qui est rassurant, qui dit "bon alors, vous avez ça, on n'a pas de solution, mais on est en train de rechercher, et vous serez la première à savoir s'il y a un nouveau traitement, vous serez la première à l'avoir…" Un grand professeur qui dit ça… Il aura une bonne relation thérapeutique avec le malade, même si en fin de compte il ne peut rien proposer de nouveau ! Et le patient, je pense, sortira plus content de ce genre de… d'entretien, qu'avec un interne qui dit "bon ben… Ben vous avez déjà tout… Ça va sinon ?" [Rires] c'est pour ça, la relation en elle-même elle peut changer les choses… »*
> (Entretien avec Diane, interne en dermatologie).

Lorsqu'une relation inter-personnelle de qualité s'instaure entre soignants et soignés sans-domicile, il en ressort une confiance réciproque et un certain apaisement de leurs fragilités identitaires. Cette relation leur permet en effet d'échanger de la reconnaissance dont manquent les soignants comme les soignés. La relation représente alors un terreau pour la négociation du soin qui pourra s'opérer dès lors que les individus se reconnaissent et se considèrent mutuellement légitimes pour négocier.

4) Les cadres de négociation

Les interactions de soin et les négociations qui en émergent se déroulent à chaque fois dans un cadre particulier, qu'il s'agisse de l'hôpital, d'une structure spécialisée dans la prise en charge des personnes sans-domicile, d'un cabinet de ville ou encore de la rue. Ces cadres d'interaction ont des conséquences sur la manière dont les individus négocient ou non le soin. Dès lors qu'il y a amorce de négociation – quelle qu'en soit l'issue –, « il y a projection dans le futur des protagonistes, et recherche d'un avenir commun, découlant de leur interdépendance : ils sont, individus ou groupes, inscrits dans un même système social

qui, à la fois, les contraint et les dote de ressources »[23]. Le système social en général, et le cadre de l'interaction en particulier, fournissent différentes possibilités d'action aux individus ou, au contraire, les astreignent à certaines conduites. Les différents cadres de la négociation de soin répondent à la même logique. L'hôpital, en tant que lieu fermé, qu'institution dédiée aux soins, où le patient est pris en charge dans son entièreté physique, construit son activité à partir du présupposé selon lequel le malade en accepte les contraintes et lui donne tout pouvoir sur son corps et sa santé au cours de l'hospitalisation. Le cabinet libéral comporte beaucoup moins de contraintes, le présupposé sur lequel se fonde son action réside en le suivi ultérieur, par le patient, des traitements et conseils administrés par le praticien. Cependant, une fois le cabinet quitté, le professionnel de santé n'a plus aucun moyen de contrôle sur les activités de son patient. Les structures spécialisées dans la prise en charge de personnes vivant dans la rue cherchent à adapter leurs contraintes organisationnelles au plus près de celles que leur patient est en mesure d'accepter. Cette dimension de l'interaction est une source de malentendus, car les soignants risquent d'interpréter de manière erronée les contraintes que les patients sont prêts à accepter. Ils réduiraient de la sorte la qualité des soins, de peur que l'imposition de contraintes trop importantes les fassent fuir. Enfin, dans la rue, les soins sont négociés d'une manière particulière dans la mesure où, s'ils ne sont pas demandés par les personnes sans-domicile, ils ne sont que proposés par les soignants et ils ne sont pas en mesure d'imposer quoi que ce soit, malgré leur frustration comme dans le cas de Céline qui aurait voulu que la jeune femme rencontrée accepte un suivi gynécologique. S'ajoute à cela que dans la rue, il est difficile de réaliser le moindre acte de soin, d'autant plus lorsque les patients ne sont pas en demande de soin. Encore une fois, les précautions des soignants résultent de leur crainte d'amener des personnes qui se sentiraient forcées à rejeter d'une haleine les soins suggérés. Au sein de l'hôpital, les refus de soin sont gérés d'une toute autre manière. L'institution hospitalière impose dans une certaine mesure à ses patients d'être traités lorsque médecins et infirmiers estiment que ces soins sont nécessaires. Un médecin généraliste résume :

> *« Les soins sont entièrement différents à l'hôpital ou dans la rue : le patient qui est à l'hôpital, en entrant, il a déjà en quelque sorte accepté de se soumettre au système hospitalier ; dans la rue par contre, il n'a rien demandé, c'est nous qui proposons et il peut tout à fait refuser et c'est son droit, peu importe que nous on veuille le soigner ! »* (Propos recueillis lors d'une discussion informelle au centre de soins).

[23] THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *Négociations*, 12 (2), 2009, p. 112.

Derrière ces négociations se trouve la négociation de l'ordre selon lequel les individus interagissent. Anselm Strauss se demande « comment, face aux changements inévitables (alimentés à des sources tant externes qu'internes à l'organisation) se maintient une part d'ordre »[24], ce à quoi il répond que « l'ordre est une chose à laquelle les membres de toute société, de toute organisation doivent "travailler" […]. Les bases d'une action concertée doivent être continuellement reconstituées »[25]. Ces ordres sont travaillés par une négociation continuelle et sont spécifiques aux différents cadres dans lesquels se déroulent les interactions. Au fur et à mesure que les individus négocient l'ordre existant, ils le maintiennent et le transforment à la fois. Pour Christian Thuderoz :

> « Négocier, c'est aussi subvertir ; c'est jouer avec la règle, proposer son aménagement – de façon plus ou moins radicale. Vue sous cet angle, toute négociation est une subversion de l'ordre antérieur puisqu'elle vise, en tant que pratique finalisée, à lui substituer un autre "ordre" […] régi par d'autres règles que les règles antérieures. »[26]

En négociant les règles établies, l'ordre social en cours dans le cadre d'interaction qu'ils expérimentent, les individus vont peu à peu leur substituer d'autres règles. Ces nouvelles règles, au fur et à mesure, construisent un nouvel ordre négocié. Au cours des interactions de soin que nous avons observées, les négociations étaient différentes dans les différents cadres d'interaction. Au sein des structures spécialisées dans l'accueil des personnes sans-domicile, l'ordre négocié se voulait propice à de plus amples négociations. Celles-ci étaient opérées entre l'équipe du centre et chaque patient individuellement, entre l'équipe et l'ensemble des résidents ou entre les résidents eux-mêmes. Les négociations avec les résidents ou entre résidents correspondent à l'organisation de la vie quotidienne du centre, selon des règles et des habitudes explicites ou tacites[27]. Les négociations entre l'équipe et un seul résident concernent davantage le soin et la prise en charge de la personne, en termes d'adhésion aux actes médicaux ou aux traitements notamment, de consommation d'alcool ou d'autres drogues, de durée de prise en charge ou encore d'horaires. Un règlement formel de la structure existe et est distribué aux personnes dès le premier jour de leur prise en charge, mais concurremment, de nombreuses négociations de ce dernier s'opèrent. Il y est notamment indiqué que l'alcool et les états d'ébriété ne sont

---

[24] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 87.
[25] *Ibid*., p. 88.
[26] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 71.
[27] Par exemple, un résident bien plus âgé que les autres est toujours servi en premier au cours des repas. Lorsque quelqu'un déroge à cette règle, les raisons pour lesquelles elle a été mise en place – respect dû à l'âge, lenteur du résident à prendre son repas – sont rappelées par un résident ou un membre de l'équipe, ouvrant ainsi une négociation sur le maintien ou non de cette routine, jusqu'à présent toujours reconduite.

pas tolérés dans la structure et sont sanctionnés par une expulsion. Or, les résidents souffrent très souvent d'une forte dépendance à l'alcool qui occasionne plus de négociations que de sanctions : les membres de l'équipe cherchent davantage à accompagner la personne dans sa consommation ou vers la réduction, voire l'arrêt de l'alcool. En fonction de l'état de santé du résident, de son niveau de dépendance et de son traitement, les négociations diffèrent. Si une personne suit un traitement risquant de créer des interactions dangereuses avec l'alcool et se présente en état de forte ébriété, l'équipe entamera dès le lendemain une négociation avec ce dernier, pour essayer d'ajuster traitement et consommation d'alcool, en prenant en compte à la fois les possibilités et les désirs de la personne ainsi que les indications médicales. La négociation porte également sur les horaires de prise en charge. Il est normalement demandé aux résidents d'être de retour tous les soirs à partir de 18h. Or, une résidente, atteinte d'un cancer, souhaitait passer plus de temps avec son mari qui ne bénéficiait d'aucune solution d'hébergement et vivait ainsi dans la rue. La négociation a alors abouti à une autorisation de sortie plus importante pour elle les jours où elle n'a pas de traitement de chimiothérapie, dans ce dernier cas il lui est demandé de rester se reposer au sein de la structure. Ces négociations accumulées constituent un ordre négocié toujours en changement puisque la structure héberge dix personnes pour lesquelles soins et règles sont négociées à chaque fois de manière particulière et individualisée. Anselm Strauss précise :

> « Dans certains ordres sociaux, les conditions structurelles sont telles que certains types de négociation sont impossibles ou improbables, tandis que d'autres sont possibles et fréquents. Les conditions structurelles affectent aussi la manière dont les acteurs perçoivent l'ordre social et ce qu'ils croient, pour eux et pour les autres, possible ou impossible, problématique ou probable. »[28]

L'ordre social, lui-même constamment négocié, favorise ou non les négociations du soin. Les structures sociales spécialisées dans l'accompagnement des personnes sans-domicile offrent une zone de négociation bien plus large que l'hôpital. Hélène, infirmière dans une structure de soin spécialisée dans la prise en charge de patients en très grande précarité affirme :

> *« Il faut être de toute façon déjà plus cool pour les rendez-vous hein… Ce n'est pas la peine, si tu leur dis de venir après-demain le matin, ils vont venir après après-demain l'après-midi, il ne faut pas leur dire que tu les avais attendus, "je vous ai attendu, vous*

[28] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 253.

n'êtes pas venu, je ne le ferai pas maintenant !" Tu le fais ! Quand ils sont là, tu en profites ! Tu les soignes quoi… » (Entretien avec Hélène, infirmière).

L'institution hospitalière ne fait en effet pas preuve d'autant d'adaptabilité au niveau des négociations avec ses patients. Les négociations entre les soignants et l'ensemble des patients ne s'observent pour ainsi dire jamais et les liens et interactions entre les patients sont plutôt rares et se limitent souvent au partage d'une chambre ou d'une cigarette aux portes du bâtiment. Les soignants sont beaucoup plus nombreux à l'hôpital, ce qui facilite et complique à la fois les négociations du soin. En effet, un personnel trop important risque d'entraîner une confusion des professionnels, de leur rôle et de leur statut. Aliya, lors d'une hospitalisation, s'inquiète de ne pas recevoir les résultats des différents examens qu'elle effectue. Elle cherche alors à obtenir des informations mais se confronte à l'impossibilité de rencontrer le médecin et à la confusion des différentes professions hospitalières :

« Ça me gênait parce que j'avais la curiosité de savoir, est-ce que l'examen que j'ai fait, est-ce que c'est bon ? Est-ce que c'est pas bon ? Quand j'avais la curiosité de savoir, le jour-là je ne le voyais pas, le lendemain ou après, là je le vois. Et quand je demande à des aides-soignantes "s'il-vous-plaît Madame, est-ce que l'examen que j'ai fait hier, c'était comment ?" parce que comme je voyais tout le monde en blouse, je croyais que tout le monde était docteur, elle me dit "non Madame, moi je ne peux pas vous dire le résultat, c'est le médecin qui peut vous dire" » (Entretien avec Aliya).

Dans le cas d'Aliya, le nombre important de professionnels de santé a été une difficulté car elle n'arrivait pas à identifier qui pourrait la renseigner. Cependant, dans d'autres circonstances, cette caractéristique de l'hôpital sert à la négociation. Anselm Strauss révèle que les professionnels de santé d'un même hôpital, voire d'un même service, n'ont comme seule base commune, lors de leurs négociations avec des patients, que l'objectif partagé par l'ensemble du personnel : le patient doit aller mieux. Cependant, ce qu'aller mieux veut dire peut être sujet à de nombreuses interprétations, qui ne sont pas forcément partagées entre les différentes professions, ni même à l'intérieur des professions. Les soignants se basent alors sur des critères médicaux ou éthiques pour déterminer ce qu'ils vont négocier ou non avec leurs patients sans-domicile et de quelle manière. Anselm Strauss précise qu'« ainsi, le personnel peut se trouver en désaccord quant au meilleur placement possible d'un malade à l'intérieur de l'hôpital »[29] et que le protocole même de soin établi par le médecin est sujet à négociation avec ses pairs et ses subordonnés, chargés

[29] *Ibid*., p. 96.

de le faire appliquer. Pourtant, l'absence d'accord généralisé sur la conduite à tenir avec les patients et sur ce qui est bon pour eux ouvre une porte à la négociation des soins. Chaque individu n'accepte pas de négocier les mêmes choses et offrent une zone de négociation plus ou moins vaste à leurs patients. Ainsi, la multiplicité des soignants représente une ressource pour la négociation du soin, dans le sens où les patients jonglent entre les différents professionnels pour négocier les différents éléments qui les intéressent – actes médicaux, traitements, horaires, repas ou autorisations de sortie. Au demeurant, lorsqu'une négociation a échoué avec un praticien, le patient peut réessayer de négocier la même chose avec un de ses collègues. Pour Anselm Strauss, il est nécessaire de prendre en compte, « les options permettant d'éviter ou de rejeter la négociation, c'est-à-dire les modes d'actions alternatifs disponibles »[30]. Ces options sont bien évidemment différentes en fonction du cadre d'interaction dans lequel se déroulent ces négociations. Les possibilités de détourner la négociation sont bien plus importantes dans la rue qu'à l'hôpital par exemple.

La négociation du soin relève de caractéristiques qui la rendent particulière. Elle se retrouve ainsi à la croisée des « régime de composition » et « régime de négociation »[31] définis par Christian Thuderoz. Le régime de composition correspond aux interactions où la négociation est localisée, fréquente ou récurrente, implicite ou peu verbalisée, indéterminée quant à son résultat et « ne suppose pas un *travail élaboré de négociation* »[32]. Le régime de négociation regroupe les interactions où la négociation est explicite et verbalisée comme telle, ritualisée et comporte un important travail de négociation. Ainsi, la négociation produite par les interactions de soin appartient à un régime bâtard puisqu'elle est à la fois localisée, fréquente et récurrente, indéterminée par son résultat et ritualisée. Mais surtout, le travail de négociation, bien qu'il soit plus ou moins implicite ou explicite, est bien présent.

[30] *Ibid*., p. 260.
[31] THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *art. cit.*, 2009, p. 108/110.
[32] *Ibid.*, p. 109.

II) Les négociations du soin

Les négociations entre soignants et soignés sans-domicile portent sur les actes de soin en eux-mêmes, leur refus ou leur acceptation, mais également sur la manière dont ces soins vont être opérés, à quel moment et à quelle fréquence, par qui, et dans quel cadre. En effet, c'est « en considérant la maladie sous l'angle de la situation sociale qui met en relation différents acteurs, [que] le soin peut être regardé comme le produit d'une négociation »[33] entre les différents acteurs du soin. Anselm Strauss attire l'attention des chercheurs sur l'importance de prendre en compte « la nature des enjeux de la négociation »[34] au cours de leur analyse. La particularité des négociations entre soignants et soignés sans-domicile est que leurs enjeux sont presque toujours les mêmes et correspondent à la volonté d'obtenir ou d'apporter les meilleurs soins possibles, d'arriver au rétablissement du malade, ainsi qu'à une sortie rapide de système de soins. Leurs négociations du soin ne comportent ainsi pas de conflit d'intérêt.

Pour analyser les différentes formes de négociation qu'utilisent soignants et soignés sans-domicile au cours des interactions de soin, nous avons choisi de les différencier en fonction de l'objet de la négociation. Nous nous intéressons d'abord aux négociations portant sur les actes médicaux et les traitements, puis à celles concernant les règles et celles concernant les rôles adoptés. Enfin, nous verrons en quoi les malentendus influent sur la négociation du soin.

1) Les négociations des actes médicaux & des traitements

Pour Anselm Strauss, les premières variables à prendre en compte dans l'analyse des interactions de négociation sont « le nombre de négociateurs, leur expérience respective de la négociation et qui ils représentent »[35]. Le nombre de négociateurs est relativement réduit au cours des interactions de soin. A l'hôpital, le personne sans-domicile négocie avec différents acteurs des soins : le médecin, généralement prescripteur des soins

[33] CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *op. cit.*, 2014, p. 48.
[34] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 260.
[35] *Ibid*.

et les infirmiers ou aides-soignants, qui effectuent ces soins ou distribuent les traitements. En cabinet de ville par contre, les négociations ont lieu, dans la quasi-totalité des cas, entre seulement deux personnes : le médecin ou l'infirmier et leur patient sans-domicile. La pratique professionnelle quotidienne des soignants leur donne une expérience importante dans les négociations du soin. Ils expérimentent ces situations tous les jours, elles font partie de leur routine. En négociant les soins, ils sont leurs propres représentants mais sont également les mandataires du système de soin. En effet, ils négocient à la fois en leur nom et en celui de l'institution qu'il les emploie, c'est-à-dire l'hôpital pour ceux qui y exercent et le système de soin en général pour les praticiens libéraux. Les soignés sans-domicile sont généralement leurs propres représentants. Bien qu'ils soient, en de rares occasions, accompagnés par un ami, un travailleur social ou un membre de leur famille, ils se rendent généralement seuls à la consultation. Leur expérience des négociations avec des professionnels de santé dépend de la durée de leur carrière de survie et de leur état de santé. En effet, les personnes atteintes d'une maladie chronique acquièrent davantage d'expérience dans ces négociations du fait de leurs interactions récurrentes avec des soignants. Au début de leur parcours de malade chronique, ou lors d'interactions de soin relatives à des pathologies aiguës, leur manque d'expérience de la maladie amène parfois les patients à refuser les soins et les traitements, particulièrement lorsqu'ils n'en comprennent pas l'intérêt. Madie raconte avec détail avoir refusé de réaliser un *petscan*[36], car elle estimait que l'équipe soignante n'avait pas joué franc-jeu avec elle. Or, elle dit avoir demandé aux soignants d'être honnêtes envers elle, dès les premiers instants de son hospitalisation. Elle avait passé ce même examen quelques jours auparavant et ne voyait pas pourquoi elle devait à nouveau s'y soumettre, ce que personne ne lui a expliqué :

> *« Je leur ai dit, je leur ai dit "la prochaine fois, vous êtes clairs, nets, et précis et il n'y aura pas de problème ! Si vous êtes clairs avec moi, je serai claire avec vous ! et je vous dirai plus non… Voilà !" Et ils ne m'avaient pas du tout prévenue… Ils sont arrivés un soir dans la chambre […] et ils ont dit "Madame, vous passez un petscan" alors que je l'avais fait exactement six jours auparavant ! Même pas une semaine… Alors j'ai dis "non ! Je refuse ! Tant que je ne vois pas le médecin qui m'explique pourquoi je dois le faire, je ne le fais pas ! " Alors il a dit [elle mime une attitude très colérique] "ça vous regarde !"Alors j'ai dit "oui ! Ça me regarde, c'est ma santé, c'est pas la vôtre ! Ça me regarde !" Et alors là, le grand médecin est venu ! Oups ! Alors j'ai dit "oui, moi j'ai été claire dès le départ*

[36] Un *petscan* (de l'anglais *positron emission tomography*), tomoscintigraphie par émission de positons en français, est une méthode d'imagerie médicale permettant de visualiser le métabolisme des cellules. Pour ce faire, un traceur radioactif est injecté au patient, puis son activité dans le corps est observée *via* l'utilisation d'une machine ressemblant à un scanner. Cette méthode permet de déceler des pathologies se traduisant par une altération de la physiologie normale des cellules, comme les cancers.

quand je suis arrivée, je veux qu'on m'explique et qu'on me dise… Voilà ! Et pas qu'on me prenne au dépourvu en me disant "demain matin, vous faites ça !" Surtout que je les ai déjà passés ! » (Entretien avec Madie).

Ses propos montrent qu'elle revendique une négociation des soins qui n'a pas eu lieu au moment de passer cet examen. En premier lieu, elle veut comprendre sa prise en charge et l'intérêt des traitements et actes médicaux qui lui sont proposés. Ce qui renvoie à une tentative de garder le contrôle sur son corps et sa santé, au minimum par la possibilité de négocier les soins. Lorsque les soignants lui ont annoncé d'emblée qu'elle passerait l'examen le lendemain, sans l'avoir prévenu auparavant ni ne lui avoir expliqué l'intérêt, elle s'est sentie dépossédée de tout pouvoir et a repris la place de négociateur qui lui était refusée en s'opposant à l'examen. Madie prévient ensuite les soignants en leur rappelant qu'elle veut être au cœur de sa prise en charge médicale et n'accepte pas les traitements ou actes de soin qui ne lui sont pas expliqués. Son refus d'être prise au dépourvu montre à la fois sa volonté de contrôle et son manque de confiance envers les soignants. Elle s'impose aux soignants en tant qu'acteur à part entière de la négociation du soin. La situation d'Augustine, met en exergue une autre facette de la négociation, moins conflictuelle cette fois. Elle s'oppose d'abord à la prolongation de son traitement antituberculeux, les médecins lui ayant annoncé initialement un traitement d'une durée de six mois :

« Moi je croyais que c'est six mois, ils m'ont dit que c'est six mois, ils m'ont pas dit neuf mois, c'est ça… et c'est pour les prendre aussi chaque jour les médicaments, ça fatigue… et si tu n'es pas habitué c'est difficile ! C'est chaque jour chaque jour c'est très très très difficile ! C'est ça… » Plus loin, elle précise *: « j'ai de bonnes relations avec les médecins, s'il y a quelque chose, je vais chez eux… par exemple quand j'avais refusé de prendre les médicaments, parce que ça durait encore trois mois, le médecin m'a conseillé, il a dit c'est pour mon bien, c'est pour ma santé, j'ai suivi le conseil… et maintenant je prends encore les trois mois de médicaments ! »* (Entretien avec Augustine).

Elle annonce ensuite que cet épisode a eu des conséquences favorables sur sa relation avec les médecins. Elle accorde aujourd'hui sa confiance à celui qu'elle a rencontré à propos de son traitement et qui l'a incité à le poursuivre encore trois mois. Si la négociation du *petscan* de Madie semble accentuer sa méfiance envers les soignants, Augustine affirme avoir désormais de bonnes relations avec les médecins suite à cette négociation qui s'est déroulé favorablement pour les deux parties. Augustine n'a que peu d'expérience dans la maladie et les négociations de soin : la tuberculose est la première maladie grave qu'elle connaît, elle dit n'avoir été traitée auparavant que pour la malaria dont le traitement ne dure que deux semaines. Elle explique qu'il lui est difficile de suivre

un traitement pendant une si longue période, d'autant plus que le traitement antituberculeux a des effets secondaires importants, notamment en termes de fatigue physique. Madie, de son côté, affirme avoir travaillé dans le domaine hospitalier, bien qu'elle reste très vague sur le sujet, et justifie sa volonté de contrôle sur sa prise en charge par les connaissances dont elle dispose. Les contextes dans lesquels se déroulent leurs négociations du soin sont donc bien différents et leurs niveaux d'expérience dans la maladie jouent sur les négociations du soin. Dans le cas d'Augustine, ces négociations prennent la forme d'une éducation aux soins. En se basant sur l'étude d'un réseau de coordination des soins de malades insuffisants cardiaques, Régine Bercot écrit :

> « Le temps d'éducation est aussi un temps de négociation […]. Après l'explicitation des éléments de la controverse et un temps d'argumentation, c'est le malade qui choisit et oriente son soin, actant ainsi du résultat de la négociation. Dans certains cas, l'infirmier échoue à faire adopter au patient une conduite favorable à une meilleure santé. Dans d'autres, le résultat s'inscrit sur le long terme et se traduit par une réduction d'angoisse et des retours moins nombreux vers l'hospitalisation. »[37]

Les négociations du traitement d'Augustine correspondent à une argumentation au cours de laquelle le médecin lui a expliqué clairement pourquoi il était important pour sa santé qu'elle continue le traitement qu'elle aurait préféré arrêter. Après en avoir compris l'intérêt, elle choisit de le poursuivre. Si la négociation semble être sanctionnée par la décision du patient de subir un examen ou d'accepter un traitement, Sylvie Fainzang rappelle qu'en termes de soin, « le choix laissé est un faux choix, en l'absence de compréhension de ses conséquences »[38]. Les niveaux de connaissances médicales à disposition des acteurs sont en effet extrêmement déséquilibrés entre les professionnels de santé et leurs patients sans-domicile. Ainsi, ils ne partagent pas les mêmes perceptions des risques liés à la prise ou à l'arrêt du traitement, aux séquelles ou décompensations possibles de la pathologie. Ces disparités entre savoir profane et savoir expert influencent les négociations, notamment parce que les soignants sont réticents à accorder une égale légitimité de négociateur du soin aux patients, et d'autant plus lorsqu'ils sont sans-domicile, étant donné que leurs malentendus les poussent à estimer qu'ils ne se préoccupent pas de leur santé. Les professionnels de santé ne reconnaissent pas forcément les savoirs profanes des individus sans-domicile comme des savoirs valides et bloquent

---

[37] BERCOT Régine « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *art. cit.*, 2006, p. 48/49.
[38] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 129.

ainsi la négociation en préférant imposer leurs vues, pour le bien de leur patient. Toutefois, les patients atteints de maladies chroniques disposent d'une plus importante légitimité aux yeux des professionnels de santé car ils valorisent leur expérience et leur connaissance de leurs symptômes et de leur pathologie, et les reconnaissent ainsi comme négociateurs légitimes des soins qui leur seront ou non prodigués.

Lorsque les modes de raisonnement et les représentations liées à la santé, à la maladie et au corps des soignants et des soignés sans-domicile sont trop éloignés, la négociation du soin devient difficile. La place des différents soignants entre alors fortement en ligne de compte au cours de ces négociations. La situation de Luc fournit un riche met en exergue la manière dont infirmiers et médecins négocient différemment les traitements. Il raconte ses interactions avec son médecin traitant :

> *« Il me dit "si vous ne les prenez pas, c'est vous qui voyez !" Tout ce qu'il m'a proposé jusque maintenant au niveau médicament… A chaque fois il me disait "attention, n'exagérez pas au point de vue des doses… Faites gaffe à ci ou faites gaffe en prenant ça…" »* (Entretien avec Luc).

Le discours de Luc laisse à penser qu'il s'agit là de négociations courantes avec son médecin. Ses propos présentent ce dernier comme accordant à Luc une grande part de liberté dans les choix de traitement. En effet, il lui « *propose* » des médicaments et le met en garde entre deux extrêmes : ne pas prendre les traitements prescrits ou les prendre en trop grande quantité. Luc présente ces interactions comme une véritable négociation, dans laquelle il décide autant que le médecin. Cependant, le médecin semble être en retrait : il dit à Luc qu'il s'agit de sa propre responsabilité s'il ne prend pas son traitement, et le prévient sur les risques du surdosage, mais ces réactions ressemblent davantage à un abandon de la négociation. En prescrivant ce que Luc lui demande et sans réussir à le convaincre de prendre ou d'arrêter un traitement, il se décharge de cette négociation. C'est alors aux infirmières du centre d'hébergement médicalisé où est pris en charge Luc de négocier la prise des traitements. L'une d'entre-elles raconte :

> *« Je n'ai pas souvenir de quelqu'un qui refusait consciemment quelque chose d'important… […] Ou alors si, il y avait Monsieur Luc… Mais je pense qu'il ne comprenait pas tout, ou qu'il ne voulait pas tout comprendre… On avait négocié avec le généraliste, pour voir ce que c'était l'essentiel qu'il fallait qu'il prenne… Tu vois, pour réduire la liste de ce qu'il fallait prendre et que ce soit que le plus important… Et quelque part, on ne pouvait pas plus que ça ! Parce qu'il tenait un raisonnement… Qui n'était pas le bon ! Même pour la douleur, il gérait très mal ! Mais il avait l'impression, dans sa tête,*

qu'il gérait très bien ! Il ne gérait pas comme il faut ses Skénans et ses Actiskénans[39]*... Alors on ré-expliquait… Je lui avais fait des dessins pour lui montrer les trucs… Mais je crois que ce n'était pas intégré… Et lui, il était parti dans l'idée que je cherchais à le manipuler ! Donc on n'était pas d'égal à égal pour échanger… »* (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Luc refusait de prendre son traitement, notamment les médicaments à base de morphine, de peur d'en devenir dépendant. Mais il s'opposait ainsi à l'ensemble de son traitement et pas seulement aux morphiniques, ce qui créait de nombreux risques par rapport aux différentes pathologies dont il souffrait. Il ne comprenait pas les différents traitements qu'il prenait, et par souci de clarification, l'infirmière de la structure a travaillé de concert avec son médecin traitant à la simplification de son ordonnance. Cependant, la logique de Luc ne correspondait pas à celle garantissant l'efficacité de ses traitements contre la douleur, ce qui a engendré de nombreux malentendus avec les soignants ainsi que des obstacles dans la négociation de ces soins. Son évaluation des risques importants de dépendance aux morphiniques justifiait l'arrêt de l'ensemble de son traitement. Les professionnels de santé, en suivant la logique médicale, trouvaient cette pratique irrationnelle. Les infirmiers de la structure négociaient alors chaque jour, voire plusieurs fois par jour, avec Luc pour qu'il prenne ses médicaments, ou au moins ceux que les professionnels jugeaient indispensables, comme les traitements relatifs à son insuffisance cardiaque.

Les négociations de soin portant sur les actes médicaux ou les traitements correspondent au registre de la négociation de marchandage conceptualisée par Christian Thuderoz. Elle implique d'« accorder des offres et des demandes non convergentes. D'où le besoin de tâtonner, de tenter une option, puis une autre, de s'avancer, puis de reculer »[40]. Ici, il s'agit pour les soignants de faire accepter des actes médicaux ou des traitements, ou d'y faire renoncer leurs patients. Ces derniers cherchent à obtenir les traitements et actes de soin qu'ils estiment nécessaires. Ce type de négociation particulier génère différentes stratégies comme la persuasion, utilisée dans la négociation du traitement d'Augustine : son médecin a réussi à la convaincre de l'intérêt de continuer le traitement ; la coercition, que la tentative d'imposition du *petscan* à Madie met en lumière ; ou encore la dissimulation, pratiquée par le médecin traitant de Luc : son patient sort de ces négociations sans disposer d'indications précises du médecin. Dans le cas des négociations

[39] Traitements morphiniques contre la douleur.
[40] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 106.

de marchandage, « c'est le processus lui-même de négociation qui conditionne le résultat ; ce dernier ne lui préexiste pas »[41], ce qui implique que les négociations portant sur les traitements et les actes médicaux sont réitérées à chaque prise ou à chaque soin. Cependant, il ne s'agit pas ici seulement de marchander des actes médicaux ou des traitements. Les négociations du soin portent sur le corps du soigné et le pouvoir d'agir sur celui-ci. Ainsi les actes de soin et les médicaments sont négociés entre les soignants et les soignés sans-domicile, car les seconds cherchent à conserver l'intégrité du pouvoir sur leur corps. La prise de pouvoir sur le corps dans la négociation de soin passe par le refus d'un examen intrusif : c'est ici l'intégrité du corps qui est protégée. Elle se traduit aussi par la volonté de disposer de traitements qui permettent de contrôler la douleur du corps malade, ainsi que dans la possibilité de prendre ou non ces médicaments, en fonction de représentations et de logiques qui ne correspondent pas forcément à celles du raisonnement médical.

2) Les négociations des règles

Le cadre de l'interaction de soin exerce une influence sur ce qu'il est possible d'y négocier. Au sein des institutions de soin, les règles sont nombreuses et cherchent à garantir la qualité des soins. Cependant, la plupart de ces règles ne sont pas immuables et sont ainsi perpétuellement construites par les acteurs, créant de la sorte un ordre négocié. Les différentes structures observées comportaient des règles différentes et surtout montraient une plus ou moins grande capacité ou volonté de les négocier. Les négociations des règles des institutions de soin correspondent à ce que Christian Thuderoz identifie comme la négociation de *régulation*, « c'est-à-dire : de création (ou de transformation) des règles communes aux protagonistes, qu'il s'agisse de règles de coopération, de décision, d'autorité ou de fonctionnement »[42]. Parmi les lieux observés, l'hôpital est le cadre d'interaction qui laisse le moins de marge sur les objets de négociation, c'est-à-dire la plus faible « zone de négociation »[43] aux individus. Les interactions y sont pourtant répétées, notamment lorsque les patients sans-domicile y sont hospitalisés. Au cours des séjours en hospitalisation, les interactions de négociation sont répétées dans le temps. Le

[41] *Ibid*., p. 110.
[42] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 114.
[43] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010.

fonctionnement habituel de l'institution hospitalière impose de nombreuses règles à ses patients, ce dont les soignants sont conscients :

> *« L'hôpital est un endroit qui est fait de plein de règles, de codes, de choses à respecter… et pour des gens qui ont plus trop de limites, ou plus trop l'habitude de contraintes horaires ou de ce genre de choses, c'est un endroit qui peut être oppressant voire agressif enfin… on va venir te réveiller le matin à 6h30, tu te lèves, tu fais ta toilette… le mec ça fait 20 ans qu'il vit dehors, qu'il n'a plus trop… enfin peut-être plus trop de contacts avec d'autres, et certainement plus de contraintes ni horaires ni autres… "qu'est-ce que tu me fais chier ? Non, j'ai pas envie d'aller me laver ! C'est bon il est 6h30, j'ai envie de dormir !" ou je ne sais quoi… c'est à mon avis une structure assez difficile, pas le droit de fumer, ce genre de choses, pas le droit de picoler ! »* (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

Dans ses propos se retrouvent les marques des malentendus entre soignants et soignés sans-domicile portant notamment sur le temps. Bénédicte sait que les règles de fonctionnement de l'hôpital sont difficiles à vivre par les patients sans-domicile, mais elles ne les remet pas en question et ne laisse pas entendre qu'elles sont négociables. Les règles du fonctionnement hospitalier sont généralement respectées et ainsi maintenues par les professionnels de santé qui y voient une garantie d'assurer des soins de qualité à tous leurs patients. Vlad raconte un épisode qui fait écho au discours de Bénédicte, alors qu'il venait d'être hospitalisé pour traiter sa tuberculose :

> *« [L'infirmière] s'était approchée de moi pour faire le lit… Elle m'a réveillé pour faire le lit… Alors j'ai dit "mais je suis malade !", elle m'a dit "mais vous êtes pas à l'hôtel Monsieur !" Alors j'ai dit "mais je suis à la prison ou quoi ? Qu'est-ce que j'ai fait ?!" Je suis malade, je besoin pour dormir ! Alors j'ai dit "je reste encore là…" Elle m'a dit "non monsieur, ici c'est pas un hôtel !" Alors j'ai appelé pour parler avec le médecin… Et il m'a dit "non, vous restez au lit… quand vous voulez… Pas de problème…et quand vous êtes sorti, elle arrive pour le lit…vous êtes pas obligé de sortir pour elle fait le lit…" »* (Entretien avec Vlad).

La négociation portant sur l'autorisation de se reposer, sans être réveillé pour que son lit soit fait, a d'abord échoué avec l'infirmière. Dans le discours de Vlad, cette dernière est clairement présentée comme réticente à la négociation, elle refuse l'argument du repos et insiste sur le fait qu'il n'est pas à l'hôtel. Vlad s'est alors tourné vers un autre négociateur, le médecin, qui a quant à lui accepté qu'il reste au lit. Les zones de négociation de l'infirmière et du médecin sont différentes et correspondent à leurs missions distinctes au sein du service hospitalier. Alors que l'infirmière semble être catégorique sur le respect des règles, et notamment celles liées à l'hygiène, le médecin est davantage préoccupé par le repos de son patient. Dans les deux cas, les soignants sont avant tout

soucieux de la santé de Vlad. En effet, les règles d'hygiène de l'hôpital sont dictées par leur portée prophylactique. Le traitement antituberculeux se traduit chez de nombreux patients par une forte fatigue physique et le repos de Vlad est donc indispensable à son rétablissement. Le médecin est peut-être également inquiet du potentiel départ de son patient si un conflit éclate avec l'équipe infirmière.

L'institution hospitalière, de par sa taille importante, nécessite d'imposer uniformément à chacun certaines règles pour assurer son fonctionnement. Des structures plus petites, comme le centre de soins ou le centre d'hébergement médicalisé sont plus souples dans leurs zones de négociation et celles-ci sont établies de manière distincte et individualisée pour chaque patient ou presque. Si certaines règles restent non-négociables (respect des bénévoles, des salariés et des autres usagers par exemple), les autres sont construites au cas par cas, de concert entre les professionnels et les patients. Un écart plus ou moins important se creuse entre les règles explicites, inscrites dans le règlement ou répandues oralement, et les règles appliquées. Ainsi, le centre de soins précise dans ses horaires d'ouverture qu'il ferme à 11h30 chaque matin. Or, les consultations continuent jusqu'à midi, voire après, et les patients le savent. Ainsi, ils se rendent parfois au centre après l'heure officielle de fermeture. Ils expliquent généralement qu'ils n'avaient pas le temps de venir plus tôt et espéraient que le médecin serait libre. Ils évitent ainsi d'avoir à attendre pour leur consultation. Selon le nombre de patients encore en attente, les bénévoles décident ou non d'accepter le patient retardataire, malgré la fermeture officielle du centre de soins à cette heure-ci. Le règlement du centre d'hébergement médicalisé indique que l'alcool n'est pas toléré dans la structure : il est interdit d'y apporter et d'y consommer de l'alcool, les retours au centre en état d'ébriété ne sont pas autorisés. Or, de nombreuses personnes accueillies souffrent d'alcoolisme et il est très fréquent de voir un résident revenir au centre en état d'ébriété. En fonction de son état, l'équipe de la structure en parlera immédiatement avec lui ou le lendemain, lorsqu'il sera sobre. Des canettes ou bouteilles d'alcool sont retrouvées de temps à autre dans les chambres ou la cour du centre, mais aucune exclusion n'a été jusqu'à présent décidée pour ce seul motif. De plus, dès lors que les interactions de soin sont répétées, comme c'est le cas dans les prises en charge médicales sur le long terme, les protagonistes apprennent à se connaître, une relation apparaît et ils apprennent à se faire confiance. Leurs zones de négociation respectives s'élargissent alors. Selon Anselm Strauss, les contextes de négociation sont modifiés par « le rythme des négociations : en une fois, de façon répétée, en séquences, en série, en

groupes ou associée à d'autres faits »[44]. Le rythme des négociations est bien plus important au cours des prises en charge avec hébergement, comme c'est le cas dans cette structure. Les personnes y vivent pour plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ce qui laisse la possibilité aux négociations de se répéter et d'évoluer.

Les négociations du soin entre soignants et soignés sans-domicile sont compliquées par leurs malentendus. Il leur est en effet difficile de concevoir les motivations de l'autre ou de comprendre pourquoi il accepte ou non le résultat d'une négociation. Les marques conflictuelles laissées par leurs interactions précédentes entrent également en ligne de compte. Les soignants cherchent alors, une fois de plus, à s'adapter aux particularités de leurs patients sans-domicile :

> *« C'est pas toujours évident pour le personnel soignant si vous voulez, là il faut énormément de patience, essayer d'expliquer, voilà, essayer de trouver aussi une alternative, c'est-à-dire, peut-être que chez ces patients-là, un brin de toilette va être mieux que pas de toilette du tout vous voyez, c'est dans la négociation que ça se passe. » Elvire, cadre de santé.*

La négociation permet de trouver une alternative qui convienne aux deux interactants. L'exemple du brin de toilette apporté par Elvire montre que les négociations aboutissent à un compromis à mi-chemin entre les volontés de chacun. Le patient sans-domicile qui refusait de se laver accepte une petite toilette en même temps que l'infirmier qui souhaitait lui faire prendre une douche complète consent à ce qu'elle soit remplacée par un brin de toilette. La règle hospitalière de maintien de l'hygiène corporelle des patients par une douche quotidienne est ici accommodée pour pouvoir satisfaire les deux parties. La séparation entre ce qui est de l'ordre du négociable et ce qui ne peut strictement pas être négocié pâtit de leurs malentendus. Leurs habitudes respectives et leurs perceptions des règles et des raisons pour lesquelles elles ont été mises en place risquent de s'opposer, notamment lors des séjours d'hospitalisation ou de prise en charge dans des structures avec hébergement. Elvire raconte :

> *« Ils ont envie de retrouver leur copains aussi, […] alors les difficultés c'est qu'ils rappliquent aussi avec tous les copains, y'en a certains qui essayaient de dormir dans l'enceinte de l'établissement par exemple, pour la nuit, ça c'est quand même difficile à… à accepter si vous voulez, on peut pas, on n'est pas… on n'est pas un foyer d'accueil ici, donc on en a retrouvé effectivement l'un ou l'autre parce que… ils se sont dit "le copain*

[44] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 260.

est là, on trouvera une planque pour y dormir !"… donc là la sécurité du personnel soignant c'est pas possible, de toute façon c'est pas organisé pour ça ! » (Entretien avec Elvire, cadre de santé).

La présence de personnes extérieures au service met en péril la sécurité des professionnels ainsi que les normes d'hygiène de l'hôpital et correspond de la sorte à une règle non-négociable. Cependant, même si l'adaptation de la règle est refusée, les soignants comprennent les raisons d'action des soignés et leur solidarité envers leurs compagnons de rue. Bien que les conditions effectives de vie dans la rue soient mal connues par les soignants, ils sont toutefois conscients que la vie sans hébergement modifie les conduites et ils cherchent même à imaginer et à comprendre les difficultés qu'ils rencontrent lors de leur hospitalisation. Ces difficultés sont souvent interprétées comme une forme de désocialisation qui amènerait à un refus des contraintes imposées, comme le montrent les propos de Bénédicte rapportés plus haut. Les patients sans-domicile sont perçus comme refusant de respecter les règles et si les professionnels de santé cherchent à s'adapter, ils ressentent cependant le besoin d'instaurer des limites dans ce qui peut être négocié ou non. Il s'agit en premier lieu des règles requises par l'organisation de l'institution hospitalière : pour garantir son fonctionnement, certaines règles ne sont pas négociables. Ces règles renvoient au respect des individus – personnels et usagers, y compris le patient lui-même – et de la structure – règles de sécurité notamment. L'autre limite à la négociation des règles est posée par les contraintes de la santé. En effet, les soignants s'opposent de manière catégorique aux négociations du soin dès lors qu'ils estiment la santé de leur patient mise en danger. La santé est le moteur de la plupart de leurs pratiques et elle bénéficie d'une légitimité plus grande, à leurs yeux, que toute autre justification. La plupart des actions sont ainsi justifiées par leur finalité prophylactique, comme les situations dans lesquelles les patients sont attachés à leur lit et ainsi contraints d'être soignés : la santé passe avant le respect de la volonté ou de l'intégrité du patient. Ces situations restent mal vécues par les soignants, malgré leur objectif de préservation de la santé des patients. La négociation des règles réside alors en un équilibre fragile entre les règles imposées par l'institution de soin et celles que le patient accepte de respecter. Les propos d'Hervé montrent une dimension coercitive des règles institutionnelles :

« À la fois il faudrait apporter une souplesse justement sur le fait de les autoriser à… Ce sont des gens qui demandent pourtant à sortir en fait ! Ils veulent sortir et nous assurent qu'ils reviennent ! Et… On leur dit non… Jusqu'au troisième jour où on leur dit qu'il faut qu'ils soient revenus avant 20 heures… Et reviennent à 20h30… Et du coup le lendemain

on leur dit qu'ils ne peuvent pas sortir parce qu'ils sont revenus en retard la veille… Voilà ! C'est cette souplesse là qu'il faudrait peut-être avoir… Maintenant d'un autre côté si on est trop souples… Dans ce cas-là les soins sont moins efficaces aussi, c'est clair ! Il faut aussi qu'ils acceptent qu'ils sont malades… C'est un moment de soins qu'ils doivent s'accorder et respecter le travail de l'hôpital et de tout ceux qui y travaillent ! Donc on doit apporter la souplesse peut-être pour les laisser plus sortir… Mais ils doivent s'adapter aussi faire des efforts pour ne pas trop sortir ! Ça doit être dans les deux sens bien sûr… » (Entretien avec Hervé, interne en médecine générale).

Les négociations des règles sont prises entre, d'une part, le souhait des soignants de s'adapter à leurs patients, de respecter leur autonomie, et, d'autre part, leur volonté de les soigner, en leur faisant comprendre qu'ils nécessitent une période de repos et de convalescence. Ces deux desseins s'opposent et compliquent le positionnement des soignants. Anselm Strauss invite à prendre en compte « la visibilité des transactions pour les autres, c'est-à-dire leur caractère public ou privé »[45]. Ces variables compliquent encore le positionnement des soignants par rapport à la négociation des règles. En effet, le règlement explicite et formel de la structure de soin est censé s'appliquer à chaque patient de la même manière, or les négociations des règles modifient cette uniformité. Elvire raconte :

« J'ai aussi un patient qui était chez nous et qui faisait des stocks de nourriture, alors ça c'était assez surprenant ! En fait il faisait des, ça posait des problèmes de… comment dire, de voisinage, parce que ce patient je ne pouvais pas l'isoler dans une chambre individuelle, donc il était dans une chambre à deux et il faisait sa petite lessive dans le lavabo et puis surtout il stockait énormément de choses, des aliments notamment et ça… donc il mettait ce qu'il pouvait sur le rebord de la fenêtre, avec le risque que ça tombe, donc il fallait que je lui dise que ce n'était pas possible, voilà, et ensuite il stockait dans son armoire, donc les barquettes avec la viande d'il y a trois jours, le fromage… il faisait en fait son petit stock pour la suite… malheureusement ça a posé quelques problèmes parce qu'il fallait que je lui explique que ce n'était pas possible quoi ! » (Entretien avec Elvire, cadre de santé).

Elle mobilise à la fois l'argument du respect nécessaire de l'hygiène en tant que limite infranchissable à la négociation, et l'impossibilité d'affecter une chambre seule à ce patient. Peut-être que si cette possibilité avait existé, le patient sans-domicile se serait vu laisser plus de liberté pour conserver de la nourriture ou nettoyer ses affaires dans le lavabo. Le même problème se pose aux professionnels exerçant au centre de soins et au centre d'hébergement médicalisé. Alors qu'ils cherchent à s'adapter à chaque patient, afin qu'ils adhèrent aux soins, ils sont parfois amenés à adapter les règles de la structure. Or, les

[45] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 260.

autres patients ou résidents qui s'en rendent compte risquent de le ressentir comme une injustice s'ils ne bénéficient pas du même ajustement des règles.

3) Identités & rôles négociés

L'annonce d'un diagnostic engendre un processus de redéfinition identitaire chez l'individu qui apprend sa maladie. Ce dernier se voit contraint de modifier sa routine quotidienne pour y intégrer les soins, les traitements et l'hygiène de vie qui les accompagne, à court ou à long terme en cas de maladie chronique. Ses projets et ses représentations de l'avenir sont également chamboulés. De nouvelles responsabilités lui sont attribuées en termes de soins qu'il se doit d'accepter afin de remplir son rôle de malade. Comme l'écrit Hélène Cléau, « devenir malade revient à adopter le bon comportement […]. Partant, le diagnostic *fait* le malade, processus entraînant des négociations identitaires afin d'assurer la conformité du comportement aux normes définies »[46]. La reconstruction identitaire induite par la découverte d'une maladie est une étape difficile à vivre pour les individus, notamment lorsqu'elle est subite, c'est-à-dire quand le malade ne présageait rien, et qu'il s'agit d'une maladie à laquelle est attachée une image négative. Augustine a vécu une situation de ce type : alors qu'elle effectuait une visite médicale pour obtenir un titre de séjour après son mariage, une radio des poumons a indiqué qu'elle souffrait de tuberculose. Ce diagnostic est un *turning point* dans la trajectoire de vie d'Augustine. En effet, l'irruption de la maladie dans son parcours a entraîné de nombreuses perturbations : les relations dans son couple se sont détériorées, ce qui a aboutit au divorce et elle a ensuite été mise à la porte par son ex-mari. La tuberculose représente la première maladie grave dont elle souffre et l'attention qu'elle portait à sa santé complique son acceptation du diagnostic :

> *« C'est la première fois… et que je puisse avoir cette maladie c'est difficile aussi… Moi je n'aime pas être malade… aussi prendre les médicaments, c'est pour la première fois ! Au début c'était très très très difficile pour moi ! […] Avant je faisais du sport, la physique… si quelqu'un pratique la physique, tu es bon, tu es en bonne forme ! Et puis la maladie que j'ai eu, c'est la malaria en Afrique… tous tombent de la malaria… mais c'est traitant ! C'est après deux semaines, tu prends les médicaments et ça part ! Mais ici les médicaments*

[46] CLEAU Hélène, « Quelle place pour un partage des compétences dans l'interaction patient-médecin ? », *op. cit.*, 2014, p. 208.

c'est six mois ! C'est difficile… avec aussi des antibiotiques c'est compliqué ça » (Entretien avec Augustine).

Ses propos expriment bien comment l'incompréhension de cette étape de son parcours de vie complique l'adoption de son nouveau rôle de malade et la manière dont cette résistance se traduit en une résistance aux traitements. La situation de Wael révèle également les difficultés identitaires induites par la maladie. Il a quitté la Tunisie pour travailler en Italie, où il a passé quelques années avant de tenter sa chance en France. Il y découvre qu'il est atteint d'hépatite B. Son parcours migratoire est entièrement perturbé par ce diagnostic qui implique un lourd traitement, nécessaire à sa survie. Au cours d'une discussion informelle, il nous dit :

« Le problème c'est que la maladie elle te change toute ta vie, d'abord t'es pas bien, et après tu sais pas si tu pourras de nouveau travailler… maintenant ça va mieux mais je me dis je sais pas si je pourrais avoir une femme, des enfants, à cause de la maladie. En France ça va, les gens ils savent un peu ce que c'est, mais en Tunisie si je retourne, ils ne savent pas, ils croient que quand tu touches la main pour dire bonjour tu attrapes la maladie… je pense pas que je retournerai en Tunisie » (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

La maladie remet en cause son parcours migratoire basé sur la recherche d'un emploi. Il n'est effectivement plus sûr de pouvoir être en mesure de travailler à nouveau. De plus, il n'envisage pas le retour en Tunisie comme une solution, de peur de l'incompréhension des gens et du stigmate associé à l'hépatite B. Une forme fondamentale de négociation revient alors, pour les soignants, à accompagner leurs patients dans ces processus de redéfinition de soi, de son parcours, de ce qu'il est possible d'attendre du futur. Nous avons entendu Wael avoir une discussion similaire avec une aide-soignante du centre d'hébergement médicalisé, elle lui répond :

« Mais si, vous pouvez tout à fait tomber amoureux, et peut-être que vous pourrez avoir des enfants si le traitement fonctionne bien, pour l'instant il ne faut pas être aussi négatif, l'important sera de prendre des précautions et surtout d'être honnête avec celle avec qui vous voudrez partager votre vie. Le traitement vous fatigue déjà beaucoup moins aujourd'hui qu'au début, peut-être que d'ici quelques mois vous serez en forme pour trouver un emploi, un titre de séjour, un appartement… tout ! » (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Elle cherche à lui redonner de l'espoir, à ce qu'il ne soit pas trop défaitiste par rapport à sa maladie mais surtout à lui faire comprendre que la maladie n'est pas la fin de tous ses projets. Il peut tout à fait prévoir son futur, mais autrement, « il s'agit bien de faire

avec la maladie et ses conséquences tout en limitant son entrée et son installation dans la routine »[47]. A propos de ses futures relations amoureuses, alors que Wael estime simplement que la contagiosité de l'hépatite B l'empêchera de former un couple ou de fonder une famille, l'aide-soignante lui explique plutôt qu'il pourra avoir des relations de couple mais en étant plus vigilant du fait de sa maladie. Wael est jeune et supporte bien son traitement, c'est pourquoi l'aide-soignante se montre optimiste quant à sa reprise d'une activité professionnelle. Les soignants participent à la négociation identitaire des malades en leur apportant les informations dont ils manquent sur les incidences de la maladie dans leur vie quotidienne, la lourdeur et la durée du traitement, l'espérance de vie estimée en cas de maladie chronique, ce qu'ils peuvent considérer comme de l'ordre du possible ou les projets qu'ils vont devoir abandonner définitivement. Pour Hélène Cléau, l'adaptation au rôle du malade s'enclenche habituellement au moment performatif du diagnostic. Or, dans le cas particulier des soignés sans-domicile, leur représentation différente de la maladie, leur manque de reconnaissance et leur vulnérabilité compliquent la négociation de leur rôle de malade et de leur nouvelle identité. Hélène Cléau précise :

> « Ce n'est pas dans l'espace de soin que les négociations identitaires du patient peuvent être visibles ou, plus exactement, cela ne peut être dans l'interaction avec le médecin, au moment de la mise en place d'un traitement. Elles se déroulent dans des espaces au sein desquels le rôle social n'est pas réduit au statut de malade. C'est tout particulièrement le cas dans l'espace domestique. »[48]

Mais les patients sans-domicile ne possèdent pas d'espace domestique personnel, si ce n'est la rue ou le centre d'hébergement qui les accueille. Bien que certaines adaptations puissent être faites et amènent ainsi les individus à se sentir chez-eux, dans le coin de rue qu'ils ont aménagé et qu'ils ont coutume d'occuper ou la chambre du centre dans laquelle ils passent plusieurs mois, ils ne bénéficient pas d'un espace privé au sein duquel leur rôle n'est pas réduit à leur statut. A la rue, il correspond à celui du sdf ; dans un centre d'hébergement, c'est par leur infériorité sociale et leur manque d'hébergement qu'ils sont identifiés ; au centre d'hébergement médicalisé, c'est justement leur état de santé qui les définit comme pouvant bénéficier d'une prise en charge. Le rôle attaché à la vie sans-domicile ne fournit pas de support favorable à une négociation de son identité. La maladie représente une difficulté supplémentaire, une fracture de plus dans leur parcours, qui vient s'ajouter à celles déjà subies. L'identité des individus sans-domicile est déjà fortement

[47] *Ibid*., p. 212.
[48] *Ibid*.

fragilisée par leur stigmate et ils ne bénéficient pas de la grande partie des soutiens dont disposent habituellement les malades pour redéfinir leur nouvelle identité de manière positive :

> « Continuer à travailler évite de trop penser à la maladie et permet d'atténuer le sentiment de rupture biographique en conservant une partie de sa vie d'avant. Être actif permet aussi de recevoir du soutien hors du cercle familial. Certains patients vont tirer des bénéfices secondaires de leur stigmatisation, alors que d'autres ne révèlent pas leur statut d'hémodialysé afin de limiter au maximum la stigmatisation. »[49]

Les malades hémodialysés cherchent des supports à leur renégociation identitaire auprès de leurs proches et de leur activité professionnelle. Certains choisissent alors de négocier la stigmatisation de leur traitement en le cachant ou pour en tirer des avantages. Or, la plupart des personnes rencontrées sur le terrain ne s'appuient pas sur leurs familles en tant que ressource identitaire, n'ont pas d'activité professionnelle, et leurs amis sont rares et souffrent du même stigmate de clochard. Les négociations identitaires des patients sans-domicile portent également la marque de la culpabilisation : en effet, si les patients hémodialysés tirent des bénéfices secondaires de leur statut, les malades sans-domicile sont le plus souvent tenus pour responsables de leur état de santé, perçu comme la conséquence de leurs conditions de vie, comme si celles-ci résultaient toujours de leurs propres choix. Talcott Parsons définissait la maladie comme une déviance à la norme médicale, une déviance supplémentaire est ici ajoutée par la vie sans hébergement. L'identité et le rôle de malade sont donc des variables difficiles à négocier pour les soignés sans-domicile, cependant les soignants se positionnent généralement comme un tiers entre la maladie et l'individu afin de fournir des informations et rationaliser la négociation pour que le malade ne soit pas seulement en proie à ses émotions.

Les négociations sont influencées par le statut des individus et les inégalités pouvant exister entre ceux des parties en présence. Lavinia Hall et Charles Heckscher indiquent qu'elles créent des freins à la négociation et affirment que « les problèmes concernent non seulement les valeurs, mais les significations différentes de celles-ci, les parties communiquent donc à travers un rideau épais et déformant, ce qui a pour résultat

[49] HERMES Elisabeth et SIFER Lynda, « Le processus identitaire des patients en hémodialyse : l'impact de la technique sur la trajectoire de vie », *Recherche en soins infirmiers*, 81 (2), 2005, p. 67.

qu'il n'y a pas vraiment de négociation… »[50]. Cet argument se rapproche de notre analyse en termes de malentendus, malentendus qui compliquent la négociation puisque les acteurs ne partagent pas leurs représentations de ce qu'ils négocient et n'y donnent pas le même sens. La négociation entre soignants et soignés sans-domicile est déséquilibrée car les professionnels de santé bénéficient d'une plus grande légitimité, pour prendre des décisions concernant les soins, et d'une plus grande connaissance médicale. Ils disposent ainsi d'éléments que leurs patients sans-domicile ne maîtrisent pas, ce qui biaise la négociation du soin et conduit parfois les soignants à imposer des actes médicaux ou des traitements à des malades qui n'en connaissent pas l'intérêt et ne sont pas conscients des risques occasionnés en cas de refus. Toutefois, nous ne pensons pas que les situations de négociation déséquilibrées amènent à une absence franche de négociation, comme le suggèrent Hall et Heckscher. Si la négociation peut être très affaiblie lorsque ces situations se retrouvent dans les négociations entre grands groupes à l'échelle sociétale, au cours de celles que nous avons observées, qui se déroulent au niveau inter-individuel, la négociation existe bien. Elle se situe en effet à l'échelle de l'interaction entre un nombre très restreint d'individus. Le patient est généralement seul face à une équipe de soignants mais il n'a pour ainsi dire jamais à négocier avec l'ensemble d'entre eux en une fois. Pour Anselm Strauss, le contexte de négociation dépend du « relatif équilibre de pouvoir montré par les parties respectives dans la négociation même »[51]. Les négociations se font alors entre individus, la plupart du temps en face à face, ce qui permet de contourner leur inégalité de statut. Le contenu des négociations est toutefois réfléchi au sein de l'équipe soignante lors de réunions, mais des adaptations entre ce qui est décidé collectivement et la négociation inter-individuelle se créent avec les différents négociateurs. Certains soignants se montrent plus rigoristes que d'autres sur l'application des décisions d'équipe. Pour Christian Thuderoz, la négociation portant sur les identités et les valeurs « ne peut que *tenir compte* [des] exigences symboliques plurielles des individus »[52], les identités de chacun demandent à être identifiées puis reconnues pour que les négociations puissent aboutir à un compromis.

---

[50] HALL Lavinia, HECKSCHER Charles et THUDEROZ Christian, « Avant les intérêts : la reconstruction identitaire. Quelques remarques à propos des négociations entre dominants et dominés », *Négociations*, 8 (2), 2007, p. 12.
[51] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 260.
[52] THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *art. cit.*, 2009, p. 113.

4) Malentendus & négociation

Malgré les efforts effectués et les stratégies mises en place par les professionnels de santé et les individus sans-domicile pour s'ajuster à l'autre, les malentendus sur lesquels se construisent leurs interactions ressurgissent dans la négociation du soin, en même temps que s'en créent de nouveaux. Luc exprime son impression que les médecins chercheraient à le culpabiliser : ils voudraient lui imputer la responsabilité de sa pathologie, qui serait due à son mode de vie stigmatisé et stigmatisant – consommation excessive d'alcool et vie à la rue. Pour Luc, les médecins se déchargeraient ainsi de la responsabilité d'avoir à le soigner avec succès. Il affirme ensuite ne plus faire confiance aux médecins hospitaliers, par contre il se fie à son médecin traitant :

> *« C'est un gars honnête quoi, il vous raconte pas de baratin, il ne m'oblige pas à faire ci ou ça… […] à faire des examens des tas de trucs, des contrôles des "revenez dans six mois"… »* (Entretien avec Luc).

Luc souffre d'une artérite chronique ayant conduit à l'amputation de ses deux jambes, situation qui lui procure d'importantes douleurs, plus ou moins soulagées par un traitement morphinique. Les protocoles de prescription prévus dans le cadre des autorisations de mise sur le marché des médicaments contenant de la morphine interdisent les prescriptions supérieures à un mois. Il lui est donc imposé de se rendre chez son médecin traitant chaque mois pour renouveler son ordonnance. La relation qui s'est créée de la sorte a permis de dépasser les réticences de Luc envers les professions médicales. Ce dernier lie l'honnêteté de son médecin au fait qu'il ne lui ment pas et ne l'oblige pas à faire des examens ou à changer son mode de vie. Yann Benoist a montré que « la maladie est pour [les personnes sans-domicile] un problème secondaire comparativement à la satisfaction de leurs besoins immédiats ou de leurs addictions diverses. Ils attendent de la médecine un minimum de contraintes et un maximum d'écoute »[53]. Nous avons rencontré le médecin traitant de Luc lors d'une réunion de coordination autour de son suivi médical et il expliquait agir selon ce principe. Pour conserver sa relation avec Luc, qui lui a raconté, dès leur première rencontre, ses conflits avec les médecins et qu'il a immédiatement vu réfractaire aux soins, le médecin a choisi de lui imposer le minimum de contraintes possibles, en fonction de celles néanmoins requises par son état de santé. Or, la pathologie de Luc est évolutive et nécessite un suivi régulier et des examens

[53] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 30.

complémentaires afin de surveiller l'évolution de l'infection. Les « *revenez dans six mois* » rejetés par Luc sont nécessaires aux yeux du praticien. Seulement, il s'adapte à Luc, qui ne les perçoit que comme une contrainte qu'il refuserait, en ne lui prescrivant pas en avance ces examens. Le malentendu dans la négociation porte ici sur la réticence de Luc envers les médecins qui lui imposeraient sans cesse des examens complémentaires au lieu de lui avouer qu'ils sont incapables de le soigner. Pour les praticiens, ces examens périodiques sont nécessaires au traitement qu'ils adaptent en fonction de l'évolution de la pathologie. Son médecin traitant, qui semble avoir compris la situation, réussit à négocier ces examens en expliquant à Luc qu'il ne s'agit que d'un acte ponctuel car il sait qu'il n'accepterait pas leur périodicité. Le médecin ayant identifié les résistances de Luc en joue pour lui faire accepter malgré tout les examens qu'il estime indispensables.

Parfois pourtant, les efforts des professionnels de santé pour s'adapter au patient sans-domicile et lui faire accepter les soins ne fonctionnent pas, voire même ont des effets pervers négatifs. Une des infirmières du centre d'hébergement médicalisé a conseillé à Marc de nettoyer chaque jour la plaie de sa main. Elle lui indique que défaire le pansement, nettoyer la peau et la plaie à l'eau et au savon puis réaliser un nouveau pansement serait favorable au rétablissement de sa main. Une semaine après, elle rencontre à nouveau Marc et s'aperçoit, en reconnaissant le pansement qu'elle avait elle-même réalisé, que ce dernier n'a jamais suivi son conseil. Elle lui dit :

> *« Mais je vous avais demandé de nettoyer la plaie tous les jours, ça ne guérira jamais si vous laissez ça comme ça ! »* (Propos recueillis lors de la consultation).

Marc n'avait pas suivi le conseil de Christine, qui était en fait un ordre. Leur interaction sera dès lors conflictuelle, l'infirmière estimant qu'il ne se préoccupe pas de sa santé et ne cherche pas à accélérer sa guérison. Marc n'avait pas compris qu'il s'agissait là d'une injonction. La situation de Sylvain met en exergue la manière dont les malentendus apparaissent au cours des négociations. Les incompréhensions avec son hépato-gastrologue à propos de l'alcool et de l'arrêt de sa consommation sont récurrentes. Lors d'un de ses rendez-vous à l'hôpital, Sylvain est très préoccupé par son état de santé, le spécialiste vient en effet de lui apprendre que sa cirrhose est au stade trois sur quatre : son pronostic vital sera bientôt engagé par l'état de son foie. Le médecin lui réitère son injonction d'arrêter de boire pendant au moins un mois avant de pouvoir commencer le traitement pour son hépatite C. Il répond alors au médecin :

« Ah non mais ça c'est dans trop longtemps ! Je n'ai pas le temps moi, il me faut le traitement tout de suite ! » (Propos recueillis lors de la consultation).

Le médecin lui explique que le traitement ne ferait que diminuer la charge virale de l'hépatite C mais ne réparerait en aucun cas son foie extrêmement endommagé. Il lui dit qu'il faudrait réaliser une gastroscopie pour connaître l'évolution de ses varices œsophagiennes. Sylvain lui répond qu'il ne savait pas qu'il y aurait un examen aujourd'hui et dit qu'il n'est pas possible de l'effectuer car il a mangé avant de venir. Il raconte que la dernière fois, cet examen lui a occasionné d'importantes nausées. Le médecin demande ensuite à son interne de dresser l'inventaire du traitement que prend actuellement Sylvain. Pendant ce temps, il prend son dictaphone et commence à dicter un courrier à l'intention du médecin traitant et du psychiatre qui suivent Sylvain. Il dit :

« J'ai discuté longuement avec Monsieur des risques de complications de sa cirrhose, à savoir cancer, coma et décès. » (Propos recueillis lors de la consultation).

Sylvain, qui était en train de décrire son traitement à l'interne, s'arrête immédiatement et interrompt le médecin :

« Comment ça, y'a un cancer ? »

Le médecin lui répond que non, mais que c'est un risque bien présent s'il continue à boire de l'alcool malgré l'avancement de sa cirrhose. Sylvain insiste et demande s'il a déjà un cancer. Le médecin lui dit :

« Pas pour l'instant, cependant, dans l'état actuel de votre foie et votre consommation d'alcool, on peut tabler sur une espérance de vie de deux ans, un peu plus ou un peu moins, mais dans ces eaux-là ! »

Sylvain semble rassuré de l'absence de cancer. Le médecin continue la dictée de son courrier en précisant que Sylvain a refusé une gastroscopie de ses varices œsophagiennes. La formulation employée laisse entendre que le patient est réfractaire à ce type d'investigation médicale et bloquerait ainsi l'avancement du diagnostic de ses varices. Mais Sylvain disait ne pas pouvoir réaliser cet examen ce jour car il avait déjà mangé. À la sortie de la consultation, nous demandons à Sylvain comment il se sent, en imaginant qu'il serait sous le choc d'apprendre son espérance de vie estimée à deux ans. Il nous indique qu'il a déjà pris rendez-vous avec le psychiatre-addictologue pour arrêter l'alcool et qu'il est déterminé. Quelques heures après notre retour au centre d'hébergement médicalisé, il

revient très alcoolisé et sollicite une discussion en privé. Il nous dit alors qu'il n'a pas bien compris la consultation de tout à l'heure et demande quand commence le traitement pour son hépatite C. La prise en charge de Sylvain est traversée de malentendus qui entravent la négociation de son traitement et sa compréhension de la situation. Le cancer est la pathologie qui inquiète le plus Sylvain, il est alors rassuré lorsque le médecin dit qu'il n'en souffre pas et semble relativiser la gravité de sa cirrhose. Il imagine en effet qu'elle sera traitée par les interférons. Le médecin, de son côté, est alarmé par l'état du foie de Sylvain et ne cherchait pas à être rassurant en évoquant l'absence actuelle de cancer, les risques de décompensation étant imminents. Ils ne se sont pas compris non plus sur la gastroscopie que Sylvain voulait reporter à un jour ultérieur alors que le médecin interprétait ce refus comme définitif, en effet, il n'a pas proposé d'autre date pour l'examen et insiste sur le refus du patient dans son courrier à ses confrères. Enfin, certaines informations ont été transmises de manière détournée. Le médecin introduit le risque de cancer dans la conversation en dictant la lettre à ses collègues mais n'en avait pas discuté directement avec Sylvain auparavant, malgré ce qu'il indique dans son courrier. Enfin, il ne dit pas clairement à Sylvain que, dans sa situation actuelle, il refuse catégoriquement d'entamer le traitement par interférons et n'envisage pas de le commencer, et laisse ainsi le malade dans l'attente du début du traitement.

La négociation entre soignants et soignés sans-domicile est compliquée par leurs représentations différentes, causant leurs malentendus. Au cours des interactions de soin, les infirmiers et médecins se concentrent sur la logique médicale orientée vers la guérison des maladies aiguës et le retardement de la progression des maladies chroniques, ou la gestion de leurs symptômes. Les patients sans-domicile se concentrent sur des logiques qui ne correspondent pas forcément à celles des soignants, mais qui, pourtant, ont le même objectif thérapeutique. Cela n'est pas spécifique aux personnes vivant dans la rue et se retrouve chez la plupart des patients. Comme l'a montré Sylvie Fainzang, « certaines conduites à visée thérapeutique peuvent en réalité répondre à d'autres exigences que celles que le monde médical qualifierait de thérapeutiques »[54]. Le sens donné à la maladie n'est pas partagé et il en résulte des pratiques différentes.

[54] FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *art. cit.*, 1997, p. 19/20.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Les négociations entre soignants et soignés sans-domicile nécessitent qu'ils ne soient pas trop fragilisés. En effet, lorsque leurs manques de reconnaissance et leurs vulnérabilités sont exacerbés, ils ne sont pas en mesure de négocier. Leur interaction se concentre sur des stratégies de l'ordre du mensonge ou de l'évitement de la relation et s'imprègne d'une suspicion mutuelle, ce qui crée un conflit latent, menaçant d'exploser au moindre accrochage. Or, les interactions de soin se forgent dans la négociation entre patient et professionnel de santé. Les soignants, face aux patients sans-domicile extrêmement vulnérables, développent de nombreuses stratégies afin de les faire accéder au soin. Il s'agit là des situations les plus fréquemment rencontrées sur le terrain : les soignants pallient aux difficultés des individus sans-domicile en devenant les acteurs et les moteurs principaux de la négociation. Les malades sans-domicile se contentent de coopérer ou prennent une place d'acteur dans la négociation, en fonction de ce qui est négocié, de la manière dont on négocie et du cadre d'interaction, qui offre plus ou moins de liberté et de modes alternatifs de décision.

Hélène Cléau s'interroge sur les possibilités de négociation laissées aux malades d'un cancer de la prostate et montre que dès lors que l'urgence entre en ligne de compte comme critère de décision thérapeutique, la négociation n'a plus lieu d'être car la priorité est laissée à l'intervention médicale, et non à la recherche de l'accord du patient, car la proposition de traitement du médecin devient une injonction de soin[55]. Elle souligne également l'asymétrie de la relation patient-médecin en termes d'accès aux informations. Toutefois, dans les situations que nous avons observées, même lorsque l'offre de soin se transforme en injonction, la négociation est présente. Le diagnostic est rarement négocié une fois qu'il a été établi par les professionnels de santé, mais il est porteur de nombreux malentendus, ce qui accentue les écueils à sa négociation, car soignants et patients le comprennent en fonction de leurs propres représentations. Au demeurant, les incidences du

[55] CLEAU Hélène, « Quelle place pour un partage des compétences dans l'interaction patient-médecin ? », *op. cit.*, 2014.

diagnostic sont négociées : il s'agit en particulier des traitements et des actes médicaux, du rôle de malade et des règles de l'institution de soin. Anselm Strauss invite à analyser « le nombre et la complexité des questions négociées ; l'évidence de la légitimité du découpage des questions »[56]. Or, il apparaît que les questions négociées ici sont à la fois nombreuses, complexes et interdépendantes. En effet, il existe une continuité entre les règles, les rôles, les identités et les traitements. Tous ces éléments sont liés à la santé et à la maladie, elles-mêmes empreintes de malentendus. La négociation devient ainsi complexe, d'autant plus que les acteurs ne sont pas forcément conscients de leurs malentendus. Pour Christian Thuderoz :

> « Toute relation de négociation suppose que les protagonistes *se coordonnent* entre-eux. Cette coordination est d'abord stratégique, orientée vers une finalité […]. Cette coordination est *communicationnelle* : ces négociateurs doivent, pour converger vers une solution, s'entendre au préalable sur la validité et la véracité de leurs analyses et de leurs propositions. »[57]

La coordination se fait de manière plus ou moins tacite et se dirige toujours vers l'objectif d'atteindre le meilleur soin et/ou la meilleure prise en charge possible pour le soigné, bien que ce qu'ils définissent chacun par ces termes ne soit pas forcément partagé. La négociation reste néanmoins présente dans leur interaction et les situations dans lesquelles ils arrivent à trouver des arrangements, que ce soit à propos des soins, des rôles qu'ils adoptent ou encore de la manière dont ils s'ajustent mutuellement. Cette spécificité de leur négociation rend encore plus prégnant le caractère éphémère et transitoire de leurs négociations. En effet, « la négociation […] a un aspect temporel, que cet aspect soit ou non spécifié comme tel par les parties contractantes »[58], ce qui implique que « les résultats des négociations (contrats, ententes, accords, "règles" et ainsi de suite) ont tous des limites temporelles, ils seront à l'occasion revus, réévalués, révisés, réévoqués ou renouvelés »[59]. Les renégociations prennent alors une importance accrue en permettant de dépasser l'obstacle de leurs malentendus. Le renouvellement de ces négociations ne prend pas uniquement place lors d'une hospitalisation ou d'une prise en charge momentanée mais couvrent des périodes bien plus larges. Marcel Calvez précise, à propos de l'étude des négociations sous l'angle de la situation sociale :

---

[56] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 260.
[57] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 29.
[58] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 105/106.
[59] *Ibid*., p. 250.

> « Le risque de cette approche est toutefois d'en rester aux ajustements ponctuels qui s'opèrent entre eux. C'est pourquoi il importe d'introduire les différents temps biographiques des acteurs partie prenante de la situation pour pouvoir analyser l'ordre qui émerge de ces ajustements et la légitimité qu'il acquiert auprès des acteurs. »[60]

Au cours des négociations du soin se croisent les parcours des individus, leurs carrières professionnelles et leurs carrières de survie. Notre travail de terrain ne nous fournit pas suffisamment d'éléments pour analyser en profondeur les incidences des parcours biographiques sur les négociations du soin entre soignants et soignés sans-domicile, mais il faut garder à l'esprit que cette variable entre forcément en jeu.

En toile de fond de ces négociations se retrouve une nouvelle fois la question de la reconnaissance : être reconnu en tant que patient capable de s'exprimer sur ce qu'il vit (comme les symptômes ou effets secondaires du traitement), légitime pour recevoir des soins et prendre une décision par rapport à sa santé dans le cas des personnes sans-domicile ; être reconnu comme un professionnel compétent, légitime pour donner des soins et des informations dans le cas des soignants. Selon Simone Pennec, « l'ordonnancement des négociations suppose la reconnaissance de l'altérité des répertoires de référence et des normes propres aux différents participants des interactions de soin »[61]. Si soignants et soignés sans-domicile semblent bien conscients de leurs différentes représentations du corps, de la santé et de la maladie ou encore du temps, il n'est pas toujours aisé de les identifier clairement. Il leur faut pourtant dépasser leurs malentendus pour négocier, ou négocier malgré eux, et arriver de la sorte à un compromis.

[60] CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *op. cit.*, 2014, p. 48.
[61] PENNEC Simone, « L'ordonnancement des registres de négociations des soins complexes au domicile », *op. cit.*, 2014, p. 123.

CHAPITRE VIII

COMPROMIS & PRESERVATION DU MALENTENDU

Les résultats des différentes formes de négociations observables entre soignants et soignés sans-domicile comportent un caractère éphémère, comme c'est le cas pour l'ensemble des négociations. Les accords et ententes qui s'élaborent au cours des processus de négociation créent un nouvel ordre social se substituant à l'ordre précédemment établi. Ces processus étant perpétuels, soumis aux aléas de la vie sociale et des interactions continues des individus, l'ordre social est sans cesse remodelé, renouvelé et renégocié et ne souffre aucun retour en arrière. Anselm Strauss précise :

> « Tout changement qui se heurte à cet ordre […] imposera une renégociation ou une réévaluation, des changements en découleront dans l'ordre organisationnel. Il faut insister sur ce point : un nouvel ordre, et non le rétablissement d'un ordre ancien, le réaménagement d'un équilibre antérieur. »[1]

De la sorte, les compromis qui s'instituent au fur et à mesure de ces négociations sont également éphémères et sempiternellement renégociés. Nonobstant leur caractère temporaire, ces compromis permettent de conserver les interactions et les relations entre individus sans-domicile et professionnels de santé, malgré leurs malentendus, leurs fragilités identitaires et leurs conflits. Le compromis rend ainsi les soins possibles et modère l'incertitude et l'inquiétude des acteurs. Les négociations, et les compromis qu'elles produisent, restent complexes et traversées par de très nombreuses variables. Michèle Grosjean, Johann Henry, André Barcet et Joël Bonamy précisent :

> « En mettant en jeu à la fois des valeurs (le confort du malade, ses désirs, ceux de la famille, la sécurité médicale), des impératifs économiques macro-économiques (le coût de la santé) et leurs effets (la diminution des lits d'hôpitaux), des mondes sociaux et des systèmes d'activité hétérogènes (vie domestique, médecine hospitalière, libérale, associations, assurance maladie..) [les négociations] mettent en évidence nombre de

[1] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 108.

contradictions et obligent les acteurs, pour contribuer au même dispositif, à ajuster les diverses dimensions de leurs systèmes d'activité. »[2]

Mais cet ajustement réciproque ne permet pas toujours de dépasser les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile, notamment parce qu'ils n'en ont pas toujours conscience. Mais afin d'éviter que leurs interactions ou leurs relations ne soient envenimées par leurs incompréhensions réciproques et qu'elles ne dégénèrent en conflit, les individus cherchent plutôt à maintenir ces malentendus. Cette stratégie rend possible la conservation plus ou moins paisible de leurs interactions et permet d'arriver au soin dans des conditions favorables à la protection de la sécurité ontologique de chacun.

I) Le compromis, aussi fragile que la relation

Pour sortir des conflits et s'affranchir des malentendus, soignants et soignés sans-domicile cherchent à créer un compromis. Il leur permet également de se protéger au sein de leurs interactions, chacun étant en mesure d'établir la limite de ce qu'il est prêt à accepter ou non. Les compromis se forgent au fur et à mesure des négociations, bien qu'ils restent tout aussi éphémères que les ordres sociaux qui en résultent. Les compromis entre soignants et soignés sans-domicile portent d'abord sur les actes médicaux et la manière dont ils sont effectués. Les soignants établissent un compromis avec leurs propres valeurs lorsqu'ils sont confrontés à des patients sans-domicile qui questionnent leur déontologie et leurs pratiques. Le compromis est un moyen d'accorder aux deux parties la reconnaissance qui leur fait défaut. Enfin, leurs incertitudes étant parfois très prégnantes, l'intervention d'un tiers s'avère parfois nécessaire pour les aider à construire un compromis.

1) Chronicisation de l'aigu & traitement aigu du chronique

Dans le but de maintenir l'interaction de soin, voire de la transformer en relation de soin, un compromis s'instaure dans la prise en charge des patients sans-domicile. Ce compromis tend à renverser les modes de traitement habituels et conduit les soignants à

[2] GROSJEAN Michèle, HENRY Johann, BARCET André *et al.*, « La négociation constitutive et instituante », *Négociations*, 2 (2), 2004, p. 87.

traiter de manière itérative des problèmes de santé aigus, comme ils le feraient pour des pathologies chroniques, et à prendre en charge de manière aiguë des pathologies chroniques ou nécessitant des soins à moyen ou long terme. Les nombreuses difficultés d'accès aux soins génèrent fréquemment son retard. C'est pourquoi leurs pathologies chroniques ou leurs problèmes de santé qui nécessiteraient des soins à moyen ou long terme, ne sont souvent soignés que de manière sporadique. Juste avant le rendez-vous fixé avec Hélène pour réaliser un entretien, lorsque nous arrivions dans la structure spécialisée dans le soin des personnes en très grande précarité où elle exerce, elle discutait avec un homme dans la salle d'attente. Il avait un pied dans le plâtre et elle lui expliquait qu'il aurait dû venir consulter bien plus tôt. Au cours de l'entretien, elle nous dit :

> *« Il devait prendre des piqûres pour éviter la phlébite… Il a dit qu'il n'avait pas compris… Mais il a compris ! Et c'est pareil, c'est un monsieur qui est tout le temps ivre ! Donc il ne l'a pas fait… Qu'est-ce que tu veux… Il n'y a rien à faire ! Bon là en plus, il voulait faire ôter son plâtre… Ça ne relève pas de [structure de soins], on n'enlève pas les plâtres ! Mais bon… Les piqûres… C'est le gros paquet qui est là [elle désigne la pile d'injections] et c'est là depuis au moins trois semaines… Voilà ! Ça ne sert même plus à rien que maintenant je les lui donne ! »* (Entretien avec Hélène, infirmière).

Alors que cet homme devait être suivi régulièrement par Hélène afin de recevoir les injections anti-phlébite et de vérifier que son pied se rétablisse correctement, il ne s'est rendu dans la structure de soin qu'au moment où il souhaitait enlever son plâtre. La prise en charge de son pied, initialement programmée sur plusieurs semaines, n'a pas eu lieu et il n'a cherché à être soigné qu'au cours des crises qu'il n'a pu gérer seul : au moment de la fracture de son pied et lorsqu'il a souhaité faire enlever son plâtre. L'état de la jambe de cet homme ne s'est pas dégradé pendant qu'il portait son plâtre mais il a encouru d'importants risques en ne suivant pas le traitement. Si une phlébite était apparue, il aurait certainement dû être admis et traité en urgence, c'est-à-dire à nouveau de manière aiguë. Marc, au cours des périodes où il ne dispose pas d'hébergement, éprouve de grandes difficultés à suivre son traitement et passe ainsi plusieurs mois sans prendre les médicaments pour son cœur. De plus, le cardiologue qui le suit lui a prescrit un régime sans sel, régime pour ainsi dire impossible à suivre dans la rue. Cette situation provoque des malaises récurrents, pour lesquels il est fréquemment hospitalisé sur une courte durée, jusqu'à ce que tout risque imminent de décompensation cardiaque soit écarté. Seulement, de retour à la rue, cette situation ne fait que se répéter, sans perspective d'amélioration. Des conditions de vie stables permettraient à Marc de suivre son traitement de manière plus régulière – nous

l'avons rencontré quand il était pris en charge au centre d'hébergement médicalisé, où il prenait quotidiennement ses traitements médicamenteux et disposait de repas sans sel. Marc ne dispose que de faibles ressources pour gérer sa trajectoire de soin, sa pathologie cardiaque chronique n'est ainsi traitée que dans l'aigu de ses malaises. Il rencontre des professionnels de santé au sein des services d'urgence hospitaliers, mais ces derniers ne sont pas un cadre favorable à la création de relations de soin, qui pourraient cependant accompagner Marc dans son parcours de santé. Pour Bénédicte, la prise en charge médicale des patients sans-domicile :

> *« C'est vraiment un travail de longue haleine pour aider ce genre de personnes, il va falloir y aller plusieurs fois, il va falloir qu'ils aient confiance en nous et qu'on ait confiance en eux, enfin c'est une relation mutuelle, c'est une relation qui peut se créer, qui peut se nouer peut-être avec la maraude, avec des gens tu vois qui viennent régulièrement, ou alors dans des structures, un infirmier d'un centre d'hébergement d'urgence, lui il arrivera je pense peut-être plus facilement que nous, à répondre à ce genre d'attente. Parce que finalement il arrivera quand même à le voir plus régulièrement que nous, plus longtemps aussi, la personne ne sera pas là de passage pendant trois heures pour décuver, elle ressortira pas… les urgences, c'est pas notre boulot et on n'est pas bons là-dedans ! »* (Entretien avec Bénédicte, infirmière).

Elle met en exergue l'importance de créer une relation inter-individuelle pour accompagner les soins des personnes sans-domicile et montre une certaine frustration face à l'impossibilité d'en établir aux urgences. Mais concurremment à ce type de prise en charge, où les pathologies longues ou chroniques sont traitées de manière aiguë, on observe une inversion identique à propos des affections aiguës : celles-ci sont traitées de manière chronique.

Le rétablissement de l'état de santé des personnes sans-domicile est largement compromis à la rue : les plaies sont difficiles à soigner, par défaut d'hygiène notamment, et le manque de sommeil et de repas réguliers ralentissent toute convalescence. C'est pourquoi des affections ou maladies bénignes nécessitent une prise en charge médicale et un traitement bien plus long qu'ils ne le seraient pour un patient bénéficiant d'un hébergement personnel stable. La plaie à la main de Marc s'est rouverte lors d'une chute, après sa sortie du centre d'hébergement. Depuis plusieurs semaines, cette dernière ne se referme pas et menace de s'infecter. Quand il subit de trop importantes douleurs, il cherche à rencontrer une infirmière effectuant des permanences dans un centre d'hébergement d'urgence, où il ne souhaite pas être hébergé. Sa plaie y est désinfectée et pansée. C'est

également le cas lors de ses hospitalisations aux urgences pour malaise. Pendant que sa main ne guérit pas, il développe une connaissance importante de ses symptômes qui rappelle la gestion d'une maladie chronique par un individu qui s'emparerait de son travail de malade. La relation qui se tisse peu à peu avec l'infirmière du centre d'hébergement lui permet d'obtenir les soins qu'il demande, tout en gardant le contrôle sur sa prise en charge, notamment en ne s'y rendant que lorsqu'il le souhaite. Benjamin, un jeune homme rencontré en maraude, dont l'œil s'est infecté après une bagarre, dit ne pas utiliser les gouttes qui lui ont été prescrites, car il ne peut pas se laver les mains et préfère ne pas toucher ses yeux avec les mains sales. De même que Marc, il suit des traitements sporadiques et ne consulte que lorsque la douleur lui est insupportable. Il a appris à connaître ses symptômes et semble gérer son infection à la manière d'une maladie chronique. Au cours d'une maraude où l'état de son œil semblait particulièrement inquiétant, nous lui avons demandé s'il souhaitait être accompagné aux urgences. Ce à quoi il nous a répondu de ne pas nous inquiéter : la rougeur ne serait pas un symptôme alarmant, contrairement aux douleurs aigues. Ce soir-là, il n'a pas mal, il ne ressent que des picotements, il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter. Son discours ressemble à celui d'un malade chronique qui aurait appris à identifier, distinguer et gérer ses différents symptômes. Ces situations sont récurrentes, au point que les soignants exerçant dans les services d'urgence se retrouvent à prendre en charge de manière répétée le même patient, ce qui ne correspond pas à la fonction des urgences. Par surcroît, les affections pour lesquelles ils consultent ne devraient pas nécessiter de prise en charge si répétée. Charlotte déclare :

> *« Ceux que tu vois avec les grosses plaies cutanées et tout ça, avec des vers, et des trucs pas possibles… C'est des SDF qui sont tout le temps dans la rue… Qu'on connaissait… Enfin ils étaient même connus des urgences ! On avait nos chroniques… Y'avait Monsieur Luc, je sais pas si tu le connais… Donc lui, il était même connu de la dermato' parce qu'il avait des plaies pas possibles ! »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Certains individus sans-domicile reviennent si souvent qu'ils sont désignés comme *« chroniques »*, au sein des urgences. Les soignants se montrent réticents et inquiets face à ce genre de prises en charge, cependant, ils se conforment à la chronicisation des traitements de pathologies bénignes afin de continuer leurs interactions ou conserver leurs relations de soin naissantes avec ces patients. La situation de Marc met en lumière l'inversement du chronique et de l'aigu : il ne traite pas sa pathologie cardiaque chronique, seuls ses malaises sont pris en charge médicalement, au coup par coup. En rencontrant

ainsi sporadiquement les soignants des urgences, cette condition ne semble pas vouée à un changement prochain. Parallèlement, la plaie de sa main, qui représente une affection aiguë, dont le traitement complet aurait pu s'effectuer en seulement quelques jours, ne s'améliore pas. Elle est soignée plus ou moins régulièrement, comme s'il s'agissait d'une pathologie à long terme.

Il se forme ainsi un compromis : les soignants se plient au retournement de l'aigu et du chronique pour ne pas rompre entièrement l'interaction avec les patients sans-domicile. Ces derniers gardent de la sorte le contrôle sur leur corps, leur santé et leur prise en charge médicale, tout en reconnaissant aux soignants un rôle de partenaire en la matière. Monique Membrado montre que les maladies chroniques exigent que le patient soit l'acteur principal de sa propre prise en charge, ce qui « n'impose plus le recours au médecin comme à un professionnel qui fait seule autorité en la matière mais comme un expert qui doit accepter de jouer le partenaire »[3]. Le patient atteint d'une maladie chronique prend une place d'acteur à part entière dans sa prise en charge médicale. Le médecin ne bénéficie plus d'une autorité incontestée, il n'est plus celui qui décide seul des soins et se doit désormais de prendre en compte l'expertise nouvelle de son patient sur sa propre pathologie et la gestion de ses symptômes. Le même processus s'opère ici également lorsqu'il s'agit d'affections aiguës, traitées à la manière de pathologies chroniques : dans le même mouvement, le compromis ainsi négocié demande aux soignants d'être partenaires des individus sans-domicile lorsqu'ils cherchent une solution aiguë à un problème de santé pourtant chronique, tout en acceptant de traiter en urgence et sporadiquement les pathologies chroniques.

2) Le compromis valoriel des soignants

Les interactions et négociations entre soignants et soignés sans-domicile mettent en exergue leurs différentes valeurs et appellent ainsi, pour que le soin puisse s'opérer, l'élaboration d'un « compromis valoriel »[4]. Les soignants sont conscients des difficultés que pose la négociation du soin à leurs patients sans-domicile, notamment parce qu'un

[3] MEMBRADO Monique, « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *art. cit.*, 1993, p. 527.
[4] THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *art. cit.*, 2009, p. 114.

ensemble de variables sont entremêlées et interdépendantes. Les négociations du soin sont de plus influencées par les représentations des soignants et des soignés. Jeanne dit :

> *« Si tu ne rentres pas dans le système de pensée, ou que… t'es témoin de Jéhovah et que tu ne veux pas d'un truc… Eh bien tu es considéré comme un mauvais patient, parce que tu ne te soignes pas comme il faut, pas comme on pense qu'il faut que tu te soignes… Alors au fond… Après tout c'est ta liberté, et ce n'est pas non plus du suicide… Enfin tu vois, après, il y a toujours toute une… La négociation se fait autour de choses… Mais est-ce que t'as les capacités de négocier sur ta propre santé, avec ton environnement, avec famille, avec le financier… »* (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Ne pas partager le même *« système de pensée »* et ne pas négocier les soins de la manière dont l'attendent les professionnels de santé fait ressortir l'image du mauvais patient. Les soignants rencontrés sur le terrain décrivent les exigences grandissantes des patients dont les conduites se rapprochent plus du consommateur de soin que du rôle du patient attendu par les professionnels de santé. Ces exigences sont souvent mal perçues par les soignants qui n'ont plus l'impression de pouvoir effectuer des soins de qualité. Les individus ayant de fortes demandes, critiquant les décisions de l'équipe médicale ou le travail des soignants sont étiquetés comme des mauvais patients ayant une faible valeur mobilisatrice. La valeur mobilisatrice du patient est définie par Nicolas Dodier et Agnès Camus selon plusieurs dimensions qui, cumulées, donnent ou non de l'intérêt au patient pour les professionnels de santé. Elle comprend la charge de soin que représente le malade, sa valeur budgétaire, les potentialités d'inédit apportées par sa pathologie, son âge et enfin ses valeurs et sa forme de prise en charge du malheur. Les personnes sans-domicile ne présentent généralement qu'une faible valeur mobilisatrice aux yeux des soignants : leur retard d'accès aux soins et leurs poly-pathologies augmentent fortement leur charge de soin, certains ne sont pas couverts par la sécurité sociale et ceux qui le sont ne bénéficient que de la CMU ou de l'AME[5], leurs états de santé ne présentent que rarement des pathologies inédites[6], ils souffrent le plus souvent d'un vieillissement prématuré et leurs valeurs sont éloignées de celles des soignants. S'ajoute à cette faible valeur mobilisatrice

[5] Les prises en charge des frais de santé par la sécurité sociale sous les dispositifs de la CMU et de l'AME comportent leur part d'ambiguïté. Les soignants montrent souvent une forme de suspicion par rapport à d'éventuels profiteurs qui utiliseraient à tort ces systèmes. Les bénéficiaires de l'AME sont porteurs d'un double statut : ils sont assurés et peuvent ainsi bénéficier légitimement de soins ; mais ils sont présents clandestinement en France, et cette ambivalence se répercute dans les attitudes des soignants à leur égard.

[6] Jacqueline Ferreira a montré comment ces variables entrent également en jeu dans la prise en charge des patients dans un centre de soins gratuits, où le caractère intéressant d'une pathologie, d'un point de vue médical, peut faire accéder un patient aux soins alors qu'il en aurait été exclu autrement, *in* FERREIRA Jaqueline, *Soigner les mal soignés : ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*, L'Harmattan, Paris, 2004, p. 220/221.

que les soignants leur attachent fréquemment le stigmate du mauvais pauvre : une personne responsable de sa situation sociale, car elle a été causée par ses propres défauts – alcoolisme, paresse ou manque de prévoyance –, et qui ne fait rien pour s'en sortir, se contentant d'être un assisté. De la sorte, si les demandes jugées trop importantes des patients consommateurs de soin sont perçues négativement par les soignants, celles des personnes sans-domicile le sont d'autant plus : dans certaines interactions, leur statut social inférieur est largement mobilisé par les soignants qui n'acceptent pas leurs demandes si elles sont de l'ordre du confort et non du soin purement médical. Au cours d'une discussion informelle, une infirmière exerçant en service hospitalier nous dit :

> *« Ils devraient déjà s'estimer contents d'être soignés ! »* (Propos recueillis à l'hôpital).

Les patients sans-domicile ne bénéficient pas de la même légitimité à demander davantage de confort car ils bénéficient déjà de soins, gratuitement, et devraient donc se contenter de peu. Les soignants ont parfois l'impression d'être utilisés par leurs patients sans-domicile : leur suspicion se porte généralement sur l'intention qu'auraient les personnes vivant dans la rue de tirer le maximum de profit de leur interaction de soin. Les soignants leur imputent alors un utilitarisme dans leurs relations qui peut nuire aux soignants, comme le montrent les propos de Christine :

> *« Ce qui m'interpelle, c'est que tu aurais envie de faire beaucoup, mais en fait il faut savoir garder de la distance pour ne pas te laisser happer dans le tourbillon et… Moi j'ai envie de donner beaucoup si tu veux, et en fait je me rends compte, avec le temps, qu'il faut garder de la distance. […] En fait, ne pas trop donner, parce qu'en fait tu te fais bouffer ! […] Tu peux facilement te faire avoir ! Parce que c'est leur situation qui fait ça, et qu'ils prennent là où il y a à prendre, ce qui est normal je veux dire… Ça c'est légitime ! […] Mais quelque part, il y a une certaine méfiance qu'il faut garder. […] Pas négatif tu vois la méfiance, mais une distance… »* (Entretien avec Christine, infirmière).

Ainsi, pour se protéger de ces relations qui risquent de dépasser le soignant, il lui faut se méfier des patients sans-domicile et garder une distance suffisante pour ne pas être « *happé dans le tourbillon* ». La suspicion utilitariste dans la relation de soin avec des personnes vivant dans la rue est encore exacerbée lorsque ceux-ci souffrent d'addiction : la consultation est alors perçue comme orientée dans le seul but d'obtenir des traitements. Alors, les diagnostics des patients ne sont pas pris au sérieux et Lise Dassieu souligne que certains praticiens en arrivent à renier leur statut de patient aux personnes qu'ils ne

considèrent être qu'en quête de produit[7]. Cathy rencontre les mêmes difficultés dans son accompagnement de patients sans-domicile. Elle indique la situation d'un de ses patients, suivant un traitement de substitution, qui l'aurait perdu :

> *« Alors c'est sûr, il y a des médecins qui sont vachement méfiants… Donc il est retourné voir son médecin, il lui a refait une ordonnance… Mais non-remboursable ! Je ne savais pas que ça existait… […] Donc ça c'est aussi compliqué, quand une personne vient et te dit "voilà, je n'ai plus de traitement de substitution et je n'ai plus de sous pour l'acheter au marché noir…" Parce que voilà, en général, ce genre de produits, on fait attention de ne pas les perdre ! »* (Entretien avec Cathy, infirmière).

Le médecin ne sachant pas s'il pouvait croire à la simple perte du traitement de ce patient a préféré rester sur ses gardes et lui a fourni une ordonnance afin qu'il puisse se procurer le traitement, à condition qu'il le paye lui-même. Le praticien est pris entre l'obligation de prendre en charge son patient, qui a peut-être effectivement perdu son traitement, la vie à la rue rendant souvent bien difficile la conservation de médicaments, et la crainte que son patient cherche à revendre son traitement de substitution, ou à en prendre une dose plus importante. Les attitudes des personnes sans-domicile sont parfois interprétées par les soignants comme des mises en scène, des stratégies pour obtenir un profit dans leur négociation. Au centre d'hébergement médicalisé, les soignants affirment fréquemment que si certains symptômes empirent à l'approche de la fin de prise en charge du patient, que de nouveaux symptômes, voire de nouvelles pathologies apparaissent, il ne s'agit pas du hasard mais d'une stratégie de mise en scène pour prolonger leur hébergement au sein du centre. La situation de Pierre met tragiquement en exergue les conséquences de la suspicion. Habituellement enjoué et bavard quand nous le rencontrons en maraude, ce soir-là il se tenait à l'écart et ne cherchait pas le contact avec l'équipe. Après quelques minutes de discussion, il dit ne pas se sentir bien mais refuse que la maraude ne fasse appel au SAMU. Malgré son refus, l'inquiétude des bénévoles est trop importante et ils décident de faire venir les secours. Après une rapide auscultation, les secouristes affirment qu'il ne s'agit que d'une mise en scène de Pierre pour pouvoir être hospitalisé. L'équipe de maraude n'est pourtant pas rassurée : Pierre refuse catégoriquement tout hébergement depuis des années, cette attitude est donc fortement inhabituelle. Suite à une longue négociation, il accepte d'être accompagné dans un centre d'hébergement d'urgence, où il décèdera dans la soirée. Les secouristes ont jugé les

[7] DASSIEU Lise, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 19 (3), 2013, p. 167/168.

symptômes de Pierre comme n'étant pas suffisamment alarmants pour nécessiter une hospitalisation d'urgence et ont interprété son attitude comme une simple mise en scène. L'idée selon laquelle un individu sans-domicile cherche toujours à se faire hospitaliser, plutôt qu'à rester dehors, est répandue chez les soignants qui tendent à s'en méfier et à relativiser leurs propos. Cependant il s'agit là d'une représentation découlant de leur propre perspective, selon laquelle l'hospitalisation est toujours préférable à la rue. Les soignants minimisent de la sorte les plaintes des patients sans-domicile, car ils imaginent qu'elles ne sont motivées que par leur désir d'être pris en charge à l'hôpital. Au long du travail de terrain, nous n'avons entendu qu'une seule fois un discours de ce type, tenu par Didier qui expliquait qu'il ne consultait un médecin que dans le but de se faire hospitaliser pour être enfin à l'abri du froid et des intempéries. Néanmoins, au cours de la même conversation, il disait refuser systématiquement de voir un médecin pour ne pas être mis dans une case contre son gré, ce qui montre à quel point la relation à l'hospitalisation est forgée d'ambivalences. Les soignants redoutent ce type de stratégie, car il leur est difficile d'établir une distinction entre les symptômes réels et ceux qui seraient mis en scène. Leur réticence résulte de leur sentiment de se voir refuser la négociation des soins : ils ne peuvent prendre le risque de négliger des symptômes renseignés par le patient, de peur d'arriver à des situations extrêmes comme le décès de Pierre, malgré leur impression que ces symptômes sont feints. Lorsqu'ils soupçonnent leurs patients de mettre en scène des symptômes pour obtenir un hébergement, une hospitalisation ou des traitements, ils se sentent forcés d'accepter un compromis selon des négociations malhonnêtes, dont ils ne contrôlent pas tous les éléments. L'impossibilité de maîtriser la prise en charge médicale de leurs propres patients les gêne.

Le compromis se forme alors sur la négociation personnelle des valeurs des soignants. Ils sont en effet pris entre, d'une part, leur éthique du *care*, qui les pousse à fournir à chaque patient les soins de la qualité la meilleure en prenant en compte leur dignité et leur confort, et, d'autre part, leur réticence à prendre en charge des patients avec une faible valeur mobilisatrice, des mauvais malades, qui utiliseraient, selon eux, le mensonge et la dissimulation pour leur forcer la main. Agnès Camus et Nicolas Dodier ont montré comment des tensions « naissent du décalage structurel entre les patients qui se présentent à l'entrée et le travail de sélection des services existants »[8], entre l'hospitalité de

[8] CAMUS Agnès et DODIER Nicolas, « L'hospitalité de l'hôpital », *art. cit.*, 1997, p. 118.

l'hôpital et sa médicalisation, qui tend à exclure les patients dont la valeur mobilisatrice n'est pas jugée suffisante. Pour Philippe Chanial, il existe une part de don, de gratuit dans la relation de soin qui est constamment traversée de tensions. L'une d'entre-elles prend le dessus et pénètre l'ensemble des dimensions du soin, il s'agit de :

> « Cette tension indépassable entre, d'une part, *le souci de l'autre*, placé sous le registre de la sollicitude personnelle, toujours singulière, hors équivalence (marchande ou comptable) […] et, d'autre part, *le souci de l'acte*, comme geste technique, professionnel, institutionnel qui suppose des procédures et des protocoles, garants de la "bonne distance", mais au risque, cette fois, de dépersonnaliser la relation, de l'inscrire dans un procès de travail rationalisé et formalisé ou de succomber au phantasme de toute-puissance. D'où ces dilemmes propres au geste de soin, entre proximité et distance, ingérence et indifférence, autonomie et dépendance *etc*. »[9]

Philippe Chanial résume les dilemmes auxquels font face les soignants en mettant en concurrence le souci de l'autre et le souci de l'acte qui, parfois, sont difficiles à concilier. Christian Thuderoz établit que lorsque la négociation porte sur les valeurs des acteurs, elle ne peut que les prendre en considération[10] car il est impossible de négocier les valeurs elles-mêmes, c'est leur reconnaissance qui est discutée. Les soignants ont ici à négocier individuellement leurs propres valeurs afin de décider de leurs actions envers leurs patients sans-domicile, mais le compromis qu'ils créent doit prendre en compte ces patients dans leur propre individualité, avec leurs demandes et besoins spécifiques. Si un compromis valoriel est atteint, celui-ci est refaçonné en un problème très général, atteignant le niveau du débat public, ou en un problème concret « d'*application* de règles. Il devient manipulable, y compris par un renvoi à des méthodes de négociation de marchandage ou de partage pragmatique »[11]. Or, dans ces situations, les règles d'admission des patients ne sont pas assez strictes pour apporter une solution tranchée aux soignants, qui ont à choisir de prodiguer ou non des soins à des personnes dont ils se méfient, ou qui ne présentent pas d'intérêt médical particulier à leurs yeux. Les médecins ont ici une plus grande marge de manœuvre que les infirmiers : les premiers ont le pouvoir de décider d'accueillir ou non ces patients dans leurs services, les infirmiers qui y exercent, quant à eux, n'ont parfois pas d'autre choix que de s'occuper de ces patients une fois qu'ils ont été admis à l'hôpital, malgré leur réticence.

---

[9] CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? », *art. cit.*, 2010, p. 148.
[10] THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *art. cit.*, 2009.
[11] *Ibid*., p. 114.

3) Soigner la reconnaissance & reconnaître les soins

Les soignants font globalement preuve d'empathie envers les personnes sans-domicile, au moins de manière réflexive. Ils se rendent compte de leur extrême vulnérabilité et savent que leurs conditions de vie difficiles influent sur leurs conduites. La distance importante qui les sépare complique leur compréhension mutuelle. C'est le cas d'Alexandre : bien qu'il raconte des épisodes qu'il qualifie lui-même de maltraitance envers des patients sans-domicile accueillis au service d'urgence où il exerce, il déclare :

> *« Je pense que c'est un monde qu'on ne peut pas comprendre quand on est sous un toit et qu'on est au chaud toute la journée et que c'est un monde je pense qui est tellement dur et tellement… ils sont tellement effondrés intérieurement je pense que… enfin je sais pas comment on pourrait se mettre à leur place. »* (Entretien avec Alexandre, infirmier).

Cet *« effondrement intérieur »* qui accompagnerait la vie dans la rue renvoie à l'important besoin de reconnaissance des personnes vivant dans la rue. En effet, il semble qu'ils recherchent parfois davantage à être reconnus en tant qu'individus plutôt que d'être soignés, ou du moins leur demande de reconnaissance semble égale à leur demande de soin. L'entrée dans un parcours de soin et l'adoption du rôle de malade leur permet une certaine reconnaissance : ils sont désormais traités comme des personnes dont il faut prendre soin, dans leur individualité et leur particularité et quittent momentanément l'invisibilité sociale dont ils souffrent à la rue. A l'hôpital, ils ont de la valeur puisqu'on cherche à les soigner. Andreï insiste sur l'importance de traiter les patients comme des hommes avant tout. Nous lui demandé ce qu'est, selon lui, un bon infirmier, il répond :

> *« Il doit être fidèle à sa profession, traiter le malade comme un être humain et pas comme un objet. […] Le malade est homme et pas un objet, pas un clochard, pas un rien, un fainéant… il est homme. »* (Entretien avec Andreï).

Ses propos se concentrent uniquement sur les dimensions relationnelles du soin et il insiste sur l'importance d'une relation d'égal à égal avec les soignants, dans laquelle il n'est pas perçu comme un objet ni étiqueté comme *« clochard »*. Les attentes des personnes sans-domicile envers les interactions de soin correspondent non seulement aux traitements et actes médicaux, mais aussi, voire surtout, à la prise en charge de leur manque de reconnaissance sociale. On observe une forme de paralipse dans les attitudes des personnes sans-domicile, la rhétorique et les stratégies qu'ils emploient semblent à la fois crier leur souffrance et leur fragilité tout en cherchant à les camoufler à tout prix. Les

demandes de soin qui s'expriment comprennent alors à la fois une dimension médicale, en termes de diagnostic, de soins ou de traitements, mais aussi une dimension sociale car l'interaction de soin représente un des rares cadres où les individus sans-domicile peuvent être reconnus. Le besoin de reconnaissance dans les interactions de soin est également exprimé par les professionnels de santé. Bien qu'ils disposent d'un statut social valorisé et d'une expertise reconnue, les soignants sont vulnérables et demandent une reconnaissance, comme Paul qui raconte :

> *« Je ne sais pas comment l'exprimer parce que c'est un ressenti comme ça… Ce n'est pas quelque chose de… Il y a des gens avec qui on a un échange et je trouve que c'est intéressant… S'il n'y a qu'une demande et qu'ils ne vous reconnaissent pas vous en tant qu'interlocuteur mais uniquement en tant que pourvoyeur de quelque chose… C'est désagréable ! Et si c'est désagréable ça ne me plaît pas quoi ! […] C'est de l'ordre du sentiment… Comme ça, quand on vit une consultation, des fois il y a d'autres choses qui passent… Et des fois… Ouais… On a l'impression d'être… Très loin ! »* (Entretien avec Paul, médecin généraliste).

Il revendique l'instauration d'un échange inter-individuel avec son patient et vit négativement les consultations au sein desquelles cet échange n'a pas lieu. Il ne s'y sent pas reconnu comme un individu, avec un savoir, une légitimité et une expérience, mais comme un simple distributeur d'ordonnances, de traitements, d'examens. Pour Christian Thuderoz, la reconnaissance est fonctionnelle pour la négociation car elle « réduit la souffrance sociale, enraye la violence, dissout un abcès »[12]. En effet, elle permet d'identifier un problème qui est commun aux négociateurs, de s'identifier mutuellement comme porteur d'une solution possible au problème et d'accorder à l'autre un droit et un devoir de réciprocité, en reconnaissant la réalité de l'abandon par l'autre de ses préférences initiales, « au-delà de l'asymétrie des pouvoirs et des ressources de chaque protagoniste »[13]. Au sein des négociations du soin entre soignants et soignés sans-domicile, les premiers cherchent à être désignés comme des experts de la santé, capables d'identifier et de nommer un problème par le diagnostic et d'y apporter des solutions par les soins et les traitements ; les seconds attendent de leurs interactants d'être identifiés comme des individus légitimes pour recevoir des soins et dont les demandes sont reconnues car ils sont des patients avant d'être des clochards. Hélène Marche indique que les relations de soin comprennent deux dimensions, « la première est celle de la revendication par le patient

[12] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 77.
[13] *Ibid.*

d'une puissance d'action sur sa trajectoire sanitaire. La seconde est celle de la reconnaissance par les soignants d'une puissance d'action du patient »[14]. En les combinant, il est possible de qualifier quatre formes de la relation de soin. La relation coopérante correspond aux situations dans lesquelles :

> « Le patient revendique une expertise ou une puissance d'action sur sa trajectoire qui est reconnue par les professionnels. Dans ce contexte d'interaction, le patient et le professionnel œuvrent dans un même objectif, chacune des parties adhère au projet de l'autre et approuve ses conduites. »[15]

Il s'agit là de la relation de soin la plus efficace, à la fois en matière de soins et dans sa dimension sociale. Les acteurs y sont chacun reconnus à une place valorisée et travaillent de concert pour arriver à la meilleure prise en charge possible. Les négociations se mettent facilement en place, chaque protagoniste adhérant aux souhaits et aux projets de l'autre, qu'ils partagent. Hélène Marche distingue la relation normée, où le malade se positionne comme n'ayant que peu de possibilités d'agir sur sa maladie tandis que les soignants lui attribuent une capacité d'action. Ce type de relation aboutit à des interactions contrôlées par les soignants, avec l'accord du patient. La relation de subordination renvoie aux interactions au sein desquelles le malade exprime également une faible capacité d'action sur son parcours, mais cette faiblesse est identifiée par les professionnels de santé : le patient se soumet alors à l'autorité médicale. Les interactions et relations de soin que nous avons pu observer entre soignants et soignés sans-domicile correspondent généralement, au moins en premier lieu, au type de relation qualifié par Hélène Marche de dichotomique :

> « Le malade revendique une puissance d'action sur sa trajectoire tandis que les professionnels le considèrent comme disposant d'une faible capacité d'action. Dans ce contexte d'interaction, soignant et soigné défendent leurs points de vue et négocient dans le but d'atteindre leurs propres objectifs. Pour le patient, à l'adversité de la maladie se superpose celle de l'emprise médicale. Du point de vue des professionnels, c'est l'"ambivalence" du malade ou encore sa "maîtrise" de la situation qui est la principale source d'adversité. »[16]

Avant qu'une relation inter-subjective basée sur la confiance ait pu se développer et laisse place à une relation coopérante, les prémisses en sont ce type de relation

---

[14] MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *op. cit.*, 2014, p. 220.
[15] *Ibid.*
[16] *Ibid.*, p. 221.

dichotomique. Les personnes sans-domicile mettent en scène la robustesse et la supplique afin de garder la face en exprimant une demande de soin. Les discours et conduites, parfois contradictoires, qui en résultent sont interprétés par les soignants comme une preuve supplémentaire de leur incompétence à gérer leur propre pathologie, voire leur propre trajectoire biographique. Ces interactions sont vécues négativement par l'ensemble des interactants : les patients se sentent dévalorisés et asservis aux décisions des soignants qui, de leur côté, préfèreraient que les malades adhèrent aux soins plutôt qu'avoir à les leur imposer. Pour arriver à une relation coopérante, un compromis doit être atteint par *via* leurs négociations. Il porte sur la reconnaissance mutuelle de l'autre, de son expérience, de ses savoirs et de ses compétences pour gérer la situation de maladie à sa manière et de sa place, en tant que malade ou en tant que professionnel de santé. Georg Simmel indiquait déjà que les oppositions entre individus se résolvent plus aisément dès lors qu'une instance supérieure à eux les rassemble sous son égide :

> « Les désaccords entre des parties se règlent bien plus facilement quand elles sont subordonnées à une seule et même puissance que quand chacune est complètement indépendante. […] Sans cette instance, le conflit entre plusieurs éléments a une tendance funeste à ne se régler que par un affrontement immédiat des puissances en présence. Il s'agit, d'une façon tout à fait générale, du concept d'"instance supérieure" dont l'effet se répand sous des formes très diverses à travers presque toutes les communautés humaines. »[17]

L'instance supérieure correspond ici à la recherche de la santé du patient, quête commune à ce dernier et aux soignants qui le prennent en charge. Dans le cas des soignants et soignés sans-domicile, leur but est le même : le soin, le traitement, la guérison ou la gestion des symptômes. Malgré leurs malentendus à propos de la santé, ils l'établissent communément comme l'objectif à atteindre. Anselm Strauss distingue les situations de négociations où les individus ont des intérêts opposés et s'excluant mutuellement – les bénéfices de l'un diminuent ceux de l'autre – et les situations où les négociants ont à la fois des intérêts communs et opposés. Il est alors nécessaire d'analyser les enjeux communs aux deux parties et ceux qu'ils ne partagent pas, car « ces deux caractéristiques induisent un sous-processus d'évolution de positions extrêmes vers un *compromis médian*, fait d'offres et de contre-propositions, de refus et d'ultimes accords »[18]. L'enjeu principal partagé est ici la santé du malade : les personnes sans-domicile cherchent à être soignés au

[17] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 172/173.
[18] STRAUSS Anselm L., « Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux », *art. cit.*, 2006, p. 145.

cours des interactions de soin, en même temps que les professionnels veulent leur apporter les soins requis, selon leur déontologie et leur éthique professionnelle. Cependant et malgré cet enjeu commun, d'autres variables entrent dans la négociation et celles-ci ne sont pas partagées par les protagonistes. Les personnes vivant dans la rue formulent, plus ou moins explicitement, une demande de reconnaissance, cherchent à garder la face, à obtenir une identité valorisée et à garder le contrôle sur leur corps, leur santé et une liberté dans leurs agissements. Les professionnels de santé cherchent également à être reconnus, à se protéger de leurs fragilités identitaires, à ne pas alourdir exagérément leur charge de travail et à conserver les règles de l'institution de soin. L'évolution des échanges pour arriver à un compromis médian passe alors par un échange de reconnaissance de l'autre et de ses compétences, que les individus s'accordent au fur et à mesure qu'ils interagissent et qu'une relation s'instaure entre eux puisque « les processus de négociation renvoient non seulement à la situation présente, mais également aux précédentes et aux suivantes ainsi qu'à la perpétuation de la relation qui les traverse »[19]. Ces échanges amènent une importante incertitude dans les interactions de soin.

4) Incertitude, tiers & compromis

Les échanges de reconnaissance, au sein de l'interaction de soin, ne comblent pas toujours les manques des soignants, ni des soignés sans-domicile. La vulnérabilité résultant de leur manque de reconnaissance est à mettre en relation avec les différentes sources d'incertitude qui traversent leurs interactions. L'incertitude appelle quant à elle l'intervention d'un tiers, qui permet à la fois de la dépasser et de construire un compromis. Pour Pascale Bourret et Vololona Rabeharisoa[20], trois sources principales sont au fondement de l'incertitude des professionnels de santé.

La première est l'incertitude sur les connaissances médicales en elles-mêmes, dans le sens où elles sont limitées et n'offrent pas une prédiction absolument fiable de l'apparition ou de l'évolution d'une pathologie. Lors des interactions avec les patients sans-domicile, l'incertitude portant sur les connaissances médicales est présente et peut

[19] *Ibid*., p. 146.
[20] BOURRET Pascale et RABEHARISOA Vololona, « Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, pp. 33-66.

même être redoublée par les attentes importantes en termes d'efficacité et de rapidité du diagnostic et du traitement. Les malades sans-domicile expriment une demande de soin précise à laquelle ils souhaitent une réponse circonscrite et immédiate, réponse que les soignants ne sont pas toujours en mesure de leur apporter. Les praticiens risquent alors de voir cette forme d'incertitude redoublée : ils sont à la fois face aux limitations des connaissances médicales, souvent mal comprises et acceptées par leurs patients – qu'ils soient sans-domicile ou non – et face au risque de voir leurs patients s'en aller, si la réponse proposée ne leur convient pas, car « la demande et l'opinion du patient sont des sources d'incertitude d'autant plus importantes que ce dernier est libre à chaque consultation de consulter ailleurs s'il n'est pas satisfait, sans perdre le bénéfice de l'assurance maladie »[21]. Le médecin sait que son patient peut errer d'un praticien à l'autre, peut-être sans jamais trouver la réponse précise et immédiate qu'il recherche, mais surtout sans traitement. Une inquiétude plus importante encore apparaît avec les patients sans-domicile car les praticiens redoutent que ces derniers n'aillent plus consulter. Luc nous avait raconté, lors d'une discussion informelle, avoir passé plusieurs mois sans consulter aucun professionnel de santé, malgré les douleurs grandissantes dans ses jambes, après avoir été refusé aux urgences parce qu'il était alcoolisé. Il précise avoir bu plus que d'habitude pour se donner du courage : il n'osait pas se rendre à l'hôpital de peur, justement, d'être renvoyé. Il raconte que le médecin qu'il a rencontré ne liait ses plaintes qu'à son état d'ébriété et ne l'écoutait pas quand il évoquait son artérite chronique. Ce type d'interaction est assez caractéristique de la prise en charge aux urgences des patients sans-domicile, prise en charge pétrie de malentendus, notamment sur l'urgence de la situation ressentie par le patient, mais non définie comme telle par le praticien. Cependant, si l'urgentiste a choisi de ne pas prendre en charge Luc et de l'orienter vers un médecin de ville, certainement pour désengorger son service d'urgences, un praticien en libéral risque de s'inquiéter des répercussions de son renvoi ou du départ d'un patient sans-domicile. Cet épisode ne restera en effet pas sans conséquences sur la trajectoire médicale de ce dernier. Le parcours de soin de Luc met en lumière sa réticence à aller consulter et lorsqu'il est éconduit par les soignants, cela retarde de plusieurs mois le traitement de sa pathologie. De la sorte, un professionnel de santé qui connaît ce type d'attitudes risque de ressentir une forte inquiétude lors d'une consultation qui ne se passe pas bien avec un patient sans-domicile : il est conscient des risques de non-consultation ou de consultations multiples du

[21] BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, p. 75.

patient qui, dans les deux cas, ne sont pas favorables au soin. Le médecin traitant actuel de Luc souffre de cette incertitude et met ce qu'il peut en œuvre pour conserver leur interaction, de peur que tout suivi médical soit rompu avec elle, pour plusieurs mois, comme c'est déjà arrivé par le passé.

La deuxième origine d'incertitude décrite par Pascale Bourret et Vololona Rabeharisoa renvoie à l'incertitude à propos des objets sur lesquels porte l'intervention médicale, redoublée dans notre cas, dans le sens où la demande de soin du patient sans-domicile ne correspond pas toujours aux éléments dépistés par le praticien et sur lequel ce dernier souhaiterait intervenir. Cette incertitude se fait prégnante dans les cabinets de ville car, comme le montre Géraldine Bloy, « la plupart [des omnipraticiens libéraux français] travaille de manière solitaire, ne dispose que d'un plateau technique réduit et surtout d'échanges limités avec des confrères »[22]. Cette solitude professionnelle les prive d'un des modes de gestion principal de l'incertitude utilisé par les praticiens hospitaliers : le travail et la prise de décision en équipe.

La troisième forme d'incertitude des professionnels de santé porte sur l'utilité médicale de leur intervention. Lorsqu'ils prennent en charge des patients sans-domicile, ils se confrontent à plusieurs sources de doutes. Lorsque leurs patients vivent dans la rue, les médecins se montrent fréquemment réticents à la prescription de certains actes médicaux ou traitements, ou les prescrivent en sachant qu'ils ont peu de possibilités d'être mis en place – comme notamment des soins infirmiers à domicile. L'incertitude réside alors dans la crainte que les traitements ne soient pas suffisamment efficaces pour alléger ou guérir les symptômes du patient sans-domicile. Les personnes vivant dans la rue ressentent aussi cette incertitude et redoutent que certains traitements, plus efficaces, ne leur soient refusés du fait de leur absence d'hébergement. De plus, ces derniers souffrent très fréquemment de poly-pathologies compliquant leur prise en charge médicale : les différents symptômes sont souvent interconnectés et s'influencent mutuellement. Mais les demandes de soin des personnes sans-domicile sont parfois très précisément circonscrites et elles n'acceptent pas de diagnostic plus approfondi, voire ne fournissent pas d'éléments sur leur état de santé général au praticien consulté. Le doute renvoie ici à l'utilité de traiter une pathologie ou un symptôme précis alors que le patient ne souhaite pas une prise en charge plus globale de sa santé. Darek, hébergé au centre médicalisé et suivi par des spécialistes à cause de son

[22] *Ibid*.

cancer du pancréas, refuse d'être pris en charge médicalement pour sa dépendance à l'alcool. Or, les médecins cherchent une amélioration globale de son état et le voient très fatigué par sa chimiothérapie associée à de fortes alcoolisations et se sentent aussi démunis qu'inutiles.

Ces multiples sources d'incertitude amènent les professionnels de santé et les soignés sans-domicile à rechercher un tiers pour atteindre un compromis. Christian Thuderoz parle de « négociation médiée »[23] lorsqu'un tiers est présent. Il s'agit ici, dans la plupart des cas, d'un travailleur social ou d'un bénévole d'une association. Au delà de faciliter la négociation et la naissance d'un compromis entre soignant et soigné sans-domicile, le tiers les aide également à gérer leurs incertitudes. Au cours des prises en charge hospitalières, les assistants sociaux des services sont un premier rempart contre l'incertitude liée à la sortie du patient. Au cours de notre entretien, Muriel nous dit :

> *« Il y a souvent des retours à la rue… […] On a une assistante sociale du service qui gère les problèmes sociaux… Au sein de notre service, et donc elle est toujours contactée pour les SDF de toute façon… Et elle essaie toujours plus ou moins de trouver une solution pour la sortie ! Pour qu'au moins un certain temps une possibilité de foyer ou d'autre chose soit trouvée… Ce n'est pas toujours possible… Après, comme dit, il y a des cas qu'on a exprès gardés parce qu'il y avait une possibilité par exemple le lundi mais qui sont partis le lundi matin avant d'y aller ! Donc on se démène et puis… Ça ne mène à rien ! »* (Entretien avec Muriel, infirmière).

Cet extrait révèle l'intervention, quasiment systématique, de l'assistante sociale du service auprès des patients sans-domicile afin de leur trouver une solution d'hébergement à leur sortie de l'hôpital, au moins le temps de leur rétablissement. Les services hospitaliers sont en effet face à un dilemme lorsque l'état de santé d'un patient sans-domicile ne nécessite plus une hospitalisation, mais que son retour à la rue reviendrait à réduire à néant les effets des soins préalablement prodigués. L'incertitude de pouvoir trouver un hébergement est encore accrue par le possible refus de cette solution par le patient sans-domicile, refus fréquent s'agissant d'hébergement d'urgence pour une nuit, comme c'est généralement le cas pour les hébergements du 115. Malgré tout, la médiation du travailleur social permet de soulager l'incertitude des soignants, qui redonnent ainsi du sens à leur action : les soins ne sont pas inutiles puisque le patient ne retournera pas à la rue mais bénéficiera d'une solution d'hébergement. Le malade peut également y voir une forme de

[23] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010.

soulagement de l'incertitude de sa sortie : le travailleur social entame un accompagnement du patient et cherche à trouver la solution la plus adaptée à ses besoins. Toutefois, ces recherches n'aboutissent pas toujours positivement et les arrangements avec le service, pour prolonger quelque peu l'hospitalisation du patient ne suffisent pas toujours à éviter les retours à la rue.

La situation de Marinette met en lumière une autre forme d'intervention du tiers comme levier de compromis. Elle a été déboutée de la demande d'asile et est accueillie au centre d'hébergement médicalisé pour y suivre son traitement par dialyse. Elle est en situation irrégulière en France et a déposé une demande de titre de séjour pour soins, restée pour l'instant sans réponse. Elle souffre également d'un fort diabète non-stabilisé, ce qui lui impose de rester en France, car elle ne survivrait pas au trajet de retour en République Démocratique du Congo, son pays d'origine. L'incertitude de Marinette se concentre sur son avenir plus qu'incertain : sa prise en charge au centre d'hébergement est limitée dans le temps mais sa situation administrative la prive de la plupart des aides sociales. Son traitement par dialyse se passe plutôt bien, mais son diabète reste très instable et elle souffre de crises d'hypo- ou d'hyper-glycémie presque quotidiennes. L'incertitude des soignants repose sur leur incompréhension du déséquilibre constant de son diabète, ils se demandent alors si le traitement par dialyse aurait des conséquences négatives, ce qui n'est pas censé être le cas. Sans qu'il n'y ait eu d'interactions conflictuelles entre les soignants et Marinette, le dialogue a pourtant été rompu et des suspicions réciproques apparaissent et se crispent sur le transport de la patiente au service de dialyse. La malade raconte avoir fait une crise d'hypo-glycémie lors de son retour de dialyse, l'infirmière lui a annoncé qu'elle ne pouvait bénéficier d'un transport jusqu'au centre car elle est prise en charge par l'AME. Lors de la dialyse suivante, elle a demandé à nouveau à ce que le médecin lui établisse un bon de transport pour éviter un nouvel incident, mais les soignants ont réitéré leur refus, ne la croyant pas. Ils soupçonnent Marinette de vouloir bénéficier de services dont elle n'aurait pas besoin et elle les suspecte de ne plus vouloir la prendre en charge. L'infirmière du centre d'hébergement médicalisé a pris contact avec le médecin du service de dialyse pour lui transmettre davantage d'informations sur la situation médicale de Marinette, et notamment leurs observations sur son diabète et ses crises récurrentes. Après lui avoir transmis ses relevés de glycémie, comme preuve de ce qu'avançait la patiente, elle lui a expliqué que l'AME prend en charge à 100 % les transports médicalisés, s'ils sont justifiés par la situation médicale du patient. Le médecin, toujours réfractaire, a toutefois accepté

d'établir un bon de transport, pour les retours de dialyse uniquement, et dans la mesure où elle accepte, en contrepartie, de se rendre en tram au service de dialyse. Le compromis s'est donc forgé rapidement et simplement, mais il a nécessité l'intervention d'un tiers. Il a également permis de désamorcer le conflit qui s'esquissait entre Marinette et le service de dialyse. Les compromis et l'intervention de tiers permettent ainsi de désamorcer les conflits, de rasséréner les incertitudes des deux parties et, de la sorte, de maintenir leur fragile relation de soin.

II) La préservation du malentendu

Malgré les stratégies d'évitement du conflit, malgré les tentatives de construction d'une connaissance intersubjective de l'autre, malgré les négociations et les compromis, les malentendus persistent dans le dialogue entre soignants et soignés sans-domicile. Pour Vladimir Jankélévitch, il faut y voir la résurgence des désirs de l'individu :

> « L'absurdité déconcertante des malentendus, l'impossibilité où l'on se trouve de les prévenir jamais complètement, malgré les précautions les plus minutieuses, s'expliquent par cette fausse magie de nos souhaits, nous disons fausse, car bien entendu il n'y a pas de miracle, et notre désir de la chose ne fait pas qu'elle soit, mais seulement qu'on le croie ; et voilà toute la méprise. On croit ce qu'on désire et l'on entend ce qu'on croit. »[24]

Puisque nous entendons ce que nous cherchons à entendre, peu importe ce que souhaite exprimer l'autre, le malentendu ne peut être dépassé. Alors, les individus s'en accommodent, consciemment ou non. Ils sont ainsi utilisés comme une stratégie de protection de soi et de protection de l'interaction. Quand on ne se comprend pas, mais qu'on croit s'être compris, il n'y a pas lieu d'amorcer un conflit et chacun reste en sécurité, sans avoir à se mettre à nu, à se justifier, à se défendre. Le malentendu est ainsi conservé à différentes échelles. Mais surtout alors, il correspond à un rempart au conflit entre soignant et soigné sans-domicile, à un tiers qui modère leur opposition.

---

[24] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 187.

1) Malentendus & contextes de conscience

Pour protéger l'interaction et se protéger au sein de celle-ci, soignants et soignés sans-domicile utilisent parfois une stratégie de maintien du malentendu entre eux. Cette stratégie porte sur les contextes de conscience mis en lumière par Barney Glaser et Anselm Strauss[25], dont ils identifient quatre formes : le contexte de conscience ouverte, fermée, présumée et enfin le contexte de conscience feinte mutuelle[26]. Les contextes de conscience fermée et feinte mutuelle apportent des éléments de compréhension particulièrement intéressants aux interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Les auteurs élaborent le concept de contexte de conscience pour désigner « la combinaison de ce que chaque interactant sait, dans une situation donnée, de l'identité de l'autre et de sa propre identité aux yeux de son interactant »[27]. Ils distinguent alors :

> « Le contexte de conscience *ouverte*, [qui] a cours lorsque chaque interactant est conscient de l'identité réelle de l'autre et de sa propre identité aux yeux de son interactant »[28], du « contexte de conscience *fermée*, [qui] existe quand un des interactants ne connaît pas soit l'identité de l'autre, soit l'identité qu'il possède aux yeux de son interactant. »[29]

Les auteurs utilisent, pour élaborer leur théorie, les interactions entre des patients en fin de vie, conscients ou non de leur mort imminente, et des professionnels de santé, eux aussi plus ou moins conscients de la situation. Ces différents contextes de conscience influent sur la manière dont soignants et soignés interagissent, négocient les soins et arrivent ou non à un compromis. Les contextes de conscience peuvent être utilisées de manière plus large et porter ainsi plus généralement sur la gravité de l'état santé des individus, des séquelles probables et l'approche la mort. Ils fournissent un éclairage sur les malentendus au cours des interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Jeannette souffre d'un diabète très important et non stabilisé et a été prise en charge au centre d'hébergement médicalisé. Dès les premiers instants de sa prise en charge, l'équipe a compris qu'elle n'était pas consciente des risques qu'elle encourait à consommer des aliments sucrés en grande quantité et à suivre son traitement irrégulièrement. Elle

---

[25] GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *Awareness of dying*, *op. cit.*, 1968.
[26] Nous reprenons ici et dans la suite du texte les traductions des termes proposées par Isabelle Baszanger dans STRAUSS Anselm L. et GLASER Barney G., « La conscience d'une mort proche », *in* STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 113-141.
[27] GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *Awareness of dying*, *op. cit.*, 1968, p. 670, (traduction L.C.).
[28] *Ibid*.
[29] *Ibid.*

expliquait en effet qu'elle avait l'habitude de ne pas faire ses injections d'insuline et que ça ne lui avait jamais occasionné de problèmes. Il s'agit ici d'un contexte de conscience fermée, où les soignants sont très inquiets des séquelles qu'encourt leur patiente en état d'hyperglycémie presque constante. Quand l'infirmière de la structure a réalisé le premier relevé de sa glycémie après son arrivée, elle présentait un taux de sucre dans le sang de 4,20g/l. Catastrophée, l'infirmière lui a demandé ce qu'elle avait mangé et quels symptômes elle ressentait. La patiente lui a répondu qu'elle a mangé des beignets trouvés dans la poubelle d'un centre commercial et acheté un chocolat chaud grâce à la manche. Elle rajoute que le taux de sucre dans son sang est toujours de cet ordre-là et qu'il n'y a aucune raison de s'inquiéter. Les négociations des soignants pour faire adopter à Jeannette un régime sans sucre et un traitement régulier ont échoué. Ils étaient pris dans la gravité de la situation qui représentait une urgence à leurs yeux alors que leur interactante n'estimait pas les soins nécessaires. Il s'agit là d'un contexte de conscience fermée : alors que les soignants sont conscients de la gravité biologique de l'état de santé de Jeanne et des risques graves qu'elle encourt à ne suivre ni traitement, ni régime sans sucre, la malade annonce clairement qu'elle n'en a jamais subi de conséquences négatives et ne prend de la sorte pas conscience de son état, qui inquiète tant les professionnels de santé. Après seulement quelques jours passés au centre d'hébergement, Jeannette décide de s'en aller. Cet épisode a été très conflictuel, l'inquiétude des soignants les poussant à imposer le traitement et les injections d'insuline à la malade alors que celle-ci n'y voyait pas d'intérêt et les refusait. Leurs interactions mettaient à mal à la fois les professionnels et la patiente : les premiers exprimaient leur difficulté et leur inconfort d'avoir à la contraindre au traitement, bien qu'ils étaient trop inquiets des risques de ne pas les effectuer ; la seconde se voyait discréditée et cherchait à protéger sa face. Son départ traduit à la fois à une fuite de ces interactions dangereuses et une stratégie de maintien du contexte de conscience fermée comme de leur malentendu. Jeannette vit dans la rue et ne dispose que rarement de solutions d'hébergement, elle a une longue carrière de survie derrière elle et annonce qu'elle se sent mieux dans la rue que dans n'importe quelle structure, qui lui impose toujours des choses qu'elle ne veut pas faire. En restant dans une structure de soin qui la contraignait à élaborer et suivre un projet médical, elle voyait ses habitudes et sa routine bousculées. Son état de santé est très alarmant, et en prendre conscience serait terrifiant pour quiconque. Peut-être ainsi a-t-elle jugé préférable de fuir la structure pour éviter d'avoir à affronter sa pathologie. Isabelle Baszanger signale :

> « L'univers médical n'est lui-même pour les malades qu'un sous-ensemble (*a sub-world*) du monde de la maladie chronique : dans leur travail de gestion, les malades doivent aller au-delà d'un travail de soins médicalement défini. Il leur faut aussi gérer les conséquences de la maladie sur leur organisation de vie, leurs rapports avec les autres et, jusqu'à un certain point, leur rapport avec eux-mêmes. »[30]

Éviter l'univers médical permet alors, dans une certaine mesure, d'éviter d'avoir à modifier son rapport à soi-même et d'inclure les complications, probables et importantes, d'un état de santé abîmé. La malade semble préférer se réfugier dans la routine de sa vie quotidienne, ressource qui lui procure un sentiment de sécurité, alors que la prise de conscience de sa pathologie serait source d'angoisse. La consultation de Sylvain avec le gastro-entérologue[31] se rapporte au contexte de conscience feinte mutuelle, qui est « une modification du contexte de conscience ouverte : les deux interactants sont entièrement conscients de la situation mais prétendent ne pas l'être »[32]. En effet, au cours de la consultation où le médecin refusait le traitement par interférons à Sylvain, il y a tout lieu de penser que ce dernier a très bien compris que le traitement ne lui serait pas administré. Quoique le médecin ne le lui ait pas annoncé textuellement, ses réticences ne laissaient que peu de place au doute. Sylvain semble à la fois rassuré de l'absence de cancer et déçu de ne pouvoir suivre le traitement : il y voyait la promesse d'une guérison. Or, et le médecin a insisté longuement sur ce point, les interférons ne feraient que diminuer la charge virale dans son corps mais rien ne permet de réparer son foie. Cependant, après quelques heures et en état d'ébriété, Sylvain redemande quand commencera le traitement en affirmant qu'il n'a pas compris. Il advient de se demander s'il n'a vraiment pas compris l'enchaînement d'éléments dans lequel il se trouve : chaque solution qu'il apporte à un de ses problèmes le renforce ou est la source d'un autre problème. Pour calmer son inquiétude due à sa maladie, il boit. Ses problèmes de santé sont très aggravés par sa dépendance à l'alcool et à d'autres produits. Il arrive à se passer de ces produits mais compense ces manques par l'alcool. Ainsi, prétendre ne pas avoir compris permet de se protéger de la gravité de la situation. Sylvain n'a jamais cherché à aborder le thème de son espérance de vie extrêmement réduite estimée par le spécialiste, mais il est difficile de savoir s'il s'agit d'une simple incompréhension ou plutôt d'un tabou qu'il se fixe, hypothèse que nous privilégions. Le médecin semblait quant à lui mal à l'aise dans l'interaction avec Sylvain,

---

[30] BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *art. cit.*, 1986, p. 22.
[31] Sylvain souffre d'une cirrhose du foie avancée et le médecin lui prédit une espérance de vie de deux ans. Sylvain semble pourtant concentrer ses inquiétudes sur un possible cancer du foie et se rassure lorsque le médecin lui dit qu'il n'en a pas pour l'instant
[32] GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *Awareness of dying*, *op. cit.*, 1968, p. 670, (traduction L.C.).

avec qui il avait du mal à communiquer. Il espérait peut-être que les détails qu'ils fournissaient à ses confrères dans le courrier qu'il leur dictait, mais qu'il n'avait qu'à peine évoqués avec Sylvain, seraient transmis au patient et rediscutés avec lui par son médecin traitant et son psychiatre. Il a demandé à son interne de lister les traitements de Sylvain, ce qui peut être vu comme un exercice donné à son étudiant, mais également comme un moyen d'éviter de poursuivre l'interaction avec son patient et de détourner son attention pendant qu'il dicte le courrier. Enfin, il n'a donné aucun autre rendez-vous à Sylvain, marquant ainsi tacitement la fin de son suivi.

Barney Glaser et Anselm Strauss montrent qu'il est difficile pour les patients d'obtenir des informations sur leur situation médicale, d'abord parce qu'ils ne sont pas toujours en mesure d'estimer la gravité de leurs symptômes. Ensuite car :

> « L'hôpital est magnifiquement organisé, à la fois par accident et par dessein, pour cacher la vérité médicale au patient. Les dossiers sont tenus hors de portée. Le personnel est expert dans leur non-divulgation. Les discussions médicales à propos du patient se tiennent généralement dans des lieux éloignés du patient. Le personnel est entraîné ou accoutumé à agir collusoirement autour du patient pour qu'aucun secret médical ne soit révélé. Les médecins sont confortés dans leur rétention d'information par leur logique professionnelle : "pourquoi leur retirer tout espoir en leur disant qu'ils vont mourir ?" Enfin, le patient n'a ordinairement aucun allié qui pourrait l'aider à découvrir le secret du personnel : même sa famille ou les autres patients retiendront de telles informations s'ils sont dans le secret. »[33]

Dans les situations évoquées ici, les patients coopèrent dans cette rétention d'informations du personnel soignant. Sylvain et le médecin échangent des renseignements tout en se concentrant sur ce qui n'est pas au cœur du problème. Le premier porte son attention sur la potentialité d'un cancer, sans réagir de manière visible à l'annonce de son espérance de vie. Le second insiste sur le refus de la gastroscopie, alors que Sylvain ne souhaitait que différer l'examen. Peut-être le praticien ne tient-il pas à réaliser cet examen, de peur de découvrir de nouveaux éléments et parce qu'il lui est impossible de traiter Sylvain comme il le souhaiterait, tant que celui-ci continue à consommer de l'alcool. Le contexte de conscience feinte mutuelle permet ainsi d'entretenir le malentendu sans avoir à s'expliquer : on prétend à la fois se comprendre et ne pas avoir compris et ainsi s'arrêtent les interactions menaçant les interactants.

---

[33] *Ibid*., p. 671/672, (traduction L.C.).

2) *Le refus de soin perpétuel des patients sans-domicile & le maintien du malentendu*

Les malentendus, notamment quand ils ne sont pas identifiés comme tels, créent un climat de suspicion envers l'autre, si différent. Hélène Marche remarque, à propos des malades du cancer :

> « Les patients "négligents", c'est-à-dire qui, du point de vue des soignants, n'ont pas fait preuve de responsabilité dans la gestion de leur propre santé ("grands fumeurs", "alcooliques", patients ayant tardé à consulter en dépit d'un symptôme alarmant), sont suspectés de refuser les soins par la suite. »[34]

Les patients sans-domicile entrent dans la catégorie des malades négligents et sont, comme nous l'avons vu plus haut, jugés responsables de leur situation – aussi bien sociale que de santé – dans de nombreux cas. L'impression que ces malades sont plus enclins que les autres à refuser les soins se retrouve au sein de différentes structures de soin et représente l'un des symboles de stigmate les plus importants associé aux personnes sans-domicile. Malgré les expériences de soin positives des professionnels de santé rencontrées par le passé avec des patients vivant dans la rue, il semble qu'ils retiennent davantage les obstacles qu'ils ont rencontrés et tendent à les généraliser à l'ensemble des malades sans-domicile. Il s'agit à la fois de la marque conflictuelle qui laisse son empreinte dans les interactions de soin futures – des soignants comme des soignés sans-domicile – et d'une forme de préservation du malentendu entre eux. Elvire estime que les personnes sans-domicile expriment un refus général des soins. Bien qu'elle décrive concurremment les négociations et les processus d'éducation aux soins qui permettent de faire adhérer ces patients à leur prise en charge médicale, elle affirme qu'une fois sortis de l'hôpital, leur refus de soin réapparaît aussitôt :

> *« On en a beaucoup qui refusent ou qui sont très réfractaires, alors il faut beaucoup d'informations, leur expliquer les enjeux. […] Y'a souvent des soins qui doivent se poursuivre et qui se font à [structure sociale de soin]. Donc on informe de l'importance de ce suivi si vous voulez et… il arrive que certains reviennent parce que ces soins n'ont pas été corrects, et quand ça ne va vraiment plus, ben ils arrivent aux urgences, ils sont récupérés… puis y'a des gens qui refusent, c'est des refus… généraux des soins, des refus parce qu'ils fument dans la chambre, c'est des refus d'hygiène aussi, refus de se laver… »* (Entretien avec Elvire, cadre de santé).

---

[34] MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *op. cit.*, 2014, p. 220.

Le refus de soin des individus sans-domicile est également mis en relation avec leur opposition aux règles de l'hôpital : non contents de refuser les soins en général, ils n'obéissent pas au règlement hospitalier en fumant dans leur chambre et en refusant de se laver. Ces refus correspondraient ainsi à une mise en retrait volontaire du système de soin, voire de la société, dont ils bafouent les règles. Ils ne se préoccupent ni de leur santé ni des règles, pourtant si importantes aux yeux des soignants pour maintenir le fonctionnement de des institutions de soin. Pour Charlotte, il s'agit à la fois d'un refus d'être pris en charge et d'un type de personnalité particulier :

> *« Après, des expériences que j'ai eues, c'est qu'ils ne veulent pas qu'on s'occupe d'eux, dès qu'on propose quelque chose, il faut toujours négocier trois heures pour arriver à leur faire faire quelque chose… Une prise de sang même des fois ! » Puis : « S'ils ne sont pas en demande, et bien ils ne coopèrent pas ! Je pense que c'est un peu comme chaque personne, je veux dire que si toi t'es pas en demande de prise en charge, peut-être que ça ne va pas s'exprimer par autant de refus et autant de violence qu'eux, mais ils ont un petit peu une personnalité désinhibée dans un certain sens. »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Elle accorde au patient la possibilité de ne pas vouloir être pris en charge, seulement, la *« personnalité désinhibée »* des personnes sans-domicile les conduit à une expression violente et catégorique de ce refus. Les négociations découlant de ces oppositions aux soins sont mal vécues par Charlotte : les anecdotes qu'elle raconte se déroulent dans un service d'urgences hospitalier, service où les professionnels de santé ne disposent généralement que de très peu de temps pour soigner l'ensemble des patients qui s'y présentent. Ces patients représentent alors une charge de travail supplémentaire, aussi négativement perçue qu'elle leur paraît inutile. Le stigmate associé aux personnes sans-domicile entraîne également les soignants à estimer que leur refus de soin serait dû à leur incompréhension de leur situation médicale : leurs savoirs profanes ne leur permettent pas d'appréhender correctement leur état de santé, ils refusent alors de se soumettre à l'autorité médicale parce qu'ils ne comprennent pas les soins ou leur intérêt.

Jeanne exerce parallèlement dans un service de gériatrie et au centre d'hébergement médicalisé. A propos des soins aux personnes sans-domicile, elle relativise ses propos en expliquant qu'elle n'a jamais eu à prendre en charge ce type de patient au sein d'un service hospitalier et annonce :

« Le rapport à la docilité est peut-être plus compliqué, ou à la compréhension… Et du coup ce sera une prise en soins qui sera plus compliquée… […] Ce sera valable aussi dans un foyer ou dans je sais pas quoi… C'est le fait de rentrer dans une structure, puisqu'ils sont en marge d'une vie sociétale, alors par choix ou pas par choix, ce n'est pas le problème… Mais comme tu ne rentres pas dans le système, celui de l'hôpital, ou celui de payer des impôts… Comme tu n'es pas dans le rouage, ça part de travers ! Et quelle est ta part de liberté, quand tu en hospit'… Pas énorme ! Ou alors tu fais le choix de partir… » (Entretien avec Jeanne, infirmière).

Elle dit pourtant, dans le même entretien, ne jamais avoir fait face à un refus de soin conscient de la part d'une personne prise en charge au centre d'hébergement médicalisé où elle intervient. Elle écarte de la sorte de ses propos son expérience importante avec les patients sans-domicile. Ces contradictions proviennent de l'identité négative attachée aux personnes sans-domicile, qui persuade les soignants que ces patients refusent les soins. Malgré sa connaissance des patients sans-domicile, de par son intervention au sein du centre d'hébergement médicalisé, elle affirme ne pas savoir comment se passe leur prise en charge hospitalière, mais part du principe qu'elle se passe mal. La compréhension des demandes de soin des personnes sans-domicile par les soignants est alors à questionner, comme le souligne Sylvie Fainzang :

> « Le discours médical actuel sur la mauvaise observance en cancérologie n'est-il pas en partie lié à une surévaluation par les médecins du refus du traitement par les malades ? En effet, il est quasiment acquis que les patients sont toujours réticents face à la chimiothérapie. Or l'observation de consultations permet de constater que les patients sont parfois demandeurs de traitement (mais de manière implicite) tandis que les médecins leur attribuent une réticence à le poursuivre. »[35]

Tandis que les oncologues imaginent que les malades du cancer s'opposent habituellement à la chimiothérapie, les professionnels de santé supposent, dans un mouvement similaire, que les personnes sans-domicile sont généralement en refus de soin. Pourtant, une fois mis à part le cas particulier des individus amenés aux urgences contre leur gré, s'ils consultent, s'ils sont hospitalisés ou s'ils acceptent un hébergement dans un centre dédié aux soins, c'est bien justement parce qu'ils cherchent à se faire soigner. Cependant, cette demande de soin n'est peut-être pas exprimée aussi clairement que le souhaiteraient les soignants, ou bien ne porte-t-elle pas sur les éléments que ces derniers jugent importants. Et, malgré leurs expériences, les soignants continuent à percevoir les personnes sans-domicile comme réfractaires aux soins. Confrontés à des situations qu'ils

---

[35] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 132.

ne savent pas toujours comment gérer, les soignants cherchent à esquiver les patients sans-domicile, de leur point de vue toujours réfractaires aux règles et refusant de se soigner :

> *« Tu en as beaucoup qui se débrouillent pour ne pas s'en occuper ! C'est une conduite d'évitement… Et puis c'est facile ! Moi quand on m'appelait des urgences "on a un SDF, 60 ans, retrouvé dans la rue" C'est vrai que le réflexe ce sera peut-être de se dire "eh bien j'ai d'autres patients qui correspondent peut-être mieux à ma spécialité !" Je pense qu'ils ont du mal à trouver preneur ! […] Je pense que c'est difficile pour ces patients, même s'ils ont une authentique pathologie, de trouver des services qui acceptent de bon cœur de les prendre… Ces difficultés, tout le monde essaie de voir si par hasard ils ne seraient pas plutôt indiqués chez le voisin… »* (Entretien avec Fabienne, médecin gériatre).

Fabienne montre une réticence à accueillir les patients sans-domicile d'abord parce qu'ils ne correspondent pas à sa spécialité médicale. Elle explique que la gériatrie se concentre sur les personnes de plus de 75 ans alors que les personnes sans-domicile présentent habituellement un vieillissement prématuré. Nonobstant la possible utilisation des mêmes grilles d'analyse médicale pour ces patients que pour les personnes habituellement traitées en gériatrie, elle estime qu'ils doivent être pris en charge ailleurs. Leurs problèmes de santé ne résultent en effet pas du grand âge mais de leurs conditions de vie, de leurs dépendances, de leurs problèmes psychiatriques et de leur prise en charge médicale déficiente tout au long de leur parcours[36]. Ensuite, elle semble mettre en doute la véracité de leur pathologie, ce qui expliquerait les réticences des services hospitaliers à les prendre en charge. Pourtant, elle décrit également les troubles de santé importants dont ils souffrent habituellement. Les soignants craignent parallèlement que leur responsabilité soit mise en cause si un problème survenait après le départ de ces patients, alors qu'ils avaient été pris en charge dans leur structure de soin. Ainsi, comme ils imaginent que les personnes sans-domicile vont soit refuser les soins proposés, soit partir contre avis médical, ils préfèrent éviter de les prendre en charge dès le départ pour éviter toute difficulté future. De plus, ces départs entraînent une charge administrative importante car les professionnels de santé ont à se décharger de leur responsabilité en indiquant précisément dans le dossier du patient qu'il a lui-même décidé de partir, malgré les

[36] Fabienne précise au cours de l'entretien : « *en fait les sans-abri… Ils sont vieux beaucoup plus vite, nous, la filière gériatrique hospitalière, c'est les plus de 75 ans avec des polypathologies et la population en fait dans la rue, elle est au même stade que les 80 ans mais ils en ont 10 ou 15 de moins ! Ils ont 60 ou 65 ans, avec des addictions, avec des problèmes de santé pas réglés… Donc… […] Ils ont un vieillissement accéléré avec peut-être des problématiques de troubles cognitifs, de troubles de la marche, de dénutrition qui sont en fait les problèmes du grand âge polypathologique, mais eux ça survient plus tôt… Avec parfois intrication psychiatrique aussi… Et puis voilà, on n'a pas forcément les mêmes repères, mais ils sont plus jeunes quoi ! Et on peut avoir les mêmes grilles d'analyse des situations que pour la gériatrie…* »

explications des praticiens[37]. De la sorte, les demandes de soin des personnes sans-domicile semblent simplement ne pas exister aux yeux des soignants. Les conduites ambivalentes que soignants et soignés sans-domicile mettent en œuvre les uns envers les autres participent à leur stratégie de maintien du malentendu. Yann Benoist précise :

> « Les usagers du CHAPSA[38] incarnent, aux yeux des soignants, l'image de l'altérité selon ses modalités les plus stéréotypées : ce sont des "fous" (diagnostic médical), des "enfants" (les soigner implique de les materner) et des "sauvages" (un ASH reconnaît les trouver parfois "à peine humains"). Ces représentations ont, pour les soignants, le double avantage de les rassurer sur leur propre identité (ils ne sont pas des usagers) et de ne pas remettre en cause l'idéologie des institutions médicales. De ce fait, nombre de causes à la non-compliance ne sont pas prises en compte et les usagers continuent à négliger les soins médicaux, puisque c'est justement l'organisation de ces institutions qui les rebute. »[39]

En ne cherchant pas à questionner outre mesure le refus de soin de leurs patients sans-domicile et en partant du principe qu'ils refuseront toute aide médicale, les soignants permettent au malentendu sur leur prise en charge d'être préservé : ils ne disposent que des possibilités d'action limitées si leurs patients refusent d'être soignés et, par là, concevoir les individus sans-domicile comme en refus de soin leur permet de se protéger de leur sentiment d'échec médical. Parallèlement, les personnes sans-domicile tirent avantage de la situation qui leur offre une porte de sortie facile à franchir : s'ils quittent l'hôpital ou fuient les rendez-vous médicaux, ce n'est pas parce qu'ils sont dans l'incapacité de se faire comprendre, ni parce qu'ils se sentent en danger lors des interactions de soin, mais parce qu'ils tendent généralement à refuser les soins. La persistance du stigmate des individus sans-domicile permet d'entretenir ce malentendu et, ainsi, dans de nombreuses situations, aucun protagoniste ne cherche à le dépasser. Entretenir ainsi leur malentendu à propos du refus de soin correspond à une stratégie des soignants comme des soignés sans-domicile pour maintenir leurs interactions : percevoir les individus sans-domicile comme en perpétuel refus de soin apporte aux soignants une explication à leur échec médical et offre

---

[37] Corine, médecin gériatre nous dit : « *dans ce cas-là c'est délicat parce qu'il faut qu'on se protège nous-mêmes… Dans la mesure où si le patient change d'avis ou fait un pépin ou que la famille dit "mais attendez, vous n'avez rien fait pour lui" ça peut se retourner contre nous ! Donc quand même, ça devient un peu plus une contrainte administrative, que quand on a tout expliqué qu'il refuse pertinemment les soins ou… C'est ce qu'on rencontre parfois quand ils sont hospitalisés qu'ils veulent à tout prix partir… Qu'ils font des sorties contre avis médical… Il faut bien dans chaque dossier noter qu'on a expliqué le diagnostic, les risques encourus… Le fait que le patient a bien compris ce qu'on lui a expliqué… Et que malgré ces explications et les risques éventuels il souhaite toujours partir et donc il signe… Ça, globalement, c'est vraiment pénible !* »

[38] CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri. Il s'agit d'un centre d'hébergement d'urgence de la région parisienne comprenant 257 places et proposant des consultations médicales et des soins aux personnes qui y sont hébergées.

[39] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 31.

aux patients la possibilité de se soustraire à l'interaction, lorsqu'elle leur apparaît trop menaçante, sans que les soignants n'insistent trop pour les retenir.

3) La capitulation comme résistance

En réponse à leur perception par les soignants comme étant toujours en refus de soin, les individus sans-domicile adoptent parfois une stratégie contraire consistant à accepter en apparence tout ce que l'équipe médicale propose en termes de soins, de diagnostic ou de traitement. L'intervention médicale se forge sur une forte ambivalence entre l'affirmation du pouvoir des professionnels de santé, qui « se traduit exemplairement par l'appropriation du corps du malade »[40], et leur volonté que ce dernier soit acteur des soins, en soit demandeur, et soit au cœur de sa prise en charge médicale, alors même que les soignants l'en dépossèdent simultanément. Cette ambiguïté se ressent de manière encore plus saillante du fait de l'inégalité importante de savoirs entre soignants et soignés sans-domicile ainsi que de leurs nombreux malentendus. De la sorte, et malgré la volonté des soignants de laisser à leurs patients la possibilité de décider de leurs soins, « le choix laissé est un faux choix en l'absence de compréhension de ses conséquences »[41]. Il est en effet mal aisé pour les soignés de prendre des décisions sans connaître tous les tenants et aboutissants de la situation et notamment les risques encourus avec ou sans traitement. Les soignants ne sont que très rarement en mesure d'affirmer de manière certaine l'évolution d'une pathologie, cependant leurs savoirs et leur expérience professionnelle leur donnent davantage de clefs de compréhension. Clefs que ne possèdent pas les patients, ce qui entretient leurs malentendus. *De facto*, les patients ne basent pas leurs décisions sur les mêmes supports que les professionnels de santé. Mais cela n'est pas toujours accepté ni compris par ces derniers, qui ne reconnaissent pas les savoirs expérientiels des patients sans-domicile.

Pour éviter le conflit, maintenir l'interaction de soin et s'en protéger à la fois, les personnes sans-domicile emploient alors une stratégie de renversement du « déguisement de compétence »[42] défini par Robert Edgerton. Il a montré, à propos des individus

---

[40] FAINZANG Sylvie, « Secret et mensonge dans le discours médical », *art. cit.*, 2006, p. 34.
[41] FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, *op. cit.*, 2006, p. 129.
[42] EDGERTON Robert B., *The Cloak of Competence: Stigma in the Lives of the Mentally Retarded*, Berkeley, University of California Press, 1967.

présentant un retard mental, qu'ils se couvrent d'un déguisement de compétences afin de montrer, à chaque instant de leurs vies quotidiennes, qu'ils disposent des compétences nécessaires à une vie normale. Les individus utilisent différentes ruses ainsi que le soutien d'autres individus pour faire face aux situations risquant de dévoiler leur stigmate. Cette stratégie permet d'éviter le discrédit lié à la déficience mentale ainsi qu'à leur passé institutionnel et de conserver leur estime de soi. Ici, les individus sans-domicile retournent ce déguisement en un déguisement d'incompétence. En mettant de la sorte en scène leur incapacité à entretenir leur santé ou à effectuer des choix liés à leur prise en charge médicale, ils se protègent des interactions de soin où leur sont imposées ces décisions. Le déguisement d'incompétence se mêle aux malentendus sur le corps, la maladie et la santé existants entre les personnes sans-domicile et les professionnels de santé. Ces derniers réagissent à ces stratégies en prenant entièrement la main sur les soins et traitements. Hassine présente une plaie importante sur le dessus du crâne, plaie qui s'infecte continuellement et ne cesse d'empirer. Il est accueilli au centre d'hébergement médicalisé, suite à une période d'hébergement d'urgence, après avoir été expulsé de son logement insalubre. La plaie sur son crâne date déjà de plusieurs semaines lorsqu'il arrive dans la structure. Les soignants cherchent à la panser de manière à ce qu'il ne puisse pas se gratter : la plaie le démange beaucoup mais il ne doit pas la toucher afin d'éviter toute infection supplémentaire et de favoriser la cicatrisation. Hassine ne montre aucun signe d'opposition aux soins et se laisse entièrement faire par les soignants qui lui rasent la tête pour mieux faire tenir le pansement, qu'ils renouvellent quasi-quotidiennement. Quelques temps après son arrivée, lors d'une discussion informelle, il effectue des gestes de repoussement, comme s'il cherchait à écarter quelqu'un ou quelque chose. Quand nous lui demandons si tout va bien, il répond, en désignant sa plaie :

> *« Oui, mais c'est simplement qu'il y a des choses, dans ma tête, qui se sont passées. Et ces choses, et bien il faut qu'elles sortent, c'est pour ça que j'ai ça ! »* (Propos recueillis au centre d'hébergement médicalisé).

Il interprète donc sa plaie comme l'expression charnelle de ses douleurs psychologiques, des événements négatifs qu'il a vécus et qu'il cherche à intégrer dans sa parcours de vie. Le sens qu'il donne est bien différent de celui des soignants, qui expliquent que sa plaie importante résulte des nombreuses infections dues à son manque d'hygiène et à l'insalubrité de ses conditions de vie. Lorsqu'il a tenu des propos similaires aux professionnels de santé, pour leur expliquer l'origine de sa plaie, ces derniers ont

souhaité qu'il rencontre le psychiatre pour que sa santé mentale soit évaluée. Depuis, Hassine ne parle plus des choses qui doivent sortir de sa tête. Il s'en remet entièrement aux soignants et accepte docilement tout ce qu'on lui prescrit : renouvellements du pansement, traitement antibiotique, prises de sang… Afin de ne pas perdre à nouveau la face et de pouvoir conserver sa propre interprétation de ce qu'il lui arrive, il adopte un déguisement d'incompétence et adhère aux soins en mettant en scène son incapacité à se prendre en charge seul. L'attitude d'Hassine correspond à une forme de capitulation. Hélène Marche et Fabrice Fernandez s'intéressent aux formes de résistance que développent les malades chroniques[43]. La chronicisation des pathologies crée un lien durable et indissoluble avec le monde médical, même s'il n'a pas forcément pour conséquence un suivi médical linéaire. Les auteurs montrent que la capitulation des soignés correspond à une forme de résistance. Pour aller mieux, le patient s'en remet entièrement à l'autorité médicale car il ne dispose pas des moyens nécessaires à la négociation de ses soins ou de son traitement. Ne pouvant lutter seul contre la maladie, il s'en remet entièrement aux professionnels de santé et délègue à l'autorité médicale sa prise en charge.

La conduite d'Arnaud représente également une forme de capitulation : lorsqu'il est arrivé au centre d'hébergement, les soignants de la structure lui ont demandé de se rendre chez son médecin afin de leur fournir un bilan de son état de santé et des ordonnances à jour pour ses traitements. Arnaud a d'abord refusé de communiquer ces informations. Mais pour des raisons de sécurité, la structure n'est pas autorisée à distribuer des médicaments sans disposer au préalable d'une ordonnance. Il a alors cédé et a transmis son dossier médical aux salariés. À ce propos, Arnaud annonce :

« J'aime pas montrer mon dossier médical à tout le monde. » (Entretien avec Arnaud).

Puis après quelques semaines passées au sein de la structure, sa relation avec les soignants change en même temps que son rapport aux soins. Il essayait auparavant de garder le contrôle sur sa prise en charge médicale en ne transmettant pas les informations le concernant. Cette stratégie a échoué et les investigations des soignants du centre sur son parcours médical ont mis en lumière ses réticences, notamment à se faire opérer pour

[43] MARCHE Hélène et FERNANDEZ Fabrice, « Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer », *Ce que guérir veut dire : Expériences, significations, politiques et technologies de la guérison. Colloque de l'AMADES*, Marseille, 27.05.2015.

retirer sa sonde urinaire. Il adopte alors la capitulation comme mode de résistance et se soumet à l'autorité médicale. Il raconte son dernier passage à l'hôpital :

> *« J'ai déjà été voir à l'hôpital… avec votre copine, là [il fait référence à une stagiaire aide-soignante qui l'a accompagné à l'hôpital quelques jours auparavant]. Tout a été fait en deux heures ! Médecine, cardiologie, électrocardiogramme… en deux heures de temps ça a été fait ! Bon on a fait un peu de course dans les couloirs parce que… les couloirs sont immenses, les salles d'attente, faut attendre… mais en deux heures de temps on a eu le temps de tout faire ! Incroyable ! »*

Après avoir cherché à éviter ces rendez-vous médicaux pendant une longue période, il capitule et les enchaîne, sous l'égide de l'aide-soignante, en une seule matinée. La capitulation comporte une ambiguïté sur laquelle jouent les acteurs : en façade, ils acceptent tout ce que leur demandent les soignants, mais intérieurement, ils y résistent et s'y opposent. Cette forme d'opposition, même tue, garantit la conservation de l'estime de soi des soignés sans-domicile qui l'utilisent et leur offre un espace de liberté. Georg Simmel affirme que les oppositions des individus ne sont pas à voir de manière uniquement négative, mais comportent une dimension constructive dans le sens où elles permettent de conserver de manière pacifique des interactions potentiellement conflictuelles :

> « Et cela ne se produit pas seulement quand notre opposition n'obtient pas de succès notables ; c'est aussi le cas quand d'emblée elle ne se manifeste pas du tout, quand elle reste purement intérieure ; même quand elle ne s'exprime pratiquement pas, elle peut rétablir l'équilibre intérieur – parfois même chez les deux personnes impliquées dans la relation –, apporter un apaisement et un sentiment de puissance intellectuelle, sauvant ainsi des relations dont des témoins extérieurs ne comprennent souvent pas comment elles peuvent continuer à exister. »[44]

L'apaisement apporté par cette opposition intérieure sert à conserver l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile, mais elle conserve surtout, leurs malentendus. L'opposition devient partie prenante de l'interaction pour le soigné, alors même qu'elle n'est pas perçue comme telle par le professionnel de santé. René, après avoir connu quelques épisodes où ses interactions de soin se montraient conflictuelles, semble avoir ensuite choisi de consentir docilement à tous les soins qui lui sont prescrits. Il a subi pendant plusieurs années des ponctions d'ascite régulières et suivi un lourd traitement médicamenteux, que des infirmières venaient lui donner, afin de s'assurer qu'il ne l'omette

[44] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 269/270.

pas. Pourtant, en semblant se conformer à tout ce que l'on attend de lui, il maintient l'intervention médicale à distance *via* la capitulation comme forme de résistance. Il se contente en effet de suivre les indications des médecins et infirmières, sans les questionner, mais jamais il ne se considère lui-même comme gravement malade. Il fait ce qu'on lui dit, mais intérieurement il n'adhère pas au rôle de patient, s'oppose ainsi *in petto* au pouvoir des soignants et garde le contrôle sur son propre corps. Dans sa perspective, c'est lui qui choisit de coopérer aux soins et a le pouvoir de décision. Pour Georg Simmel :

> « Il est établi que l'oppression devient généralement plus forte quand on la subit tranquillement et sans protester ; l'opposition, en revanche, nous procure une satisfaction intérieure, une diversion, un soulagement […]. Nous opposer nous donne le sentiment de ne pas être complètement écrasés dans cette relation, cela permet à notre force de s'affirmer consciemment, donnant ainsi une vie et une réciprocité à des situations auxquelles nous nous serions soustraits à tout prix sans ce correctif. »[45]

L'opposition, même cachée, revient de la sorte à une stratégie d'autoprotection en fournissant aux individus sans-domicile un moyen de conserver leur pouvoir face à l'intervention médicale à laquelle ils se remettent. Néanmoins, les malades qui utilisent cette attitude n'adoptent pas le rôle de malade et ne sont pas acteurs de leurs prises en charge médicales, comme souhaité par les soignants. Ces interactions se forgent autour de l'entretien d'un malentendu : en semblant accepter les soins, ils s'en dérobent pourtant. Hélène Marche et Fabrice Fernandez précisent en effet que la capitulation est mal interprétée par les professionnels de santé lorsqu'elle est découverte. Ils la perçoivent comme un renoncement aux soins et ne correspond pas à l'attitude active attendue du patient. Cette découverte risque même de faire ressurgir les conflits qui étaient tenus à distance, comme l'indique Yann Benoist :

> « Afin de jouir d'une relative tranquillité, les usagers qui acceptent les soins usent souvent d'un discours écran. Ils disent au praticien ce qu'ils pensent qu'il souhaite entendre. Ils utilisent un discours formaté qui fait la part belle aux projets de guérison et de réinsertion mais qui cache une réalité moins conforme aux attentes du soignant. Lorsque les soignants découvrent ce qui se cache derrière ce discours écran, les conflits entre usagers et praticiens, qui avaient été mis entre parenthèses, ressurgissent. Ces conflits entraînent souvent l'abandon des soins. »[46]

La dimension conflictuelle de la découverte de la capitulation montre bien qu'il s'agit d'une stratégie de maintien du malentendu. Alors que les soignés sans-domicile

[45] *Ibid*., p. 269.
[46] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 28.

semblent se conformer à l'ensemble des soins qui leur sont prescrits et s'en remettent ainsi intégralement à l'autorité médicale, ils s'y opposent intérieurement, ce qui leur permet de rétablir un équilibre dans leur relation asymétrique avec les soignants, même si ce rétablissement n'est visible qu'à leurs yeux. Parallèlement, les soignants pensent avoir affaire à une attitude volontaire par rapport aux soins de leur patient, tandis que celui-ci se fait le plus passif possible, pour se protéger, protéger sa face, le contrôle de son corps et son rapport à la santé et à la maladie. Tant que la capitulation n'est pas découverte, les interactions de soin se passent sans anicroche, mais leurs antagonismes reprennent le dessus et risquent d'éclater en conflit dès lors que les soignants découvrent que la conduite de leur patient n'était qu'une stratégie de façade et non une véritable adhésion aux soins et à leur rapport à la santé et à la maladie.

4) Le malentendu comme tiers

Les interactions entre soignants et soignés sans-domicile se forgent à partir de leurs malentendus, que ce soit en essayant de les prendre en compte et de s'adapter à l'autre, ou en n'en prenant pas conscience et en y restant aveugle. Des situations intermédiaires s'observent également, au cours desquelles certains malentendus sont identifiés et cherchent à être clarifiés, ou du moins négociés, tandis que d'autres malentendus ne sont pas même mis à jour. Les interactions et les relations inter-individuelles entre individus sans-domicile et personnels de santé comportent de la sorte des bases fragiles et mettent les différents protagonistes en danger, car elles menacent leur manque de reconnaissance. La négociation et la recherche de compromis deviennent des supports privilégiés pour construire et maintenir l'interaction. Charlotte soutient que les patients sans-domicile sont réfractaires aux soins et refusent généralement de se faire soigner. Elle décrit des situations, au sein d'un service d'accueil des urgences, où ces personnes présentent des états de santé alarmants – plaies surinfectées ou crises d'épilepsie. Nous lui demandons si les patients sans-domicile refusent également d'être soignés dans ce type de contextes, elle répond :

> *« Non, pas forcément… Enfin… C'est pas… Ils se laissaient pas forcément faire ! Alors ils se laissaient quand même soigner parce que les infirmières arrivaient à désinfecter, tout ça… Mais il fallait toujours aller un petit peu… Je pense qu'après, c'était aussi un petit peu dans le jeu… »* (Entretien avec Charlotte, médecin généraliste).

Son hésitation montre qu'il lui est difficile d'affirmer formellement le refus de soins des personnes sans-domicile, mais que malgré tout, ses interactions passées et ses représentations donnent une force importante à l'image du patient sans-domicile réfractaire aux soins. Elle précise alors que les personnes sans-domicile acceptaient d'être pris en charge, mais à condition de négociations antérieures. En précisant qu'il s'agit d'une forme de *« jeu »*, Charlotte révèle l'omniprésence des négociations et des discussions amenant au compromis lors des interactions entre soignants et soignés sans-domicile. Au long de nos observations de terrain, et plus particulièrement au sein du centre d'hébergement médicalisé où nous avons eu une place privilégiée pour recueillir les impressions à la fois des professionnels de santé et des résidents de la structure, nous avons pu remarquer à de nombreuses reprises une autre forme de perpétuation du malentendu : les patients se plaignaient, avant et souvent également après la consultation de ne pas obtenir les informations ou les traitements qu'ils souhaitaient au cours de leur consultation et exprimaient le sentiment de ne jamais être aidés par le médecin ou l'infirmier à propos de leur santé ; de même, les soignants reprochaient à leurs patients sans-domicile de ne pas prendre en compte leurs conseils, de ne pas suivre correctement les traitements prescrits ou de ne pas réaliser les examens demandés. Cependant et malgré ces reproches mutuels, au moment de l'interaction, aucune plainte n'était formulée et chacun semblait acquiescer aux affirmations de l'autre. Bernard déplore que sa situation médicale n'avance pas et que les médecins ne font que lui diagnostiquer de nouvelles pathologies plutôt que de soigner celles dont il souffre déjà. Les soignants du centre d'hébergement médicalisé se plaignent, quant à eux, de l'attitude de Bernard qui n'est pas aussi régulier qu'ils le voudraient dans sa prise de traitement et cherche souvent à repousser les examens qui lui sont prescrits. Or, lors des nombreuses consultations médicales et infirmières que nous avons pu observer, aucune des deux parties n'aborde directement ces difficultés. Bernard acquiesce à toutes les affirmations des soignants et ces derniers précisent qu'il lui faut prendre ses traitements assidûment, mais sans appuyer sur le fait que ce n'est pas le cas actuellement. Après la consultation, chacun se plaint à nouveau des négligences et du désintérêt de l'autre, bien que lors de leur interaction, au moment où ils auraient pu essayer d'aborder ces problèmes pour les régler, chacun a précautionneusement évité de le faire. Ils feignent l'inéluctabilité de leurs malentendus afin de protéger leur interaction qui, malgré tout, leur apporte certains bénéfices. Le médecin ne voit pas son autorité mise en porte-à-faux – bien qu'il risque de ressentir un sentiment d'inutilité après plusieurs tentatives de traitement de Bernard – ; et le patient garde le contrôle de son propre corps tout en obtenant des

traitements pour soulager ses symptômes – mais encourt également le risque de ne pas voir son état de santé s'améliorer à plus long terme. Leurs tensions et leurs malentendus sont donc perpétués, quoiqu'ils soient désagréables pour les deux parties, car ils sont perçus comme préférables au conflit qui résulterait d'une confrontation directe. Pour Vladimir Jankélévitch :

> « Le pire aveugle est celui qui ne veut pas voir : s'accrocher à la moindre équivoque, saisir avec empressement toutes les occasions, imaginaires ou fondées, de manquer à sa parole – non, il n'y a pas là de malentendus ; ce sont des malentendus qui ne sont que trop bien entendus ! L'un a bien dit ce qu'il voulait dire, et l'autre parfaitement compris ce qu'il y avait à comprendre, mais ce qu'il désirait entendre submerge ce qu'il a entendu et lui fabrique une espèce de demi-bonne foi. »[47]

Cette demi-bonne foi apporte un confort relatif aux soignants et aux soignés sans-domicile au cours de leur interaction. En se concentrant chacun sur leur propre interprétation de la situation, ils tiennent à distance leurs conflits latents, prêts à exploser. Vladimir Jankélévitch définit ces situations comme des malentendus doublement bien entendus. Chacun a réciproquement conscience de la conscience de l'autre, « tout cela, naturellement, sans le dire, car rien n'a jamais été convenu ni expressément stipulé. La convention, si convention il y a, n'est donc pas seulement réciproque et bilatérale, elle est tacite. […] À tout moment, la rupture reste possible »[48]. La relation entre soignants et soignés sans-domicile ne pâtit pas de ce malentendu : à l'opposé, le malentendu doublement bien-entendu lui est profitable puisqu'il permet de la maintenir et de la protéger du conflit. Vladimir Jankélévitch met en exergue qu'il s'agit d'une fausse situation – puisque les deux protagonistes ont bien identifié qu'ils ne se sont pas compris et prétendent ensemble qu'il en est autrement – et non d'une fausse relation, car les acteurs interagissent bien en ayant conscience de leur malentendu.

Le maintien du malentendu correspond de la sorte une stratégie employée par les individus sans-domicile et les professionnels de santé pour préserver l'interaction de soin. Le malentendu prend alors le rôle et la place d'un tiers dans leur interaction. Christian Thuderoz montre que les « figures du tiers ne sont pas forcément humaines ; ce sont aussi *des choses*. Est tiers (ou agit en tiers) […] toute entité qui vient modifier une situation

---

[47] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 189.
[48] *Ibid.*, p. 214.

conflictuelle donnée »[49]. Georg Simmel définit le tiers comme un troisième élément qui permet, au sein d'une relation binaire, de créer un lien entre les deux parties en présence, même si elles y résistent :

> « C'est seulement l'arrivée du troisième élément qui ferme en fait le cercle, en liant les deux autres l'un à l'autre. Cela peut prendre deux formes : ou bien l'existence du troisième élément fonde directement ou consolide la liaison des deux autres […] ou bien la relation de chacun des deux au troisième instaure entre eux une relation nouvelle et *indirecte*. »[50]

Le malentendu lie de la sorte les professionnels de santé et les personnes sans-domicile selon les deux formes définies par Simmel. En effet, la confrontation de leurs rapports au corps, au temps, à la santé ou encore à la maladie tend à rendre leurs interactions conflictuelles et, dans ce cas, le malentendu constitue une passerelle entre eux. Il prévient la bipolarisation de leurs positions et consolide par ce biais leur relation. Cette relation se crée également *via* leurs malentendus et leur sert, paradoxalement, à les dépasser pour interagir plus ou moins sereinement. La relation que soignants et soignés sans-domicile entretiennent avec le tiers, ici leur malentendu, participe à maintenir leur relation, de manière indirecte, et met à distance leurs conflits latents. Sans le troisième élément que constitue le tiers, le conflit risque de refaire surface, comme l'annonce Julien Freund :

> « La dissolution du tiers transforme le pluralisme en dualisme, c'est-à-dire la crise en conflit. *Les contradictions deviennent des contraires antinomiques* qui ne se supportent plus. La crise est la situation sociale qui fait une place au tiers ; le conflit l'élimine. Ou plutôt, une crise devient conflictuelle dès que les volontés antagonistes réussissent à évincer le tiers. On peut ainsi définir la crise comme la situation sociale du tiers inclus et le conflit comme celle du tiers exclu. »[51]

Pour éviter qu'ils ne deviennent des contraires trop opposés l'un à l'autre pour pouvoir coopérer dans le soin, soignants et soignés sans-domicile conservent leurs malentendus, comme ils conserveraient un tiers entre eux. Lorsque le malentendu est maintenu, la crise ne se développe pas en conflit, « grâce à ce lubrifiant du malentendu, les rapports interpersonnels grinceront un peu moins »[52]. Mais dès lors que les malentendus

---

[49] THUDEROZ Christian, « Penser le tiers, penser le conlit », *Négociations*, 24 (2), 2015, p. 77.
[50] SIMMEL Georg, *Sociologie*, *op. cit.*, 1999, p. 132.
[51] FREUND Julien, « Sur deux catégories de la dynamique polémogène », *Communications*, 25 (1), 1976, p. 110.
[52] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 211.

cherchent à être dépassés, le conflit risque d'éclater à tout moment. Leur opposition est détournée par leur collaboration et la crise que représenter leur interaction n'éclate pas en conflit ouvert, tant que le tiers est préservé. Sa richesse réside en le fait que « le tiers est le support des contradictions, c'est-à-dire du pluralisme des antagonismes, des désaccords et des contrastes »[53]. En ce sens, il compose une nouvelle forme de relation à partir de ces contradictions. Dans notre cas, le malentendu est le socle sur lequel se heurtent les différents rapports au corps, à la santé et au temps des professionnels de santé et des personnes sans-domicile. Il permet de cette manière d'écarter ces confrontations de leur relation inter-personnelle et ouvre de nouvelles possibilités, comme le montrent Myriam Klinger et Sébastien Schehr :

> « Si l'exclusion du tiers est au principe de la logique conflictuelle, à l'inverse, son irruption ou sa reconnaissance est à la base de la régulation, voire au principe même de toute socialisation. L'intervention du tiers dans le cours des choses peut conduire au compromis, à la négociation et à la neutralisation des tensions, tout comme elle peut déboucher sur l'emballement conflictuel et une montée aux extrêmes ou avoir pour conséquence le renversement des alliances et des rapports de forces. »[54]

Le tiers offre ainsi de nouvelles possibilités à l'interaction potentiellement conflictuelle. Il ouvre une alternative de négociation et de recherche du compromis. Mais il est conjointement une source éventuelle de conflit et de bipolarisation des positions. Le malentendu entre soignants et soignés sans-domicile leur donne à la fois un espace de négociation, une possibilité d'accéder au compromis et constitue un risque en mettant en exergue la confrontation de leurs représentations.

---

[53] FREUND Julien, « Sur deux catégories de la dynamique polémogène », *art. cit.*, 1976, p. 110.
[54] KLINGER Myriam et SCHEHR Sébastien, « Introduction : Tiers et conflictualité », *Négociations*, 24 (2), 2015, p. 69.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Les malentendus sont compliqués à identifier puis à négocier par les acteurs car une forme de réciprocité dans leur interaction semble être enrayée. Marcel Mauss définit le mouvement qui s'opère entre le fait de donner, de recevoir puis de rendre et montre que cette rotation est à la base des relations sociales[55]. C'est en effet la réciprocité du don qui enracine les relations des individus et les réunit, « car le don sert avant tout à nouer des relations. Et une relation sans espoir de retour […], une relation à sens unique, gratuite en ce sens et sans motif, n'en serait pas une »[56]. Les soignants et les soignés sans-domicile éprouvent des difficultés à entretenir ce mouvement de réciprocité et donc à créer une relation inter-personnelle stable. Les dons, majoritairement immatériels, qui sont offerts à l'autre pour qu'il accepte de soigner ou d'être soigné, peinent à lier les individus. Jacques Godbout et Alain Caillé indiquent :

> « Ce sont d'abord des mots, des phrases et des discours que le sujet humain produit et échange avec les autres. […] La parole est d'abord destinée à l'autre en tant qu'autre. Comme les biens précieux archaïques, elle ne peut circuler que si, entre l'un et l'autre, entre les uns et les autres, a préalablement été créée et symbolisée la relation qui autorise la parole […] et se nourrit d'elle. »[57]

Les relations entre personnes sans-domicile et professionnels de santé sont très fragiles et ne permettent pas toujours à chacun de s'exprimer comme il le voudrait, ce qui, bien entendu, ne favorise pas leur évolution positive. Du fait des malentendus entre soignants et soignés sans-domicile, certains dons et contre-dons ne sont pas identifiés comme tels par celui qui devrait recevoir et, par mégarde, refuse. Les uns et les autres fournissent en effet des efforts qui ne sont pas reconnus comme tels par leur interactant : un médecin ou infirmier urgentiste peut par exemple choisir de consacrer davantage de temps que sa situation médicale le nécessiterait à un patient sans-domicile afin de l'amener à accepter les soins et, conjointement, ce patient va estimer que le temps que le soignant lui

[55] MAUSS Marcel, *Essai sur le don*, *op. cit.*, 2007.
[56] GODBOUT Jacques et CAILLE Alain, *L'esprit du don*, *op. cit.*, 2000, p. 14/15.
[57] *Ibid.*, p. 21/22.

dévoue est tout à fait légitime et ne correspond pas à un don particulier. De même, il arrive qu'une personne sans-domicile choisisse d'offrir sa confiance à un professionnel de santé et accepte les soins qu'il lui propose, bien que ceux-ci ne correspondent pas à sa demande initiale. Elle espère que le soignant y répondra par la suite, mais le soignant reste aveugle à ces efforts et considère simplement qu'il ne s'agit là que de l'attitude classique d'un patient. Yann Benoist s'intéresse aux patients sans-domicile du CHAPSA de Nanterre et décrit :

> « Parfois, en échange d'une acceptation des soins, les thérapeutes promettent aux usagers des vêtements propres, des cigarettes, un assouplissement du règlement, *etc*. Alors que, dans une consultation classique, le malade paie pour être guéri, il arrive qu'au CHAPSA, les soignants fassent un "don" au malade pour qu'il accepte d'être un "bon patient". En retour, le malade est censé se soumettre aux thérapeutes. »[58]

Nous avons pu observer les mêmes types d'ajustement lors de notre présence sur le terrain, en particulier au sein des structures spécialisées dans la prise en charge de personnes sans-domicile et à l'hôpital. Les soignants se retrouvent à donner doublement : donner des soins – ce qui est le plus important pour eux – et donner une forme de rétribution au patient sans-domicile – sous la forme de quelque chose qu'ils imaginent important pour lui – afin qu'il accepte les soins. Ce double-don a pour objectif d'amener la personne sans-domicile à accepter de recevoir le don des soignants, c'est-à-dire les soins. Les soignants pensent pouvoir contrecarrer le refus de soins, supposé ou exprimé, et reconstituer une relation stable *via* un échange habituel de don et de contre-don. Or, les personnes sans-domicile choisissent parfois de ne pas accepter ces dons, notamment parce qu'ils ne veulent pas se trouver dans une situation de dette ou qu'ils préfèrent garder une autonomie complète dans le contrôle de leur corps et de leur santé, autonomie qui serait mise en danger par une relation trop étroite avec un professionnel de santé. Les conséquences de cette relation de don tronquée sont néfastes. Yann Benoist continue :

> « Les soignants pensent pouvoir établir une relation classique de don et de réciprocité. En pratique toutefois, la réciprocité est aléatoire. Une stratégie inverse consiste à "menacer" ou à faire peur au malade en évoquant, par exemple, la possibilité d'une amputation, mais ces menaces ont, en général, très peu d'effet. Ces différentes stratégies ont, en fait, des effets pervers. Rapidement, le maternage et les rapports d'échange sont ressentis comme

[58] BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *art. cit.*, 2008, p. 27.

> infantilisants. Souvent, infantilisation et coercition sont vécues comme relevant d'une même logique d'avilissement et conduisent à l'abandon des soins. »[59]

La tentative de double-don des soignants pour faire accepter les soins aux individus sans-domicile a parfois pour effet négatif d'amener les patients à rejeter les soins. Le don comporte en effet une dimension paradoxale et n'a des effets positifs sur la relation des individus que si le don n'est pas fait dans cet unique but. Donner en espérant en obtenir des résultats biaise le don et sa réciprocité. Philippe Chanial met en exergue que « c'est à cette condition que le don – en manifestant de la générosité – enclenche la spirale du don. Que le don appelle le don. C'est à cette condition qu'il fabrique du rapport social et, conjointement, qu'il est "payant" »[60]. Or, cette spirale est aussi fragile que les relations nouées entre soignants et soignés sans-domicile. Leurs fragilités identitaires à fleur de peau et leurs malentendus compliquent encore la circularité du don au sein de leur interaction. Pascale Pichon précise à propos du système caritatif que « l'adhésion au système de don n'est bien souvent que façade. Les résistances et oppositions franches sont même légion »[61]. Cette analyse s'applique également aux interactions de soin où les professionnels de santé pensent avoir affaire à des patients sans-domicile se conformant au projet de soin qu'ils ont établi pour eux et endossant un rôle actif dans leur prise en charge médicale, alors que ces derniers s'y opposent de manière tacite ou explicite. Lorsqu'elles sont mises à jour, ces oppositions engendrent tensions et conflits. L'auteur continue :

> « Ce sont les échanges ratés (invectives, violence, agressivité) qui mettent le plus en évidence la dissymétrie des places et des rôles. L'exclusion provisoire ou définitive d'un lieu d'accueil clôt bien souvent ce type d'échanges, où chacun a renoncé à retrouver les prémisses de la discorde, mais où un seul est mis hors cadre. »[62]

Les situations conflictuelles amènent souvent au départ de la personne sans-domicile, que ce soit de son propre chef ou à la demande de la structure de soin. Si les professionnels de santé souffrent souvent de cette situation, les plus lésés en sont certainement les personnes sans-domicile, une fois de plus mises à l'écart. Le compromis est nécessaire pour éviter que les interactions soient interrompues de la sorte et que les soins puissent avoir lieu malgré leurs différences. Pour y parvenir, maintenir les

---

[59] *Ibid*., p. 28.
[60] CHANIAL Philippe, « Générosité, réciprocité, pouvoir et violence. Esquisse d'une grammaire des relations humaines en clé de don », *Revue du MAUSS*, 32 (2), 2008, p. 98.
[61] PICHON Pascale, *Vivre dans la rue*, *op. cit.*, 2010, p. 129.
[62] *Ibid*.

malentendus qui proviennent de ces différences est une stratégie qui semble efficace. Au lieu de chercher à confronter leurs points de vue et d'essayer d'y convertir l'autre, entretenir le malentendu permet paradoxalement des interactions plus sereines entre soignants et soignés sans-domicile.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Soignants et soignés sans-domicile utilisent différentes stratégies pour coopérer dans le soin, malgré les tensions que comportent leurs interactions. Cette dimension conflictogène, loin d'être seulement négative, appelle en fait la négociation, car elle « implique toujours une certaine tension entre les parties, faute de quoi elles ne seraient pas en train de négocier »[1]. Mais elle suppose également que les deux parties en présence préfèrent chacune négocier plutôt que d'entretenir ces tensions ou qu'elles éclatent en conflit ouvert ; et ce parce qu'ils voient des avantages supérieurs à la négociation qu'au conflit. Au cours des interactions potentiellement conflictogènes entre soignants et soignés sans-domicile, ils cherchent tous deux à donner un sens à la négociation afin qu'elles puissent se traduire en des pratiques de soin qui leur conviennent et qui porte le moins de menaces possibles sur leur sécurité ontologique. Mais si le compromis permet aux personnes sans-domicile de garder un certain contrôle sur leur corps, il reste toujours en construction, toujours mouvant et ne facilite pas de manière continue l'instauration de routines, ni pour elles ni pour les soignants. Leur interaction menace toujours de se rompre et leur crainte mutuelle d'être rejeté par l'autre perdure. Les stratégies de capitulation des individus sans-domicile sont à mettre en parallèle avec une instrumentalisation de la situation et du stigmate, que décrivent Vincent de Gauléjac et Isabel Taboada :

> « Le sujet intériorise en apparence l'identité négative (qui lui est imposée), il accepte en tout cas le statut qui lui est proposé (celui d'assisté par exemple, ou de mendiant ou de clochard) mais il *joue* à être celui qu'on attend qu'il soit. Ce rôle lui permet d'obtenir des avantages (aides, allocations, aumônes…) tout en prenant ses distances, en faisant "comme si » il n'était pas celui qu'il joue à être. »[2]

Les personnes sans-domicile qui capitulent devant les soignants prenant le pouvoir sur leur prise en charge médicale se protègent en fait de ces interactions. Alors qu'ils semblent céder au stigmate du clochard, incapable de gérer l'intervention médicale sur sa

[1] STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation*, *op. cit.*, 1992, p. 252.
[2] GAULEJAC Vincent DE et TABOADA LEONETTI Isabel, *La lutte des places : insertion et désinsertion*, 1994, p. 211.

situation, ils ne font que jouer un rôle afin d'obtenir des soins, de conserver à leurs yeux leur liberté et le pouvoir sur leurs corps. Ils se protègent ainsi de ces interactions menaçantes, voire douloureuses, pour leur identité. Ce faisant, ils protègent également les soignants car en se soumettant à leurs directives, ils évitent aux conflits d'apparaître. Ils permettent en même temps aux soignants d'agir et de réagir selon leurs routines professionnelles habituelles. Et dans ces conditions, le soin peut s'opérer. Christian Thuderoz précise :

> « Négocier est, non seulement, un verbe d'action stratégique, mais il est (forcément) *triadique* ; il désigne le mouvement de trois entités : 1) celui qui prétend (à une chose, ou préfère engager tel cours d'action) ; 2) celui à qui est adressée cette prétention ; et 3) la chose elle-même, ou le cours d'action intersubjectivement espéré. »[3]

Le mouvement triadique s'opère ici entre les soignants, les soignés sans-domicile et le soin, qu'ils recherchent tous deux, malgré leurs malentendus sur celui-ci. Ils négocient alors afin d'arriver à un compromis pour que les objectifs de chacun soit réalisés. Néanmoins, négociations et compromis sont très fragiles et risquent d'être annihilés en un instant lorsque les contraintes ou les vulnérabilités des acteurs sont telles que les personnes sans-domicile préfèrent rompre l'interaction et s'en aller, tandis que les soignants décident d'imposer les soins qu'ils estiment nécessaires lorsque l'issue des négociations n'est pas allée dans ce sens. Les processus de négociation et d'élaboration de compromis font ressurgir les malentendus entre soignants et soignés sans-domicile et, pour conserver l'interaction de soin malgré ces derniers, ils sont maintenus. Le malentendu « institue entre les hommes un certain ordre provisoire qui, s'il ne remplace pas l'entente translucide et sans-arrière pensée, vaut pourtant mieux que la discorde ouverte. Mal rendu nécessaire par la sottise et la méchanceté des hommes, il est l'entente discordante ou le désaccord accordé, maintenu vaille que vaille en équilibre jusqu'au jour de la culbute »[4]. Un paradoxe apparaît alors : la négociation, rendue nécessaire par les importants malentendus, conduit à un compromis qui se forge en fait sur le maintien de ces mêmes malentendus, permettant de la sorte de maintenir le fragile équilibre de leur relation.

---

[3] THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ?*, *op. cit.*, 2010, p. 15.
[4] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 211.

CONCLUSION GENERALE

Le monde ne marche que par le malentendu. C'est par le malentendu universel que tout le monde s'accorde. Car si, par malheur, on se comprenait, on ne pourrait jamais s'accorder.

Charles Baudelaire,
Mon Cœur mis à nu

Privilégier l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile comme angle d'analyse permet d'apporter de nouveaux éléments de compréhension à l'état de santé généralement dégradé des individus sans-domicile. Malgré la présence de structures spécialisées dans la prise en charge médicale des personnes vivant dans la rue, ces dispositifs ne semblent pas se saisir de toutes les particularités de ces patients. De nombreux malentendus jalonnent leurs interactions avec les soignants et représentent autant d'obstacles à leur inter-compréhension et, par là, au soin. Nous avons identifié trois formes principales de malentendu, portant sur le corps, la santé et le temps, mais ces différentes dimensions sont à prendre en compte conjointement, car elles se recoupent et s'influencent sans cesse. Les malentendus sur le corps entraînent une confrontation entre les hyper-spécialistes du corps, que sont les soignants, et les hyper-spécialistes de leur corps, que sont les personnes sans-domicile. Ces dernières développent des techniques du corps particulières pour survivre sans hébergement. Leur rapport au corps se différencie de la sorte du rapport scientifique et technicisé des soignants. Elles développent des mises en scène spécifiques, dont leur corps est le support principal, afin de préserver à la fois leur face, en se montrant résistants, et d'obtenir l'aide demandée, en révélant leurs difficultés. Ces conduites contradictoires sont difficiles à interpréter par les professionnels de santé et il leur est délicat d'y réagir. Leurs malentendus portent également sur la santé, dont les soignants sont les experts légitimes et reconnus dans notre société. Au cours de leur carrière de survie, les individus vivant dans la rue développent des savoirs expérientiels, qu'ils mobilisent dans leurs pratiques de santé. Or, ces savoirs sont rejetés par les soignants

dans leur rôle d'entrepreneur de morale. La santé est vécue de manière incarnée par les personnes sans-domicile, tandis que les soignants la voient comme un idéal à préserver, et leurs savoirs sur la santé entrent en opposition au cours de leurs interactions. Le troisième ensemble de malentendus porte sur le rapport au temps. Les soignants tendent à supposer que les personnes sans-domicile vivent dans l'immédiateté d'un présent perpétuel, dépourvues qu'elles seraient de liens avec le passé, de projets pour l'avenir et de contraintes temporelles quotidiennes. Or, la vie sans hébergement impose de nombreuses contraintes, indispensables à la survie et au maintien d'une certaine sécurité. Ces malentendus compliquent fortement leur coopération dans le soin et ont pour conséquence extrême le mauvais état de santé des personnes vivant dans la rue. Les soins prodigués restent majoritairement superficiels et les difficiles conditions de vie sans hébergement compliquent largement le rétablissement des malades.

Les représentations des soignants les conduisent à considérer ces patients comme réticents aux soins, voire en refus de soin. Or, il apparaît que cette réticence n'existe pas en tant que telle, mais correspondrait davantage à un malentendu supplémentaire entre eux, ou, plus précisément, à un prolongement de leurs malentendus. Les soignants interprètent les pratiques des individus sans-domicile comme autant de preuves qu'ils ne se préoccupent pas de leur santé. Néanmoins, les données de terrain montrent bien l'importance que revêt la santé à leurs yeux. Leur rapport au corps et à la santé, ainsi que leurs pratiques, ne correspondent pas à ceux des soignants, qui risquent dès lors de supposer qu'ils ne prennent pas soin de leur santé. Les personnes sans-domicile s'en inquiètent pourtant, mais selon des critères différents de ceux des soignants, et pas au même moment qu'eux. Elles sont prises par les exigences de la vie à la rue, qui leur imposent de négocier autrement leur rapport au corps et à la santé. Elles sont contraintes de naviguer entre le monde de la survie à la rue et le monde médical. Or, les exigences de ces deux mondes sont incompatibles, bien qu'elles partagent les mêmes objectifs de survie et de bien-être relatif. En se concentrant sur leur survie sans hébergement, les individus sans-domicile se consacrent moins à leur santé et à leurs éventuels soins médicaux, et l'inverse les empêche d'accéder à de nombreuses ressources de la survie. Pourtant, trouver un hébergement ou un abri pour la nuit, obtenir de quoi boire et manger, ou encore réaliser les démarches administratives pour l'obtention d'un revenu minimum ou d'une couverture santé sont autant d'activités qu'ils ne peuvent éviter. Lorsque soignants et soignés sans-domicile n'arrivent pas à échanger et que leur compréhension mutuelle est bloquée, ils sont

en difficulté pour créer une relation de confiance. Néanmoins, une telle relation permettrait aux patients de dévoiler leur corps, leur souffrance et leurs symptômes, et aux soignants d'exercer leur activité professionnelle, souvent éprouvante, sans qu'aucun d'entre eux ne se sente mis en danger.

Les fragilités identitaires dont ils souffrent chacun les rendent vulnérables et les sensibilisent fortement à la moindre atteinte extérieure. Les personnes sans-domicile éprouvent d'importantes difficultés à garder une image d'eux-mêmes positive, autant à leurs propres yeux qu'à ceux de leurs interactants. Ils mettent en place des stratégies et des mises en scène pour protéger leur identité, mais ces dernières sont souvent mal comprises par les soignants. Dans le contexte particulier des interactions de soin, ces conduites risquent en effet de constituer un obstacle à la formulation des demandes de soin des personnes sans-domicile, ainsi qu'à leur interprétation par les soignants. En cherchant à prouver leur robustesse, tout en utilisant parallèlement la supplique, ils adoptent des attitudes contradictoires difficiles à déchiffrer par les professionnels de santé. Ils subissent quant à eux également, au cours de leur exercice, d'importantes contraintes qui bouleversent leurs valeurs de soignants et leur éthique du *care*. Leurs conditions de travail les empêchent parfois de faire concorder leurs actions effectives avec ce qu'ils souhaiteraient réaliser pour leurs patients et ce décalage les rend vulnérables. Ils perdent le sens de leur activité et souffrent de leur manque de reconnaissance. Face aux patients sans-domicile qui demandent souvent plus de temps, alors qu'ils en manquent déjà considérablement, les soignants voient leurs difficultés se redoubler. Les situations médicales et administratives lourdes des personnes sans-domicile sont parfois si complexes que les soignants s'estiment démunis. Ils se sentent alors inutiles et risquent d'essentialiser l'état de santé abîmé des personnes sans-domicile et de ne se concentrer que sur leurs symptômes aigus, persuadés de ne pas pouvoir les accompagner davantage. Il ressort de ces interactions complexes un sévère manque de reconnaissance de chacun des acteurs. Au surplus, leurs différentes places sociales, ainsi que les légitimités qu'ils s'accordent, les empêchent de s'échanger de la reconnaissance tant qu'une relation inter-individuelle n'a pas été tissée. Or, la naissance de ce type de relation est compliquée par leurs malentendus, se dressant comme des écueils à leur confiance mutuelle.

Lorsque leur manque de reconnaissance les rend vulnérables et que leurs identités sont ébranlées, leurs malentendus se cristallisent, engendrant méfiance et conflit latent.

Afin d'atteindre, malgré tout, leurs objectifs respectifs dans l'interaction de soin, soignants et soignés sans-domicile interagissent de manière à éviter, autant que faire se peut, l'échange de contenus intimes. Tandis qu'ils se représentent tous deux la relation inter-individuelle comme un préalable à des soins de qualité, ils cherchent paradoxalement à l'éviter. Elle est en effet perçue comme un risque et le conflit menace d'exploser à tout moment. Il se traduit d'une part en un rejet de l'intervention médicale par les soignés sans-domicile et, d'autre part, en un rejet de ces patients par les professionnels de santé. Les interactions, présentes et futures, gardent la marque conflictuelle laissée par le passé. La confiance et l'échange d'informations laissent alors place à la suspicion et au mensonge, rendant le soin épineux. Dans ces conditions, seuls les soins de base sont effectués. Cette stratégie leur sert à se protéger, tout en permettant aux personnes sans-domicile d'obtenir les soins qu'ils demandent, et aux soignants de les leur prodiguer. Malgré l'évitement de la relation, ils n'ont pas toujours pour autant la volonté de détourner toute interaction. Les individus sans-domicile sont effectivement demandeurs de soin, bien qu'ils cherchent à garder le contrôle de leurs corps lors des interactions de soins. De leur côté, les soignants mettent en péril leur éthique et leurs valeurs s'ils ne répondent pas à ces demandes. Sans s'impliquer davantage, ils gardent une sécurité relative, car chacun contrôle l'interaction et ce qu'il est prêt à y échanger.

Toutefois, ces situations, bien que fréquentes, ne sont pas majoritaires. Elles correspondent davantage aux conséquences les plus profondes de leurs conflits, résultant eux-mêmes de leurs malentendus. Néanmoins, ces derniers ont également des conséquences davantage favorables au soin. Ils ouvrent en effet une porte vers la négociation et la création de compromis. Quand les acteurs prennent conscience qu'ils ne se comprennent pas, et que leurs fragilités identitaires ne sont pas exacerbées, ils sont dès lors en mesure de proposer d'autres modes d'interaction. Les soignants cherchent à s'adapter aux particularités des patients sans-domicile. Ils développent des stratégies afin d'éviter de les fragiliser davantage, en contournant notamment leur stigmate et le discrédit qui y est associé. Soignants et soignés coopèrent pour conserver une identité positive. Les professionnels de santé accompagnent leurs patients en les aidant à exprimer leur demande de soin, sans leur imposer d'actes médicaux ou de traitement. Ils entament conjointement un processus de négociation qui dépend, en grande partie, du cadre dans lequel il s'opère. Certaines structures laissent en effet bien davantage de place à la négociation perpétuelle du soin, tandis que d'autres, comme notamment les institutions de grande taille, préfèrent

conserver une certaine rigueur dans le maintien de l'ordre qu'elles ont établi. Les négociations du soin ne comportent pas les mêmes enjeux pour les soignants et les soignés. Leurs places sont en effet radicalement différentes puisqu'il s'agit d'une intervention professionnelle et sur autrui, pour les premiers, et du corps et de la santé propres des seconds. Leurs négociations portent sur les traitements et les actes médicaux, les règles institutionnelles mais également sur leurs identités et les rôles qu'ils adoptent au cours des interactions de soin. Seulement, les expériences et les savoirs sur lesquels ils s'appuient, ainsi que leurs objectifs, sont différents, ce qui fait une nouvelle fois ressurgir leurs malentendus.

La négociation est à l'origine de nouvelles formes d'interaction. Elle est créatrice de règles, de manières de faire, de rôles, d'identités. En choisissant de négocier, les individus s'engagent donc vers une voie particulière : au lieu de mettre un terme à leur interaction ou de se lancer dans un conflit ouvert, ils optent pour la recherche d'un nouvel ordre négocié. La négociation permet d'ouvrir de nouvelles voies dans l'interaction, qui seraient plus avantageuses pour chacun d'entre eux. Cependant, rien n'est jamais figé et tout ce qui a été négocié le sera à nouveau, soit au sein d'un autre cadre, soit ultérieurement, soit avec d'autres interactants. Il s'agit donc d'une création dynamique, où les nouveaux compromis n'existent que par la négociation perpétuelle qui les construit. Les malentendus ne sont pas uniquement un obstacle à l'interaction et comportent une dimension démiurgique *via* les conflits qu'ils amorcent et la négociation qui s'ensuit. La question de la relation inter-individuelle entre soignants et soignés sans-domicile occupe une place centrale dans le soin. Elle aide à dépasser les malentendus, à disperser le conflit, elle facilite les négociations et favorise les compromis. Elle participe à la dissipation de la méfiance, au profit de la confiance mutuelle et de l'échange de reconnaissance. Cependant, ces relations inter-individuelles sont difficiles à construire dans un contexte aussi mouvant, où les personnes sans-domicile, si elles rencontrent plus ou moins fréquemment des professionnels de santé, n'ont pas toujours affaire au même soignant. De plus, elles nécessitent en premier lieu que les individus puissent protéger leurs identités et leur face, avant même d'entamer une suite d'interaction qui se transformera peut-être par la suite en relation. Marcel Mauss concluait son *Essai sur le don* en précisant qu'« il a fallut d'abord savoir poser les lances »[1]. Ce n'est qu'après que les échanges entre individus, entre

[1] MAUSS Marcel, *Essai sur le don*, *op. cit.*, 2007, p. 247.

groupes et entre sociétés ont pu s'organiser. Il en va de même dans notre cas, les échanges entre soignants et soignés sans-domicile ne s'opèrent qu'à partir du moment où ils se sentent en sécurité. Les processus de négociation sont de ce fait entamés et ils s'échangent désormais de la reconnaissance.

Néanmoins, les compromis qui s'instaurent entre soignants et soignés sans-domicile ne semblent pas outrepasser leurs malentendus. S'ils prennent parfois conscience qu'ils ne se comprennent pas tout à fait, ils sont trop pris dans leurs activités pour pouvoir identifier précisément et résoudre leurs malentendus. Vladimir Jankélévitch questionne si, finalement, il y aurait « par hasard plus à redouter qu'à espérer de la dissipation des malentendus ? »[2]. Ces derniers sont maintenus car ils servent de remparts face aux dangers de se dévoiler davantage. Le conflit est ainsi esquivé, bien que la qualité des soins en pâtisse. Les malentendus agissent à la manière d'un tiers dans l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile. Tandis que la seule confrontation de leurs représentations bloque l'interaction et la contraint à l'immobilisme, le malentendu fournit la prise et l'adhérence qui remettent en mouvement l'interaction. Si une friction trop importante l'endigue, son absence entraîne le même statisme. Pour que le mouvement puisse s'opérer, que l'interaction puisse évoluer, que l'ordre social puisse être négocié, une dose de friction est nécessaire. Et ce sont leurs malentendus qui alimentent le mouvement dans l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile.

Penser la santé des personnes sans-domicile nécessite de prendre en compte les enjeux de leur interaction avec les soignants. L'objectif de la méthodologie choisie était d'appréhender le plus de formes d'interactions de soin possibles. Nous avons pu rencontrer à de nombreuses reprises les mêmes personnes, dans différents cadres d'interaction, et suivre leur parcours de soins pendant plusieurs années. Les informations extrêmement riches que nous en avons tirées soulèvent l'intérêt d'une étude se concentrant sur le parcours de soin à plus long terme des individus. En effet, cela permettrait de percevoir comment les personnes construisent leurs trajectoires de soin et comment évoluent leurs relations avec les professionnels de santé, leurs éventuels conflits, leurs négociations et leurs compromis. Dans certaines conditions, il a été possible de profiter de cet enrichissement des données, cependant, le suivi des parcours de soin se heurte rapidement

[2] JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*, 1980, p. 210.

à de nombreuses difficultés comme les décès prématurés ou la mobilité de certaines personnes. Les questions de l'âge, du genre et de l'origine, aussi bien sociale que culturelle, nous interpellent également. Nous avons choisi de ne pas insister sur ces variables car, dans les situations observées sur le terrain, elles ne nous semblaient pas introduire de différences nettes dans leur approche du soin. Les femmes et les migrants que nous avons rencontrés avaient des pratiques et des conduites très proches de celles des hommes français, dès lors que leurs carrières de survie présentaient des similitudes. Or, l'investigation et l'analyse rigoureuse de ces données, alliées au dépassement de la barrière de la langue, fourniraient très certainement des nuances enrichissantes et constituent les pistes que nous aimerions suivre pour prolonger ce travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

ACKER Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1 (1), 2005, pp. 161-181.

AÏACH Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.

AKRICH Madeleine et RABEHARISOA Vololona, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, 24 (1), 2012, pp. 69-74.

AMIT Vered (éd.), *Constructing the field: ethnographic fieldwork in the contemporary world*, Londres, Routledge, 2000.

ANADON Marta et GUILLEMETTE François, « La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? », *Recherches qualitatives*, 34 (5), 2007, pp. 26-37.

ANDERSON Leon et SNOW David A., « L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique », *Sociologie et sociétés*, 33 (2), 2001, pp. 13-27.

ANDERSON Nels, *Le hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011.

ARMSTRONG David, « The rise of surveillance medicine », *Sociology of health & illness*,17 (3), 1995, pp. 393-404.

AUBERT Nicole, *Le culte de l'urgence : la société malade du temps*, Paris, Flammarion, 2003.

AUGE Marc et HERZLICH Claudine, *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 1983.

AUTES Michel, « Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique », *Rhizome*, 15, 2004, pp. 7-8.

BACHELARD Gaston, *L'intuition de l'instant*, Paris, Gonthier, 1985.

BACHELARD Gaston, *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Paris, J. Vrin, 1938.

BAJOIT Guy, « Exit, Voice, Loyalty… and Apathy : Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, 29 (2), 1988, pp. 325-345.

BARBOT Janine, « Mener un entretien en face à face », *in* PAUGAM Serge (éd.), *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2012, pp. 115-141.

BARET Christophe, « Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède », *Sciences sociales et santé*, 20 (3), 2002, pp. 75-107.

BASZANGER Isabelle, « Les chantiers d'un interactionniste américain », *in* STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 11-63.

BASZANGER Isabelle, « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale », *Sciences sociales et santé*, 9 (2), 1991, pp. 31-78.

BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 27 (1), 1986, pp. 3-27.

BEAUCOURT Christel et LOUART Pierre, « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du *care* collectif », *Management & Avenir*, 49 (9), 2012, pp. 114-132.

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, 9 (35), 1996, pp. 226-257.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010.

BECKER Howard S., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

BELIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue française de sociologie*, 55 (3), 2014, pp. 507-536.

BELORGEY Jean-Michel, *Les SDF: visibles, proches, citoyens*, Paris, PUF, 2005.

BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, 26 (3), 2008, pp. 5-34.

BERCOT Régine, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, 5 (1), 2006, pp. 35-49.

BERTAUX Daniel, *Récit de vie*, Paris, Armand Colin, 2005.

BERTRAND Aliénor, « Une critique anthropologique de l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, 104 (1), 2011, pp. 5-22.

BLANCHARD Christina G., LABRECQUE Mark S., RUCKDESCHEL John C. *et al.*, « Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients », *Social science & medicine*, 27 (11), 1988, pp. 1139-1145.

BLANCHET Alain et GOTMAN Anne, *L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2007.

BLONDEL Maurice, *L'action : 1893 : essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*, Paris, PUF, 1950.

BLOY Géraldine, « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales*, 1-2 (1), 2014, pp. 169-191.

BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, pp. 67-91.

BLOY Géraldine, « Les raisons de la confiance ? Une analyse de la relation médecin/malade en médecine générale », *in* AUBERT Francis et SYLVESTRE Jean-Pierre (éds), *Confiance et rationalité*, Paris, INRA Éditions, 2001, pp. 285-300.

BLOY Géraldine, DOMIN Jean-Paul et ABECASSIS Philippe, « Vers une analyse pluridisciplinaire de la décision médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27 (3), 2009, pp. 95-97.

BOINOT Karine, « Femmes sans abri », *Vie sociale et traitements*, 97 (1), 2008, pp. 100-105.

BORKMAN Thomasina, « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups », *Social Service Review*, 50 (3), 1976, pp. 445-456.

BOUDON Raymond, *Les méthodes en sociologie*, Paris, PUF, 1984.

BOUFFARTIGUE Paul et BOUTEILLER Jacques, « Jongleuses en blouse blanche », *Temporalités*, 4, 2006.

BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? », *Annales de démographie historique*, 110 (2), 2006, pp. 5-9.

BOURGEOIS Thomas, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.

BOURRET Pascale et RABEHARISOA Vololona, « Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, pp. 33-66.

BRAUNSTEIN-SILVESTRE Florence et PEPIN Jean-François, *La place du corps dans la culture occidentale*, Paris, PUF, 1999.

BRESSON Maryse, « La précarité : une catégorie d'analyse pertinente des enjeux de la norme d'emploi et des situations sociales "d'entre-deux" », *SociologieS*, 2011.

BRESSON Maryse, « La pauvreté est-elle encore une question sociologique d'actualité ? Un enjeu de définition, de méthode et de théorie », *Pensée plurielle* 16, (3), 2007, pp. 9-17.

BRESSON Maryse, *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin, 2007.

BRESSON Maryse, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, 115 (2), 2003, pp. 311-326.

BRESSON Maryse, « Les S.D.F. et le temps », *Revue française des affaires sociales*, 3, 1998, pp. 107-125.

BRESSON Maryse, *Les SDF et le nouveau contrat social: l'importance du logement pour combattre l'exclusion*, Paris, L'Harmattan, 1997.

BRESSON Maryse, « Exclusion et "norme Logement". Pour une étude des représentations associées à la question sociale », *Sociétés contemporaines*, 28 (1), 1997, pp. 111-126.

BRESSON Maryse, GERONIMI Vincent et POTTIER Nathalie (éds), *La vulnérabilité : questions de recherche en sciences sociales*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 2013.

DE BRIEY Laurent, « Une égale reconnaissance ? », *Revue du MAUSS*, 41 (1), 2013, p. 283.

BRONNER Gérald, « Quelques bonnes raisons de mal anticiper le futur », *L'Année sociologique* 46 (2), 1996, pp. 339-358.

BROUSSE Cécile, « Devenir sans-domicile, le rester : un problème lié à l'accès au logement ou à la rupture des liens sociaux et familiaux ? », *Economie et statistique*, 391-392, 2006, pp. 35-64.

BROUSSE Cécile, « Définir et compter les sans-abri en Europe : enjeux et controverses », *Genèses*, 58 (1), 2005, pp. 48-71.

BROUSSE Cécile, « The production of data on homelessness and housing deprivation in the european union : survey and proposals », Working paper 04008, Eurostat/European Commission, 2004.

BROUSSE Cécile, FIRDION Jean-Marie et MARPSAT Maryse, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte, 2008.

BRUNETEAUX Patrick, « Les politiques de l'urgence à l'épreuve d'une ethnobiographie d'un SDF », *Revue française de science politique*, 57 (1), 2007, pp. 47-67.

BRUNETEAUX Patrick, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, 63 (3), 2006, pp. 105-125.

BURY Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health & Illness*, 4 (2), 1982, pp. 167-182.

CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie : questions pour la sociologie médicale », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 41-50.

CALVEZ Marcel, « La contagion comme argument culturel. Retour sur "L'individu comme preneur de risques" », *Tracé*, 21, 2011, pp. 187-194.

CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale », *Ethica clinica*, 57, 2010, pp. 6-13.

CALVEZ Marcel, « Les signalements profanes de clusters de cancers : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale », *Sciences sociales et santé*, 27 (2), 2009, pp. 79-106.

CALVEZ Marcel, « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences sociales et santé*, 12 (1), 1994, pp. 61-88.

CAMUS Agnès et DODIER Nicolas, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 52 (4), 1997, pp. 733-763.

CAMUS Agnès et DODIER Nicolas, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, 65 (1), 1997, pp. 109-119.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1972.

CARRICABURU Danièle et MENORET Marie, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

CASAGRANDE Alice, « Un espace tiers au croisement des professions : l'élaboration d'une charte éthique en institution », *Cliniques*, 3 (1), 2012, pp. 46-57.

CASTEL Patrick, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, pp. 9-32.

CASTEL Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie*, 46 (3), 2005, pp. 443-467.

CASTEL Robert, *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003.

CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1996.

CASTEL Robert, *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Seuil, 2009.

CASTEL Robert, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 1981.

CASTIEL Didier et BRECHAT Pierre-Henri, *Solidarités, précarité et handicap social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

CEFAÏ Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003.

CERWONKA Allain et MALKKI Liisa H., *Improvising theory*, Chicago, The University of Chicago Press, 2007.

CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? : Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, 35 (1), 2010, pp. 135-150.

CHANIAL Philippe, « Générosité, réciprocité, pouvoir et violence. Esquisse d'une grammaire des relations humaines en clé de don », *Revue du MAUSS*, 32 (2), 2008, pp. 97-123.

CHAPOULIE Jean-Michel, « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, 40 (4), 2000, pp. 5-27.

CHARMAZ Kathy, *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1991.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle et REVET Sandrine, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Édition de l'INSERM, 2005.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle et REVET Sandrine, *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*, Paris, Vuibert, 2005.

CHESNEAUX Jean, *Habiter le temps : passé, présent, futur*, Paris, Bayard, 1996.

CICOUREL Aaron V., « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé: Organisation et communication en régime de "surcharge cognitive" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 2002, p. 3.

CICOUREL Aaron V., *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2001.

CINGOLANI Patrick, *La précarité*, Paris, PUF, 2011.

CINGOLANI Patrick, « Immigrés : l'invisible humilité », *in* FARGE Arlette, LAE Jean-François et MAGLOIRE Franck (éds), *Sans visages. L'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004.

CINGOLANI Patrick, « Le risque, entre sentiment public et vice privé », *Mouvements*, 14 (2), 2001, pp. 55-60.

CINTAS Caroline, « "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend…" : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4 (2), 2007,

pp. 213-231.

CLEAU Hélène, « Quelle place pour un partage des compétences dans l'interaction patient-médecin ? », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 205-215.

COENEN-HUTHER Jacques, *Observation participante et théorie sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995.

COENEN-HUTHER Jacques, « Observations en milieu hospitalier », *Sociétés contemporaines*, 8 (1), 1991, pp. 127-143.

COLIN Patrick et KLINGER Myriam, « Vécu carcéral et situation d'illettrisme », *Déviance et société*, 28 (1), 2004, pp. 33-55.

COLLIN Johanne, « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments », *Actualité et dossier en santé publique*, 27, 1999, pp. 55-58.

COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte, 2007.

COMITI Vincent-Pierre, *Histoire sanitaire et sociale*, Paris, PUF, 1997.

COOLEY Charles H., « The roots of social knowledge », *American journal of sociology*, 32 (1), 1926, pp. 59-79.

COPP Martha A., « Emotions in qualitative research », *in* GIVEN Lisa M. (éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Los Angeles, SAGE Publications, 2008, pp. 249-252.

CORBIN Juliet M. et STRAUSS Anselm L., *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Fransisco, Jossey-Bass, 1988.

CRANG Mike et COOK Ian, *Doing Ethnographies*, London, SAGE Publications, 2007.

CRESSON Geneviève et SCHWEYER François-Xavier, *Les usagers du système de soins*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000.

DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps : soin et non-soin de soi en situation de précarité*, Paris, Armand Colin, 2006.

DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, « "Sans toit ni loi" : les exclus », *Ethnologie française*, 34 (3), 2004, pp. 499-508.

DAMON Julien, « Les SDF en France : difficultés de définition et de prise en charge », *Journal du droit des jeunes*, 223 (3), 2003, pp. 30-35.

DAMON Julien, « Les "S.D.F.", de qui parle-t-on ? », *Population*, 57 (3), 2002, pp. 569-582.

DAMON Julien, *La question SDF : critique d'une action publique*, Paris, PUF, 2002.

DAMON Julien et EMMANUELLI Xavier, *Des hommes en trop : essai sur le vagabondage et la mendicité*, La Tour-d'Aigues, Éditions de l'Aube, 1995.

DAMON Julien et FIRDION Jean-Marie, « Vivre dans la rue : la question SDF », *in L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 374-386.

DASSIEU Lise, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 19 (3), 2013, p. 149.

DAVIS Fred, « Deviance disavowal: the management of strained interaction by the visibly handicapped », *Social problems*, 9 (2), 1961, pp. 120-132.

DECAILLET François, « Etre infirmier aux soins intensifs ou comment faire avec la mort ? », *Revue internationale de soins palliatifs*, 18 (4), 2003, pp. 173-176.

DECLERCK Patrick, *Les naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

DEGNER L. F. et SLOAN J. A., « Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? », *Journal of clinical epidemiology*, 45 (9), 1992, pp. 941-950.

DEJOURS Christophe, *Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.

DELBROUCK Michel, « Burn-out et médecine », *Cahiers de psychologie clinique*, 28 (1), 2007, pp. 121-132.

DELCROIX Catherine, « Entre volonté de s'en sortir et discrimination, une trajectoire éclairante », *Nouvelles Questions Féministes*, 26 (3), 2007, pp. 82-100.

DELHAYE Marie et LOTSTRA Françoise, « Soignants… soignés, un rapport complexe. Une réflexion "chemin faisant" quant au statut émotionnel du soignant », *Cahiers de psychologie clinique*, I (28), 2007, pp. 49-59.

DEMAZIERE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société*, 123 (1), 2008, pp. 15-35.

DEQUIRE Anne-Françoise, « Le corps des sans domicile fixe », *Recherches & éducations*, 3, 2010, pp. 261-286.

DESPRES Caroline, « Mettre sa santé en péril : analyse anthropologique des renoncements aux soins », *Le sujet dans la cité*, 4 - hors série (1), 2015, pp. 93-109.

DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 31 (2), 2013, p. 71.

DEWEY John, *The later works, 1925-1953*, Carbondale, Southern Illinois University Press, 1984.

DIASIO Nicoletta, « Maillage des temps et gouvernement des corps dans la construction des rapports d'âge et de genre », *SociologieS*, 2012.

DIASIO Nicoletta, « Croyances et thérapies médicamenteuses », *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4 (4), 2005, pp. 299-301.

DIASIO Nicoletta, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Paris, PUF, 1999.

DIASIO Nicoletta, « Malades ailleurs : maladie et rite de passage dans un dispensaire pour immigrés à Rome », *in* VERMES Geneviève et LABAT Claudine (éds), *Cultures ouvertes, sociétés interculturelles : du contact à l'interaction*, Fontenay,1994, pp. 353-360.

DODIER Nicolas, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

DOUGLAS Mary et CALVEZ Marcel, « L'individu comme preneur de risques. Une théorie culturelle de la contagion en lien avec le sida », *Tracés*, 21, 2011, pp. 195-214.

DUBET François, *À quoi sert vraiment un sociologue ?*, Paris, Armand Colin, 2011.

DUFFAUD Sylvain et LIEBART Sandra, « Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs », *Santé publique*, 26 (3), 2014, pp. 323-330.

DUMOND Jean-Paul, « Gérer les organisations de santé à la lumière du don », *Revue du MAUSS* 41, (1), 2013, p. 167.

DURKHEIM Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1981.

EDGERTON Robert B., *The cloak of competence: stigma in the lives of the mentally retarded*, Berkeley, University of California Press, 1967.

ELIAS Norbert, *Engagement et distanciation : contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 1993.

ELIAS Norbert, SCOTSON John, *Logiques de l'exclusion : enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*, Paris, Fayard, 1997.

ELLIS Carolyn, « Sociological introspection and emotional experience », *Symbolic interaction*, 14 (1), 1991, pp. 23-50.

EMMANUELLE Glon, « Émotion empathique et cognition sociale », *in* CHRISTIAN Lazzeri et SORAYA Nour (éds), *Reconnaissance, identité et intégration sociale*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2012, pp. 215-238.

FABBIANO Giulia, « Déconstruire l'empathie. Réflexions sur l'art magique de l'ethnographe », *Journal des anthropologues*, 114-115, 2008, pp. 185-202.

FAINZANG Sylvie, « L'information du patient est-elle un leurre ? », *Journal International de Bioéthique*, 26 (1), 2015, pp. 15-20.

FAINZANG Sylvie, « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information », *Les Tribunes de la santé*, 43 (2), 2014, pp. 47-52.

FAINZANG Sylvie, « Du sens unique au sens interdit. Les malades et l'épreuve de la maladie », *in* BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe *et al.* (éds), *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 239-249.

FAINZANG Sylvie, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades », *Questions de communication*, 15, 2009, pp. 279-295.

FAINZANG Sylvie, « Les réticences vis-à-vis des médicaments », *Revue française des affaires sociales*, 3-4 (3), 2007, pp. 193-209.

FAINZANG Sylvie, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 26 (2), 2006, pp. 27-36.

FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

FAINZANG Sylvie, « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship »,

Anthropology & Medicine, 9 (2), 2002, pp. 117-133.

FAINZANG Sylvie, « Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse », *in* MASSE Raymond et BENOIST Jean (éds), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 2002, pp. 125-142.

FAINZANG Sylvie, *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF, 2001.

FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, 15 (3), 1997, pp. 5-23.

FAINZANG Sylvie, *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1989.

FALZON Mark-Anthony, *Multi-sited ethnography: theory, praxis and locality in contemporary research*, Farnham, Royaume-Uni, 2009.

FARGE Arlette, LAE Jean-François, CINGOLANI Patrick *et al.*, *Sans visages : l'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004.

FASSIN Didier, « Économies morales et justices locales », *Revue française de sociologie*, 53 (4), 2012, pp. 651-655.

FASSIN Didier, « Le droit d'avoir des droits », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, pp. 20-23.

FASSIN Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute », *Politix*, 73 (1), 2006, pp. 137-157.

FASSIN Didier, « Les lois de l'inégalité », *Mouvements*, 32 (2), 2004, pp. 83-86.

FASSIN Didier, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55 (5), 2000, pp. 955-981.

FASSIN Didier, DEFOSSEZ Anne-Claire et THOMAS Valérie, « Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence », *Revue française des affaires sociales*, 1 (1), 2001, pp. 91-110.

FASSIN Didier, LECLERC Annette, KAMINSKI Monique *et al.*, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2012.

FERREIRA Jaqueline, *Soigner les mal soignés : ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*, L'Harmattan, Paris, 2004.

FIRDION J.-M., « Différentes approches du phénomène des personnes sans domicile », *Population*, 60 (4), 2005, pp. 569-585.

FLEURET Sébastien et Djemila ZENEIDI-HENRY, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *L'espace géographique*, 36 (1), 2007, pp. 1-14.

FLICK Uwe et MOSCOVICI Serge, *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan, 1993.

FONTAINE Laurence, *Pauvreté et stratégies de survie*, Paris, Éditions de la rue d'Ulm, 2008.

FORTIN Sylvie et MAYNARD Serge, « Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent », *Anthropologie et santé*, 5, 2012.

FOUCART Jean, *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck, 2003.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2009.

FOUCAULT Michel, *Les anormaux : cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Seuil, 1999.

FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société*, Paris, Seuil, 1997.

FOUCAULT Michel, *Dits et écrits, 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1993.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

FREIDSON Eliot, *Professional dominance : the social structure of medical care*, New-York, Adline, 1970.

FREIDSON Eliot et RHEA Buford, « Knowledge and judgment in professional evaluations », *Administrative science quarterly*, 10 (1), 1965, pp. 107-124.

FRENETTE Jacques et CONSOLI Silla, *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, De Boeck, 2003.

FREUND Julien, *Sociologie du conflit*, Paris, PUF, 1983.

FREUND Julien, « Sur deux catégories de la dynamique polémogène », *Communications*, 25 (1), 1976, pp. 101-112.

FUSTIER Paul, « La relation d'aide et la question du don », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6 (2), 2008, pp. 27-39.

GALAND Charles et SALES-WUILLEMIN Édith, « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Sociétés*, 105 (3), 2010, pp. 35-44.

GALLENGA Ghislaine, « L'empathie inversée au cœur de la relation ethnographique », *Journal des anthropologues*, 114-115, 2008, pp. 145-161.

GARDELLA Édouard, « Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion ? », *Terrains & travaux*, 5 (2), 2003, pp. 165-176.

GARDELLA Édouard, LAPORTE Anne et LE MENER Erwan, « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *Sciences sociales et santé*, 26 (3), 2008, pp. 35-46.

GARREFFA Franca, « Le dévoilement de la violence à travers des indicateurs de vulnérabilité », *Sociologies pratiques*, 22 (1), 2011, pp. 95-107.

GAULEJAC Vincent DE et TABOADA LEONETTI Isabel, *La lutte des places : insertion et désinsertion*, Bruges, Desclée de Brouwer, 1994.

GAYET-VIAUD Carole, « Du passant ordinaire au Samu social : la (bonne) mesure du don

dans la rencontre avec les sans-abri », *Revue du MAUSS*, 35 (1), 2010, pp. 435-453.

GELBERG Lilian, GALLAGHER Teresa, ANDERSEN Ronald *et al.*, « Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles », *American journal of public health*, 87 (2), 1997, pp. 217-220.

GENOLINI Jean-Paul, ROCA Roxane, ROLLAND Christine *et al.*, « "L'éducation" du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? », *Sciences sociales et santé*, 29 (3), 2011, pp. 81-122.

GEREMEK Bronisław, *La potence ou la pitié : l'Europe et les pauvres, du Moyen âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.

GERNET Isabelle et CHEKROUN Florence, « Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées », *Travailler*, 20 (2), 2008, pp. 41-59.

GIDDENS Anthony, *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 2012.

GIDDENS Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994.

GIDDENS Anthony, *Central problems in social theory: action, structure, and contradiction in social analysis*, Berkeley, University of California Press, 1979.

GIROLA Claudia, « Tenir malgré tout dans une vie à la rue », *Tumultes*, 43 (2), 2014, pp. 55-66.

GIROLA Claudia, « Toute cette vie est une lutte pour rester dedans. Fragment d'une ethnographie réflexive », *Revue IDEES*, 143, 2006, pp. 24-31.

GIROLA Claudia, « SDF à Nanterre : des hommes ni d'ici ni d'ailleurs. Chronique d'une construction discursive de l'extraterritorialité », *in* GOTMAN Anne*, Villes et hospitalité : Les municipalités et leurs "étrangers"*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2004, pp. 235-258.

GIROLA Claudia M., « Rencontrer des personnes sans abri. Une anthropologie réflexive », *Politix*, 9 (34), 1996, pp. 87-98.

GIROLA Claudia Maria, *Vivre sans abri : de la mémoire des lieux à l'affirmation de soi : une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale sup', 2 février 2011*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2011.

GIVEN Lisa M. (éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Los Angeles, SAGE Publications, 2008.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, 2010.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., « Awareness contexts and social interaction », *American sociological review*, 29 (5), 1964, pp. 669-679.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., *Awareness of dying*, Chicago, Aldine publishing company, 1968.

GODBOUT Jacques, *Le don, la dette et l'identité : homo donator versus homo œconomicus*, Paris, La Découverte, 2000.

GODBOUT Jacques et CAILLE Alain, *L'esprit du don*, Paris, La Découverte, 2000.

GOFFMAN Erving, « La “distance au rôle” en salle d’opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 2002, pp. 80-87.

GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

GOFFMAN Erving, *Les rites d’interaction*, Paris, Éditions de Minuit, 1974.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, 1973.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne : les relations en public*, Paris, Éditions de minuit, 1973.

GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968.

GOLD Raymond, « Jeux de rôle sur le terrain. Observation et participation dans l’enquête sociologique », *in* CEFAÏ Daniel (éd.), *L’enquête de terrain*, Paris, La Découverte , 2003, pp. 340-349.

GONTHIER Frédéric, « Weber et la notion de “compréhension” », *Cahiers internationaux de sociologie*, 116 (1), 2004, pp. 35-54.

GRIMALDI André, « Les différents habits de l’“expert profane” », *Les Tribunes de la santé*, 27 (2), 2010, pp. 91-100.

GRIMALDI André, « La maladie chronique », *Les Tribunes de la santé*, 13 (4), 2006, pp. 45-51.

GROSJEAN Michèle, HENRY Johann, BARCET André *et al.*, « La négociation constitutive et instituante », *Négociations*, 2 (2), 2004, pp. 75-90.

GROSSIN William, *Les temps de la vie quotidienne*, Paris, Mouton, 1974.

GUILLAUME Jean-François, « Ces histoires que l’on construit et que l’on se raconte… », *Cahiers internationaux de sociologie*, 100, pp. 59-90.

GUILLEMIN Marilys et GILLAM Lynn, « Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research », *Qualitative inquiry*, 10 (2), 2004, pp. 261-280.

GUILLOU Jacques et MOREAU DE BELLAING Louis, *Figures de l’exclusion : parcours de sans domicile fixe*, Paris, L’Harmattan, 2003.

HACHIMI ALAOUI Myriam et NACU Alexandra, « Soigner les étrangers en situation irrégulière », *Hommes & Migrations*, 1284 (2), 2010, pp. 163-173.

HALL Edward Twitchell, *La danse de la vie : temps culturel, temps vécu*, Paris, Seuil, 1984.

HALL Lavinia, HECKSCHER Charles et THUDEROZ Christian, « Avant les intérêts : la reconstruction identitaire. Quelques remarques à propos des négociations entre dominants et dominés », *Négociations*, 8 (2), 2007, pp. 11-31.

HALPERN Catherine, *La santé : un enjeu de société*, Auxerre, Éditions Sciences humaines, 2010.

HERMES Elisabeth et SIFER Lynda, « Le processus identitaire des patients en hémodialyse : l'impact de la technique sur la trajectoire de vie », *Recherche en soins infirmiers*, 81 (2), 2005, pp. 56-77.

HERZLICH Claudine, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

HERZLICH Claudine, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1992.

HERZLICH Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14 (1), 1973, pp. 41-59.

HERZLICH Claudine, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970.

HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1990.

HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.

HIBBS J.R., BENNER L., KLUGMAN L. *et al.*, « Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia », *The New England journal of medicine*, 331 (5), 1994, pp. 304-309.

HINTERMEYER Pascal, « Choisir sa mort ? », *Gérontologie et société*, 131 (4), 2009, pp. 157-170.

HINTERMEYER Pascal, « La ritualisation de l'existence », *in* THIEL Marie-Jo (éd.), *Les rites autour du mourir*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2008, pp. 42-53.

HIRSCH Emmanuel, *Soigner l'autre : l'éthique, l'hôpital et les exclus*, Paris, Belfond, 1997.

HŒRNI Bernard, « Apprendre à affronter les soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 23 (2), 2008, pp. 71-74.

HONNETH Axel, « Réification, connaissance, reconnaissance : quelques malentendus », *Esprit*, 7, 2008, pp. 96-107.

HONNETH Axel, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, 23 (1), 2004, pp. 133-136.

HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éditions du Cerf, 2000.

HONNETH Axel et MARGALIT Avishai, « Recognition », *Proceedings of the aristotelian society,* 75, 2001, pp. 111-139.

D'HOUTAUD Alphonse et DESCHAMPS Jean-Pierre, *Sociologie de la santé : langage et savoirs, environnement et éthique*, Paris, L'Harmattan, 1998.

HUGHES Everett Cherrington, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

INGLEBY David, « La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, pp. 136-150.

JAISSON Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 2002, pp. 44-52.

JAISSON Marie, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 2002, pp. 31-35.

JAMES William, *Précis de psychologie*, Paris, M. Rivière, 1939.

JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien : 1, La manière et l'occasion*, Paris, Seuil, 1980.

JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien : 2, La méconnaissance, le malentendu*, Paris, Seuil, 1980.

JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien : 3, La volonté de vouloir*, Paris, Seuil, 1980.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, 43 (2), 2014, p. 61.

JENKINSON Marion, « Étranger, SDF : une double précarité », *Plein droit*, 86 (3), 2010, pp. 20-23.

JENNY Paul, « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 22 (1), 2007, pp. 3-12.

JODELET Denise (éd.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1997.

KAUFMANN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2011.

KENTISH-BARNES Nancy, « Mourir à l'heure du médecin », *Revue française de sociologie*, 48 (3), 2007, pp. 449-475.

KLEINMAN Arthur, « Santé et stigmate : Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 (3), 2002, pp. 97-99.

KLEINMAN Arthur, *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1981.

KLINGER Myriam et SCHEHR Sébastien, « Introduction : Tiers et conflictualité », *Négociations*, 24 (2), 2015, pp. 69-72.

KLINGER Myriam, « Vulnérabilité et inquiétude », *in* BERTAUX Daniel, DELCROIX Catherine et PFEFFERKORN Roland (éds), *Précarités : contraintes et résistances*, Paris, L'Harmattan, 2014, pp. 163-176.

KLINGER Myriam, *L'inquiétude et le désarroi social*, Paris, Berg international, 2011.

KLINGER Myriam et SCHEHR Sébastien (éds), *Lectures du conflit*, Strasbourg, Neotheque, 2010.

KLINGER Myriam, « Services publics et vulnérabilité : L'accueil des incertitudes », *Annales de la recherche urbaine*, 94, 2003, pp. 49-52.

KLINGER Myriam, « Fidélité et infidélité dans les histoires de vie sociale », *Revue des sciences sociales de la France de l'Est*, 22, 1995, pp. 136-142.

KLINGER Myriam et GOGUEL D'ALLONDANS Thierry, *Errances et hospitalité : l'accueil et l'accompagnement d'adultes en difficulté : la Cité Relais à Strasbourg*, Toulouse, Erès, 1991.

KUTY Olgierd, « Une matrice conceptuelle de la négociation », *Négociations*, 1 (1), 2004, pp. 45-62.

LA CECLA Franco, *Le malentendu*, Paris, Éditions Balland, 2002.

LADEVEZE Marion et LEVASSEUR Gwénola, « Le médecin généraliste et la mort de ses patients », *Pratiques et organisation des soins*, 41 (1), 2010, pp. 65-72.

LAE Jean-François et MURARD Numa, *Les récits du malheur*, Paris, Descartes et Cie, 1995.

LAFON Claude, « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir », *Recherche en soins infirmiers*, 94 (3), 2008, pp. 4-27.

LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, Paris, Nathan, 1996.

LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986.

LAZAR Judith, « Variations sur le malentendu : ambiguïté, ignorance, déformation », *Géographie, économie, société*, 7 (1), 2005, pp. 109-118.

LAZARSFELD Paul Felix, JAHODA Marie et ZEISEL Hans, *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, les Éditions de Minuit, 1981.

LEACH Edmund Ronald, *Critique de l'anthropologie*, Paris, PUF, 1968.

LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 2013.

LE BRETON David, « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, 85 (4), 2009, pp. 323-328.

LE BRETON David, *L'interactionnisme symbolique*, Paris, PUF, 2008.

LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992.

LECLERC-OLIVE Michèle, *Le dire de l'évènement (biographique)*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1997.

LEMAIRE François, *Problèmes éthiques en réanimation*, Paris, Masson, 2003.

LEWICKI Roy J. et LITTERER Joseph A., *Negotiation*, R.D. Irwin, 1985.

MARCHE Hélène, « Entre personnalisation et responsabilisation : le travail relationnel », *Quaderni*, 82 (3), 2014, pp. 55-66.

MARCHE Hélène, « Le contrôle ordinaire et institutionnel de l'expérience du cancer : les limites du "patient-sentinelle" », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 217-224.

MARCHE Hélène et FERNANDEZ Fabrice, « Guérir, malgré tout. Anthropologie des résistances à la chronicisation de la toxicodépendance et du cancer », *Ce que guérir veut*

dire : Expériences, significations, politiques et technologies de la guérison. Colloque de l'AMADES, Marseille, 27.05.2015.

MARCUS George E., *Ethnography through thick and thin*, Princeton, Princeton University Press, 1998.

MARCUS George E., « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 25, 1995, pp. 95-117.

MARPSAT Maryse, « Écrire la rue : de la survie physique à la résistance au stigmate », *Sociologie*, 1 (1), 2010, pp. 95-120.

MARPSAT Maryse et FIRDION Jean-Marie, *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED, 2000.

MASLACH Christina et JACKSON Susan E., « Burnout in health professions: a social psychological analysis », *in* SANDERS Glenn S. et SULS Jerry (éds), *Social psychology of health and illness*, Londres, Laurence Erlbaum Associates, 1982, pp. 227-253.

MATH Antoine, « Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, pp. 122-135.

MAUCORPS Paul-H., « Empathie et compréhension d'autrui », *Revue française de sociologie*, 1 (4), 1960, pp. 426-444.

MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 2010.

MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, PUF, 2007.

MBAYE Elhadji Mamadou, « La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, pp. 6-19.

MEMBRADO Monique, « La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 51-66.

MEMBRADO Monique, « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *Ethnologie française*, 23 (4), 1993, pp. 526-533.

MEMMI Dominique et ARDUIN Pascal, « L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisiens », *Cahiers internationaux de sociologie*, 113 (2), 2002, pp. 213-232.

MENORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 25 (1), 2007, pp. 33-54.

MERCUEL Alain, *Souffrance psychique des sans-abri : Vivre ou survivre*, Paris, Odile Jacob, 2012.

MESSU Michel, *Les assistés sociaux. Suivi de : L'assurance d'assistance*, Fribourg, Academic press Fribourg, 2009.

MICHELAT Guy, « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Revue française de sociologie*, 16 (2), 1975, pp. 229-247.

MILLS Charles Wright, *L'élite du pouvoir*, Paris, Maspero, 1969.

MILLS Charles Wright, *L'imagination sociologique*, Paris, Maspero, 1967.

MOLINIER Pascale, « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du *care* : perméabilité ou clivage ? », *Temporalités*, 9, 2009.

MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia, *Qu'est-ce que le care ? : souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009.

MOLLO Vanina et FALZON Pierre, « Le corps comme objet de l'interaction médecin-patient », *Corps*, 6 (1), 2009, pp. 69-75.

MOREAU DE BELLAING Louis, *La misère blanche : le modes de vie des exclus*, Paris, L'Harmattan, 1988.

MORIN Michel, *Parcours de santé*, Paris, Armand Colin, 2004.

MUCCHIELLI Laurent, « Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard », *Revue française de sociologie*, 39 (1), 1998, pp. 105-138.

MULOT Stéphanie, « Relations de soin, cultures et inégalités de santé », *Terrains & travaux*, 24 (1), 2014, pp. 39-61.

MUSSO Sandrine, SAKOYAN Juliette et MULOT Stéphanie, « Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces », *Anthropologie et santé*, 5, 2012.

NICOLAS Laurence, « L'empathie, aporie ou doute méthodologique ? », *Journal des anthropologues*, 114-115, 2008, pp. 91-108.

NIEWIADOMSKI Christophe et AÏACH Pierre, *Lutter contre les inégalités sociales de santé : politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.

NTETU Antoine-Lutumba et TREMBLAY Marie-Andrée, « Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, 29 (3), 2014, pp. 77-84.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, « La mortalité des personnes sans-domicile en France entre 2008 et 2010 », *La Lettre*, 3, 2013, pp. 1-9.

OGDEN Russel, « Confidentiality », *in* GIVEN Lisa M. (éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Los Angeles, SAGE Publications, 2008, pp. 111-112.

OGIEN Ruwen, *Théories ordinaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 1983.

ONG-VAN-CUNG Kim Sang, « Reconnaissance et vulnérabilité », *Archives de Philosophie*, 73 (1), 2010, pp. 119-141.

OUARDANI Mohamed, « L'altérité ou l'histoire de la poutre et de l'écharde. Réflexions autour des manières de considérer l'autre », *Revue des Sciences Sociales*, 42, 2009, pp. 96-101.

PANUNZI-ROGER Nadia, « La place des usagers de drogues et des professionnels de terrain dans la construction sociale des drogues : Enquête sur le site français (département du nord) », *Psychotropes*, 7 (3), 2001, pp. 49-72.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de*

soins gratuits, Paris, PUF, 2003.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les pauvres : rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier*, Lille, Atelier national de reproduction des thèses, 2001.

PARSONS Talcott, *The social system*, London, Routledge, 1991.

PARSONS Talcott, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955.

PAUGAM Serge, *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2012.

PAUGAM Serge, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005.

PAUGAM Serge, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1997.

PAUGAM Serge, *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.

PAUGAM Serge, « Déclassement, marginalité et résistance au stigmate en milieu rural breton », *Anthropologie et sociétés*, 10 (2), 1986, p. 23.

PAYET Jean-Paul, GIULIANI Frédérique, LAFORGUE Denis *et al.*, *La voix des acteurs faibles : de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2008.

PENNEC Simone, « L'ordonnancement des registres de négociations des soins complexes au domicile », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014.

PERETZ Henri, *Les méthodes en sociologie: l'observation*, Paris, La Découverte, 2004.

PICHON Pascale, JOUVE Élodie et MAURIN Marine, *Les sciences sociales et le sans-abrisme: recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2013.

PICHON Pascale et TORCHE Tierry, *S'en sortir… Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, 2011.

PICHON Pascale, *Vivre dans la rue : sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010.

PICHON Pascale, *SDF, sans-abri, itinérant : oser la comparaison*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2009.

PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », *Communications*, 73 (1), 2002, pp. 11-29.

PICHON Pascale, « L'avènement de la reconnaissance publique : "je suis SDF" », *in* ETIENNE SAVOIE, *Les noms que l'on se donne : processus identitaire, expérience commune, inscription publique*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 79-101.

PICHON Pascale, « Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans-domicile fixes », *Sociétés contemporaines*, 30 (1), 1998, pp. 95-109.

PICHON Pascale, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit

d'assistance », *Politix*, 9 (34), 1996, pp. 164-179.

PICHON Pascale, *Survivre sans domicile fixe. Etude socio-anthropologique sur les formes du maintien de soi*, thèse de doctorat de sociologie, Université Lyon 2, 1995.

PICOT Geneviève, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue française des affaires sociales*, 1 (1), 2005, pp. 83-100.

PIERRET Janine, « Entre santé et expérience de la maladie », *Psychotropes*, 14 (2), 2008, pp. 47-59.

PIERRET Janine, « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? », *Sciences sociales et santé*, 15 (4), 1997, pp. 97-120.

PIERRON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 25 (2), 2007, pp. 43-66.

POINSOT Marie, « Le corps souffrant et ses droits », *Hommes & Migrations*, 1282, 2009, p. 1.

POURTAU Lionel, DUMAS Agnès et AMIEL Philippe, « Les individus face à l'événement "cancer" », *Temporalités*, 13, 2011.

PRUITT Dean G., « Strategic choice in negotiation », *American behavioral scientist*, 27 (2), 1983, pp. 167-194.

PULCINI Elena, « Donner le *care* », *Revue du MAUSS*, 39 (1), 2012, pp. 49-66.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

RATIER Francis, « Abord clinique de la grande précarité », *Empan*, 66 (2), 2007, pp. 40-48.

RAYBAUD Vincent, « Les signes faibles du discrédit », *Ethnologie française*, 32 (1), 2002, pp. 115-122.

ROCCA Cécile, « Les Morts de la Rue », *Études sur la mort*, 122 (2), 2002, pp. 17-43.

DE LA ROCHERE Bernadette, « La Santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee Première*, 893, 2003.

ROQUET Emmanuel, « "Le bien boire" du sans-abri », *Psychotropes*, 7 (2), 2001, pp. 23-32.

ROSE Arnold Marshall, *Human behavior and social processes: an interactionist approach*, Londres, Routledge, 1962.

ROULLEAU-BERGER Laurence, « Voir, "savoir-être avec", rendre public : pour une ethnographie de la reconnaissance », *Cahiers internationaux de sociologie*, 117 (2), 2004, pp. 261-283.

DE **S**ARDAN Jean-Pierre Olivier, « L'espace wébérien des sciences sociales », *Genèses*, 10 (1), 1993, pp. 146-160.

SARRAZIN Bernard, « Comment la rue tue ? La disparition », *Études sur la mort*, 122 (2), 2002, pp. 45-54.

SCHERS Henk, VAN DEN HOOGEN Henk, BOR Hans *et al.*, « Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study », *Family Practice*, 22 (1), 2005, pp. 15-19.

SCHWEYER François-Xavier, « Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique », *in* PENNEC Simone, LE BORGNE-UGUEN Françoise et DOUGUET Florence (éds), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 27-40.

SHAW Joanne et BAKER Mary, « "Expert patient" – dream or nightmare? », *BMJ*, 328 (7442), 2004, pp. 723-724.

SIMMEL Georg, *Le conflit*, Belval, Circé, 2003.

SIMMEL Georg, *Sociologie : étude sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, 1999.

SIMMEL Georg, *Les pauvres*, Paris, PUF, 1998.

SIMMEL Georg, *Sociologie et épistémologie*, Paris, PUF, 1981.

SIRVEN Nicolas, « De la pauvreté à la vulnérabilité : Évolutions conceptuelles et méthodologiques », *Mondes en développement*, 140 (4), 2007, pp. 9-24.

SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 60 (4), 2005, pp. 24-29.

SOUTRENON Emmanuel, « Offrons-leur l'asile ! », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 159 (4), 2005, pp. 88-115.

SOUTRENON Emmanuel, « Faites qu'ils (s'en) sortent… », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137 (1), 2001, pp. 38-48.

SPERBER Dan, « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives », *in* JODELET Denise (éd.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1997, pp. 133-148.

STEUDLER François, « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14 (1), 1973, pp. 13-40.

STRAUSS Anselm L., « Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux », *Négociations*, 5 (1), 2006, pp. 133-154.

STRAUSS Anselm L., *Miroirs et masques : une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié, 1992.

STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

STRAUSS Anselm L. et CORBIN Juliet M., *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 2004.

STRAUSS Anselm L. et GLASER Barney G., « La conscience d'une mort proche », *in* STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 113-141.

TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, « Pauvreté, "présentisme" et prévention », *Temporalités*, 19, 2014.

TERROLLE Daniel, « La ville dissuasive : l'envers de la solidarité avec les sdf », *Espaces et sociétés*, 116-117 (1), 2004, pp. 143-157.

TERROLLE Daniel, « La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable », *Etudes sur la mort*, 2, 2002, pp. 55–68.

THIEL Marie-Jo (éd.), *Les rites autour du mourir*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2008.

THUDEROZ Christian, « Penser le tiers, penser le conlit », *Négociations*, 24 (2), 2015, pp. 73-86.

THUDEROZ Christian, *Qu'est-ce que négocier ? : sociologie du compromis et de l'action réciproque*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010.

THUDEROZ Christian, « Régimes et registres de négociation », *Négociations*, 12 (2), 2009, pp. 107-118.

TONNELIER Stéphanie, LEMAIRE Christine et BODENEZ Pierre, « Les hospitalisations programmées pour des patients alcoolo-dépendants : une façon de redonner un mouvement au temps ? », *Psychotropes*, 17 (2), 2011, pp. 75-88.

TOURETTE-TURGIS Catherine et TOCQUEVILLE Mélanie, « Le *care* est-il un outil pour repenser l'urgence sociale ? », *Empan*, 85 (1), 2012, pp. 160-166.

TRONTO Joan C., « Du *care* », *Revue du MAUSS*, 32 (2), 2008, pp. 243-265.

VASSY Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 32 (2), 2004, pp. 67-74.

VEGA Anne, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15 (3), 1997, pp. 103-132.

VEXLIARD Alexandre, *Le clochard : étude de psychologie sociale*, Bruges, Desclée de Brouwer, 1957.

WARIN Philippe, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 2012.

WATIER Patrick, « Les ressources de l'interprétation sociologique », *L'Année sociologique*, 57 (1), 2007, pp. 83-102.

WATIER Patrick, *Le savoir sociologique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.

WEBER Jean-Christophe, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, RUSTERHOLTZ Thierry *et al.*, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), 2008, pp. 93-120.

WEBER Max, *Économie et société : l'organisation et les puissances de la société dans leur rapport avec l'économie*, Paris, Plon, 1995.

WEBER Max, *Économie et société : les catégories de la sociologie*, Paris, Plon, 1995.

WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965.

WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1959.

WEILL Pierre-Edouard, « Savoir faire valoir son droit. Compétence statutaire et obtention d'un statut de "prioritaire" », *Sociologies pratiques*, 24 (1), 2012, pp. 93-105.

WHYTE William F. et WHYTE Kathleen K., *Learning from the field : a guide from experience*, Beverly Hills, SAGE Publications, 1984.

WIND Gitte, « Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings », *Anthropology & Medicine*, 15 (2), 2008, pp. 79-89.

WOLFF Valérie, *La grande précarité au rythme de l'urgence : mobilisation du personnel autour du patient sans-abri dans un service hospitalier d'urgences*, thèse de doctorat de sociologie, Université de Strasbourg, 2014.

ZOLA Irving Kenneth, « Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance », *in* EISENBERG Leon et KLEINMAN Arthur (éds), *The relevance of social science for medicine*, Springer Netherlands, 1981, pp. 241-252.

LISTE DES SIGLES

115 : Numéro de téléphone alloué aux demandes d'hébergement d'urgence. Le terme de « 115 » fait référence à la fois aux structures d'hébergement (ex : je suis au 115) et au service gérant les demandes (ex : appeler le 115).

AAH : Allocation Adulte Handicapé.

AME : Aide Médicale de l'Etat.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ASH : Agent de Service Hospitalier.

ATA : Allocation Temporaire d'Attente.

Bus : plusieurs associations strasbourgeoises distribuent des repas grâce à un bus réaménagé. Ce terme désigne ces services (ex : j'ai mangé au bus, aller au bus).

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme, située à Strasbourg.

CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri. Il s'agit d'un centre d'hébergement d'urgence de la région parisienne.

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CODA : Centre d'Orientation pour les Demandeurs d'Asile.

Constantes : se réfère aux constantes physiologiques : fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, température ou encore glycémie (ex : surveiller les constantes).

DALO : Droit Au Logement Opposable.

DT : Delirium Tremens.

DNA : Dernières Nouvelles d'Alsace, journal local.

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil.

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote. Gaz utilisé comme anesthésiant.

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides.

OH : cet acronyme fait référence aux composants chimiques de l'alcool. Les soignants l'utilisent pour désigner un état d'ébriété (ex :il est en OH) ou le patient lui-même (ex :c'est un OH).

Perf' : abréviation de perfusion.

RSA : Revenu de Solidarité Active.

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

Scoper : verbe formé à partir du nom du moniteur cardiaque, aussi appelé « scope ». Scoper signifie relier un patient à ce moniteur afin de surveiller le pouls et la tension.

T2A : Tarification à l'activité.

TA : Tension Artérielle.

TC : Traumatisme Crânien

Trans' : abréviation de « transmissions », elle est utilisée par les soignants pour désigner les informations qu'ils se transmettent sur les patients lorsqu'ils se succèdent.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SOIGNANTS

Quelle est votre profession ? Depuis combien de temps l'exercez-vous ?
Expériences marquantes avec des personnes sans-domicile ?

Relations avec les patients sans-domicile

Est-ce que vous rencontrez souvent des personnes sans-domicile ? Si non, pourquoi ?
Avez-vous l'impression qu'il vous faut réagir différemment avec elles qu'avec les autres patients ?
Si oui, comment ? Pensez-vous que c'est le cas de vos collègues ?
Avez-vous déjà rencontré des difficultés en vous occupant d'une personne sans-domicile ?
Récurrence des difficultés ?
A quoi sont-elles dues ? Comment y remédier ?
Pensez-vous que l'hôpital est adapté à ce genre de prises en charge ? Le cabinet libéral ?
Pour vous, qu'est-ce qu'un bon soignant ? Un mauvais soignant ?
Qu'est-ce qu'un bon patient ? Un mauvais patient ?

Définitions

Comment définiriez-vous la santé ?
Pour vous, qu'est-ce qu'être en bonne santé ?
En mauvaise santé ?
Est-ce que c'est important pour vous la santé ?
Quels sont les critères qui font qu'une personne doit aller consulter un médecin / l'hôpital ?
Critères sont-ils respectés par les personnes sans-domicile ?
Dans votre formation, la précarité a-t-elle été abordée ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PERSONNES SANS-DOMICILE

Expériences marquantes avec des soignants, à l'hôpital.
Quand êtes-vous allé à l'hôpital pour la dernière fois ? Pour quel motif ? Idem pour médecin.
Comment avez-vous été reçu lors de votre dernière visite à l'hôpital ?

Conditions de vie

Mangez-vous régulièrement ? Attention à ce que vous mangez ?
Comment dormez-vous ? Votre sommeil influe-t-il sur votre santé ?
Cigarettes ? Combien par jour ? Alcool ? Combien par jour ?
Sentez-vous un effet de l'alcool / des cigarettes sur votre santé ?
Depuis combien de temps n'avez-vous pas d'appartement / maison à vous ?

Situation par rapport aux soins

Avez-vous déjà renoncé à des soins ? Pour quelles raisons ?
Si retard ou renoncement : quels symptômes, douleur, pathologies ?
Avez-vous déjà été refusé dans une structure de soins ? Pour quelles raisons ?
Comment définiriez-vous votre état de santé ?
Est-ce que vous avez déjà eu des problèmes de santé ? Hospitalisé ? Traitement ? Et actuellement ?
Est-ce que vous prenez des médicaments ? Traitement chronique / aigu ? Le prenez-vous régulièrement ? Efficacité ressentie ?
Avez-vous l'impression que vos conditions de vie nuisent à votre état de santé ?
Couverture maladie ?

Relations avec les soignants

Médecin traitant ? Comment l'avez-vous choisi ? Quelles relations avec lui ?
Quand l'avez-vous rencontré pour la dernière fois ? Pour quel motif ? A quelle fréquence le voyez-vous ?
Quand ça ne va pas, où allez-vous consulter : hôpital, médecin traitant, centre de soins ?
Qu'est-ce qui fait que vous allez consulter ou non ? (critères dans choix consultation)
Faites-vous confiance à votre médecin traitant ? Aux hôpitaux ? Pourquoi ?

Pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin / infirmier ? Un mauvais médecin / infirmier ?

Avez-vous l'impression d'avoir été accueilli différemment par rapport aux autres patients ?

Définitions

Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que la maladie ?

Pour vous, qu'est-ce qu'être en bonne santé ? En mauvaise santé ?

Est-ce que c'est important pour vous la santé ? Faites-vous quelque chose pour la préserver ?

TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES SANS-DOMICILE

N.B. : Les informations indiquées dans les tableaux suivants correspondent à celles en vigueur au moment de l'entretien. Les prénoms ont été changés afin de garantir l'anonymat des personnes interviewées.

Prénom	Origine	Sans hébergement personnel depuis*	Age	Lieu de rencontre
Ahmed	Algérie	2 ans	37 ans	Centre de soins
Aliya	Guinée	6 mois	26 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Andreï	Roumanie	3 ans	64 ans	Centre de soins
Arnaud	France	20 ans	52 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Augustine	République Démocratique du Congo	5 mois	32 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Baptiste	France	10 ans	47 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Barthélémy	France, Guadeloupe	2 ans	51 ans	Centre d'accueil de jour
Deyan	Moldavie	3 ans	37 ans	Centre d'accueil de jour
Elias	Maroc	4 ans	43 ans	Centre d'accueil de jour
Fabrice	France	3 ans	45 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Fouad	Algérie	6 mois	54 ans	Centre de soins
Hugo	France	5 à 7 ans	25 ans	Centre d'accueil de jour
John	Anglais	1 an et demi	56 ans	Centre d'accueil de jour
Luc	France	35 ans	62 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Madie	France	Au moins 6 mois	63 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Manuel	France, Martinique	13 ans	46 ans	Centre d'accueil de jour
Marc	France	17 ans	62 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Maurice	France	3 ans et demi	58 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Mohamed	Algérie	5 ans	42 ans	Centre de soins
Nathan	France	10 ans	43 ans	Centre d'accueil de jour
Nicolas	France	4 mois	45 ans	Centre d'accueil de jour
René	France	20 ans	53 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Vilém	Répbulique Tchèque	10 ans	34 ans	Centre d'hébergement médicalisé
Vlad	Roumanie	2 ans	37 ans	Centre d'hébergement médicalisé

* Ces durées sont approximatives, les informations fournies par les personnes elles-mêmes étant majoritairement floues.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS AVEC LES SOIGNANTS

Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Expérience	Activité liée aux personnes sans-domicile
Alexandre	Infirmier	Service hospitalier d'urgences	4 ans	Aucune
Bénédicte	Infirmière	Service hospitalier d'urgences	8 ans	Aucune
Cathy	Infirmière	Centre d'accueil de jour	20 ans	Activité professionnelle
Céline	Infirmière	Retraitée	45 ans	Bénévole au centre de soins et dans les maraudes
Charlotte	Médecin généraliste	Remplacements en cabinets libéraux	5 ans et demi	Aucune
Christine	Infirmière	Centre d'hébergement médicalisé et service hospitalier de gérontologie	23 ans	Activité professionnelle
Clément	Médecin généraliste	Retraité	45 ans	Bénévole au centre de soins
Corine	Médecin gériatre	Service hospitalier de gérontologie	18 ans	Aucune
Daniel	Elève infirmier	Structure spécialisée dans le soin de personnes sans couverture maladie	3ème année d'études	Aucune
Diane	Interne en dermatologie	Service hospitalier de dermatologie	1 an et demi	Aucune
Elvire	Cadre de santé	Service hospitalier de dermatologie	32 ans	Aucune
Emma	Infirmière	Remplacements en cabinets libéraux	12 ans	Aucune
Eva	Médecin généraliste	Remplacements en cabinets libéraux	2 ans	Bénévole dans les maraudes
Fabienne	Médecin gériatre	Service hospitalier de gérontologie	24 ans	Aucune
Gabriel	Médecin généraliste	Retraité	46 ans	Bénévole au centre de soins
Hélène	Infirmière	Structure spécialisée dans le soin de personnes sans couverture maladie	40 ans	Activité professionnelle
Hervé	Interne en médecine générale	Centre de soins	2 ans et demi	Activité professionnelle
Jeanne	Infirmière	Centre d'hébergement médicalisé et service hospitalier de gérontologie	8 ans	Activité professionnelle
Marion	Médecin psychiatre	Equipe spécialisée dans le soin psychiatrique de personnes en très grande précarité	18 ans	Activité professionnelle
Marthe	Cadre de santé	Retraitée	45 ans	Bénévole au centre de soins
Muriel	Infirmière	Service hospitalier de dermatologie	22 ans	Aucune
Paul	Médecin généraliste	Cabinet libéral	25 ans	Bénévole au centre de soins
Pauline	Infirmière	Equipe spécialisée dans le soin psychiatrique de personnes en très grande précarité	25 ans	Activité professionnelle
Suzanne	Médecin généraliste	Remplacements en cabinets libéraux	4 ans et demi	Bénévole au centre de soins
Thomas	Médecin cancérologue	Service hospitalier de cancérologie	18 ans	Aucune

TABLE DES MATIERES

Remerciements I
Sommaire V

INTRODUCTION GENERALE 1

Perspective théorique 3
Qui est sans-domicile ? 6
Sans-domicile & carrière de survie 9
Face, stigmate & rôle social 12
Les représentations de la santé, du corps, du temps & les malentendus 14
La négociation & le compromis 17
Engagement, distanciation & méthodologie 20
Annonce du plan 21

CHAPITRE I : METHODOLOGIE 25

I) L'observation sociologique 27

II) Lieux d'observation & posture de recherche 31

1) Le centre de soins 32
2) Les maraudes 35
3) Le centre d'hébergement médicalisé 38
4) Les consultations hospitalières ou libérales 41
5) L'accueil de jour 42

III) Les entretiens semi-directifs 44

IV) Biais & écueils méthodologiques & éthiques 50

Conclusion du Chapitre 55

PREMIERE PARTIE

MALENTENDUS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE

Introduction de la première partie 63

CHAPITRE II : CORPS & MALENTENDUS 65

I) Sale & propre, sain & malsain : malentendus autour de l'hygiène 66

1) Le soin de soi & la vie à la rue 67
2) Hygiène corporelle & stigmate 71
3) Propreté & interactions soignants-soignés sans-domicile 75
4) Les rationalités du corps 80

II) Le corps sans-domicile : mises en scène & techniques du corps 83

1) *La mise en scène de la robustesse* 85
2) La mise en scène de la supplique 89
3) Le corps comme instrument 92
4) Hyper-spécialiste du corps & hyper-spécialiste de son corps 96

Conclusion du Chapitre 100

CHAPITRE III : LA SANTE & SES MALENTENDUS 103

I) La santé comme expérience & la santé comme valeur 104

1) La santé incarnée 105
2) La gestion de la douleur 108
3) La santé comme idéal 113
4) Le soignant entrepreneur de morale 117

II) Les pratiques de santé 121

1) *Savoirs profanes & savoirs experts* 121
2) Le médicament 126
3) *L'alcool* 132
4) Le rôle du malade 137

Conclusion du Chapitre 141

CHAPITRE IV : LE TEMPS DES MALENTENDUS 143

I) Les temporalités biographiques 144

1) L'apprivoisement du temps 145
2) Les soignants & leurs contraintes du temps 149
3) Survie sans-domicile & contraintes du temps 153
4) *Rapports à l'avenir & temporalités* 159

II) Les temporalités du soin 162

1) Le temps dans la prise en charge médicale 164
2) Urgence médicale & urgence de survie 168
3) Entre temporalité étirée de la survie & demande de soin immédiate 173
4) La fin du temps : le rapport à la mort 177

Conclusion du Chapitre 183

Conclusion de la première partie 185

DEUXIEME PARTIE

MANQUE DE RECONNAISSANCE & INTERACTIONS CONFLICTUELLES

Introduction de la deuxième partie 191

CHAPITRE V : LES INTERACTIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE AU PRISME DE LEURS FRAGILITES IDENTITAIRES 193

I) Abandon de soi & abandon du soin ? 194

1) ***Les difficultés d'accès aux soins des individus sans-domicile*** 195
2) ***Des demandes de soin cachées sous la robustesse & la supplique*** 199
3) ***Survie sans-domicile & disparition de la demande de soin*** 203
4) ***Carrière de survie & mépris de soi*** 207

II) Le syndrome de Sisyphe 212

1) ***L'épuisement professionnel & l'inquiétude des soignants*** 212
2) ***Le sentiment d'inutilité des soignants*** 218
3) ***Essentialisation de l'état de santé dégradé des individus sans-domicile*** 222
4) ***L'éthique du care malmenée*** 227

Conclusion du Chapitre 232

CHAPITRE VI : L'EVITEMENT DE LA RELATION, LE REJET MUTUEL & LE CONFLIT 235

I) L'impossible relation de soin 236

1) ***De la cristallisation des malentendus à la méfiance*** 237
2) ***L'évitement de la relation de soin*** 241
3) ***Le secret*** 245
4) ***La rencontre de deux vulnérabilités*** 249

II) Interaction conflictuelle & rejet mutuel 253

1) ***Conflit & rejet de l'intervention médicale*** 253
2) ***Conflit & rejet des patients sans-domicile*** 258
3) ***Un conflit toujours latent*** 263
4) ***Le mensonge & la suspicion dans la relation de soin*** 267

Conclusion du Chapitre 272

Conclusion de la deuxième partie 275

TROISIEME PARTIE

NEGOCIATIONS & COMPROMIS

Introduction de la troisième partie 281

CHAPITRE VII : LES NEGOCIATIONS ENTRE SOIGNANTS & SOIGNES SANS-DOMICILE 285

I) Les formes d'ajustement, prémisses au soin 287

1) Les stratégies d'évitement du stigmate 288
2) L'adaptation des soignants au renoncement aux soins 293
3) La relation & l'ajustement à l'autre comme préalable aux soins 298
4) Les cadres de négociation 303

II) Les négociations du soin 309

1) Les négociations des actes médicaux & des traitements 309
2) Les négociations des règles 315
3) Identités & rôles négociés 321
4) Malentendus & négociations 326

Conclusion du Chapitre 330

CHAPITRE VIII : COMPROMIS & PRESERVATION DU MALENTENDU 333

I) Le compromis, aussi fragile que la relation 334

1) Chronicisation de l'aigu & traitement aigu du chronique 334
2) Le compromis valoriel des soignants 338
3) Soigner la reconnaissance & reconnaître les soins 344
4) Incertitude, tiers & compromis 348

II) La préservation du malentendu 353

1) Malentendus & contextes de conscience 354
2) Le refus de soin perpétuel des patients sans-domicile & le maintien du malentendu 358
3) La capitulation comme résistance 363
4) Le malentendu comme tiers 368

Conclusion du Chapitre 373

Conclusion de la troisième partie 377

CONCLUSION GENERALE 381

BIBLIOGRAPHIE 389

LISTE DES SIGLES 411

ANNEXES 413

Guides d'entretien 413
Tableaux récapitulatifs des entretiens 416

TABLE DES MATIERES 419

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Laureline COULOMB

SCIENCES HUMAINES & SOCIALES
Perspectives Européennes

Entre négociations et malentendus : l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile.

Résumé

Les personnes sans-domicile présentent de manière générale un état de santé dégradé et leur espérance de vie est de loin inférieure à celle de la population logée. Leurs interactions avec les soignants sont traversées de nombreux malentendus qui portent sur leurs rapports au corps, à la santé et au temps. La relation de soin est ainsi problématique et risque de déboucher sur des conflits que chacun tente pourtant d'éviter via des processus de négociation. Notre recherche développe ce paradoxe : alors que les négociations cherchent à pallier les difficultés créées par les nombreux malentendus entre soignants et soignés sans-domicile, le compromis qu'ils mettent au point consiste précisément à maintenir ces malentendus. Notre thèse conjugue une approche compréhensive et interactionniste. Elle se fonde sur un travail de terrain par observations et entretiens, menés à la fois avec des soignants et des soignés sans-domicile.

Mots-clés : sans-domicile, santé, malentendus, rapport au corps, rapport au temps, conflit, négociation, compromis, vulnérabilité, soin.

Abstract

Homeless people commonly have poor health status and their life expectancy is much shorter than the general population. Their interaction with healthcare professionals is characterised by various misunderstandings, which deal with the different relationships that these actors have with body, health and time. Their interaction is thus problematic and may lead to conflict. However, they are both trying to avoid conflict through negotiation. The aim of this thesis is to develop this paradox: while those negotiations try to prevent the difficulties created by their misunderstandings, the compromise they build consists precisely in maintaining those misunderstandings. This thesis uses a comprehensive and interactionist approach. It is grounded on data collected through observations and interviews held with both homeless people and healthcare workers.

Key-words : homeless people, health, misunderstandings, relationship with body, relationship with time, conflict, negotiation, compromise, vulnerability, care.