



HAL
open science

Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Chloe Bussi

► **To cite this version:**

Chloe Bussi. Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. 2019, 235 p. hal-02096414

HAL Id: hal-02096414

<https://hal.science/hal-02096414v1>

Submitted on 11 Apr 2019

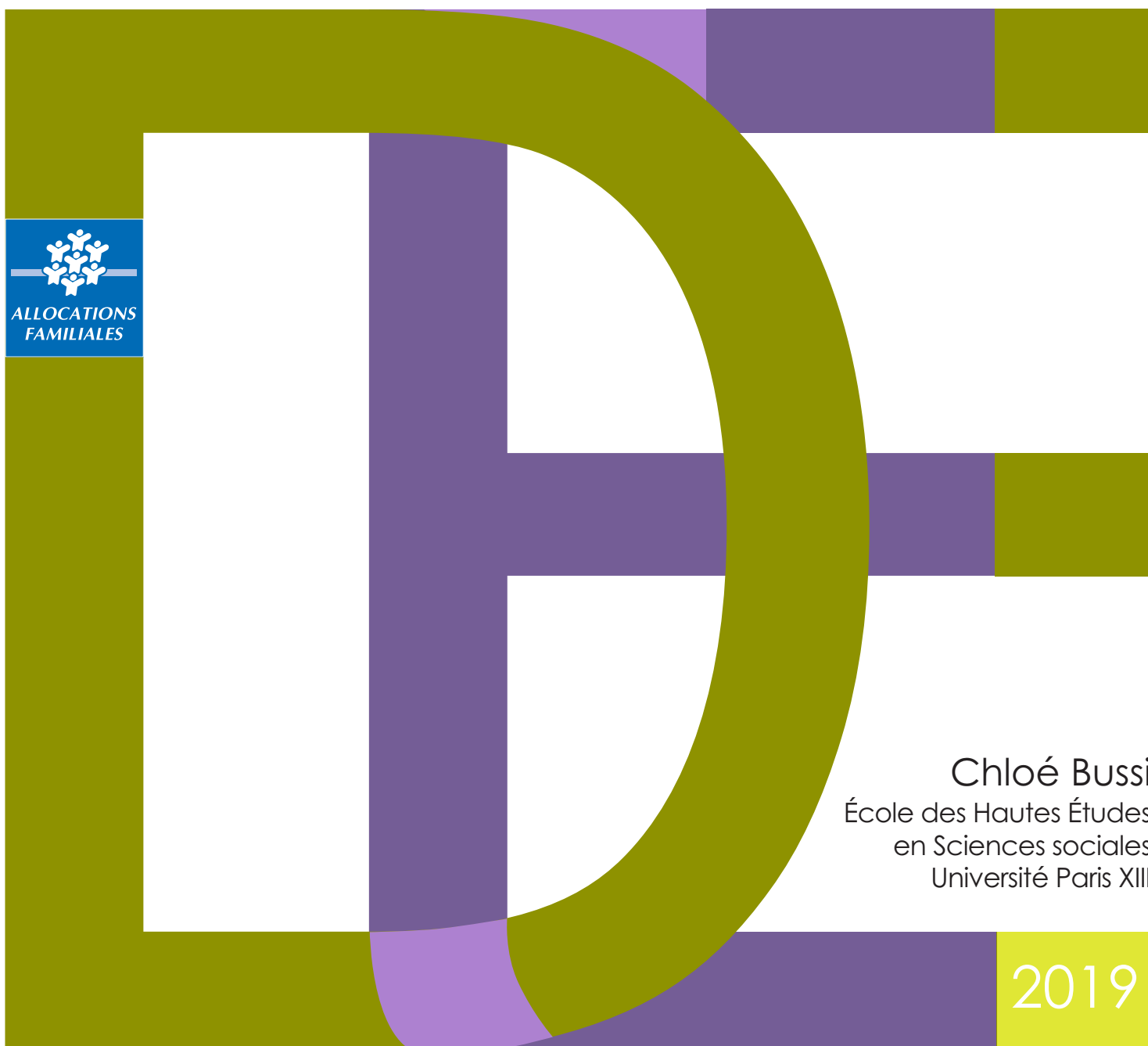
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

Le social à l'épreuve de la sanitarisation

Monographie d'un centre d'hébergement
et de réinsertion sociale

Premier prix Cnaf – Mémoire de Master 2



Chloé Bussi
École des Hautes Études
en Sciences sociales
Université Paris XIII

S O M M A I R E

<i>Avant-propos</i>	5
<i>Remerciements</i>	8

INTRODUCTION **11**

1. La frontière entre le sanitaire et le social : une construction historique	12
2. Un regain de porosité entre le social et le sanitaire ?	15
3. L'évolution des politiques sociales au prisme de l'individualisation et de la responsabilisation	17
4. Problématisation	20
5. Démarche scientifique	23

CHAPITRE 1 : CONTEXTE D'ENQUÊTE **27**

1. MISE EN PLACE DU TERRAIN	27
2. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE	28
2.1. Une observation semi-participante	28
2.2. Une recherche par entretiens	34
2.3. Un travail d'archives	37
3. ORGANISATION GÉOGRAPHIQUE DE LA STRUCTURE	38
4. DONNÉES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS	39

CHAPITRE 2 : APPROCHE SOCIOHISTORIQUE DU PUBLIC PRIS EN CHARGE **43**

1. LA CONSTRUCTION LOCALE D'UNE CATÉGORIE HORS-CADRE	43
1.1. Le Foyer de l'abbé Michel	43
1.2. Une réflexion sur la population du Foyer de l'abbé Michel	45
1.3. La mise en place du revenu minimum d'insertion	47
1.4. Traitement spécifique et mise à distance d'une catégorie hors cadre des politiques sociales	49
1.5. La création de la Sras	50
2. LES SPÉCIFICITÉS DU PUBLIC PRIS EN CHARGE À LA SRAS	51
2.1. Le vieillissement du public	51
2.2. Une « installation » dans la structure	52
2.3. L'éloignement des standards de l'insertion	54
2.4. L'évolution des critères d'admission	55
2.5. L'augmentation des protections juridiques	56
2.6. Origines des arrivées et des départs au sein de la structure	58
2.7. L'évolution vers des ressources liées au handicap et à la vieillesse	59

3. LA TRANSPOSITION DES ATTENTES CONTEMPORAINES DES POLITIQUES SOCIALES DANS LE CADRE D'UNE STRUCTURE SPÉCIFIQUE	61
3.1. Contrat de séjour et projet personnalisé	62
3.2. « La reconquête de l'autonomie sociale »	64
3.3. Le paradigme de l'évaluation	65
3.4. Le triptyque de l'accompagnement	66
3.5. Une temporalisation de l'accompagnement	67
4. L'ORGANISATION SOCIALE DE LA SRAS : NORMES ET ADAPTATIONS AU SEIN D'UNE INSTITUTION TOTALE	68
4.1. La normalisation des alcoolisations	68
4.2. Les règles de la vie institutionnelle	72
4.3. Une institution totale	73
CONCLUSION	76
CHAPITRE 3 : LE PARTI PRIS DE LA SANTÉ	79
1. LA STRUCTURATION SANITAIRE D'UN ESPACE SOCIAL	79
1.1. La construction historique d'une prise en charge sanitaire	79
1.2. La croissance du nombre de traitements et des rendez-vous médicaux	83
1.3. Un parti pris sanitaire dans l'accompagnement	85
2. CONSTRUCTION ET FONDEMENTS DU SAVOIR SANITAIRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX	95
2.1. Un savoir profane	95
2.2. Le rapport au corps dans l'expertise	100
2.3. L'institution qui soigne	104
3. DIFFICULTÉS ET RÉSISTANCES FACE À L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SANTÉ	105
4. NÉGOCIATIONS AVEC LE MONDE DE LA SANTÉ	113
4.1. L'effet renforçateur de la sanitarisaton	113
4.2. Relations et négociations avec le monde médical	114
CONCLUSION	119
CHAPITRE 4 : LA MALADIE MENTALE EN CONSTRUCTION	121
1. LE REGISTRE DE LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DE LA SRAS	121
1.1. Une lecture psychologisante du social	121
1.2. Des interprétations psychologiques au registre de la psychiatrie	125
2. UN REGAIN DE POROSITÉ ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE TRAVAIL SOCIAL ?	130
2.1. L'indifférenciation historique de la prise en charge des « pauvres » et des « fous »	130
2.2. De la sectorisation au paradigme de la « souffrance » : l'extension de la santé mentale	131
2.3. La redéfinition locale des frontières entre la santé mentale et le travail social	134
2.4. Santé mentale et légitimité politique	135

3. « LES TROUBLES PSY » MIS EN DISCOURS	138
4. LES FONDEMENTS DE L'ADHÉSION À LA SANITARISATION DANS LE REGISTRE DE LA SANTÉ MENTALE	145
4.1. Le recours à la psychiatrie : quand le travail social est à bout de souffle	149
4.2. Le poids des antécédents psychiatriques	151
4.3. L'injonction aux soins	153
4.4. Le rôle social du résident	154
4.5. L'injonction au collectif	158
5. LES RÉSIDENTS ET LA PSYCHIATRIE	168
CONCLUSION	171
CHAPITRE 5 : AU-DELÀ DU CONTRÔLE SOCIAL	173
1. LES LIMITES D'UNE LECTURE CLASSIQUE EN TERMES DE CONTRÔLE SOCIAL	173
1.1. La théorie critique du contrôle social	173
1.2. La pluralité des facettes de l'accompagnement	177
2. LA GESTION DES RISQUES	182
3. LA SRAS, UNE STRUCTURE INTERSTITIELLE	186
3.1. Une structure au creux des politiques sociales	186
3.2. Des injonctions contradictoires	188
3.3. Une position ambivalente des interlocuteurs de la structure	192
3.4. Un contexte économique	194
4. DES LIMITES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL	196
5. UNE APPROCHE DIFFÉRENCIÉE SELON LES TRAVAILLEURS SOCIAUX	200
5.1. Le genre comme explication du recours différencié à la sanitarisation	201
5.2. L'influence du diplôme et de la trajectoire sociale	204
5.3. Le recours aux idéaux-types	206
6. TRAVAILLEURS PRÉCAIRES POUR PUBLIC VULNÉRABLE	211
CONCLUSION	214
CONCLUSION GÉNÉRALE	215
Liste des sigles utilisés	221
Bibliographie	222
Liste des annexes	229
1. Guides d'entretien	230
2. Entretiens réalisés	233
3. Photographie des filets de sécurité entre les étages	234
4. Photographie d'un pilulier collectif	235

AVANT-PROPOS

La Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) encourage les jeunes chercheurs en attribuant chaque année deux prix récompensant des mémoires de master 2 Recherche dans le domaine des politiques familiales et sociales. En novembre 2018, le jury a distingué Chloé Bussi en lui attribuant le premier prix pour son mémoire de master 2 intitulé *Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale*. Ce mémoire a été réalisé à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et à l'université Paris XIII sous la direction de Corinne Lanzarini.

À la jonction de l'accompagnement social, de la pauvreté, de l'exclusion et de l'inclusion sociales, cette recherche intéresse la branche Famille à plusieurs égards. Chloé Bussi y développe une réflexion sur les frontières entre sanitaire et social, sur le « regain de porosité » entre les deux. Étudier la place la sanitarisation de la pauvreté dans des dispositifs d'aide aux sans domicile permet de repenser les actions et les politiques publiques en direction des plus démunis. En transposant dans le registre médical, du bien-être ou de la santé mentale les accompagnements qu'ils mènent, les travailleurs sociaux participent à cette sanitarisation de leur travail. Au-delà du constat, Chloé Bussi cherche à comprendre ce que révèle la mise en avant de la dimension sanitaire de l'accompagnement réalisé par des travailleurs sociaux qui ne sont pas formés à des prises en charge sanitaire, dont l'augmentation les met par ailleurs en difficulté.

Cette mobilisation du champ sanitaire constitue une réponse pour donner ou redonner du sens à l'accompagnement de personnes pour lesquelles la capacité d'autonomie attendue par les politiques sociales est, au sens des travailleurs sociaux, largement illusoire. Ils recourent alors à la santé en tant que registre légitimement employable pour donner sens aux prises en charge qu'ils effectuent pour ces personnes aux interstices des politiques sociales. Les données empiriques conduisent Chloé Bussi à considérer que l'engouement pour les accompagnements de la santé témoigne de l'impuissance des travailleurs sociaux à rapprocher leurs accompagnements de ce qui est politiquement attendu d'eux.

Pour analyser plus finement ce que sous-tend cette sanitarisation, Chloé Bussi propose une analyse de la diversité des positionnements des acteurs à cet égard. La régulation des situations déviantes par le prisme de la santé, notamment de la santé mentale, apparaît comme une issue valorisante et valorisée pour les travailleurs sociaux. Les situations de déviance ne font toutefois pas toujours l'objet d'une traduction dans le registre de la santé mentale.

La mobilisation du registre de la santé mentale varie également selon les caractéristiques sociales des travailleurs sociaux eux-mêmes. Il en va ainsi du genre. En effet, les intervenants sociaux semblent d'autant plus faire appel au registre de la santé mentale qu'ils sont éloignés des soins physiques et liés à l'hygiène. Or, associées aux missions sanitaires et au travail de care, les travailleuses sociales sont assignées à davantage de proximité corporelle avec les résidents que leurs collègues masculins. Le diplôme fournit une autre ligne de démarcation : connaissant moins finement les limites de leur exercice professionnel, les non diplômés se montrent plus enclins à recourir au registre de la santé pour valoriser leur travail. Il en va de même pour ceux ayant une trajectoire professionnelle ascendante ou descendante notable en accédant à ce métier, le registre de la santé leur permettant de légitimer et crédibiliser leur travail.

L'immersion et l'approche monographique permettent à la chercheuse de parler d'une certaine homologie entre la vulnérabilité des personnes hébergées et la précarité des conditions de travail des travailleurs sociaux. C'est le positionnement quant à l'emploi qui peut être convoqué, établissant un parallèle entre, d'une part, l'éloignement des résidents quant aux formes classiques de l'insertion et, d'autre part, les faibles qualifications des professionnels les encadrant (quand elles ne font pas défaut, la moitié d'entre eux n'ayant pas de diplômes). L'homologie est également sociale entre résidents et professionnels. Ces derniers, moins diplômés que les autres professionnels, dont les conditions de travail sont éprouvantes et peu rémunératrices se trouvent dans une position fragile. *« Éclairer cette souffrance des professionnels au prisme de la position interstitielle dans laquelle les professionnels interviennent permet de mesurer à quel point cette souffrance est d'origine sociale ».*

Quelques pistes émergent pour de futurs développements, comme la segmentation professionnelle entre les différents acteurs du CHRS (à partir par exemple des usages différenciés du secret et du partage du secret médical) ou comme l'approche en termes de care. Des pistes qui, avec d'autres approfondissements, ne manqueront d'enrichir l'analyse des terrains à venir dans la recherche doctorale qu'entame Chloé Bussi.

Benoît Céroux

Direction des Statistiques, des études et de la recherche (DSER)
de la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf)
Chargé de recherche et d'évaluation
benoit.ceroux@cnaf.fr



REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements pour ce travail vont aux résidents de la structure dans laquelle j'ai réalisé cette recherche. Vous m'avez beaucoup appris, bien souvent sans même vous en rendre compte. Quelle difficulté, mais quel plaisir, de m'apercevoir qu'aucun raccourci, qu'aucune simplification ne pouvaient tenir face à ce que vous acceptiez de me montrer de votre quotidien. L'exercice fut difficile, mais j'espère que le résultat est authentique.

Je remercie également vivement l'ensemble des intervenants de la structure. Votre bienveillance, votre disponibilité et votre honnêteté a été une source de motivation quotidienne pour mener à bien ce travail.

Merci à Corinne Lanzarini, la directrice de ce mémoire, pour vos conseils et pour la liberté que vous m'avez accordée dans ce travail.

Je remercie mes camarades de master pour le soutien que vous m'avez apporté au cours de ces deux années. Nos échanges ont été une source de réels enrichissements.

Je remercie l'ensemble de mes proches pour m'avoir souvent écoutée et parfois remotivée. Merci à tous ceux qui m'ont proposé de l'aide, par vos corrections ou vos connaissances. Mais surtout merci pour votre confiance en moi qui m'a réellement stimulée tout au long de ce travail. Vous avez toutes et tous été des appuis essentiels dans cette studieuse année.

Je remercie plus particulièrement mon père pour ses conseils et pour s'être montré si disponible. Je remercie également ma grand-mère et Annie Vallois pour leurs corrections. Merci à Lucie pour son écoute et surtout de m'avoir par moments sortie de la dimension chronophage de ce travail. Merci à Pierre pour cette entraide dans la dernière ligne droite de nos projets.

Et enfin, merci à Paul-Hadrien pour ta confiance et tes encouragements, mais surtout mille merci de t'être montré si patient face à ce travail qui a occupé le plus clair de mon temps pendant de nombreux mois.

Ce mémoire est l'aboutissement d'un travail de deux années d'un master interdisciplinaire en sciences sociales. La réflexion sur la thématique que ce travail aborde est toutefois plus ancienne.

En effet, c'est en formation d'Éducatrice Spécialisée que mes premiers questionnements sur les liens entre la santé et les situations de précarité ont commencé à se dessiner. À l'époque, mes interrogations se basaient essentiellement sur le fait que de nombreuses situations, rencontrées lors de mes stages et de mes premières expériences professionnelles dans le champ de l'insertion, dépassaient largement les compétences que j'avais acquises en formation. Alors qu'aucunes notions sanitaires ou médicales ne nous étaient transmises, il me fallait régulièrement apprendre à connaître les pathologies des personnes, leurs traitements et parfois, plus souvent que je ne l'aurais souhaité, réaliser des gestes de premiers secours. Démunie dans certaines situations, j'ai tenté de trouver des réponses à mes interrogations en m'intéressant à la sociologie.

Cette rencontre fut un enchantement. Mais si les premiers apports de la sociologie m'ont donné l'illusion d'avoir des réponses, je me suis vite aperçue que de nombreux questionnements de plus en plus divers et multiples venaient agrémenter mes questions initiales. C'est ainsi qu'après une licence, j'ai fait le choix de réaliser un master afin d'analyser cette question dans une approche plus scientifique.

Cette posture d'apprentie-sociologue n'a toutefois rien eu d'évident. Retourner sur le lieu de mes expériences professionnelles me semblait tout autant nécessaire que risqué. Saurais-je tendre à une certaine objectivité ? C'est tout le défi méthodologique dont ce travail témoigne. Bien sûr, il s'est avéré qu'une neutralité absolue, que ce soit avec un bagage de travailleur social ou non, était illusoire. Néanmoins, j'ai réellement tenté d'adopter une posture et une démarche sociologique dans ce travail, dont j'espère que ce travail témoigne.

Si ma double posture d'éducatrice spécialisée et d'apprentie-sociologue m'a permis l'accès à de riches données, j'espère n'avoir en aucun cas trahi cette confiance qui m'a été accordée. Dans un souci de respect des enquêtés, les noms, lieux et acronymes des institutions ont donc été modifiés. Mais au-delà de cet anonymat, j'espère surtout cette recherche fidèle et authentique à ce que m'ont témoigné l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées. Une fois de plus, je les remercie pour leur disponibilité et leur bienveillance tout au long de ma recherche.

Chloé Bussi



“

Il est infiniment plus facile de prendre position pour ou contre une idée, une valeur, une personne, une institution ou une situation que d'analyser ce qu'elle est en vérité, dans toute sa complexité.

Pierre Bourdieu,
Contre-feux, 1998, p. 28.



”

INTRODUCTION

Le travail social est nourri par ses frontières. C'est une institution qui fluctue en fonction de diverses organisations avec lesquelles elle opère des régulations et des négociations permanentes (Autès, 1999). Sans cesse réactualisées au prisme des évolutions politiques et économiques, les frontières du travail social sont donc un objet sociologique en perpétuelle recomposition.

Le travail social n'a pas de lieu propre. Par sa fonction même, il régule des situations qui se situent à la limite de grandes institutions socialisatrices : à la périphérie du soin, de la justice ou encore de l'Éducation nationale. Il nous faut ainsi le penser comme une institution médiatrice et en connexion avec l'ensemble du monde social. Néanmoins, si le travail social exerce principalement aux frontières de ces institutions, celles-ci sont mouvantes et fluctuent, à la fois en fonction du contexte politique et économique, mais également au regard des négociations locales que les professionnels du travail social entretiennent avec elles. Les frontières du travail social représentent donc un enjeu de définition perpétuel en son sein, qui induit que chaque structure, chaque professionnel du social se voit ainsi redéfinir la proximité et la distance qu'il entretient avec ces institutions. L'étude des frontières du travail social constitue donc un terrain fertile d'objets de recherche sociologique, tant celles-ci sont sans cesse réactualisées et mouvantes.

Ainsi, si le travail social est effectivement une institution poreuse et malléable par ses frontières ainsi que par les injonctions politiques façonnées à son égard, Jean-Yves Dartiguenave note pour autant qu'il ne se réduit pas aux « *cadres sociopolitiques* » qui l'encadrent (2010, p. 19). Il concède, bien sûr, que le travail social est largement influencé par ses dimensions macrosociologiques, mais le sociologue revalorise l'autonomie de cette institution qui lui a longtemps été niée dans les travaux sociologiques. Nous postulerons ainsi, dans notre

travail empirique, que le travail social ne peut se réduire uniquement aux injonctions plus larges qui sont façonnées à son égard. Il se construit, se définit et se modifie également dans des régulations microsociologiques. Le travail social est ainsi ce qui fait lien, des compromis macrosociologiques aux régulations locales des pratiques professionnelles.

Par sa position située aux frontières d'autres institutions, le travail social prend en charge une très grande variété de populations, allant des personnes en situation de handicap aux enfants pris en charge par la protection de l'enfance, en passant par la prise en charge d'adultes en situation de pauvreté s'étant éloignés du régime de l'assurance garantie par l'emploi. Les professions du travail social sont elles aussi éparses. Elles regroupent des métiers classiques comme celui d'assistante de service social ou d'éducateur spécialisé, mais également des métiers comme celui de conseiller conjugal ou encore d'assistante maternelle. Quelle est donc l'unité de cette institution, sans lieu, ni public, ni référentiel commun ? Jean-Yves Dartiguenave définit théoriquement le travail social comme « *la capacité anthropologique à prendre en charge autrui* » (*ibid.*, p. 8). En ce sens, le travail social constitue donc une relation de service, aux spécificités notables. Cette dernière mettrait en effet en apesanteur la « *réversibilité anthropologique de la dette et du don* » (*ibid.*, p. 8).

Mais quelles sont les limites de cette relation de service ? Cette prise en charge d'autrui est-elle absolue et infinie ? Ayant exercé plusieurs mois le métier d'éducatrice spécialisée, j'ai pu observer qu'il ressortait, dans les pratiques et discours des travailleurs sociaux, un travail de définition quotidien des limites de leur exercice professionnel. C'est ainsi qu'est d'ailleurs né mon propre questionnement lors de mon exercice du métier : dans quelle mesure, en exerçant en tant que travailleur social, sommes-nous légitimes – et dans le même temps impuissants – face à des problématiques de santé que rencontrent les populations accompagnées dont mes collègues me témoignent la croissance constante ?

Au regard de la pluralité des objets d'étude potentiels, notre recherche s'attellera à questionner la prise en charge qu'effectue le travail social au regard d'adultes en situation de pauvreté, au prisme de la frontière entretenue avec le monde médical. Le travail social est, en effet, progressivement devenu compétent dans le cadre de la prise en charge de ces personnes plus ou moins éloignées de la sphère du logement et de l'emploi. Aujourd'hui, cette spécificité du travail social sur cette question de la pauvreté semble battue en brèche par une porosité qui s'installerait entre la sphère du médical et celle du travail social. Mais cette distinction entre le public relevant du travail social et celui du champ médical est le fruit d'une construction sociale historique qui n'a pas toujours prévalu.

1. La frontière entre le sanitaire et le social : une construction historique

Au Moyen Âge, période jusqu'à laquelle remonte Robert Castel (1995), ni l'État ni les communes ne se préoccupent des questions de pauvreté. Cela ne constitue pas une question sociale, telle qu'elle se pose aujourd'hui. En effet, la pauvreté, loin d'être menaçante, est au contraire intégrée à la vie sociale du tiers état. Une réelle solidarité de proximité est développée et est notamment chaperonnée par le seigneur : en échange de son asservissement au maître, l'homme du tiers état bénéficie de sa protection.

Néanmoins, bien que ces solidarités soient présentes et effectives, cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de marginaux. En effet, au-delà de cette situation généralisée, certaines personnes se retrouvent dans l'impossibilité de monnayer leur protection avec un seigneur en raison de leur incapacité d'exercer une production en retour. Ces personnes ne pouvant travailler se retrouvent alors en partie mises à la marge.

À cette époque, la solidarité « *n'est pas une*

option laissée à l'initiative personnelle, mais l'effet obligé de la place occupée dans un système d'interdépendance » (*ibid.*, p. 56). Des régimes de protection puissants sont alors exercés par la famille ou encore par le voisinage. En effet, le devoir de charité chrétien, seul garant de l'accès au paradis, est si puissant que les personnes en incapacité de travailler, les infirmes, sont protégés par cette économie du salut. Robert Castel ajoute même que la pauvreté est valorisée puisqu'elle règle et naturalise l'ordre social. Elle permet en effet un double bénéfice, à la fois aux riches d'exercer leur devoir de charité et également aux pauvres qui se retrouvent entretenus et intégrés par ce lien social.

Cependant, Castel précise la réalité de cette économie du salut souvent entendue comme ayant été universelle et sans conditions. Le sociologue démontre très largement que cette idée est faussée et qu'il existe, dans l'exercice de la charité, une réelle catégorisation entre les « ayant droits » et les autres. Cette frontière se base alors sur le critère de la capacité ou non de travailler. Castel ajoute même que cette ligne distinctive entre bons et mauvais pauvres a été construite à l'origine par l'Église. L'Église impose que le pauvre soit dans une position humble et suppliante, qu'il soit conscient de sa pauvreté et qu'il la manifeste afin qu'il puisse en bénéficier. La pauvreté doit donc être une situation subie, l'idée qu'elle puisse être choisie constitue un intolérable, qui persiste aujourd'hui d'ailleurs en bien des points.

La figure du « bon pauvre » naît ainsi de ces attentes chrétiennes. Castel analyse alors que cette catégorisation s'opère plus largement par le prisme de la notion de « handicapologie ». Il s'agit, à son sens, d'une pluralité de situations mais qui ont en commun de rendre la personne incapable de travailler. Plus précisément, cette catégorie regroupe les personnes infirmes, malades, mais également les personnes éloignées de la production en raison de leur âge, trop jeune ou trop avancé. Il comprend également les femmes enceintes, ou encore les veuves ayant de nombreux enfants à charge, mais aussi, en partie, les déficiences psychiques,

telles qu'elles sont considérées à l'époque. Ces personnes, relevant de la handicapologie, sont donc exonérées de l'obligation de travailler et ce jusqu'au XX^e siècle (Fillion, Ravaud et Ville, 2014).

Afin de garantir leur protection, il est donc valorisé, à cette époque, que les pauvres exhibent les raisons de leur incapacité à travailler. Les infirmités corporelles sont ainsi très largement rendues visibles, car elles constituent le passeport de l'accès à l'assistance. « *Le pauvre le plus digne de mobiliser la charité est celui dont le corps exhibe l'impuissance et la souffrance humaine* », nous confirme Castel (*ibid.*, p. 74).

De fait, si les raisons de santé ne sont pas exclusives pour garantir l'accès à l'assistance à cette période, le fait d'en justifier donne par contre l'assurance d'être pris en charge, d'être intégré à la vie sociale et, qui plus est, d'être exonéré de l'obligation de travailler. Ainsi, les problématiques de santé ont historiquement façonné les prémices de la protection sociale.

Cependant, face à la figure du « bon pauvre », se construit invariablement celle du « mauvais pauvre ». La figure du pauvre non méritant s'élabore justement sur l'idée que ces personnes choisissent volontairement de ne pas travailler. De fait, ils ne peuvent bénéficier de l'assistance. L'ordonnance de Jean Le Bon de 1351 va jusqu'à institutionnaliser cette ligne distincte entre les pauvres méritants et ceux qui ne le sont pas en affirmant que « *ceux qui voudront y donner l'aumône n'en donnent à nul gens sain de corps et de membre qui puisse besogne faire dont ils puissent gagner leur vie, mais les donnent à gens contrefaits, aveugles, impotentes et autres misérables personnes*¹ ».

Ces « mauvais pauvres », s'ils n'ont pas d'infirmité à exhiber, sont cependant bien présents au sein de la société. Castel note qu'il existe des errants et des isolés depuis toujours, mais que cette forme de pauvreté se renouvelle progressivement, s'inscrivant de plus en plus dans les villes. Ainsi, les dépôts de mendicité ouvrent

en 1767 et imposent la mise au travail forcé des indigents valides, bien que Castel démontre que la mise au travail effective dans ces lieux restera purement fictive, ces dépôts s'apparentant davantage à des mouiroirs.

Outre les dépôts de mendicité, un déploiement des hospices, des hôpitaux et d'instituts plus spécialisés – notamment pour les sourds – s'opère afin de prendre en charge les « bons pauvres ». Cette période est qualifiée de « *grand renfermement* » par Michel Foucault (1961). Se développe ainsi l'institution totale, telle qu'elle sera présentée bien des années plus tard par Erving Goffman (1961). Cependant, Castel nous démontre également que ces institutions, bien que très largement disciplinantes, se créent aussi en raison de l'affaiblissement progressif des solidarités mécaniques, notamment avec le développement considérable de l'urbanisation et de l'industrialisation. Ces institutions jouent donc un rôle de socialisation et de lien social avec les pauvres, qu'ils soient méritants ou non.

Ainsi, Robert Castel et Michel Foucault ont démontré combien le traitement des personnes marginalisées au sein de la société, pour de multiples raisons, fait l'objet d'un traitement similaire à cette époque. Les hospices regroupent ainsi, sous le joug d'une même institution, aussi bien les orphelins que les mutilés, ainsi que les vagabonds. Claudine Herzlich note ainsi qu'au-delà d'une fonction d'asile, c'est bien une fonction de « *ségrégation à l'égard de tous ceux susceptibles de menacer l'ordre social* » (1973, p. 41) que remplit l'hospice. Alors qu'un traitement différencié s'instaure progressivement pour les différentes catégories de personnes accueillies, le traitement entre les « pauvres » et les « malades » – notamment mentaux – continue, lui, d'être intimement lié. Un « clochard », au sens de Claudine Herzlich, affirme ainsi lors de sa recherche que « *l'hôpital est fait pour des gens comme moi* » (*ibid.*, p. 45). En effet, les hospices ne reçoivent désormais que des malades pauvres et ce ne sera 1930, lors de la réforme du statut hospitalier, que l'hôpital ouvrira ses portes à tous les publics.

1 « Ordonnance concernant la police du Royaume », in Jourdan, Decruzy, Isambert, Recueil général des anciennes lois françaises, T. IV, p. 577, cité par Robert Castel, *Op. Cit.*

Olivier Faure note alors que la misère sera progressivement prise en charge par d'autres institutions et que l'hôpital se trouvera « *de plus en plus réduit à son rôle médical avant même que les révolutions scientifiques aient connu des traductions thérapeutiques convaincantes* » (Faure, 1998, p. 62).

Ainsi, les problématiques de santé ont historiquement façonné le développement de la prise en charge des pauvres. Plus récemment, l'historienne Axelle Brodriez-Dolino (2013, p. 9-29) a démontré comment les problèmes de santé et de prises en charge par l'assistance étaient liés, la vulnérabilité sanitaire constituant historiquement la figure du pauvre légitime. Elle analyse, dans ses travaux, que la situation de vulnérabilité sanitaire constitue le sésame d'accès à l'assistance dès le Moyen Âge. À ce titre, la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite aux personnes sans ressources constitue finalement le premier droit social en tant que tel. Il faut tout de même souligner que cette première loi ne garantit pas un droit général à l'assistance. Au contraire, ce sont à nouveau les personnes en situation de vulnérabilité sociale et surtout sanitaire qui peuvent y prétendre. Un peu plus tard, la loi de 1905 oblige l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, puis en 1913 est formulée une loi en faveur des familles nombreuses. De fait, nous voyons bien qu'il existe une tentative de prise en charge collective de l'assistance, bien que celle-ci perpétue la ligne de partage précédemment décrite. Pour autant, les ressources et droits attribués restent très largement insuffisants dans les faits, d'où une intervention nécessaire des œuvres, qui continue à être puissante. Il faut tout de même noter la transition considérable que représente cette période, entre un devoir de charité et le développement des politiques d'assistance publique.

Alors que l'assistance publique se développe et se distingue de la prise en charge par la charité, la plupart des interventions qui se créent ont une finalité sanitaire, tentant de réduire notamment la tuberculose et la mortalité infantile. Les premières écoles de travail social sont ainsi créées au début du XX^e siècle. Pascal Henri relève que six écoles sont inaugurées à Paris

entre 1900 et 1913. Le contenu de ces premières formations, uniquement réservées aux femmes, est lui aussi très largement dominé par les sciences médicales : « *Les matières enseignées sont les suivantes : anatomie et physiologie, petite chirurgie, pharmacie, médecine générale, hygiène générale, soins aux nerveux et aux aliénés, médecine infantile, soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, soins à donner aux malades d'affections cutanées* » (Pascal, 2014, p. 74). De surcroît, les premières professionnelles à intervenir au domicile des classes populaires furent les infirmières visiteuses, un métier à la base du métier d'infirmière et de celui d'assistante de service social qui ne se distinguera qu'en 1930. Les origines du travail social et du monde médical sont donc en partie liées. Le métier d'infirmière visiteuse resta d'ailleurs, pendant de nombreuses années, le seul métier reconnu du travail social.

Progressivement, les secteurs respectifs du travail sanitaire et social vont s'autonomiser, sans pour autant se réfuter l'un l'autre. Vont alors se créer la majorité des diplômés du travail social que nous connaissons actuellement. Ainsi, pas moins de sept diplômés du travail social voient le jour entre 1967 et 1980. En son sein, le travail social se spécialise en trois branches distinctes. Le service social constitue la plus ancienne de ses branches, avec ses origines communes avec le métier d'infirmière visiteuse. Il est porté par le diplôme d'assistante de service social et exerce des missions auprès des familles, dans une perspective de plus en plus experte sur les questions d'accès aux droits. L'éducation spécialisée en constitue la seconde branche notable et s'est historiquement consacrée à la prise en charge de l'enfance et de l'adolescence inadaptée et, enfin, l'animation socio-culturelle, troisième branche du secteur – et également la moins structurée – intervient davantage dans les lieux de vie des personnes et notamment dans les banlieues. Ainsi, le travail social atteint son apogée à l'aube des années 1970, avant que la sociologie n'« *entre par effraction* » (Autès, 1999, p. 49) pour vivement critiquer le travail social et le contrôle social qu'il exercerait à l'encontre des classes populaires.

Ainsi, si les origines du travail social et du champ sanitaire sont poreuses, il s'avère que toute la seconde moitié du XX^e siècle se focalise sur la construction de cette spécificité du travail social. En se professionnalisant, le travail social a ainsi mis le registre médical à distance dans son action. Ses écoles n'enseignent désormais plus des apprentissages sanitaires, en dehors de la psychopathologie. Ainsi, bien que le travail social ne parvienne pas à constituer un savoir propre et autonome, il s'éloigne tout de même considérablement de la tutelle médicale qui le dominait initialement.

Parallèlement, la loi du 31 décembre 1970 réformant le système hospitalier interdit aux hôpitaux généraux d'exercer une mission à caractère social². Ainsi, des institutions destinées à des publics spécifiques se développent, comme les maisons d'accueil spécialisées (Mas) par exemple. En parallèle, des structures existant de longue date se voient politiquement reconnues dans cette seconde moitié du XX^e siècle au prisme de l'appellation de structure « sociale », ou encore « médico-sociale ». Au sein des institutions « sociales », à l'instar des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des professionnels paramédicaux ou médicaux ne peuvent donc pas être employés. Néanmoins, passé cette professionnalisation, plusieurs travaux s'attachent aujourd'hui à démontrer un regain de porosité entre les sphères du travail social et du milieu sanitaire, notamment au prisme du phénomène de psychologisation.

2. Un regain de porosité entre le social et le sanitaire ?

De nombreux auteurs ont en effet démontré que la fin du XX^e siècle s'est accompagnée de l'expansion de la psychologie à l'ensemble de la vie sociale. Robert Castel (1981), dans ses premiers travaux, a été le premier à déceler cette expansion. Par la suite, les travaux d'Alain Ehrenberg (1991) ont eux aussi témoigné de cette croissance de la lecture psychologique

pour appréhender le monde social. Ehrenberg analyse ainsi que la société en vient à exiger des individus d'être dans une logique performatrice constante. Ainsi, le recours à la psychologie et même à la psychiatrie, n'a jamais été aussi important dans notre société. Initialement cantonnée au rebut de la société, la psychologie s'introduit progressivement dans tous les espaces de la vie sociale. Les psychologues sont ainsi conviés sur les plateaux télévisés et les psychiatres deviennent experts de questions qui auparavant n'étaient pas de leur registre.

Parallèlement, la notion de santé s'élargit considérablement. L'acception large qu'en fait l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social* » contribue à faire de chacun une personne dont la santé est toujours perfectible. Ainsi, Nicolas Moreau et Florence Vinit notent qu'« une santé conçue de plus en plus de manière totale et totalisante nous amène à penser l'ensemble des actes quotidiens dans un rapport coût-bénéfice pour notre santé, l'inflation du terme de "thérapeutique" venant témoigner de cette quête de santé parfaite » (2007, p. 42).

Cette empreinte médicale et psychologique du monde social en est rapidement venue à rencontrer la scène du travail social au prisme de l'évolution de la conception de la pauvreté. En effet, initialement considérée comme résiduelle, la pauvreté était l'apanage quasi exclusif du travail social. Néanmoins, la fin des Trente glorieuses et l'expansion de la pauvreté à des sphères qui en étaient auparavant éloignées, par la protection que garantissait un marché du travail proche du plein emploi, a conduit à redessiner une nouvelle vision de la pauvreté. La thématique de l'« exclusion » s'est imposée pour penser cette « nouvelle question sociale », constituée de nouvelles catégories de populations. Nicolas Duvoux note ainsi que « *l'attention politique sur la question de l'exclusion a coïncidé avec l'émergence et la visibilité croissante de nouvelles formes de pauvreté* » (2009). Dans l'ouvrage de Pierre Bourdieu, *La misère du monde* (1993) dont le retentissement a été à la

2 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>.

hauteur des préoccupations de la société sur cette question, le sociologue a démontré que la notion de souffrance a cristallisé les représentations de cette nouvelle pauvreté.

En effet, face à une pauvreté en expansion et à l'impuissance du travail social pour fournir des réponses à ces situations de détresses matérielles, le travail social a réorienté son action sur les dimensions individuelles et psychologiques des bénéficiaires. L'usage même de la notion d'exclusion sociale, considérablement déconstruite par les sociologues (Castel, 1995, p. 13-21), permet ainsi d'orienter l'action des professionnels du travail social vers les atteintes au bien-être physique et mental que cette situation produirait. Cette terminologie contemporaine conduirait à prendre en charge des situations de pauvreté en les autonomisant des conditions sociales qui la produisent et renverrait la responsabilité de cette situation aux déficits individuels des bénéficiaires (*ibid.*). Michel Autès note ainsi qu'en « *quelques années, la représentation de la pauvreté en termes de « poches », d' « îlots » ou de « reliquats », s'est transformée en une représentation d'une pauvreté largement liée aux évolutions de l'économie et de la société, c'est-à-dire en un phénomène toujours susceptible de lectures en des causalités individuelles à un phénomène de nature sociale dont sont victimes des individus fragilisés* » (1999, p. 110).

De surcroît, l'exclusion sociale devient, au-delà des conditions de vie difficile, une maladie en soi. Le rapport Wresinski (1987) affirme que la pauvreté ne touche pas que la dimension monétaire de la vie du pauvre, mais qu'elle est processuelle et peut conduire, si ce processus n'est pas inversé, au cumul des handicaps. Plus encore, l'exclusion sociale est considérée comme une source de souffrance qui porte atteinte à l'identité des individus. Ainsi, les actions de lutte contre l'exclusion sociale prennent majoritairement la forme d'actions en faveur du retour à l'emploi des personnes, avec une intention de responsabilisation des individus, qui passe, au sein du travail social, par un recours accru à la psychologisation. La souffrance psychique et sociale devient ainsi une

préoccupation nationale, qui témoigne de cette subjectivation et de l'individualisation de la prise en charge de la pauvreté de manière contemporaine.

À ce titre, Maryse Bresson (2006, p. 141-150) note que la psychogénèse – soit le fait d'analyser des éléments biographiques et psychologiques comme étant responsables de la situation des individus, en l'occurrence de pauvreté – n'est pas nouvelle au sein du travail social. La psychologie a historiquement constitué un savoir de référence central du travail social. Mais la sociologue démontre que, dans un contexte grandissant de psychologisation, ces modes de réponses basés sur l'individu et son intériorité se retrouvent d'autant plus légitimés et renouvelés au regard des réponses apportées, comme l'a également analysé Didier Fassin (2004) avec le développement des lieux d'écoute.

L'anthropologue Didier Fassin a consacré une partie de ses travaux à l'analyse de cette transition du registre de l'action sociale dans le paradigme de la psychologisation. Il note à ce titre que des problèmes aux origines sociales prouvées, comme le chômage, se trouvent traduits au prisme d'une étiologie individualisée. Il s'agit, par ce registre, de fournir une réponse sociale légitime aux bénéficiaires de l'action sociale dans un contexte de pénurie d'emploi.

De surcroît, le registre de la santé constitue, dans notre monde contemporain, une valeur suprême. Ainsi, Didier Fassin relève-t-il que : « *parmi toutes les valeurs culturelles dont une société est porteuse, la santé soit par principe mise en avant et que, parmi les manières concurrentes de l'envisager, elle tranche systématiquement en faveur de l'intérêt collectif* » (Dozon et Fassin, 2001, p. 53). La santé constituerait une valeur supérieure dans notre monde actuel, entraînant l'idée que nous devons être tous égaux face à elle. Les désavantages à son égard, bien que largement existants, semblent être considérés comme des intolérables contemporains. En outre, les actions en faveur de la santé sont susceptibles d'être plus rapidement légitimées politiquement (Pelchat,

Gagnon, Thomassin, 2006, p. 55-66). Le travail social n'est donc pas ignorant de ce *supra* de la santé pour penser des problématiques sociales contemporaines.

Parallèlement, il faut noter que la sectorisation de la psychiatrie et son ouverture vers la ville a entraîné une collaboration plus prégnante entre le travail social et le secteur de la santé mentale. Mais ce travail partenarial a également contribué à instaurer une certaine porosité entre la sphère du social et celle du sanitaire. Ainsi, Jacques Guillou affirme qu'« *une logique de décloisonnement entre travail social et psychiatrie apparaît, sur la scène du traitement de la pauvreté, comme un outil politique de gestion de la nouvelle question sociale* » (2006, p. 151-165).

Ainsi, un certain nombre de travaux pointent un rapprochement entre le social et le médical, au prisme de ces évolutions contemporaines : « *De plus en plus, le médical et le social en viennent en fait à se recouvrir l'un et l'autre, non pas superposés, mais étroitement imbriqués* » (Colin et Jacob Suiisa, 2007, p.27). Pourtant, sur ce sujet, les études majoritaires portent sur le milieu médical lui-même, ces sociologues étudiant alors comment le développement de problématiques sociales viennent questionner l'organisation établie du milieu médical. Ainsi, Carine Vassy (2004, p. 67-74) a démontré comment les services d'urgence se retrouvent submergés de patients aux problématiques plus sociales que médicales.

Céline Borelle (2015, p. 43-64) a, quant à elle, analysé comment la pratique du diagnostic de l'autisme est influencée par les représentations sociales de la famille de l'enfant. À l'inverse, les études portant sur la régulation des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux au regard de ces évolutions contemporaines restent, à ce jour, très peu développées. Pourtant, l'évolution des politiques sociales et leur orientation vers l'individualisation a été considérablement référencée.

3. L'évolution des politiques sociales au prisme de l'individualisation et de la responsabilisation

Parallèlement à l'avènement contemporain de la norme de la santé, les politiques sociales deviennent de plus en plus individualisées. Ainsi, l'injonction à l'« activation » des bénéficiaires de l'aide sociale se propage considérablement, dans le sens où il leur est demandé de se conformer d'une manière de plus en plus exigeante et spécifique à une norme d'autonomie individuelle, qui se cristallise autour de la notion d'emploi (Duvoux, 2009).

À la suite de la hausse considérable du chômage dans les années 1980, la gauche instaure en 1988 le revenu minimum d'insertion (RMI). La société ne pouvant garantir un emploi à tous ses citoyens, le gouvernement considère qu'il est du devoir de l'État d'assumer un revenu minimum décent à chacun. La prestation est alors entendue comme un soutien aux allocataires dans le but de favoriser leur insertion professionnelle, mais également de les soutenir vis-à-vis du logement, de la santé ou encore de l'éducation. Contrairement aux politiques qui suivront, il n'y a pas de primat accordé à l'emploi dans le RMI, le travail étant compris dans une pluralité d'objectifs visant la « réinsertion sociale » de la personne. En outre, le RMI est une prestation sociale qui se veut universelle et demande peu de contreparties aux allocataires (Eydoux et Tuchsirer, 2011).

L'opposition, véhiculant sa vision propre de la gouvernance des politiques sociales, reproche alors au RMI son manque de contreparties, qui favoriserait l'inertie et l'assistanat des allocataires. De fait, en 2003, la droite étant au pouvoir, le gouvernement ajoute au RMI un contrat d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA) qui est, en réalité, un contrat à durée déterminée à temps partiel, doté d'une faible couverture sociale. Cette nouvelle orientation fait primer l'insertion professionnelle dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et met en avant la responsabilité et l'engagement des allocataires.

Le CI-RMA marque une inflexion dans la gouvernance de la solidarité qui se veut désormais « active ». En outre, l'universalité du RMI est désapprouvée, cette prestation se veut donc plus spécifique. Elle vise ainsi une catégorie cible avec un objectif bien précis : permettre aux chômeurs de regagner le monde du travail, même si ce dernier n'offre pas toutes les protections qu'il garantit traditionnellement. Les critiques seront nombreuses à l'égard de ce nouveau dispositif, lui reprochant à la fois d'installer les chômeurs dans des situations précaires mais également de les retrancher dans un dispositif spécifique, en marge des demandeurs d'emploi classiques (*ibid.*).

En 2007, le RMI est supprimé au profit d'une nouvelle politique sociale, le revenu de solidarité active (RSA). Cette nouvelle prestation reprend et modifie le RMI et y intègre l'allocation parent isolé (API). Le CI-RMA est, quant à lui, supprimé, mais ce contrat spécifique laisse des traces dans le RSA. En effet, le conseil général, depuis rebaptisé conseil départemental, est consacré dans son rôle central de gouvernance du RSA et la tendance à l'activation des allocataires est revendiquée dans l'appellation même de la prestation.

Jean-Claude Barbier (2011, p. 47-58) analyse néanmoins que la notion d'activation est loin d'être spécifique au RSA et qu'elle est même devenue la tendance principale des politiques sociales depuis une vingtaine d'années. Pour le sociologue, la notion d'activation entend globalement rapprocher les prestataires d'allocations sociales de l'activité professionnelle, en renforçant notamment les incitations et les contreparties dans l'attribution de ces prestations.

Vincent Dubois note, en effet, que la tendance des politiques sociales est bien de demander des contreparties aux clients du travail social (1999). D'une conception de la dette sociale de la société envers les individus écartés du marché de l'emploi, la vision des politiques sociales a radicalement été transformée au prisme d'une dette désormais incarnée dans les bénéficiaires de l'action sociale. L'instauration

progressive de contreparties au RMI, puis au RSA, a conduit les allocataires à devenir redevables de cette aide sociale. Nicolas Duvoux analyse cette transition comme un « *renversement de la dette (...) qui, désormais, n'est plus celle de la société envers l'individu en difficulté, mais bien celle de l'individu qui doit rembourser par son travail le revenu que lui verse la société* » (2009).

Ces contreparties se formalisent ainsi officiellement dans le contrat d'insertion. Mais plus subtilement, il est formulé à l'égard des bénéficiaires une certaine injonction à l'autonomie. Ils doivent en effet témoigner de leur « bonne volonté » dans le cadre de leur prise en charge par l'aide sociale. Ainsi, les cadres juridiques de la protection sociale se sont considérablement réorientés dans la direction de ce prisme de l'autonomie durant toutes les 2000. En effet, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs, ou encore la loi du 11 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées mettent toutes en avant à la fois la place de « l'individu » et de son « autonomie » qui façonne tout autant un droit qu'une injonction au sein de la protection sociale.

Cette centralité de l'autonomie s'est concrètement accompagnée du développement des contrats, des contreparties, de la notion de compétences et de projets, nous apprend Benoît Eyraud (2013). Conjointement à ces évolutions des politiques sociales, le contrôle des bénéficiaires s'est lui aussi considérablement développé, comme l'analyse Vincent Dubois (2009). Plus largement, Colette Bec analyse qu'il s'opère une transposition de l'aide sociale qui passe de « *l'État social à l'état des droits de l'homme* » (2007). Elle pointe, dans ce cadre, l'impuissance passée des dispositifs de l'aide sociale qui ont conduit à réaffirmer la prise en charge de la pauvreté au prisme de l'accès au droit, qui s'est effectivement large-

ment densifié depuis la fin des années 1980. Ainsi, le « *droit est désigné comme le registre sur lequel doivent se résoudre les problèmes* » note-t-elle (Bec, 2014). De fait, la question de la pauvreté, souvent exprimée par le terme de l'exclusion sociale, est rendue visible juridiquement, médiatiquement et politiquement.

Des auteurs comme Frédéric Viguière ou Colette Bec ont pointé l'importance de la transition qu'a induit le développement de ces politiques sociales contemporaines. Les bénéficiaires sont en effet passés du régime de l'assurance, soit d'une prise en charge collective basée sur le travail, à une prise en charge spécifique au sein du dispositif de l'assistance. Viguière note ainsi : « *Ils sont aussi institutionnellement démunis parce qu'ils relèvent désormais d'un dispositif d'assistance et non de l'assurance contre le chômage. (...) Les classes populaires touchées par le chômage ont été orientées vers des dispositifs ad hoc, financés par l'État, les incitant à se retirer des circuits productifs* » (2013). De fait, il y a un approfondissement de la distance entre les dispositifs assurantiels et assistanciers au prisme de l'évolution de ces politiques sociales.

Contrairement à l'idéal initialement porté par ces politiques sociales devant revaloriser l'autonomie des bénéficiaires, il se développe paradoxalement une pluralité de dispositifs assistanciers. C'est bien la problématique qu'énonce d'ailleurs Benoît Eyraud (2013), constatant l'augmentation régulière des mesures de protections juridiques, dans un contexte où l'injonction à l'autonomie bat paradoxalement son plein. Nicolas Duvoux pointe ainsi dans ses travaux que cette attente institutionnelle et normative est paradoxale, dans la mesure où « *les allocataires sont, de par leur statut même, incapables de répondre à l'injonction d'être autonomes* » (Duvoux, 2009, p. 17). Il y a donc un écart entre l'injonction des politiques sociales et la réalité de la prise en charge des personnes bénéficiaires du travail social.

Au-delà de l'injonction à l'autonomie et à l'individualisation de la prise en charge, la sociologie politique s'est aperçue que c'était plus précisé-

ment l'injonction à l'emploi et au logement qui était façonnée à l'égard des bénéficiaires. Au sens de Bec, l'emploi, le logement et l'égalité des chances constituent en effet les trois piliers de la conception de la cohésion sociale contemporaine (2014). Mais plus précisément, Colette Bec analyse que si les politiques d'assistances se sont construites en dehors du monde du travail, elles se sont tout de même considérablement élaborées avec un regard constant posé sur la sphère de l'emploi (*ibid.*). En cela, le critère de la vulnérabilité sanitaire a sans cesse été réactualisé au fil de l'histoire, telle une assurance afin que la société se prémunisse de tous les oisifs.

De fait, le critère de l'emploi a historiquement contribué à l'institutionnalisation de la protection sociale. Toutefois, les évolutions contemporaines ont conduit à ce que ce critère de l'emploi se voit réactualisé. Nicolas Duvoux a effectivement analysé que les politiques sociales se sont, dans ce mouvement d'individualisation, recentrées sur la frange des personnes employables et rapidement insérables. Il note que la : « *tendance des institutions à concentrer leurs efforts sur la frange la plus intégrée des populations allocataires de minima sociaux est frappante* » (Duvoux, 2009, p. 222). Michel Autès affirme lui que les politiques sociales sont désormais incapables de penser l'insertion sans l'insertion professionnelle. Il affirme ainsi que « *l'expression ne dit cependant pas "insertion dans l'économie", bien qu'en fait cette insertion soit la finalité des dispositifs* » (Autès, 1999, p. 169).

En parallèle, l'injonction au logement est également très largement façonnée à l'égard des personnes en situation de pauvreté. Une pluralité de lois et de dispositifs ont ainsi été adoptés au début des années 2000 à ce sujet. Il est ainsi considéré que le logement est un levier de l'insertion dans les prérogatives du « logement d'abord ». Ces injonctions normatives ne sont bien sûr pas déconnectées d'un contexte économique en proie à la récession. À ce titre, les actions d'insertion par le logement sont, entre autres, promues parce qu'elles ont un moindre coût. En effet, suite à ces prescriptions du

logement d'abord, des structures types « maison relais / pension de famille » ou encore des résidences sociales ont été créées. Ces structures sociales fonctionnent ainsi avec un coût restreint, en comparaison aux structures d'hébergement collectif, à l'instar des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, dans la mesure où la présence des travailleurs sociaux est bien moindre et les coûts de fonctionnement très largement réduits.

Quoi qu'il en soit, les politiques sociales façonnent considérablement l'injonction des bénéficiaires à l'emploi et au logement. Ce sont d'ailleurs les seules possibilités de prise en charge qui sont finalement pensées et autorisées par la protection sociale. En effet, le RSA ne fournit aucune justification légitime au non recours à l'emploi.

Néanmoins, un certain nombre de personnes restent éloignées de ces prescriptions normatives que constituent l'emploi et le logement. Nicolas Duvoux pointe qu'il persiste un public éloigné de ces sphères d'insertion classiques, qu'il classe notamment dans la catégorie de « *l'assistance revendiquée* », dans laquelle les usagers du travail social entretiennent une relation de dépendance quasi totale à l'égard des services sociaux. Il note à ce titre que « *les normes ne sont plus crédibles, car trop déconnectées de leurs conditions sociales d'applications* » (Duvoux, 2009, p. 161).

Il reste pour autant que si Nicolas Duvoux a analysé, en partie, la prise en charge ponctuelle de ce public qui ne constitue pas la cible des politiques sociales actuelles, il convient de s'interroger plus spécifiquement sur leur prise en charge quotidienne lorsque ces derniers n'ont précisément pas accès au logement individuel. Car en effet, si le travail social est en partie malléable au gré des injonctions politiques, il se définit aussi dans le cadre des situations concrètes qu'il rencontre, comme nous l'avons déjà précisé. Un certain nombre d'injonctions encouragent en effet les travailleurs sociaux à prendre en charge le public qui se présente à eux, quitte à ne pas rentrer dans

le champ de vision précis des politiques sociales. Leur formation, leur éthique professionnelle, ou même plus largement la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen leur posent parallèlement l'impératif « *d'assurer les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler* »³. Ainsi, le travail social se trouve dans une injonction paradoxale, entre les attentes des politiques sociales et la réalité du public qu'ils accompagnent.

Ainsi, un premier questionnement problématique, issu de ces données théoriques se pose ici. Comment s'opère concrètement cette prise en charge par les travailleurs sociaux d'une catégorie de population située en dehors du champ de vision des politiques sociales ?

4. Problématisation

La démarche ethnographique et inductive que nous avons menée dans le cadre du master nous a permis d'observer que le recours à la santé était omniprésent au sein de la structure que nous avons étudiée. Nous avons initialement développé une question de départ portant sur la médicalisation des structures d'hébergement social, au vu, notamment, de ce primat de la santé dont témoigne la littérature scientifique. Nous avons toutefois progressivement fait le choix de plutôt recourir à la terminologie de sanitarisation, afin de rendre compte d'une acception plus large que celle de médicalisation.

Dans la traduction qu'en donne Fassin, Peter Conrad (1992, p. 209-232) définit la médicalisation comme une « *construction sociale qui consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical* » (Fassin in Delanoë, Aïcha dir., 1998, p. 1-14). De mes observations de terrain, il me semblait néanmoins qu'il ne s'agissait pas seulement d'une traduction de comportements « sociaux » dans un registre purement médical, mais que ce registre tenait plus largement de la

³ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1793.

psychologie, de l'hygiène ou encore des questions de bien-être. À ce titre, la notion de sanitarisation me permettait de rendre compte d'aspects plus larges, répondant davantage à mes observations de terrain.

Ainsi, cette vision de la sanitarisation s'inspire de la définition que Didier Fassin en donne, lorsqu'il théorise la « *sanitarisation du social* » (1998, p. 42), dans le cadre de sa réflexion sur la santé publique. La sanitarisation correspond ainsi au développement d'un langage sanitaire au sein de sphères sociales initialement mises en discours sous un autre registre. Cette acception de la sanitarisation à laquelle nous ferons référence au cours de ce mémoire s'éloigne de la vision que Peter Conrad a lui-même développé autour de la *healthcization*, souvent traduite par « *santéisation* ». Conrad considère la *healthcization* comme un mouvement concomitant de la médicalisation, qui fait que des enjeux médicaux et sanitaires en viennent à être appréhendés comme des enjeux moraux et sociétaux.

Nous éloignant de cette vision, nous entendons la sanitarisation comme un processus qui conduit à ce que le registre sanitaire devienne dominant au sein d'une sphère initialement indépendante du monde médical ou paramédical. En suivant l'acception que Didier Fassin donne de ce processus, nous en venons également à nous éloigner d'une vision de la médicalisation, ou de la sanitarisation, uniquement au prisme de sa « *légende noire* » (Aïcha in Delanoë, Aïcha dir., 1998, p. 21), c'est-à-dire comme une entreprise de domination unilatérale des médecins sur notre société contemporaine. La vision de Didier Fassin est plus fine sur cette question. Il suggère que ce processus n'est pas « *simple-ment une conquête professionnelle* » (Fassin in Delanoë, Aïcha dir., 1998, p. 5). En effet, cette traduction qu'opère le phénomène de sanitarisation révèle un mouvement culturel et social plus large que les intentions d'une seule profession. Il constate que le langage politique se redéfinit également au prisme de cette sanitarisation. À ce titre, le registre sanitaire s'est imposé progressivement comme un mode de gestion légitime de l'ordre social, comme nous

l'avons effectivement vu avec la question de l'exclusion sociale.

Nous inscrivons donc notre réflexion à l'aune des réflexions portées par Didier Fassin. Nous avons commencé à le voir, cette omniprésence de la santé au sein du travail social, conduisant à redéfinir les frontières entre le social et le médical au prisme d'une certaine porosité, est en réalité liée aux évolutions des politiques sociales. Ainsi, si notre question initiale portait sur l'hypothèse d'une sanitarisation du travail social, les apports théoriques et empiriques nous ont amené à construire une problématique moins innocente des conditions politiques qui façonnent ce mouvement. Cantonnée dans la première hypothèse, nous supposons ainsi que les travailleurs sociaux constituaient des agents profanes activement participants d'une sanitarisation de leur espace professionnel. Toutefois, il nous est rapidement apparu que la réalité sociale était plus complexe que cela, ce qui nous a amené à reconstruire notre problématique. En effet, que révèle plus largement cette tension qui fait que les travailleurs sociaux, non formés à des prises en charge sanitaire, mettent tout de même au premier plan de leurs pratiques professionnelles cette dimension sanitaire de l'accompagnement qu'ils effectuent ?

Mais ce paradoxe n'est peut-être qu'apparent. Que nous révèlent les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux au prisme de cette inadéquation des catégories d'État ? Comment les travailleurs sociaux, pris dans l'injonction paradoxale que nous avons constatée entre les attentes des politiques sociales et la réalité du public pris en charge, donnent-ils un sens à l'accompagnement qu'ils effectuent ? À ce titre, nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure les travailleurs sociaux recourent au registre de la santé pour justifier de l'employabilité des personnes qu'ils accompagnent, témoignant ainsi d'une réactualisation contemporaine de la catégorisation entre les pauvres légitimes et non méritants théorisée par Robert Castel (1995).

Ainsi, en étudiant les discours des profession-

nels, nous constaterons que les travailleurs sociaux exerçant dans la structure d'hébergement étudiée, expriment unanimement que les personnes accueillies présentent de plus en plus de problématiques médicales et psychiatriques. Sans nier la dimension biomédicale de ces maladies, il s'agit de saisir ces problématiques médicales dans leurs dimensions socialement construites. La sociologie, en réfutant les théories d'Eliot Freidson (1984), a désormais démontré que la définition de la maladie est un enjeu social dans lequel nombre d'acteurs interviennent et non plus uniquement la médecine. Alors même que ces professionnels du travail social sont présents quotidiennement auprès de ce public, leur participation à la construction sociale de la maladie apparaît essentielle et justifie un questionnement scientifique.

Mais alors que les professionnels du travail social ne disposent pas de connaissances médicales, sur quels ressorts s'opère localement la traduction des comportements des résidents dans un registre sanitaire ou psychiatrique ? Quels sont les comportements et profils des usagers qui font l'objet d'une traduction dans un registre sanitaire ou psychiatrique et ceux qui y échappent ? À l'instar de la médicalisation, le concept de la sanitarisation court le risque d'être considéré dans une acception totalisante. Or, toutes les situations, tous les professionnels ne témoignent pas similairement de recours au registre de la santé. Il s'agit donc de saisir la pluralité des facettes de cette sanitarisation, également au prisme de ses nuances et de ses limites. De surcroît, dans une perspective interactionniste, il s'agira également d'analyser les ressources utilisées dans les négociations à la fois de la part des usagers eux-mêmes ainsi, que des partenaires du secteur de la santé.

Si théoriquement les frontières entre le social et le sanitaire se sont effectivement brouillées pour certains sociologues, il s'agira, dans cette recherche, d'analyser empiriquement les effets de ce postulat. Rares ont été les travaux analysant concrètement le fait que les travailleurs sociaux s'emploient à des pratiques et un discours empreints de sanitaire. Cette étude empirique

permettra ainsi de révéler que cette « sanitarisation du social » donne également à voir autre chose que cette « légende noire » de la médicalisation. Les travailleurs sociaux sont, en effet, loin d'être uniquement des agents de la disciplinarisation des classes populaires, dont le recours à la santé constituerait une arme supplémentaire dans le cadre de cette domination. En élargissant le champ des analyses possibles, il s'agira de comprendre comment la santé en vient à constituer l'ultime registre légitime et autorisé pour les travailleurs sociaux, dans la mesure où ces professionnels ne sont pas uniquement des agents encadrants, mais sont également des agents encadrés, par des contraintes et par des normes.

Nous saisirons ainsi les multiples facettes de cette sanitarisation du social afin de saisir ce phénomène sans réduire sa complexité. Au-delà des apports de l'interactionnisme, qui ont dominé la démarche méthodologique, ce courant n'est pas exclusif dans notre travail de recherche. À l'instar de Vincent Dubois et de Nicolas Duvoux, nous ambitionnons dans l'analyse également de témoigner d'une sociologie de l'action publique « par le bas », en révélant ce dont témoigne plus largement le fait que le social se raconte au travers du sanitaire. Ainsi, « *la vérité de l'interaction n'est jamais tout entière dans l'interaction telle qu'elle se livre à l'observation* » note Pierre Bourdieu (1987, p. 151). En effet, la problématique que nous posons articule à la fois les apports de l'interactionnisme, afin de saisir comment l'institution se définit au gré de ces pratiques professionnelles, mais il ne s'agit pas d'autonomiser les situations les unes des autres et de formuler une question de recherche descriptive. Ainsi, ces résultats seront également analysés au prisme du contexte social, politique et économique qui les entoure pour les saisir dans toute leur complexité.

Ainsi pourrions-nous résumer notre problématique : il semble tout d'abord, à l'écoute des travailleurs sociaux, que les problématiques sanitaires des personnes qu'ils accompagnent augmentent et que cela complexifie leur exer-

cice professionnel. Nous pourrions donc nous attendre à ce que les travailleurs sociaux freinent toute forme de prise en charge de la santé au sein des lieux dans lesquels ils exercent. Pour autant, la démarche de recherche inductive menée révèle que les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux sont empreintes de tensions puisque les professionnels sont également acteurs de la traduction des comportements qu'ils observent dans un registre sanitaire. Les travailleurs sociaux sont-ils simplement ambivalents ? Le travail sociologique que nous réalisons ambitionne de déconstruire le fait que les travailleurs sociaux seraient eux-mêmes, par leur profession ou par leur individualité, ambivalents par essence. Sociologiquement, que nous révèle cette situation ?

En suivant la tension que nous avançons, il semblerait que le paradoxe se situe davantage dans la situation dans laquelle les travailleurs sociaux et l'institution se trouvent. En effet, alors que les politiques sociales orientent considérablement les actions de prise en charge des bénéficiaires vers l'emploi et le logement, la recherche menée révèle qu'une partie de la population des usagers du travail social se trouve en réalité très éloignée des standards normatifs formulés à leur égard. Si toutefois l'on avait pu imaginer que ce public soit évincé du travail social, il n'en est rien, puisque le travail social a parallèlement l'injonction de prendre en charge le public qui s'adresse à lui. Comment les travailleurs sociaux, pris dans cette aporie, parviennent-ils à rationaliser et à donner un sens à leurs pratiques d'accompagnement ? Dans quelle mesure le recours à la santé dans leur action permet-il de légitimer leurs pratiques professionnelles ? En cela, la santé est-elle (re)devenue le « *dernier langage du social* » (Fassin, 1998, p. 40) ?

Cette problématique sociologique appelle donc, telle que le préconise Cyril Lemieux, à l'élaboration d'un objet de recherche qui ne peut faire l'exception d'une « *démarche d'enquête empirique* » (2010, p. 30).

5. Démarche scientifique

La recherche de terrain qui a été réalisée s'est basée sur un centre d'hébergement et de réinsertion sociale spécifique, dans la mesure où il a été créé pour un public justement trop éloigné des « *actions d'insertion classiques* », comme en témoigne ce document écrit à l'ouverture de cette structure, en 1995 :

« Force est de constater que certaines personnes résidaient de façon durable et organisaient leur vie dans la précarité. Ainsi de ce fait, ils n'étaient plus en mesure d'utiliser les actions d'insertion et les centres d'hébergement classiques. Les actions réalisées sur le terrain ont été adaptées à la situation des personnes. La Sras⁴, cette nouvelle unité, est la concrétisation de ce travail en matière d'hébergement. Le public visé est cette partie de la population qui est installée depuis longtemps dans les murs actuels. L'objectif pédagogique est de promouvoir les personnes en leur permettant d'améliorer leurs conditions de vie ».

(rapport d'activité, 1994)

Ce CHRS dépend d'une association locale de province. Il accueille cinquante résidents, sans limitation officielle de temps. De fait, certains sont présents dans l'institution depuis une vingtaine d'années. Elle accueille uniquement des hommes, qui ont théoriquement plus de 40 ans. Quelques rares résidents n'ont cependant pas l'âge requis. La moyenne d'âge est de 55 ans et il faut noter que le résident le plus âgé a 82 ans. Les résidents hébergés dans ce CHRS bénéficient tous d'une chambrette, avec un lit et un lavabo. La restauration et les sanitaires sont quant à eux collectifs.

Les hommes accueillis dans la structure révèlent pour beaucoup une apparente pauvreté : leurs chaussures sont trouées, leurs ongles noircis par le tabac, certains ne sortent jamais de la structure, quand d'autres présentent un discours incohérent ou bien extrêmement répétitif.

4 Afin de préserver l'anonymat des enquêtés, les lieux, les noms et prénoms des personnes et des associations ainsi que les acronymes des structures ont été modifiés.

Beaucoup se déplacent avec une canne bien que leur âge ne soit pas si avancé et une majorité est soumise à des mesures de protection juridique de majeurs. Toutefois, la définition de la pauvreté que nous posons dans ce travail de recherche n'ambitionne pas de postuler que celle-ci en vient à toucher tous les aspects de la vie sociale de l'individu, comme le postulait le rapport Wresinski en 1987⁵. Certes, ces usagers sont éloignés de la sphère du logement et de l'emploi, ainsi que de la sphère familiale pour la plupart d'entre eux. Néanmoins, certains résidents ne se trouvent pas tant dans une situation de précarité économique, bénéficiant pour certains de retraites de droit commun par exemple. Définir la pauvreté par les attributs qui la définissent semble ainsi bien complexe et peu utile pour notre recherche. De surcroît, cette vision court le risque de produire une conception misérabiliste, en ne voyant la pauvreté que par le prisme de ses différents manques (Grignon et Passeron, 1989).

De fait, la définition de la pauvreté que nous adoptons se réfère plutôt à la conception de Georg Simmel (2011), qui postule que la pauvreté est tout d'abord relative. En effet, celle-ci varie en fonction du contexte historique, géographique et plus encore en fonction des groupes sociaux. Loin de l'idée commune que l'on peut s'en faire, les pauvres ne constituent pas, à son sens, un groupe social identifiable et quantifiable. Il ajoute par ailleurs que la notion de pauvreté est également subjective et dépend de l'appréciation individuelle de l'individu. De fait, Simmel affirme qu'il n'existe pas d'exclu en soi et considère que la pauvreté fait partie intégrante de la société. Plus encore, il analyse que c'est la société elle-même qui façonne cette situation. En effet, en établissant des normes et des marges, chaque société produit sa propre définition de la pauvreté. Cependant, la catégorisation de ce statut de pauvre ne signifie pas que ce groupe ou cette personne en est excommuniée. Au contraire, Simmel affirme que la société entretient une pluralité de relations avec les pauvres et que ce sont même ces interactions qui définissent et renforcent cette situa-

tion. Ainsi il postule que « *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* » (*ibid.*, p. 15). De fait, pour lui, la question de l'assistance est centrale dans la définition de la pauvreté, puisqu'elle caractérise un certain nombre de relations entretenues avec les pauvres. Ainsi, c'est à partir du moment où les personnes sont prises en charge par des institutions d'assistance que la situation de la personne entre dans la catégorie de la pauvreté : « *ce n'est qu'à partir du moment où ils sont assistés – ou peut-être dès que leur situation globale aurait dû exiger assistance, bien qu'elle n'ait pas encore été donnée – qu'ils deviennent membres d'un groupe caractérisé par la pauvreté* » (*ibid.*, p. 15). Ainsi, dans le cadre de notre recherche, c'est bien parce que ces personnes sont prises en charge par une institution d'aide sociale que nous pouvons les affilier à cette situation de pauvreté.

Concernant les professionnels présents dans la structure, ce sont des travailleurs sociaux dont la moitié ne sont pas diplômés. La structure est majoritairement composée de travailleurs sociaux masculins. Une infirmière est présente sur un poste à 70 % du temps de travail. Son intervention est complétée avec une pluralité d'intervenants médicaux : des infirmiers bénévoles, des aides à domicile et aides-soignants viennent quotidiennement, ainsi que des intervenants hebdomadaires, notamment un médecin généraliste, une kinésithérapeute, une équipe mobile d'intervention psychiatrie-précarité (EMPP). La dimension de la santé est prégnante au sein de la structure. L'infirmière prépare ainsi quarante-deux piluliers pour cinquante résidents accueillis. Par ailleurs, les journées sont ponctuées d'accompagnements médicaux, entre trois et cinq par jour en moyenne. Plus largement les notions de « bien-être », au travers des questions d'hygiène et d'alcoolisation sont omniprésentes des réflexions de l'équipe. Il faut d'ailleurs noter que la structure entretient une position peu classique vis-à-vis de l'alcool, puisqu'elle tolère sa consommation en son sein.

5 www.joseph-wresinski.org/.../sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf.

J'ai ainsi réalisé un terrain d'observation de quatre mois au sein de ce CHRS. Mon intention de travailler « sur les liens entre la santé et les situations de grande précarité », telle que je l'ai présentée à mes interlocuteurs sur le terrain, fut clairement exposée aux travailleurs sociaux et aux résidents. Ces derniers furent très peu réticents à ma présence, vraisemblablement en raison du fait que j'avais exercé dans cette structure sous ma casquette d'éducatrice spécialisée quelque temps auparavant. L'observation que j'ai réalisée était donc à découvert et relativement peu participante, dans la limite de l'inactivité que ma position pouvait autoriser. Ce terrain, dans lequel j'ai pu évoluer, me mit peu de barrières méthodologiques : j'ai pu assister aussi bien aux consultations médicales qu'à la prise en charge de l'hygiène des résidents, en passant par les nombreuses réunions d'équipe.

Outre ces données, j'ai réalisé un travail d'archives sur l'institution en étudiant notamment les rapports d'activité depuis la création de la structure ainsi que les divers documents administratifs de l'institution. Enfin, toute une partie de mon travail a été basée sur une pluralité d'entretiens. Ainsi, j'ai réalisé vingt et un entretiens avec des résidents de la structure, puis j'ai réalisé des entretiens avec tous les professionnels de la structure, que j'ai complétés pour finir par une dizaine d'entretiens avec des acteurs clés, souvent partenaires de l'institution, qui m'ont permis d'avoir les points de vue de professionnels médicaux sur ma problématique. Au total, quarante et un entretiens alimentent ce travail de recherche. La difficulté méthodologique de mon travail s'opère notamment dans la gestion abondante de ces données et dans la hiérarchisation des informations. Mais je reviendrai dans le premier chapitre de ce mémoire sur

les réflexions méthodologiques qui m'ont animée tout au long de ce travail.

Composé de cinq chapitres, je reviendrai dans un premier temps de ce mémoire sur le contexte d'enquête qui a permis l'émergence et la réalisation de cette recherche. Dans un second temps, j'analyserai plus précisément ce en quoi le public pris en charge au sein de l'institution se révèle être un public hors-champ du cadre des politiques sociales, en revenant sur l'évolution historique de celui-ci. Dans le troisième chapitre, il sera alors question d'analyser le rapport à la santé entretenu par les travailleurs sociaux et ce en quoi il légitime cet accompagnement auprès d'un public éloigné des standards des politiques sociales. Nous révélerons alors les multiples facettes que sous-tend en réalité ce parti pris de la santé, au regard des régulations microsociologiques des pratiques des professionnels. Le quatrième chapitre aura pour objet de se focaliser plus précisément sur le rapport des professionnels et des résidents entretenus avec la sphère de la psychiatrie, qui constitue un angle particulier et spécifique dans le cadre de cette sanitarisation. Enfin, le dernier chapitre proposera d'ouvrir des perspectives analytiques dépassant la théorie du contrôle social pour expliquer ce recours à la sanitarisation. Nous y étudierons ainsi ce en quoi une analyse au prisme de la gestion des risques pour les travailleurs sociaux peut également être envisagée, ainsi qu'une analyse au prisme de la position interstitielle de la structure. Enfin, nous verrons comment cette appréhension de la sanitarisation varie également en fonction des professionnels eux-mêmes. En effet, dans quelle mesure leur trajectoire sociale, leur genre ou encore leur diplôme influencent-ils leur rapport à cette sanitarisation ?

CHAPITRE 1 : CONTEXTE D'ENQUÊTE

L'objet de ce premier chapitre est de saisir le contexte dans lequel l'enquête a été réalisée. Pour cela, nous reviendrons sur la mise en place du terrain ainsi que sur la méthodologie employée pour répondre à nos questionnements de recherche. Il s'agira ensuite de présenter le contexte de l'institution, en donnant au lecteur une description des lieux et en proposant une description des professionnels qui interviennent dans cette structure. Ce chapitre, plus court que les suivants, est donc l'occasion de donner un cadre et un guide à nos analyses.

1. Mise en place du terrain

J'ai choisi de réaliser mon terrain de recherche au sein d'une structure de province. J'envisageais, lors de mon entrée en master, la possibilité d'étudier plusieurs institutions et d'adopter une perspective comparative lors de la rédaction de mon mémoire. Cependant, il s'est rapidement avéré nécessaire de revoir mes ambitions et de plutôt me concentrer sur une seule structure, en analysant celle-ci finement afin d'en réaliser une monographie rigoureuse.

J'ai opté pour l'analyse d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) spécifique – que nous appellerons la structure de reconquête de l'autonomie sociale (Sras) – dans lequel j'avais exercé en tant qu'éducatrice spécialisée remplaçante l'été qui a précédé mon entrée en master. J'avais en effet découvert un CHRS particulier, accueillant tout d'abord des personnes sans durée de séjour limitée, ce qui est relativement peu commun pour des structures d'hébergement, auprès d'un public qui semblait avoir des difficultés sanitaires me paraissant considérables face aux moyens que nous avons en tant que travailleurs sociaux. C'est donc de mon expérience auprès de ce public qu'est né mon questionnaire initial entre

la « santé mentale et la grande précarité » qui avait d'ailleurs alimenté mes réflexions lors de mon mémoire d'éducatrice spécialisée. Par ailleurs, sachant qu'il serait aisé d'y négocier ma présence, je me sentais à l'aise pour retourner étudier cette structure.

J'ai donc échangé, par mail dans un premier temps, avec le chef de service de la structure. J'ai présenté mon travail en mettant en avant l'inductivité de ma démarche. En effet, mon questionnaire initial reposait sur l'hypothèse qu'il y avait une sanitarisation des structures d'hébergement social. Cependant, je ne l'ai pas présenté de cette manière au chef de service, ni à l'équipe. J'ai fait le choix de plutôt mettre en avant l'idée que je travaillais sur la santé des personnes en situation de précarité, en précisant que je n'avais pas encore de problématique, ajoutant que cette dernière émanerait de mon terrain de recherche, ce qui est en réalité honnête avec la démarche de recherche que j'ai effectivement menée. Plus tard, lorsqu'il a fallu que je témoigne d'une évolution sur mes travaux, j'ai dit que je travaillais sur les frontières entre le travail social et le champ du sanitaire et comment ces frontières se redessinaient actuellement au regard de l'étude précise d'un établissement.

Mes premiers échanges avec le chef de service furent plutôt positifs. Dans un premier temps, j'avais sollicité son avis sur mon travail, lui demandant s'il estimait qu'une structure comme la Sras pourrait convenir pour mener à bien mon questionnaire. Faute de réponse formelle, je dus le relancer à de nombreuses reprises, par téléphone, par mail et je suis finalement venue physiquement lui demander son avis. D'accord sur le principe, il a alors rédigé un mail au directeur général afin que je le rencontre et qu'il donne également son accord. À cette étape, je souhaitais faire quelques observations en dehors de la Sras et étudier le fonctionnement d'autres structures de l'association. Pour autant, le caractère formel qu'a pris ma recherche par la rencontre avec le directeur général a rapidement écarté cette idée. En effet, ma présence devait être encadrée par une convention de stage, qui

précisait exactement dans quelle structure je devais être. Je me suis donc concentrée sur la Sras sous une convention de stage qui me permettait d'être présente vingt heures par semaine, pendant quinze semaines, soit durant quasiment quatre mois.

Durant cette période de recherche, ma position d'étudiante apprentie-sociologue fut clairement exposée aux travailleurs sociaux⁶ et aux partenaires avec lesquels j'ai échangé. Ainsi, durant quatre mois, j'ai réalisé un terrain de recherche ethnographique, dans une posture que je pourrais qualifier d'observation semi-participante. En effet, j'étais à la fois officiellement observatrice, tout en ayant indéniablement le bagage d'éducatrice spécialisée, dont les travailleurs sociaux me savaient détentriche. En parallèle, j'ai également réalisé des entretiens, dans un premier temps avec les résidents de la structure, puis avec tous les professionnels de l'institution et enfin avec une pluralité de partenaires ou d'interlocuteurs privilégiés de la structure. J'ai par ailleurs mené un travail d'archives en étudiant principalement les rapports d'activité de la structure.

2. Méthodologie d'enquête

2.1. Une observation semi-participante

De cette triple méthodologie, l'observation a été la méthode que j'ai utilisée dès le départ et de façon consciencieuse jusqu'à la fin de ma période de « stage ». Les travailleurs sociaux étaient donc informés de ma démarche de recherche. L'intérêt de mener une enquête « à découvert » (Arborio, 2007, p. 26-34) réside dans ma position d'étudiante et d'apprentie-chercheuse qui m'autorisait à être dans une posture où je pouvais poser des questions. J'aurais pu, en effet, en me faisant embaucher, réaliser cette recherche « à couvert ». Pour autant, il aurait

été impossible d'introduire mon carnet de terrain, d'avoir accès à certaines pratiques et discours des travailleurs sociaux – uniquement observables dans la situation de « stagiaire », comme assister discrètement aux consultations médicales – ou encore de recueillir certains ressentis des professionnels qui, s'ils m'avaient considérée comme une de leurs collègues, ne m'auraient vraisemblablement pas témoigné.

Dès le départ, j'ai induit une notion de participation à cette démarche d'observation. J'ai annoncé aux travailleurs sociaux que je ne souhaitais pas être un frein pour eux ainsi que pour leur travail et que je tenterais de me rendre utile durant ma présence. Le fait que je sois diplômée du travail social et que j'ai été remplaçante un an auparavant dans cette structure m'interdisait une position totalement non-participante qui aurait été déconcertante pour l'équipe autant que pour moi-même. Il a donc fallu que je me compose un rôle au sein de la structure. Dans la postface de l'ouvrage *Le hobo*, Olivier Schwartz et Nels Anderson notent que, pour intégrer un milieu social en tant que chercheur, la participation est en réalité nécessaire : « *En ce sens il est clair que l'observation ethnographique est toujours, selon l'expression consacrée, plus ou moins "participante". Pour que l'insertion s'opère, pour que l'enquête fonctionne, il faut accepter d'entrer sans réticence dans toute situation qui, si peu que ce soit, permet d'échanger une position d'observateur extérieur contre celle de partenaire ou d'acteur au sein du groupe étudié* » (Anderson et Schwartz, 2011).

Pour autant, cette position semi-participante, afin d'avoir accès à un certain nombre de données, doit être maîtrisée et réfléchi en amont, afin que la participation influence le moins possible le milieu social observé. Seule cette réflexivité entre le trop peu et le trop de participation permet au chercheur de dépasser ce que Schwartz nomme comme le « *paradoxe de*

⁶ Dans cette recherche, je fais le choix de nommer les professionnels par le terme « travailleurs sociaux » bien que la dénomination de l'association soit celle d'« animateur ». Cette terminologie qui est liée à l'évolution historique du secteur de l'insertion me semble réduire et connoter péjorativement la fonction réalisée par ces professionnels. Ainsi, le choix de la terminologie de travailleur social me semble à la fois plus neutre et plus justement révélatrice de la pluralité des fonctions de ces professionnels qui ne se cantonnent justement pas à de l'animation. De plus, les professionnels jugent très souvent cette terminologie d'« animateur » de manière négative, préférant qu'une autre appellation soit portée sur leur métier. Cette volonté collective de l'équipe est donc respectée dans ce travail.

l'observateur ». Ainsi, si une participation minimale constituait un vecteur essentiel de mon intégration comme apprentie-chercheuse, il fallait également que je pose des limites quant à cette participation.

J'ai donc fait le choix de ne pas être force de proposition, de ne pas prendre d'initiatives et de plutôt demander à accompagner les professionnels dans les tâches qu'ils accomplissent afin d'influencer le moins possible la réalité sociale par ma présence. Ainsi, j'ai pu assister à de nombreux temps de la vie de l'institution. J'ai pu accompagner les professionnels dans les diverses tâches qu'ils mènent tout au long de la journée : la « permanence administrative », « la collectivité »⁷, mais aussi les repas et les temps d'activité. Durant ces moments, je tentais donc d'adopter une participation minimale, s'apparentant au fait de « rendre service », qui me semblait être un compromis judicieux au regard de ma position. Il s'agissait par exemple d'aider à mettre les draps d'un lit lorsque j'accompagnais un professionnel lors de la « collectivité », ou encore de remplir la fiche de présence lors des repas. Ces tâches, que j'ai accepté d'accomplir, facilitaient mon intégration puisque je savais qu'elles rendaient service aux travailleurs sociaux et que, dans le même temps, elles n'étaient pas d'une importance considérable pour mes observations.

Cependant, la construction de mon rôle ne résulte pas que de ma propre initiative. En effet, ma position de « stagiaire » définie par la convention et redoublée de celle d'« étudiante » – par ailleurs diplômée du travail social – a également été intégrée par les travailleurs sociaux. Ils m'ont alors assignée à des tâches, comme occasionnellement faire la « caisse »⁸ quand il manquait des professionnels, ce que j'ai tenté de peu faire, mais que j'ai tout de même effectué, à l'instar des autres stagiaires présents. Il y a toutefois des tâches que j'ai tenu à ne pas accom-

plir, comme distribuer les médicaments, car cela me semblait être une participation trop importante. Mais entre ces missions acceptées et refusées, se sont situées une pluralité de tâches qui ont constitué des enjeux de négociation tout au long de ma présence. Il a souvent été suggéré que j'anime le « groupe de parole »⁹, seule, face au manque d'effectif des professionnels, mais j'ai toujours pu négocier le fait d'être avec un professionnel qui menait alors la séance.

Au-delà de la vie dans l'institution, j'ai également pu accompagner les professionnels aux rendez-vous, notamment médicaux. Les travailleurs sociaux rentrant très souvent dans la salle de consultation avec le résident, j'ai été amenée à y entrer de nombreuses fois. J'étais alors présentée comme « une stagiaire » auprès des médecins, sans aucune précision, ce qui laissait penser à ces professionnels que j'étais une stagiaire en travail social. Ainsi, au regard des professionnels de santé que j'ai pu rencontrer, ma présence était en réalité « à couvert », soutenue implicitement dans cette discrétion par les travailleurs sociaux. Durant ces consultations, je ne suis jamais intervenue et ai alors tenu une position constante de non-participation, tant ces interactions étaient essentielles pour mon travail. Cependant, si les travailleurs sociaux ont toujours accepté ma présence à leur côté, ils m'ont assignée au fait de « préparer » les rendez-vous en amont, c'est-à-dire à préparer la carte vitale et de mutuelle du résident, ainsi que d'avoir en tête le lieu et le nom de la personne que nous devons rencontrer. Ainsi, lorsque je demande à Adama¹⁰, un travailleur social, de l'accompagner à un rendez-vous médical, il me répond : « avec grand plaisir ! », suivi de la phrase : « Tu prépares tout ? ». Ces services – qui ont aussi pris d'autres formes, comme conduire le résident au lieu du rendez-vous pendant que le professionnel se garait, ou encore de conduire la voiture de service quand le travailleur social accompagnant n'avait pas le

7 Ce sont des termes qui font référence à des tâches professionnelles. La « permanence administrative » correspond au moment durant lequel les travailleurs sociaux sont présents au bureau pour donner l'argent, le courrier et le tabac, aux résidents. La « collectivité » prend en compte toutes les tâches liées à l'hygiène des résidents et à l'entretien de leurs chambres.

8 Distribution d'argent aux résidents le matin.

9 Activité hebdomadaire au sein de la structure où les résidents volontaires se regroupent pour échanger sur divers sujets avec un travailleur social.

10 Dans ce mémoire, les travailleurs sociaux seront nommés par leur prénom fictif, tandis que les résidents seront appelés par leur nom de famille – fictif lui aussi, cette convention permettant de faciliter la lecture.

permis - m'a donné un accès très large à ces consultations, ce qui fut d'une grande richesse.

J'ai par ailleurs assisté à de nombreux temps formels, au *briefing* qui a lieu tous les matins, aux réunions de service hebdomadaires ainsi qu'à une commission territoriale d'admission, qui statue sur les admissions des résidents. Lors de ces temps formels, j'ai tenté encore une fois d'adopter une participation minimale. Si mon silence a été respecté durant les réunions, mon avis a cependant souvent été sollicité durant les *briefing* quotidiens : « *Et qu'en pense la sociologue ?* » m'a ainsi été demandé une fois par le chef de service. J'ai alors tenté de formuler des avis neutres dans ces situations et de reprendre globalement les arguments d'ores et déjà avancés par les travailleurs sociaux, afin de réduire l'influence de ma participation.

Enfin, à titre plus exceptionnel, j'ai pu observer le travail de l'infirmière, ce qui m'a d'ailleurs amenée à voir les consultations médicales réalisées en interne par le médecin généraliste référent de la structure. J'ai également pu suivre le travail des aides à domicile qui interviennent auprès des résidents de la Sras. Il fut d'ailleurs intéressant de constater que, si mon insertion auprès des travailleurs sociaux fut globalement aisée, il m'aura fallu convaincre et persévérer pour passer une journée avec les aides à domicile. Elles ont finalement accepté ma présence à leur côté, sous réserve du fait qu'elles me connaissaient bien, mais elles ont tout de même réduit la journée initialement prévue auprès d'elles à une demi-journée.

Ainsi, la manière dont j'ai été investie et la manière dont je me suis insérée au sein de cette équipe est éclairante de nombreux éléments. En effet, les assignations à certaines tâches révèlent en creux ce qui relève pour les travailleurs sociaux du travail déléguable, soit du « *sale boulot* » (Hughes, 1996) en réalité. J'ai ainsi été sollicitée pour « passer des coups de fil » souvent peu agréables aux partenaires tels que demander à décaler un rendez-vous ou encore pour interroger un service hospitalier au sujet d'un résident, absent de la structure depuis un

certain temps. En revanche, ma participation aux synthèses partenariales des résidents, par exemple, a été plus longue à négocier, constituant une facette noble du travail effectué par les travailleurs sociaux. Ma présence auprès de l'infirmière et des aides à domicile témoigne également de cette hiérarchisation des tâches que ma position a permis d'éclairer. L'infirmière m'a, notamment, demandé de réaliser un grand nombre de tâches administratives et les aides à domicile ont tenu à me faire faire presque tous les lits tandis qu'elles s'occupaient, elles, des résidents. De fait, durant mes temps de présence auprès d'elles, j'ai ressenti leur souhait de me faire réaliser l'aspect peu valorisant de leur travail afin que je puisse en avoir conscience et l'intégrer dans mes réflexions.

Le degré de participation aux différentes scènes que j'ai pu observer a donc été variable et en cela je qualifie ma présence de semi-participative. Pour schématiser, j'ai tenu à ne réaliser aucune tâche importante seule et à ne pas avoir d'avis s'écartant de celui de la majorité des professionnels. Si, dans l'ensemble, cette ligne directrice a pu être tenue, quelques scènes ont fait exception. Par exemple, lors d'une consultation médicale chez un généraliste où j'accompagnais Adama, travailleur social, ainsi qu'un résident, le professionnel m'a mise devant le fait accompli au moment où le généraliste est venu chercher le patient. Il m'a alors demandé d'y aller seule avec le résident puisque je connaissais « *mieux la situation* ». Sans marge de négociation, je n'ai pas eu d'autre choix que d'accompagner seule le patient durant la consultation. Une autre fois, Ludovic, travailleur social, était face à une décision complexe. Il avait été constaté qu'un hébergé avait du sang dans ses selles. Seul, il ne parvenait pas à savoir s'il devait faire appel ou non aux urgences médicales. Il m'a alors demandé de prendre la décision, situation à laquelle j'ai répondu que je ne pouvais pas réagir, me rattachant alors à mon rôle de stagiaire.

Cependant, ces exemples limites témoignent du fait que les travailleurs sociaux m'ont également investie d'un certain nombre de compétences.

Comme le note Schwartz : « *tout ethnographe sait d'expérience que ce qui normalise progressivement sa présence, c'est qu'on finit par lui attribuer une case* » (Anderson et Schwartz, 2011). Cette case – au travers des compétences desquelles on m'a investie – est tout d'abord rédactionnelle, me sollicitant parfois pour rédiger les notes de synthèse des résidents, où en me demandant de manière plus ironique de rédiger leur VAE (Validation des acquis de l'expérience). Mais de manière plus surprenante, les professionnels m'ont également considérée comme ayant une certaine mémoire factuelle des situations, comme en témoigne la situation où Adama a préféré me laisser aller seule dans une consultation médicale, persuadé de l'efficacité de mes connaissances au sujet de la situation du résident. Ainsi, à plusieurs reprises les professionnels m'ont demandé des informations précises sur les résidents, par exemple à quand remontait leur dernier rendez-vous ou encore quand avait eu lieu tel événement. Ce rôle, il me semble, tient à la manière dont j'ai intégré ma prise de notes à ma position d'apprentie-chercheuse.

Stagiaire ou apprentie-sociologue ?

Comme j'ai déjà pu le montrer, ma présence en tant qu'apprentie-sociologue a été claire dès le départ. Ainsi, tous les professionnels savaient que je faisais de la sociologie et échangeaient parfois avec moi sur ce sujet. Ils connaissaient notamment certains travaux de Serge Paugam, Pierre Bourdieu et Ervin Goffman. Cependant, leur intérêt pour ma recherche est resté relativement modeste et ils m'ont assez peu questionnée sur mes avancées. Certaines des phrases qui m'ont été adressées me font penser qu'il y a eu un décalage entre la manière dont les professionnels pensaient ma recherche et la réalité de celle-ci. Souvent, les professionnels avaient à cœur de mettre en avant ce qui constituait les difficultés de leur travail. Par exemple, lors d'un accompagnement médical, François me dit que l'accueil de l'hôpital est rudimentaire : nous sommes perdus et si des personnes en blouse blanche nous croisent, personne ne vient nous guider. François me dit alors de ne pas réagir comme ça « *plus tard* » et ajoute :

« *tu t'en rappelleras hein, même si t'es présidente de la république !* ».

Par ailleurs, si les professionnels ont souvent tenu à être rigoureux dans ce qu'ils me montraient, à l'instar de chaque accompagnement de stagiaires, ma position de masterante et d'éducatrice spécialisée a parfois été biaisante. Il est arrivé que les travailleurs sociaux me demandent : « *Alors j'étais comment en rendez-vous ? Tu m'as trouvé bien ?* » ou encore « *J'ai bien réagi, tu penses ?* ». D'autres situations m'ont également éclairé sur le fait que ma position n'était pas si neutre que cela. Ainsi, lors d'un *briefing*, il est question de la sanction d'un résident. Habib, travailleur social, dit que cinq jours d'exclusion ne suffiront pas à le « fatiguer » et ajoute que trois semaines d'exclusion seraient davantage bénéfiques car il reviendrait « plus faible et moins pénible du coup », ce à quoi le chef de service a répondu « *Attention, on a une étudiante de l'EHESS qui travaille sur la santé !* ».

Au-delà de ces éléments démontrant que ma présence a pu partiellement modifier les réactions des travailleurs sociaux, d'autres données me renseignent toutefois sur le fait que mon influence fut en réalité moindre que ce que j'imaginai initialement. La situation suivante est éclairante à ce sujet. Passant dans les couloirs avec Marine, assistante de service social, un résident se plaint de maux de tête. Marine lui conseille d'aller voir l'infirmière. Je repasse plus tard le voir afin de lui demander s'il va mieux. Il me répond que l'infirmière n'a pas pris le temps de s'occuper de lui, elle ne lui a rien donné et il me dit alors qu'il ne viendra pas manger, ne prendra pas ses médicaments et n'ira pas à ses rendez-vous, affirmant : « *On n'a rien à foutre de moi* ». Le lendemain, le résident poursuit son intention et déclare faire une « *grève de la faim* ». Ludovic vient alors me voir pour me demander pourquoi il fait cela. Je lui explique la situation telle que le résident me l'a racontée, mais je m'aperçois très vite que Ludovic n'a que faire de mon explication, pour lui, ainsi que pour ses collègues, il « *somatise à cause de son rendez-vous chez le gastroentérologue* ».

L'ensemble des travailleurs sociaux ne prend alors pas en considération mon explication, quand bien même, après avoir échangé avec l'infirmière, celle-ci me confirme qu'effectivement, elle n'a pas eu le temps de s'occuper de lui. Ainsi, malgré le fait que j'aurais pu influencer l'accompagnement du résident en « révélant » la raison de sa revendication, il n'en fut rien.

Il en fut de même concernant des rendez-vous médicaux. Alors que j'échange avec Hélène et Lynda, une infirmière et une travailleuse sociale, je leur fais part du fait que je trouve que certains médecins qui prennent en charge les résidents ne sont parfois « *pas très cool* » avec eux. Ces dernières ne seront toutefois pas du tout impactées par ma vision et me vanteront au contraire les mérites de nombreux médecins qu'elles rencontrent. Mais au-delà de la non influence de mon avis, c'est également la non importance qui lui est attribuée qui est intéressante. Les deux femmes n'ont à aucun moment cherché à connaître les raisons de ma remarque ou même cherché à me contredire. Ainsi, ces situations me permettent de penser que mon statut d'apprentie-sociologue était bien intégré pour les professionnels, au point finalement d'annuler en partie les effets que pouvaient induire ma position d'éducatrice spécialisée, ayant un avis légitime et entendu l'année précédente. Il fut ainsi admis de la part des travailleurs sociaux que mon regard était autre que le leur, sans que cela ne les questionne davantage.

Cette position spécifique que j'occupais, à la fois distincte des stagiaires, des professionnels et des membres de la hiérarchie, m'a amené à avoir des échanges privilégiés avec certains travailleurs sociaux. En effet, passant beaucoup de temps avec chacun d'eux lors des rendez-vous médicaux notamment, certains échanges informels se sont parfois révélés très riches et m'ont permis de gagner la confiance de mes interlocuteurs. Il a pu m'arriver d'entendre : « *Tu es la première personne à qui je parle de ça !* ». J'ai pu ainsi comprendre que ma présence et mon écoute attentive étaient appréciées de l'ensemble de l'équipe. Ils étaient ainsi souvent ravis que je les accompagne en rendez-vous :

« *C'est cool que tu viennes !* », leur permettant ainsi de faire passer plus rapidement de longs moments d'attente. Plus encore, certains professionnels m'ont parfois expressément demandé de les accompagner en rendez-vous et à peine dans la voiture m'exposaient une pluralité de contrariétés liées au travail, sans que je ne leur pose de questions.

J'ai ainsi occupé une position spécifique en ce qui concerne les professionnels. La durée de ma présence a très largement favorisé cette inclusion dans ce milieu professionnel. En effet, présente sur quatre mois au total, ce laps de temps s'est avéré essentiel pour mon recueil de données. Il est d'ailleurs intéressant de constater que le chef de service a affirmé à la fin de mon stage : « *Tu n'as vraiment pas eu de chance parce qu'à chaque fois qu'il s'est passé quelque chose tu étais là !* », faisant référence au fait que j'avais été présente lors de divers incidents (chute grave d'une personne, agression d'une professionnelle par un résident, agression d'un résident par une personne extérieure). Bien qu'une part de ma présence lors de ces événements tient évidemment au hasard, il me semble également que cette longue immersion m'a permis de saisir les moments centraux dans la vie de l'institution.

Mes lectures sur la démarche de l'observation m'ont ainsi conduit à penser qu'il ne fallait pas « surestimer et dramatiser » (*ibid.*, p. 279) sa présence. En effet, la stabilité des discours et les effets de saturation recueillis sur certaines thématiques durant ma recherche m'amènent à avancer le fait que l'influence sur le milieu observé a été plutôt moindre, notamment en raison de la durée et de la quotidienneté de mon immersion. Schwartz note en effet que « *immergés dans leur vie quotidienne, les enquêtés n'ont ni possibilité ni raison de se soustraire à leur activité habituelle, ou en tout cas pas dans la durée (...) le temps et la quotidienneté sont deux agents puissants de banalisation de l'ethnographe et cette banalisation est heureuse* » (*ibid.*, p. 278). Toutefois, l'influence réelle de l'observateur sur son terrain ne peut jamais être affirmée de manière franche et durable car il est finalement impossible de

savoir avec certitude dans quelle mesure l'observateur est parvenu à s'intégrer tout en modifiant le moins possible le réel.

Cependant, il faut noter que les résidents n'ont pas eu la même appréhension que les travailleurs sociaux concernant ma présence. Je leur ai présenté ma démarche lors d'un groupe de parole où une vingtaine de résidents étaient rassemblés. Je leur ai témoigné du fait que j'allais leur proposer de les rencontrer pour des entretiens, uniquement s'ils étaient volontaires et que cela porterait à la fois sur leur parcours de vie ainsi que sur la dimension de la santé. Par ailleurs, je me suis présentée à tous, individuellement, comme faisant un travail de recherche.

Pour autant, la plupart d'entre eux m'ont assignée à un rôle de « stagiaire » ou d'« animatrice », comme en a témoigné leur manière de me présenter à divers personnes, ou encore leurs questionnements tels que : « *Alors, quand est-ce que t'es embauchée ici ?* ». Plus encore, cette affiliation de ma posture à celle d'une travailleuse sociale a aussi été remarquable lorsque les résidents répondaient en entretien à mes questions par la phrase : « *Bah, t'as pas lu mon dossier ?* ». Au-delà du fait que cette réponse, sous forme de question, révèle la prégnance de mon affiliation aux travailleurs sociaux ayant accès aux dossiers, cette réflexion démontre également les ressources des résidents quant à leur possibilité de renverser en partie la position de dominé qui est constitutive de leur statut de résident.

Il faut néanmoins noter que ma présence sur le long terme ainsi que ma disponibilité leur a permis de me distinguer du statut de « remplaçante » que j'occupais l'an passé. Ainsi, plusieurs résidents n'avaient par exemple pas retenu mon prénom lors de mes remplacements, m'appelant « la stagiaire ». Lors de ma recherche, il me semble ne pas me tromper en avançant que tous connaissaient mon prénom, à défaut de saisir mon statut.

Par ailleurs, il semble qu'un certain nombre de résidents avaient tout de même intégré le fait que ma position était différente de celle des travailleurs sociaux. En entretien, ils m'ont ainsi parfois témoigné de pratiques qui, si elles avaient été connues des travailleurs sociaux, auraient pu être soumises à une sanction. Écoutez monsieur Depaille :

« Mais hier, madame hier, vous pouvez demander à... comment il s'appelle (...) je ne sais pas si il est là lui, j'crois que c'était François, non il n'est pas là. Il m'dit Lolo, tu peux aller me chercher une bouteille de rouge pour l'petit là ? Ah j'dis t'es marrant toi, t'es marrant et moi je vais encore me faire engueuler ! Il m'dit non non pas ça, c'est ma responsabilité. Oui évidemment que j'le fais, mais faut pas me prendre pour un con aussi moi. M'prend pas pour un con hein, il a des mecs dans la rue madame, ils sont là derrière, derrière le mur là, y en a trois, quatre, là, ils m'voient arriver. "Tiens Lolo tu peux aller chercher à boire ?" Là je l'fais, parce que personne ne me voit, là on est bien d'accord. »

Monsieur Depaille, 55 ans, présent depuis un mois¹¹

Cet extrait d'entretien, à l'instar de ce qu'a analysé Yvette Delsaut (1975), démontre tout d'abord combien le sociologue qui réalise les entretiens est finalement le seul compétent pour saisir le sens du discours de l'enquêté, notamment lorsque ce dernier est issu des classes populaires. En effet, le langage fait l'objet d'une mise en discours différente selon la classe sociale dont est issue la personne. Si le cadre de l'entretien et l'insertion prolongée de l'ethnographe dans le milieu lui permet de saisir les codes de ce langage, il reste que ce dernier doit traduire une partie des éléments du discours des enquêtés afin qu'ils soient compréhensibles pour ses lecteurs.

À ce titre, monsieur Depaille, m'explique en réalité dans cet extrait qu'il réalise des « commis-

¹¹ L'ensemble des citations issues des entretiens seront signifiées de cette manière, avec une justification au centre, afin de faciliter la lecture.

sions », soit qu'il fait des achats d'alcool pour d'autres résidents de la structure alors même que cette pratique est interdite au sein de l'établissement. La confession qu'il me fait me révèle, au moins en partie, que ce dernier a intégré mon écoute comme étant discrète. Ainsi, si mon statut de sociologue est resté poreux, il semble qu'une partie des résidents aient intégré le caractère confidentiel de mes échanges avec eux.

2.2. Une recherche par entretiens

Les entretiens avec les résidents

Les entretiens avec les résidents se sont avérés à la fois complexes et essentiels pour ma recherche. Essentiels car ils constituaient, pour les professionnels de la structure, le cœur de ma recherche. Très souvent, ils me demandaient où j'en étais de mes entretiens avec les résidents. Après quelques jours d'observation, j'ai donc commencé par les convier. Cependant, cet exercice s'est avéré complexe pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les hébergés n'avaient souvent pas très envie de participer, j'ai ainsi essuyé un grand nombre de refus. Une hypothèse d'analyse concernant ces refus est que les résidents sont habitués à des rencontres avec les travailleurs sociaux, afin de réaliser notamment leurs « projets personnalisés ». En outre, ils ont l'injonction de se raconter très fréquemment dans ce genre d'institution (Lanzarini, 2000). De fait, m'apparentant à une travailleuse sociale, ils ne voyaient souvent pas l'intérêt de passer du temps supplémentaire avec moi, dans la mesure où cela n'était pas obligatoire.

Cette difficulté dans le recrutement a cependant réduit la difficulté de la sélection des résidents pour les entretiens. En effet, cette question du recrutement des enquêtés, au départ centrale dans ma recherche, a plutôt glissé vers la possibilité d'en réaliser simplement un certain nombre. De manière laborieuse, j'ai tout de même tenté, dans la mesure du possible, de tenir plusieurs variables dans mon recrutement. Tout d'abord, j'ai souhaité interroger les résidents suggérés par les professionnels : « Tu devrais voir monsieur Garrot, ça serait intéressant

pour toi », afin de saisir en quoi cette orientation vers certaines personnes était éclairante. J'ai également tenu à m'entretenir avec des personnes assez représentatives au vu de leurs âges, de leurs ressources, de leur durée de séjour ainsi que de leur degré de participation à la vie collective de l'institution. Force a été de constater que les personnes réticentes à la vie collective de l'institution n'ont globalement pas souhaité s'entretenir avec moi, ce qui constitue un biais méthodologique de cette recherche.

En outre, un critère de sélection important pour réaliser ces entretiens, était que les résidents ne soient pas trop alcoolisés. Il aurait été illusoire de vouloir les réaliser uniquement avec des personnes sobres. De fait, seules les situations où les personnes étaient visiblement alcoolisées, titubant par exemple, ou présentant un discours incohérent, étaient reportées à un moment ultérieur. À ce titre, notons d'ailleurs que la prise de rendez-vous n'a pas été toujours choisie comme mode de rencontre. J'en parlais tout d'abord officieusement avec les résidents, puisque peu se sont portés volontaires spontanément et si certains me demandaient un rendez-vous, la majorité de ceux qui ont accepté de me rencontrer me répondaient qu'ils étaient disponibles sur-le-champ.

Finalement, en persévérant, j'ai tout de même pu m'entretenir avec presque la moitié d'entre eux. Souvent, ils m'ont demandé des petits services en retour : imprimer des documents, remplir un courrier, recharger un téléphone portable... une forme de don contre-don qui m'a ainsi permis d'avoir accès à leurs discours.

Néanmoins, le recrutement ne fut pas la seule difficulté. En entretien, les réponses données par les résidents ont parfois été incohérentes et les données recueillies ont pu s'avérer inutilisables. Écoutons deux extraits de notre entretien avec monsieur Pic.

*Chloé : « Qu'est-ce qui s'est passé pour vous depuis que vous êtes à la Sras ? »
« Bah rien de spécial à part que je ne vois plus ma fille. »*

Chloé : « Avant d'être à la Sras vous étiez toujours en contact avec elle ? »

« Non euh ça fait... cinq ans, six ans... oui parce que elle a accouché. »

Chloé : « Ah vous êtes grand-père alors ? »

« Oui ! Toi, t'es jeune toi. Bah j'aimerais bien être amoureux de toi, mais moi surtout je suis trop vieux »

Chloé : « Qui est-ce qui a voulu que vous preniez des médicaments ? »

« Je ne sais pas. »

Chloé : « Vous ne vous rappelez pas comment ça s'est passé ? »

« Non. Bah l'armoire est vide, bon, j'ai plein de T-shirt normalement, des pulls... fait chier... bah oui. »

*Monsieur Pic, 64 ans,
présent depuis six ans*

À d'autres moments également, les résidents ont très vite souhaité abrégé l'entretien. Écoutons monsieur Noé à ce sujet :

« Allez madame, arrêtez de parler, vous me saoulez là. »

Chloé : « Est-ce que vous, vous vouliez me parler d'autre chose ? »

« Bah, c'est quoi les questions, là ? » (fait référence à mon guide d'entretien)

Chloé : « bah c'est ça mes questions, je viens de vous en poser quelques-unes. »

« Ah, euh, j'en ai marre, c'est tout. »

*Monsieur Noé, 51 ans,
présent depuis un an*

En moyenne, mes entretiens avec les résidents ont duré une demi-heure, le plus court a duré onze minutes et le plus long a duré une heure et demie. Le cadre de l'entretien a parfois été visiblement angoissant pour eux. Pour une personne, il n'a ainsi été possible de la rencontrer qu'en présence de son référent. Pourtant rassuré par sa présence, il n'a cessé de trembler tout au long de l'entretien. Plus encore, très nombreux ont été ceux qui m'ont demandé s'ils avaient bien répondu aux questions : « *J'ai bien répondu au test ?* », alors même que je leur avais précisé le caractère non évaluant et non jugeant de ma démarche à plusieurs reprises.

Enfin, une autre difficulté a aussi été constitutive des lieux où mener les entretiens. Bien souvent, ceux-ci ont été réalisés dans un bureau, mais qui rappelle de fait le cadre de ceux effectués par les travailleurs sociaux. Souhaitant m'en détacher progressivement avec l'avancée de ma recherche, j'en ai alors réalisé en extérieur, sur un banc, au sein du réfectoire ou même dans les chambres des résidents, en fonction de leurs souhaits. Pour autant, aucun de ces lieux ne semble idéal en réalité, puisqu'ils ne sont aucunement neutres. Ainsi, une manière d'améliorer cette démarche serait, me semble-t-il, de réduire le cadre formel de ces entretiens et de les réaliser sous une autre forme, davantage informelle, autour de discussions spontanées. Bien sûr, c'est une démarche que j'ai en réalité engagée au quotidien lors de ma présence, mais peut-être qu'accentuer ces rencontres, ces échanges, serait une manière de pallier les difficultés constitutives des entretiens formels.

Les entretiens avec les professionnels

Afin de minimiser autant que possible l'intérêt que je portais aux pratiques des travailleurs sociaux, j'ai fait le choix de réaliser les entretiens avec les professionnels lors des deux dernières semaines de mon « stage ». Les entretiens ont tous eu lieu – à l'exception de celui de Marine – sur leur temps de travail, avec l'accord du chef de service et tous au sein de la structure, dans un bureau isolé. Je n'ai pas eu de difficulté pour les recruter, tous acceptèrent volontiers de répondre à mes questions. De plus, ils ont souvent été satisfaits de nos échanges : « *Je pense qu'on a eu un bon échange* », « *C'est intéressant toutes tes questions-là* », « *C'est intéressant, ça fait réfléchir aussi sur nous-mêmes* » m'ont-ils ainsi témoigné à la fin des entretiens.

En moyenne, ces entretiens ont duré un peu plus d'une heure, intervalle correspondant à la fois au temps professionnel qu'il leur était possible de dégager et en même temps au laps de temps que le chef de service m'avait autorisé à prendre avec mes interlocuteurs. J'ai ainsi pu m'entretenir avec tous les professionnels de la structure, soit huit personnes, ainsi que le chef

de service et deux infirmières, une titulaire et une remplaçante.

Toutefois, ma position d'ancienne éducatrice spécialisée redoublée de ma présence quotidienne en tant qu'observatrice a constitué une difficulté pour approfondir les entretiens avec les professionnels. En effet, de nombreuses situations abordées en entretiens ont relevé de l'implicite, en sous-entendant fréquemment des éléments que j'avais moi-même pu observer. De fait, leur faire décrire à nouveau les situations, afin d'avoir accès au sens qu'ils en donnent, s'est parfois avéré complexe. De plus, ma position parallèle d'éducatrice spécialisée a induit chez les enquêtés une tendance à faire des raccourcis dans leurs explications, supposant ma connaissance rapide des éléments développés. Ainsi, au fur et à mesure des entretiens réalisés, j'ai perfectionné mes relances afin de pallier cette difficulté.

Une stratégie complémentaire fut également de transformer le cadre semi-directif de ces entretiens en échanges plus informels. À ce titre, ma connaissance fine de mon guide d'entretien m'a progressivement permis de m'en détacher et de mener l'échange de manière plus officieuse. Je me suis ainsi parfois autorisée à relancer les conversations au prisme de mes propres expériences en tant qu'éducatrice spécialisée, afin que le cadre formel de l'entretien s'amenuise et que les enquêtés me donnent accès à leurs catégories de pensée, avec une moindre réserve.

Il reste que malgré ces réajustements méthodologiques, cette double étiquette qu'induisait ma présence constitue un biais de ma recherche qu'il faut prendre en compte.

Les entretiens avec les partenaires

Enfin, j'ai réalisé neuf entretiens avec des partenaires extérieurs à la structure, après la fin de mon stage. Le choix des partenaires sollicités reste arbitraire et tient en grande partie à l'importance qu'ils me semblaient revêtir au regard de l'institution. J'ai ainsi interrogé des profes-

sionnels de santé, afin d'intégrer leur vision dans mon mémoire. J'ai donc pu rencontrer le médecin généraliste référent de la structure, le médecin addictologue qui suit la plupart des résidents, le psychologue de l'EMPP (équipe mobile psychiatrie-précarité) qui intervient sur la structure ainsi que l'infirmière de cette équipe mobile et enfin l'infirmier cadre responsable des admissions à l'hôpital psychiatrique. Ces entretiens ont globalement duré un peu moins d'une heure, toujours sur leur lieu de travail. J'ai ensuite réalisé des entretiens avec des personnes de la même institution que la structure observée, notamment le chef de service adjoint du Foyer de l'abbé Michel (Fam) – qui est par ailleurs sociologue, un ancien infirmier et responsable du service de post-cure de l'institution, ainsi qu'un travailleur social exerçant sur le dispositif information-réflexion-addictologie et intervenant à la Sras fréquemment. Ces entretiens avec des personnes de la même association m'ont permis de situer la position de la Sras en son sein, mais également de me questionner sur la culture associative. Enfin, un entretien a été mené avec une éducatrice spécialisée d'un Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui accueille un certain nombre de personnes sortant de la Sras. Ces entretiens avec des professionnels du travail social ont été plus longs que les autres puisqu'ils ont en moyenne duré une heure et demie.

De nombreux autres entretiens auraient pu être menés avec divers interlocuteurs : le responsable du centre médico-psychologique auquel se rendent les résidents, les aides-soignants, les aides à domicile et la kinésithérapeute qui interviennent dans la structure ou encore les mandataires judiciaires des résidents. Cependant, le grand nombre d'entretiens d'ores et déjà menés m'obligeait à faire des choix et à sélectionner mes interlocuteurs. Notons de plus que je n'ai à nouveau eu aucune difficulté pour m'entretenir avec ces professionnels puisque je m'étais bien souvent présentée à eux durant ma période de stage. Tous ont alors rapidement trouvé du temps pour me recevoir.

2.3. Un travail d'archives

Enfin, la dernière méthodologie que j'ai utilisée pour recueillir des données a constitué en un travail d'archives. Les archives institutionnelles sont entendues comme étant des documents associatifs dont l'utilisation n'est pas quotidiennement utile aux travailleurs sociaux.

Pour accéder aux archives de l'institution, je n'ai pas eu de difficultés particulières. Lors de mon premier jour, j'ai demandé au chef de service si je pouvais consulter les dossiers des résidents. Il m'a affirmé que j'étais exactement comme une « stagiaire lambda » et que j'avais « accès à tout ». J'ai donc regardé attentivement les dossiers des résidents, ainsi que les rapports d'activité de la Sras et de l'association depuis 1973. En outre, j'ai également pu accéder au projet de service de la structure et à divers autres documents. Cependant, je n'ai pas pu avoir accès aux anciens cahiers de liaison des travailleurs sociaux. Il s'agit d'un cahier de transmission quotidiennement utilisé par les professionnels pour échanger des informations sur le fonctionnement et sur les résidents, qui aurait pu être riche pour un sociologue. Michel Autès (1999) a en effet analysé le fait que le travail social se racontait beaucoup à l'écrit, dans la mesure où il inscrit son action dans un certain présentisme, entraînant ainsi les professionnels du travail social à considérablement écrire sur ce présent qui fait sens pour leur pratique. Néanmoins, si l'écriture est quotidienne pour les travailleurs sociaux, je n'ai eu accès qu'au cahier de liaison en place durant ma période de présence, les autres n'ayant pas été conservés dans les archives. Pourtant, les dossiers des résidents sont eux précieusement conservés, même après le départ des personnes. Cet usage du cahier de liaison, qui reste un outil assez peu formalisé, témoigne sans doute de la faible considération de cet écrit par l'équipe des travailleurs sociaux.

Delphine Serre a en effet démontré que le rapport à l'écrit des travailleurs sociaux n'est pas sans ambivalences (2008). S'il permet à certains professionnels d'être valorisés par cette pratique, l'écriture constitue une violence sym-

bolique pour nombre de travailleurs sociaux. En effet, la sociologue note qu'un certain nombre d'entre eux ont connu un rapport à l'institution scolaire complexe, parfois empreint d'échec, que l'exercice de l'écriture vient pour partie réactiver. À ce titre, il est d'ailleurs intéressant de remarquer que lorsque les dossiers des résidents leur sont remis, les « notes » rédigées par les professionnels sont, elles, gardées par l'institution, ce qui témoigne d'une forme de pudeur des travailleurs sociaux quant à leur écriture.

Les rapports d'activité, rédigés par les chefs de service successifs sont, eux, précieusement archivés. Un travailleur social est même désigné pour s'occuper spécifiquement de la conservation des archives. Globalement, j'ai pu étudier les rapports d'activité de presque toutes les années depuis la création de la structure, en 1995, excepté quelques années dont je n'ai pu retrouver la trace. Avant l'ouverture de la structure, soit 1995, j'ai eu accès à quelques rapports d'activité de l'association, mais sans grande continuité au travers des années.

Par ailleurs, il faut noter que je n'ai pas pu approcher les dossiers médicaux concernant les résidents. Ceux-ci sont stockés à l'infirmerie et les travailleurs sociaux n'ont théoriquement pas accès au diagnostic médical des résidents qu'ils accompagnent, dans la mesure où cette information est soumise au secret médical, duquel les travailleurs sociaux ne dépendent pas. Ainsi, j'ai fait le choix de ne pas demander à avoir accès à cette information afin de m'imprégner de ce qui façonne les catégories de pensée des travailleurs sociaux, quelle que soit la réalité du diagnostic. En effet, la centralité de mon enquête porte sur les représentations des travailleurs sociaux qui influencent leur pratique. À ce titre, l'accès aux diagnostics réels m'importait peu dans la mesure où les professionnels construisent eux-mêmes un raisonnement diagnostique profane pour orienter leur action.

Enfin, il faut remarquer que, si les dossiers des résidents ont été quelque peu exploités, ces derniers auraient pu considérablement être

examinés dans le cadre de ce travail. En effet, face à l'accumulation des données, il m'a été nécessaire dans le cadre du travail d'analyse d'effectuer une sélection. À ce titre, les entretiens, les observations ainsi que les rapports d'activité ont été finement étudiés. Néanmoins, l'analyse des dossiers des résidents aurait vraisemblablement gagné à être plus approfondie, tant ces derniers auraient pu se révéler intéressants pour poursuivre notre travail, comme nous l'indique l'article d'Aude Béliard et d'Émilie Biland (2008). Comme elles le soutiennent, cela nous aurait permis d'approfondir la question des rapports entretenus entre les résidents et l'institution et, de surcroît, d'analyser plus largement les trajectoires des personnes accueillies. Pour autant, si cette triple méthodologie utilisée entre les entretiens, les observations et quelques archives n'est pas exhaustive, cette démarche m'a tout de même permis de balayer un certain nombre de dimensions propres à cette structure, qui ont constitué des bases solides à la réalisation de notre monographie. Je vais désormais m'atteler à décrire plus précisément cette institution spécifique, qui a constitué le contexte géographique de mon enquête.

3. Organisation géographique de la structure

L'établissement est composé de deux bâtiments. Il y a un grand bâtiment, majestueux, en pierres apparentes. Il se situe en haut d'une petite côte, que les résidents peinent parfois à monter. On trouve au rez-de-chaussée le réfectoire, la cuisine et la plonge. Les résidents, actuellement au nombre de cinquante et un, ont l'obligation en venant à la Sras de participer physiquement et financièrement aux repas. Ainsi, ils payent tous les mois leur loyer ainsi que leur participation aux repas, quel que soit leur présence effective¹². En 2017, la restauration est effectuée par une cuisine centrale et une cuisinière est présente pour procéder à la distribution du repas. C'est assez récent,

puisque'il y a encore quelques mois, les professionnels faisaient réchauffer les plats et effectuaient les autres tâches liées à la restauration, faute de présence d'un professionnel de cuisine le soir. Concernant les repas, les résidents s'installent à la table qu'ils désirent, même s'ils s'assoient souvent aux mêmes places. Ils se lèvent ensuite pour prendre leur entrée puis leur plat. À chaque repas, ils se mettent en rang devant la cuisinière et ils tendent leur assiette pour se faire servir. Derrière ce réfectoire, qui est la seule salle pouvant accueillir tous les résidents en même temps, se trouve une petite salle, dite « d'animation ». Elle est composée d'une télévision et de trois vélos d'appartement, puisque c'est dans cette salle que la kinésithérapeute intervient avec les résidents. Enfin, dans le même couloir se trouvent deux chambres, dédiées depuis 2001 aux lits halte soins santé (LHSS), accueillant des personnes sans logement personnel, ayant besoin de soins, sans avoir nécessairement besoin d'être hospitalisées. Elles bénéficient alors d'un hébergement stable durant quelques semaines. Juste en face se trouvent des sanitaires puis l'infirmerie, fermée avec une porte à code, dont on m'a rapidement donné la combinaison.

Au sein de l'infirmerie se trouve une table d'examen, des placards remplis de boîtes de médicaments, des tiroirs débordant de dossiers médicaux ainsi qu'un coffre dans lequel sont enfermés les toxiques¹³, soit les médicaments qui nécessitent une vigilance accrue. Les travailleurs sociaux ont accès à ce coffre aussi bien qu'à l'infirmerie, car ils doivent procéder à la distribution des médicaments en l'absence de l'infirmière. L'infirmerie est ainsi une petite pièce très encombrée dans laquelle les intervenants de santé déposent leurs affaires. Elle a une fonction de vestiaire donc, mais c'est un aussi un lieu de « coulisse » pour les professionnels. Avec cette porte qui est davantage fermée que celle du bureau des travailleurs sociaux, l'infirmerie est souvent un lieu où les émotions s'expriment et où les confidences se partagent entre les professionnels. En revanche, l'infirme-

12 Le montant de la participation aux repas se situe entre 80 et 130 euros par mois selon les ressources des résidents. Les loyers ont un montant de 220 euros par mois, mais l'Allocation Personnalisée au Logement (APL) prend en charge une partie du loyer lorsque les personnes peuvent en bénéficier. Ainsi, un résident au RSA paiera son loyer 30 euros par mois, après déduction de l'APL.

13 Au moment de ma recherche, il y avait notamment du Subutex, un traitement substitutif de la pharmacodépendance à l'héroïne ou aux drogues et de l'Acupan, un antidouleur important.

rie n'est qu'un lieu de passage pour les résidents, ils n'y restent pas, contrairement au bureau des travailleurs sociaux où certains résidents s'installent parfois pendant plusieurs heures.

Il y a ensuite trois étages au bâtiment, sans ascenseur, mais avec un escalier. Au pied de celui-ci se trouvent des grandes plantes, dans lesquelles sont fréquemment cachées des bouteilles de vin en plastique vides. À côté se trouvent deux fauteuils roulants, en libre accès pour les résidents et les professionnels. La cage d'escalier est entourée de grosses cordes, qui constituent des sortes de hamacs entre les étages¹⁴.

Cet aménagement a été mis en place dans le but de prévenir la chute d'un hébergé du haut de l'escalier, situation s'étant déjà produite auparavant. Les premiers et deuxièmes étages sont composés de chambres individuelles de neuf mètres carrés. Elles sont toutes meublées d'un lavabo, d'un lit d'une personne, d'une armoire souvent vétuste et d'un bureau. Les résidents sont ensuite libres de les aménager selon leur goût. Des sanitaires se trouvent sur le palier, au milieu du couloir et à l'entrée. Ils sont quotidiennement souillés, ce qui constitue un motif de plaintes récurrent de la part des résidents. À ce titre, j'ai de nombreuses fois entendu la phrase « *Ici c'est pas la Sras, c'est la crasse !* ». Au bout du couloir du premier étage, il y a une laverie et la chambre de garde, dans laquelle dort chaque soir un travailleur social. Il s'y trouve également une salle de bains avec baignoire, accessible pour les personnes ayant une mobilité réduite.

Au deuxième étage, un bureau fait office de vestiaire. Cette pièce sert aussi de lieu pour l'analyse des pratiques professionnelles qui se déroule tous les mois depuis 2008 sous la supervision d'un thérapeute. Initialement, ces salles au bout des couloirs étaient des séjours réservés aux hébergés.

Enfin, au troisième étage, il y a quatre chambres, qui sont nettement plus grandes que les autres. Les résidents qui y logent sont plus « autonomes », selon les travailleurs sociaux et disposent ainsi d'une petite cuisine et d'un salon qu'ils partagent à quatre. Ces résidents, sous un contrat spécifique, ne doivent plus manger au réfectoire mais cuisiner eux-mêmes leurs propres repas afin de gagner en « autonomie », au sens des travailleurs sociaux et d'ainsi favoriser leur orientation en dehors de la Sras.

Derrière ce grand bâtiment se trouve le parking où se garent les professionnels ainsi que les véhicules de service. Plus loin se trouve un grand jardin, avec un potager entretenu par plusieurs résidents de la Sras. Devant le bâtiment, il y a un terrain de pétanque, de nombreux bancs très souvent occupés par les résidents ainsi un kiosque sous lequel ils peuvent s'abriter. Il y a en contrebas deux bureaux pour les travailleurs sociaux, les sanitaires des professionnels, ainsi que le bureau du chef de service et celui du bailleur. Les bureaux des professionnels sont relativement petits et encombrés. Sont affichés au mur de multiples informations sur les résidents, mais ces documents concernent également les professionnels, notamment leurs horaires. Les résidents sont plutôt libres d'y entrer et y restent parfois longtemps. Pour autant, les professionnels se réservent le droit de demander aux personnes de sortir en certaines occasions, notamment lors d'échanges entre collègues.

4. Données concernant les professionnels

Après avoir brièvement décrit le fonctionnement de la structure, il s'agit maintenant de décrire le fonctionnement et l'organisation de l'équipe des travailleurs sociaux. Tout d'abord il faut noter que tous les professionnels de l'association s'appellent entre eux des « animateurs », malgré leur statut parfois d'éducateur spécialisé ou d'assistant de service social diplômé. Cette

14 Voir la photographie en annexe 3.

appellation vient du fait qu'historiquement, l'association employait plutôt des personnes non diplômées ou titulaires du diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation (Defa), un diplôme qui n'existe plus à l'heure actuelle en tant que tel. De fait, seuls les professionnels du soin se qualifient au regard de leur diplôme.

Cette tradition d'embauche de personnes non diplômées a toujours existé au sein de l'association et perdure encore actuellement. Ainsi, dans le rapport d'activité de 1973, qui est la plus vieille archive que j'ai pu analyser, il est noté le souci de former les personnes au sein d'un milieu faiblement diplômé : « *Ensuite, la formation du personnel d'encadrement, car si la bonne volonté, la valeur morale de chaque membre de l'équipe me paraissent des éléments essentiels, la complexité de l'action à entreprendre pour apporter une aide efficace aux hébergés nécessite l'acquisition d'une technicité dans la relation, l'animation, les connaissances des lois administratives, le droit : pénal, civil et du travail, la gestion. Cette formation doit aussi permettre une analyse approfondie dans la connaissance de soi et de l'autre pour que notre action d'aide permette l'épanouissement humain le plus complet possible des personnes accueillies* ». (rapport d'activité, 1973¹⁵)

Outre le discours, le rapport mentionne que l'association encourage très largement le départ en formation du personnel. Ainsi, il est prévu que trois ans plus tard, en juin 1976, « *80 % du personnel d'encadrement social à plein temps, actuellement en fonction, aura cette formation de base* » (rapport d'activité, 1973). Notons que cette période correspond également à une certaine apogée des métiers du travail social, comme l'a démontré Michel Autès (1999) dans ses travaux. Cependant, le travail de Philippe Bregeon (2008) nous permet de préciser que le mouvement de professionnalisation générale du travail social s'est opéré de manière spécifique au sein des CHRS. En effet, la volonté de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (Fnars) est, à cette époque, de maintenir à distance les

professions sociales classiques avec l'idée sous-jacente qu'elles pourraient opérer un détournement de leurs idéologies. De fait, les CHRS recrutent la majorité de leurs professionnels en dehors du secteur social, ce qui correspond encore à la réalité d'aujourd'hui. En effet, sept des neuf travailleurs sociaux, dont le chef de service, viennent initialement d'autres milieux professionnels, comme le cinéma, le commerce, ou encore l'industrie chimique.

Il faut par ailleurs remarquer selon l'analyse de Michel Autès que la fonction d'animateur est spécifique au sein du travail social, dans la mesure où celle-ci est moins encadrée et moins définie par le législateur. À ce titre, Autès note que : « *moins rigidifiée et codifiée que les autres, la profession d'animateur va s'adapter avec moins de difficultés aux redéfinitions socio-politiques et administratives du champ social* » (1999), ce qui, on le verra, va constituer une donnée importante dans notre travail.

Actuellement, au sein de la Sras, il y a un chef de service, huit travailleurs sociaux et une infirmière, embauchée par l'association Envol, de laquelle la Sras fait partie. D'autres intervenants y exercent mais sont soit rattachés à d'autres services, comme les personnes travaillant en cuisine ou dans l'entretien des locaux, soit à extérieurs à l'association, bien qu'ils y interviennent quotidiennement, comme les aides à domicile.

Le nombre de travailleurs sociaux a progressivement augmenté. Lors de ma période d'observation, une personne allait d'ailleurs être recrutée en supplément. Le poste de chef de service a toujours été occupé par un homme, pour des périodes relativement longues puisqu'il a été investi à deux reprises pour une dizaine d'années. Par ailleurs, il faut noter qu'un certain nombre d'anciens professionnels de la Sras sont désormais cadres dans d'autres structures de l'association. Concernant le poste de l'infirmière, celui-ci a toujours été occupé par une femme, avec un *turn-over* assez faible, les infirmières étant restées environ six ans sur le

15 L'ensemble des citations issues des rapports d'activité seront retranscrites en italique, afin de faciliter la lecture.

service. A la fin de ma période d'observation, le chef de service et l'infirmière en poste partaient et allaient être remplacés.

Concernant l'équipe d'animation, elle est composée de huit travailleurs sociaux au moment de mon enquête. Il y a une très large majorité d'hommes, puisque seulement deux femmes sont en poste dans cette structure, ce qui est assez étonnant au regard de la globale féminisation des métiers du travail social. Toutefois, il s'avère que le travail social a plus précisément été historiquement divisé en ce qui concerne le sexe des intervenants. Si les femmes ont souvent été associées au travail avec les enfants, les hommes ont d'autant plus encadrés les adultes (Bessin, 2009).

Les deux femmes présentes occupent des postes spécifiques, une étant dédiée à un poste concernant l'hygiène des résidents, l'autre travaillant sur la question des orientations et des droits concernant leur santé. Tous les autres travailleurs sociaux hommes occupent en revanche des postes classiques, qualifiés comme des postes d'« animateur ». Lors de mon arrivée pour mon étude, une femme qui remplissait ce rôle d'« animatrice classique » venait de quitter son poste. Diplômée assistante sociale, il est dit qu'elle aspirait à intégrer un poste « à la hauteur de ses compétences », selon les travailleurs sociaux. Elle fut d'ailleurs remplacée par un homme non diplômé. Les deux femmes présentes ont des diplômes du travail social, l'une est assistante de service social, l'autre conseillère en économie sociale et familiale. Concernant les hommes, ils sont quatre sur six à ne pas être détenteurs d'un diplôme du travail social. Il y a donc une corrélation nette entre le genre et le diplôme au sein de la structure. En parallèle, les hommes présents dans la structure ont plus d'expérience que les femmes.

Il faut noter la tradition masculine de l'association par rapport à l'embauche des travailleurs sociaux. Le rapport d'activité de 1982 du Foyer de l'abbé Michel (structure de l'association Envol) consigne ainsi que les infirmières bénévoles venant quelques soirs par semaine : « sont

la seule note féminine dans cette communauté d'hommes », qu'il s'agisse des professionnels ou des résidents.

À l'aune de ces constats, j'émet l'hypothèse qu'il est davantage nécessaire aux femmes d'être détentrice d'un diplôme du travail social en raison de la concurrence, à la différence des hommes, moins nombreux sur ce secteur. En effet, les structures préférant le plus souvent qu'une certaine parité soit respectée dans leurs équipes, vont recruter plus facilement des hommes non diplômés, d'autant que ceux qui détiennent un diplôme passent souvent rapidement au statut de cadre (Bayer, 2013).

Par ailleurs, il me semble que les professionnels titulaires d'un diplôme de niveau III (assistant de service social, éducateur spécialisé) n'aspirent pas à faire carrière au sein de la Sras. En effet, la dilution des missions est telle qu'une partie des tâches à effectuer au sein de la structure se retrouvent relativement éloignées du cœur de métier des travailleurs sociaux. Cela peut donc les conduire à convoiter d'autres postes, comme en témoigne d'ailleurs le discours de la seule assistante de service social qui m'affirme ne pas vouloir rester à la Sras trop longtemps. Par ailleurs, il y a également une corrélation entre la durée d'exercice au sein de la Sras et le niveau de diplôme : les personnes les moins qualifiées restent davantage. Les mobilités professionnelles restent en effet complexes pour des personnes non diplômées.

Enfin, la politique de recrutement de l'association n'est pas nécessairement axée sur le diplôme. En difficulté financière selon plusieurs cadres que j'ai pu rencontrer, le fait qu'une personne non diplômée soit moins coûteuse pour l'association est également une donnée à prendre en compte.

Concernant leur quotidien de travail, les travailleurs sociaux effectuent des horaires décalés. Ce sont eux qui assurent les nuits et non des veilleurs. Pour autant, dans la mesure où ces nuits sont dites « couchées » c'est-à-dire qu'ils ont la possibilité de dormir, le temps de travail qui leur

est compté est de trois heures par nuit. Cette réalité, cumulée à d'autres variables, conduit l'équipe à fortement déprécier ce travail nocturne. Outre les nuits, les travailleurs sociaux assurent également les week-ends et les jours fériés. Leurs horaires les conduisent ainsi souvent à travailler en soirée et de surcroît à se trouver en situation de travail isolé, à partir de 19h15 et jusqu'à 8h30 le lendemain. J'ai pu constater durant mon terrain d'observation que cette question des horaires était extrêmement importante pour les travailleurs sociaux.

Les tâches des professionnels, comme nous l'avons dit, sont très variées. Le précédent chef de service avait effectué une division du travail, entre les personnes travaillant davantage sur la « collectivité » et d'autres travaillant plus sur l'« accompagnement ». Le chef de service présent lors de ma recherche avait, lui, souhaité que chacun les exécute toutes. En dehors des tâches classiques en terme d'accompagnement social ou d'hygiène, les travailleurs sociaux exercent des tâches de gestion locative, comme parfois l'encaissement des loyers et des participations ou encore le déménagement de chambres, mais d'autres liées au bon fonctionnement de la vie quotidienne de la structure, comme mettre le repas à chauffer dans un four professionnel quand le personnel de cuisine est absent, servir le repas ou encore réapprovisionner les distributeurs de papier. Chacun des professionnels a d'ailleurs une ou deux « missions » éloignées de sa fonction première dont il a la charge : gestion des archives, entretien des véhicules ou encore gestion de la blanchisserie. Ainsi, un rapport d'activité témoigne de la pluralité des tâches à accomplir durant le week-end : « *Distribuer les médicaments, approvisionner le petit déjeuner, permanences administratives, gestion du courrier, voir si tout va bien, aller chercher la nourriture, veiller au bon déroulement du repas, veiller à ce que les tâches soient faites, proposer des animations, nettoyer la chambre de garde, être vigilant vis-à-vis des personnes en mauvaise santé* » (rapport d'activité, 2002). Cette dilution des tâches n'encourage pas les diplômés à rester durablement dans la structure.

Enfin, des tâches propres à la santé sont également effectuées par les travailleurs sociaux. Ils sont ainsi fréquemment amenés à distribuer les médicaments par exemple, ou encore à être présents dans les salles de consultation avec les médecins et les résidents. Outre ces tâches éparses, les professionnels ont des temps de mise en commun de leurs expériences. Ainsi, une réunion hebdomadaire est organisée en présence de tous les travailleurs sociaux, du chef de service et de l'infirmière. Par ailleurs, tous les matins, les professionnels présents se réunissent dans la salle d'animation pour un « *briefing* », qui est l'occasion de faire le point sur les actualités de la veille et l'organisation de la journée. Outre ces moments, les travailleurs sociaux se réunissent mensuellement pour les séances d'analyse des pratiques professionnelles, encadrées par un thérapeute. C'est un moment particulier dans la mesure où les stagiaires et le chef de service n'y sont pas conviés au contraire des autres moments que nous avons évoqués plus haut.

Après avoir cadré le contexte méthodologique, géographique et professionnel de l'enquête, il nous faut désormais nous atteler à analyser le public accueilli au sein de cette structure.

CHAPITRE 2 : APPROCHE SOCIOHISTORIQUE DU PUBLIC PRIS EN CHARGE

Après avoir développé le contexte dans lequel s'est déroulée l'enquête, il s'agit désormais de revenir précisément sur le public accueilli au sein de la structure ainsi que sur son évolution historique. Au prisme de cette évolution, il s'agira de saisir en quoi ce public constitue une catégorie hors-cadre des politiques sociales contemporaines et comment s'opère alors concrètement et localement la prise en charge de ce public.

1. La construction locale d'une catégorie hors-cadre

1.1. Le Foyer de l'abbé Michel

Pour développer plus spécifiquement comment s'est construite la Sras, il faut revenir sur le fait que cette structure fut créée à l'occasion de travaux « d'humanisation » au Foyer de l'abbé Michel (Fam) au milieu des années 1990, réduisant alors le nombre de lits d'accueil de la structure. Il a donc fallu à cette occasion que l'association trouve de nouvelles places d'hébergement sur un autre site, en développant un projet spécifique pour cette nouvelle institution.

Il est toutefois nécessaire de remonter quelque peu dans l'histoire du Fam pour comprendre ce mouvement de déplacement de l'institution, ainsi que le public pour lequel il a été pensé. Le Fam fut créé en 1882 par l'abbé Michel. Ce fut un des premiers asiles de nuit en France. Sa mission première était d'accueillir les personnes de passage dans la ville. Ainsi, sa population était composée majoritairement de travailleurs saisonniers et de quelques « soleils », appellation des personnes qui dormaient à l'époque sur les bancs de la ville. Intitulé initialement l'« Hospitalité », l'association qui encadre le Fam va être renommée en 1905 la « Charité hospita-

lière de nuit ». C'est donc une association à but non lucratif, qui dépend de la loi de 1901, qui sera composée de bénévoles jusqu'en 1958. Il est ainsi historiquement considéré qu'aucune formation ou connaissance spécifique ne sont nécessaires pour exercer dans les asiles de nuit.

Les centres d'hébergement ont peu été étudiés par la littérature sociologique (Bregeon, 2008), ce qui rend complexe la contextualisation plus large de cette structure en dehors des archives fournies par l'institution elle-même. Nous pouvons tout de même affirmer que le Fam s'inscrit dans un réseau de création d'établissements charitables ayant vocation à prendre en charge les pauvres, dont le nombre est croissant dès le début du XIX^e siècle (*ibid.*). En effet, en parallèle aux hospices, ces établissements à la vocation charitable se développent considérablement. Par ailleurs, il n'est pas anodin que l'appellation même de l'association fasse référence à la « charité hospitalière ». En effet, le déploiement de ces structures – qui constituent les ancêtres des centres d'hébergement – entretient une certaine proximité avec les hospices de l'époque, autant dans leur vocation philanthropique qu'au regard du public accueilli. Philippe Bregeon note que ces structures sont d'ailleurs sous l'emprise tutélaire des professions médicales, ainsi que des juristes et des notables (*ibid.*). Mais au-delà de la charité, ces structures d'hébergement fermées ont également un intérêt social : « *les villes bien policées ont des maisons où elles retirent les nécessiteux non malades afin de faire des pépinières d'artisans et d'empêcher les vagabonds et les fainéants qui ne demandent qu'à bêlister et à voler* » (Bregeon, 2008, p. 3). Il semblerait ainsi que ces structures d'hébergement se soient initialement spécialisées dans l'accueil des pauvres non méritants, qui auraient alors fait le choix de l'inactivité, tandis que l'hospice accueillait lui les pauvres méritants.

Initialement, l'association de la charité hospitalière de nuit n'encadrerait que le Fam, mais d'autres structures vont progressivement se développer. L'association jouit aujourd'hui d'une implantation notable dans la ville en ce qui

concerne l'hébergement des personnes sans logement. Elle s'appelle aujourd'hui Envol suite à la fusion avec une autre association depuis 2011. Par ailleurs, elle met fréquemment en avant le fait que l'État l'a qualifiée d'« association à fort enjeu ». Actuellement, Envol est composée d'un centre d'accueil d'urgence (le Foyer de l'abbé Michel), de cinq centres d'hébergement et de réinsertion sociale spécialisés dans des accueils différents (milieu rural, accueil de femmes avec enfants, accueil d'hommes seuls, accueil de personnes sortant d'incarcération), de trois pensions de famille et d'une résidence sociale ainsi que d'une pluralité d'activités liées à l'insertion économique et à l'accompagnement social.

Depuis sa création, le Fam a toujours été un accueil d'urgence. Les personnes y sont accueillies à la nuitée ou durant quelques jours, mais il n'est pas un lieu de vie. Il est pensé comme étant une structure pour des personnes de passage, à l'instar de la plupart des foyers d'hébergement de l'époque. Le rapport d'activité de 1973 nous apprend que 1369 personnes différentes ont été hébergées sur l'année, la majorité restant entre deux et trois jours. Le Fam a toujours accueilli uniquement des hommes majeurs. C'est un critère de sélection essentiel, mais à propos duquel je n'ai relevé aucune interrogation ou questionnement sur les plus de quarante années de rapports d'activité que j'ai parcourus. Le Fam a une capacité de cent soixante places à cette époque, puisqu'il est composé de deux grands dortoirs collectifs de quatre-vingt lits. Les rapports consignent par ailleurs qu'ils ne refusent jamais l'accueil d'une personne, même si elle doit dormir sur un banc ou dans le réfectoire, faute de place. Depuis le début des années 2000, notons que cette forme d'accueil a cessé en raison de l'accroissement des demandes formulées à l'égard de la structure. Par ailleurs, le système des admissions est désormais géré par un service externe qui oriente la personne vers un établissement. Les demandeurs ne peuvent donc plus se présenter physiquement devant le centre afin de solliciter un hébergement pour la nuit.

Pendant les années 1980, les rapports d'activité déplorent l'extrême vétusté des locaux. Le rapport d'activité de 1982 calcule qu'en hiver, les personnes accueillies bénéficient en moyenne d'un mètre carré d'espace dans la structure. En parallèle, il mentionne la dangerosité des escaliers et l'inadaptation des locaux aux personnes en situation de handicap, ces personnes « *devant dormir sur des bancs ou sur des cartons dans le réfectoire* » (rapport d'activité, 1982). Cette promiscuité et ces conditions d'hébergement drastiques ne sont cependant pas le seul fait de cette structure. Philippe Bregeon note ainsi que « Dans la tradition de la philanthropie, l'idée sous-jacente est de marier le secours avec la répression » (*ibid.*, p. 6). De fait, l'ensemble des « foyers », qui seront plus tard renommés « centres », fonctionnent avec des conditions d'accueil similaires.

Progressivement, les travailleurs sociaux s'alarmeront des conditions d'hébergement qu'ils proposent. Nous avons pu observer les prémices de ces réflexions au début des années 1980, mais les travaux ne commenceront qu'au milieu des années 1990. L'objectif de ces travaux est d'« humaniser » cette structure en créant des chambrettes pour quatre ou huit personnes. La notion d'« humanisation », au sens de l'association, entend finalement le fait de rendre les conditions d'accueil des personnes plus dignes. L'hébergement en dortoir collectif de quatre-vingt personnes est considéré comme inadapté, à la fois aux personnes et à leurs besoins. De surcroît, cette « humanisation » correspond également à des besoins en termes de sécurité pour la structure et ses veilleurs de nuits, ainsi qu'en termes de santé publique concernant la contagion de maladies. Par ce processus, la capacité d'accueil du Fam était cependant destinée à être réduite, précisément de cinquante places. Face à ce constat, les travailleurs sociaux ont commencé à réfléchir à une autre structure pour accueillir les personnes qui ne pourraient plus y être hébergées. Ainsi, cette « humanisation » des locaux offre l'opportunité à l'institution de se questionner sur son public et sur l'accueil qu'il propose.

1.2. Une réflexion sur la population du Foyer de l'abbé Michel

A l'étude des rapports d'activité, nous avons pu constater dès les années 1970 que le paradigme de la pauvreté était envisagé dans une acception générale, englobant aussi bien les aspects de la santé, de la vie familiale et conjugale, le niveau scolaire et professionnel ou encore le rapport au logement. La dimension économique de la pauvreté ne fait finalement que partie intégrante d'une plus large pluralité de facteurs qui l'expliquent. Cette vision est à rapprocher du contexte économique de l'époque. En effet, face à un quasi plein emploi, la pauvreté est considérée comme étant résiduelle. De fait, le chômage est considéré comme étant lié à une « incapacité personnelle » pouvant inclure de multiples facteurs déterminants.

En parallèle, la notion de handicap est aussi présente dans les rapports, une conséquence sans doute du retentissement de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées. La recherche de Philippe Bregeon sur l'histoire des centres d'hébergement nous apprend également que la notion de « handicap social » est centrale dans la décennie des années 1970, rejoignant cette vision déterministe que nous avons mise en avant. Il relève concernant les populations accueillies en centres d'hébergement qu'elles sont considérées comme des handicapées sociales, dont l'inadaptation se transmet de génération en génération. Il est d'ailleurs intéressant de noter que cette catégorisation du « handicap social » a été défendue par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (Fnars) afin qu'elle puisse entrer et être reconnue dans la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées. Cette volonté se soldera par un échec, mais éclaire la tentative de rapprochement des centres d'hébergement vers un paradigme sanitaire à cette époque.

Pour autant, cette vision de la pauvreté va progressivement être remise en question par les politiques sociales mouvantes à cette époque, ainsi que par la montée d'un chômage de

masse. Ainsi, en 1985, le rapport d'activité pose la question des « nouveaux pauvres » et met en avant qu'une partie de la population se renouvelle considérablement et déclare lors de son arrivée au Fam faire appel pour la première fois à l'aide sociale en matière d'hébergement. Cette « nouvelle pauvreté » s'accompagne également d'un rajeunissement de la structure. Au sein même des rapports d'activité, cette réalité est attribuée à la récession économique s'installant en France suite aux chocs pétroliers des années 1970. Ainsi, le rapport d'activité de 1982 note que le nombre de lits a cru de 15,6 % entre 1978 et 1982.

Robert Castel, ayant analysé les transformations historiques des formes de la pauvreté pointe en effet, qu'à partir du milieu des années 1980, la pauvreté n'est plus considérée comme étant résiduelle et semble toucher des catégories de personnes jusqu'à présent insérées dans la vie sociale (Castel, 1995). À ce titre, Castel catégorisera trois zones pour éclairer ces mouvements : les intégrés, les vulnérables – dont la propension augmente au prisme de cette nouvelle pauvreté notamment en raison de l'effritement de la société salariale et des protections qu'elle garantissait – et les exclus, désormais dépendants du système de l'aide sociale. De fait, le constat local de cette structure n'est pas sans lien avec les évolutions politiques et économiques plus larges.

Dans le même temps, au sein du Fam, les personnes plus âgées commencent à questionner l'institution et la fonction qu'elle exerce à leur égard. Historiquement déjà, nous avons pu constater que les institutions ancêtres des centres d'hébergement avaient catégorisé deux types de population, les « reclassables » et les « non reclassables ». En effet, le recentrement de l'hôpital sur sa fonction curative a conduit l'aide sociale à prendre en charge aussi bien les pauvres méritants que les non méritants. Toutefois, « *Les premiers seront au centre de leurs préoccupations. Les seconds, à cause de leurs réticences à toute forme de participation et à la discipline, sont couramment refoulés de l'aide sociale à l'hébergement* » (*ibid.*, p. 8).

J'ai ainsi pu constater que cette catégorisation a été efficiente au sein du Fam. Dans le cadre de cette ligne de partage, l'arrivée de personnes plus âgées, bien que peu nombreuses, questionne la structure. « *Malgré ce rajeunissement, quatre personnes âgées de plus de 65 ans sont venues pour la première fois. Ce chiffre à la fois faible et énorme donne à réfléchir...* » (rapport d'activité, 1985). Une réflexion qui dix ans auparavant n'était pas posée en ces termes. En 1973, le rapport d'activité mentionne effectivement qu'il existe des « *isolés professionnels d'hyper-exclus* », définis comme des personnes présentes depuis plusieurs mois au Fam, qui sont « *incapables physiquement ou moralement de tenir un travail stable* » et qui sont « *assez âgées et refusent des structures telles que les hospices* » (rapport d'activité, 1973). Pour autant, cette population ne remet pas en question la place qu'elle occupe au Fam, au contraire, le rapport précise qu'« *une structure telle que le foyer de l'abbé Michel convient mieux car ils se sentent plus de liberté d'action* » (rapport d'activité, 1973). Cette population semblait ainsi faire partie intégrante des missions de la structure.

Une hypothèse que nous pouvons alors poser est que le paradigme de la « nouvelle pauvreté », constat qui a précédé la création du revenu minimum d'insertion (RMI), vient en réalité réintroduire la place centrale qu'occupe l'emploi au regard de la pauvreté. Comme le souligne Philippe Bregeon, « *La mise en œuvre du RMI génère de nouvelles formes de représentations de la pauvreté* » (Bregeon, 2008, p. 17). Devenu plus rare, l'emploi devient parallèlement le vecteur privilégié de la « réinsertion ». Nicolas Duvoix a lui aussi analysé le fait que les politiques sociales se sont progressivement réorientées vers le paradigme central de l'emploi. Dans ce cadre, le travail est considéré par les politiques sociales comme le vecteur central de l'épanouissement et de l'inclusion de la personne. Ainsi, les individus en situation de handicap, jusque-là considérées comme étant légitimement éloignées de l'emploi, se voient attribuée la possibilité, voire l'injonction, d'accéder à des emplois adaptés (Fillion, Ravaut et Ville, 2014).

L'emploi est ainsi considéré comme étant le seul gage de l'intégration de la personne dans un cadre social inséré. Mais au-delà de ce paradigme qui est porté par les politiques sociales, des sociologues comme Robert Castel ont également défendu à cette époque le primat de l'emploi pour penser le degré d'inclusion de la personne au sein de la société.

Ainsi, si les personnes sans emploi de longue date au Fam ont toujours constitué une file active de la population, le milieu des années 1980 vient réinterroger le sens de leur accueil. Il est noté en 1985 : « *ils ont dépassé l'âge fatidique (les hommes de plus de 45 ans) au-delà duquel la société considère aujourd'hui qu'il n'y a plus de réinsertion possible* » (rapport d'activité, 1985). Ainsi, par réinsertion, le rapport d'activité semble entendre le retour à l'emploi et au logement classique, alors même que la vision antérieure de la pauvreté qui était développée mettait justement l'accent sur une pluralité de variables la concernant.

Par conséquent, le rapport à l'emploi semble être un facteur qui monte en puissance durant cette décennie, auquel est associé un critère d'âge, qui pourtant fluctue. Ce sont parfois les personnes de plus de 45 ans qui questionnent les travailleurs sociaux ou bien ceux de plus de 65 ans. Ainsi, ce constat révèle au sociologue que cette catégorisation d'un public qui ne convient plus à la structure est le résultat d'une construction sociale. En plus de leur âge, c'est également la durée de présence des hébergés qui devient problématique. Cette double variable de l'âge et de la durée de séjour est donc à la source de la catégorisation de ce public éloigné des nouveaux standards portés politiquement. Ainsi est-il relaté dans un rapport d'activité : « *Plus la durée du séjour augmente, plus on constate que les hommes concernés accumulent les handicaps : affectifs, culturels, professionnels, physiques, mentaux etc. Parmi les quatre-vingt-douze hommes dont le temps de séjour total a été supérieur à six mois en 1986 et qui étaient souvent les plus démunis, rares ont été ceux auxquels nous avons pu proposer un projet qui puisse leur convenir (...) nous*

n'avons rien d'autre à leur proposer que d'attendre de pouvoir, à soixante ans, être logés dans une maison de retraite » (rapport d'activité, 1986).

Les personnes restant dans la structure plus longtemps que la moyenne questionnent considérablement les travailleurs sociaux de l'époque, parallèlement à la question du vieillissement du public. Le rapport de 1982 relève plus tard que : « *plus les tranches d'âge sont élevées, moins le renouvellement de leur population est important ; il n'atteint que 10 % chez ceux qui ont dépassé 65 ans* » (rapport d'activité, 1982). Cette phrase nous révèle finalement que le renouvellement de la population semble être devenu une donnée importante. En effet, tandis que le Fam définit son cœur d'action dans l'accompagnement vers l'emploi et le logement auprès d'un public plus jeune, l'accompagnement de ces personnes plus installées dans la structure fait considérablement croître la durée de séjour moyenne de la structure, alors qu'il est au contraire valorisé pour un centre d'accueil d'urgence d'accomplir sa mission avec rapidité et efficacité. Le rapport d'activité met ainsi en avant que « *la politique sociale adoptée au niveau national (...) préconise la limitation de la durée des séjours dans les établissements d'hébergement* » (rapport d'activité, 1986). Ainsi, il semble bien que ce soit un effet des politiques sociales et de leurs orientations qui impose ce changement de paradigme au sein de l'institution.

L'objet des questionnements de l'institution au milieu des années 1980 semble ainsi correspondre aux écarts qui se creusent entre les injonctions politiques contemporaines et la réalité du public accueilli. L'arrivée du revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988 va finalement entériner cette catégorisation entre le « vrai » public du nouveau paradigme de l'insertion et celui qui, au contraire, n'entre pas dans les attentes normatives que la politique formule.

1.3. La mise en place du revenu minimum d'insertion

Initialement, le Fam dit se questionner sur l'utilité du RMI, les personnes en fin de droits au chômage touchant alors à l'époque une allocation départementale. En outre, le rapport note une inquiétude concernant ses effets : « *Débarassés partiellement de certaines contingences matérielles, ils veulent se sentir plus libres et «chez-eux». On peut se poser la question de savoir s'il s'agit là d'une réelle réinsertion ou d'un pis-aller face à des situations d'exclusion sociale qui restent au fond très réelles* » (rapport d'activité, 1988). L'introduction de la notion d'« insertion » questionne considérablement la structure. En effet, le Fam se demande comment la population qu'elle accueille va parvenir à respecter les critères que la prestation propose. Mais progressivement, le foyer va se dire intéressé par la « *mise en route et l'accompagnement des démarches d'insertion des pensionnaires* » (rapport d'activité, 1989).

Nicolas Duvoux (2009) a analysé le fait que le RMI a initialement été pensé comme une prestation à vocation universelle. Elle a au départ été instaurée pour répondre à une pauvreté que le système assurantiel, garanti par le travail, ne pouvait plus offrir dans un contexte de chômage croissant. La prestation du RMI devait donc pallier à ces situations marginales d'écart avec la sphère de l'emploi. Le législateur a alors pensé l'insertion comme un devoir de la société envers les individus. Dans ce cadre, le manque d'emploi est considéré comme une dette de la société envers ses contribuables. L'objectif initial du RMI n'était donc pas de demander des contreparties aux bénéficiaires, mais plutôt à la société elle-même se devant de garantir une « insertion » à tous les demandeurs de la prestation. À ce titre, un contrat d'insertion engageait donc la société à fournir des opportunités d'action pour que la personne se « réinsère ». Dans ce cadre, Duvoux note que le législateur a laissé une très large marge de manœuvre dans l'application de ce contrat d'insertion. Mais très rapidement et notamment dès le passage de la droite au pouvoir, le contrat d'insertion entendu

comme un devoir de la société envers le bénéficiaire s'est inversé en des demandes de contreparties aux allocataires bénéficiaires de la prestation du RMI.

Dans le même temps, le Fam théorise également l'accompagnement qu'il réalise auprès de ses hébergés en s'inspirant des prérogatives nationales. Ainsi, au départ, l'insertion est entendue comme pouvant être travaillée par les travailleurs sociaux aussi bien sur le registre de l'insertion par l'emploi que sur le plan de la santé, du logement ou encore des loisirs. Face à l'écart constaté par les travailleurs sociaux avec la norme de l'emploi qui se précise progressivement sur la scène nationale et la réalité du public qu'ils accueillent, ceux-ci remarquent que le « *projet souvent retenu est celui de l'amélioration de la santé* » (rapport d'activité, 1992). En effet, si la santé de ces personnes considérées comme vieillissantes et installées au Fam était auparavant peu mise en avant dans les questionnements notifiés dans les rapports d'activité, l'arrivée du RMI et l'injonction à l'insertion par l'emploi vont considérablement revaloriser la question de l'accès aux soins comme un palliatif à cette attente. Ainsi, la mise en discours des problèmes de santé de cette catégorie de personnes est loin de révéler que leurs problèmes de santé augmentent, mais témoigne plutôt du fait que ce registre de la santé constitue le seul langage légitimement mobilisable face aux injonctions politiques qui sont formulées. Nous développerons d'ailleurs ce primat de l'accès aux soins dans le chapitre suivant.

L'instauration du RMI favorise également la mise en place de plusieurs actions dans lesquelles le Fam semble très impliqué, notamment par la mise en place de réunions collectives. Une fois de plus, ces réunions sont soulignées pour leur utilité en termes de santé : « *Cela a aussi des répercussions sur leur attitude vis-à-vis de leur santé. Ils sont beaucoup plus rarement en situation d'urgence médicale et même alors, ne correspondent plus à l'image du clochard que les sapeurs-pompiers ramassent avec des gants (...). Par la possibilité de verbaliser leur souffrance physique, ils ne subissent plus leur santé* » (rapport d'activité, 1992). Ainsi,

la présence de personnes hébergées depuis longtemps au Fam conduit la structure à se centrer vers l'« insertion », entendue dans le sens de l'accès aux soins, l'accès à l'emploi et au logement classique ayant été pointé comme étant trop éloigné pour ce public.

Ayant trouvé des ressources par le biais de la santé pour garantir un accompagnement à ces personnes considérées comme « vieillissantes », le Fam tente pourtant de se séparer de ce public dont est constatée l'augmentation. En effet, le rapport de 1989 attribue à l'arrivée du RMI une baisse de la fréquentation du Fam qui a pour conséquence d'allonger la durée moyenne des séjours. Ainsi, plus de la moitié des personnes présentes sont restées plus de six mois. En parallèle, un autre public questionne l'institution, ce sont les jeunes de moins de 25 ans, dans la mesure où ils n'ont pas accès au RMI. C'est vers cette population que le Fam entend déployer toutes ses compétences en termes d'insertion dans une temporalité courte, politiquement valorisée, qui semble impossible à tenir avec les personnes plus âgées. Plus justement, l'introduction du RMI vient redessiner une ligne de partage historiquement centrale entre les populations proches de l'emploi et celles qui en sont éloignées (Castel, 1995). Comme le souligne Bregeon, « *ainsi renouvelé, le clivage séculaire entre les populations au travail, les protections qui leur sont appropriées et les populations pauvres, hors travail, apparaît plus légitime que jamais* » (Bregeon, 208). À ce titre, un ancien travailleur social du Fam que nous avons rencontré en entretien soutient que ce public éloigné des standards de l'insertion est en réalité considéré comme le « mauvais » public de la structure. Écoutons-le.

« À l'époque déjà il n'y avait rien pour ce public-là et c'est un public qui restait sur Michel quoi, nous on appelait ça un peu la cour des miracles, puisqu'ils étaient dans la cour, ça consommait, ils faisaient que ça de la journée et ils attendaient la mort quoi. »

Daniel, travailleur social non diplômé,
intervenant alcool, 49 ans,
15 ans d'expérience à Envol

1.4. Traitement spécifique et mise à distance d'une catégorie hors-cadre des politiques sociales

Souhaitant que ce public éloigné des standards des politiques sociales quitte le Fam, la structure se trouve pourtant en difficulté pour orienter ces personnes. Les institutions comme les maisons de retraite publiques sont notées comme étant surchargées dans les rapports d'activité de l'époque. Par ailleurs, « *la réputation du Fam, souvent mal perçue à l'extérieur, rend les directeurs d'hospices très réticents face à ces candidatures* » (rapport d'activité, 1992) indique un rapport d'activité. Le maintien de personnes ayant plus de 60 ans au sein du Fam semble alors constituer un problème de plus en plus prégnant. Le rapport d'activité de 1988 renseigne qu'une maison de retraite, avec laquelle un travail partenarial a pu être instauré, exige que le Fam leur présente très rapidement des candidats. Lorsque c'est le cas, la structure tente aussi d'être stratégique dans le choix des personnes qu'elle y envoie, puisqu'il est rapporté : « *C'est ainsi que nous avons été amenés lors des premières admissions que nous avons demandées, à n'envoyer que des gens qui ne posaient aucun problème d'ordre social ou sanitaire afin de rendre crédible cette population.* » (rapport d'activité, 1988). Pour autant, il faut tout de même noter que les conséquences financières pour les personnes accueillies en maison de retraite sont importantes, dans la mesure où l'institution ponctionne alors la quasi-totalité de leurs ressources, quand le Fam fonctionne lui avec des participations financières des hébergés très basses.

Les rapports d'activité consignent que cette population plus âgée, fréquentant la structure depuis plus longtemps, pose des problèmes quotidiens, au-delà de la difficulté que constitue leur orientation. Il est alors noté à leur égard qu'ils « *ne voient aucun intérêt à respecter un minimum d'hygiène* » (rapport d'activité, 1993). Ainsi, un traitement spécifique de ces personnes s'instaure. Le rapport dévoile alors que ces personnes ne bénéficient pas de savon, contrairement aux autres hébergés, mais doivent se

rendre à des rendez-vous fixés par les travailleurs sociaux pour prendre leur douche. En outre, la mauvaise hygiène considérée par l'équipe est un motif pouvant entraîner une exclusion temporaire, un critère qui est d'ailleurs toujours en vigueur à la Sras.

Si nous avons d'ores et déjà traduit la volonté du Fam de recentrer son action auprès des plus jeunes, avec l'objectif de correspondre plus largement aux standards façonnés par les politiques sociales, en 1992 le rapport l'affirme clairement : « *Depuis plusieurs années, l'équipe des animateurs du Fam a redéployé une partie de son activité d'orientation vers un travail plus complet ayant pour finalité la réinsertion sociale. Tandis qu'un animateur continuait à assurer l'encadrement du groupe des «retraités», c'est l'accompagnement des hommes les plus jeunes, ceux âgés de moins de 25 ans* » sur lequel l'action s'est redéployée. Cette population des plus jeunes est d'ailleurs signalée comme étant en augmentation, malgré une certaine baisse générale de la fréquentation de la structure attribuée à la vétusté des lieux ainsi qu'à l'élargissement du RMI.

Une explication supplémentaire de cette volonté de se mettre à distance d'un public vieillissant tient également au rapport à la mort qu'il induit. Sur une année, dix-neuf décès en moyenne sont recensés au Fam. Dans ce cadre, les personnes présentes depuis un certain temps sont particulièrement touchées : « *Dès qu'ils se prolongent au-delà de quelques jours, les séjours au Fam sont extrêmement destructeurs (...) les hommes qui se sédentarisent perdent peu à peu toute capacité d'autonomie* » (rapport d'activité, 1993). Ainsi, l'institution est considérée comme étant néfaste. Un rapport d'activité montre par ailleurs : « *qu'il y aurait une loi des plus sérieuse, s'appliquant au décès des pensionnaires du Fam. Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée au début de l'année 1993 : quatre hommes sont morts en quatre jours* ». L'impuissance ressentie auprès de ce public est clairement posée : « *faut-il pour autant laisser croupir ces personnes dans un asile de nuit, qui ne peut plus rien leur apporter, si ce n'est un*

risque de retour aux stades antérieurs ? » (rapport d'activité, 1993). Questionnant considérablement l'institution, ce rapport à la mort va être mis à distance par la création de cette nouvelle structure qu'est la Sras.

Enfin, une hypothèse complémentaire que nous pouvons poser au regard de nos lectures est qu'en se déchargeant de cette population relativement proche du milieu sanitaire, les travailleurs sociaux évitent de glisser vers des fonctions « médicales », dans lesquelles ils risqueraient de perdre les acquis de leur autonomie professionnelle. Bregeon note en effet que les intervenants sociaux « *restent attachés à la dimension structurante du travail et redoutent le glissement de leur mission vers des rôles qui s'apparenteraient à ceux des infirmiers psychiatriques* » (*ibid.*, p. 9). C'est une donnée que je n'ai pas trouvée dans les rapports d'activité, mais qui a potentiellement constitué un enjeu non-dit dans la mise à distance de cette population spécifique, hors cadre des politiques sociales contemporaines.

Nous avons ainsi pu saisir comment le développement de la notion d'insertion, notamment par le prisme du RMI, avait entériné une mise à distance des personnes les plus éloignées des sphères d'insertion classiques. Pendant plusieurs années, le Fam a alors pallié cette situation paradoxale en développant un traitement spécifique pour cette population, qui a, entre autres, pris la forme d'une insertion par le biais de l'accès aux soins. Cependant, l'opportunité de la création d'une nouvelle structure conduit à écarter durablement cette population. De fait, loin de remettre en question le fonctionnement inadapté à la réalité du paradigme de l'emploi réactivé par le RMI, l'association pallie plutôt cette difficulté en créant une structure spécifique, dans l'interstice des politiques sociales. À ce titre, Philippe Bregeon souligne que l' : « *On reconnaît la logique déjà ancienne qui consiste, non pas à corriger les insuffisances du régime de droit commun, mais plutôt à développer les dispositions de l'aide sociale, qui tendent à entretenir la mise sous dépendance des individus* (*ibid.*, p. 16) ».

1.5. La création de la Sras

En 1994, il devient possible de réaliser des travaux de restructuration au Fam et d'ainsi créer la Sras pour pallier au manque de place que l'« *humanisation* » des locaux engendre. Le Fam décrit les personnes étant orientées vers la Sras comme résidents qui « *organisaient leur vie dans la précarité. Ainsi, de ce fait, ils n'étaient plus en mesure d'utiliser les actions d'insertion et les centres d'hébergement classiques (...)* Le public visé est cette partie de la population qui est installée depuis longtemps dans les murs actuels. L'objectif pédagogique est de promouvoir les personnes en leur permettant d'améliorer leurs conditions de vie » (rapport d'activité, 1994).

Ainsi, la Sras est née de cette extension du Fam. L'association de la charité hospitalière de nuit a alors trouvé des locaux, dans le centre-ville. Cette insertion dans la ville répond aux valeurs de l'association, qui a souhaité favoriser l'insertion sociale des résidents en maintenant une inscription géographique urbaine : « *il pourrait être tentant de le construire à l'extérieur de la ville, là où le terrain est moins cher et le voisinage suffisamment éloigné. Mais ce serait alors concrétiser définitivement la notion d'exclusion et le concept de réinsertion sociale deviendrait un mirage* » (rapport d'activité 1982). Bregeon témoigne d'ailleurs, dans son travail, que la plupart des centres d'hébergement sont situés en milieu urbain. Les locaux de la Sras n'appartiennent toutefois pas à l'association. Il y a un bailleur, qui est également une association. Celle-ci s'occupe ainsi de la partie locative vis-à-vis des résidents comme l'encaissement des loyers ou la signature des baux. La Sras est quant à elle responsable de l'accompagnement des personnes accueillies. Il faut d'ailleurs noter que l'association bailleur n'a en aucun cas un droit de regard sur les personnes accueillies au sein de la structure.

L'objectif de la Sras est de permettre des conditions d'« *accueil plus dignes* » (rapport d'activité, 1994) pour cette catégorie de personnes qui mettait en difficulté le Fam. L'intérêt premier de la

Sras est de faire évoluer le concept de l'accueil d'urgence qui ne semble pas adapté à la population décrite. L'objectif est alors de leur proposer un « *environnement qui leur reconnaîtra le droit de vivre et la possibilité de faire des choix (...) leur motivation pour entreprendre une démarche de soins ou pour ne pas se laisser mourir pourra faire varier sensiblement leur espérance de vie* » (rapport d'activité, 1994). La Sras est donc considérée comme une structure intermédiaire, qui n'a pas « *une finalité immédiate de réadaptation* » (rapport d'activité, 1994), c'est-à-dire qu'elle entend en partie s'éloigner des critères normatifs portés par les politiques sociales contemporaines que sont l'injonction au logement et à l'emploi.

La structure a donc ouvert le 17 juillet 1995. Au départ, la Sras n'est pas financée par des fonds publics. La structure vit sur les fonds propres de l'association jusqu'en 2000. Peu à peu, elle obtient l'appellation de centre d'hébergement et de réinsertion sociale reconnue et bénéficie alors de subventions de la part de l'État et de la municipalité.

La Sras ne fonctionnera pas immédiatement avec cinquante résidents. Pendant les trois premières années, leur nombre ne dépasse pas les vingt-cinq personnes. En parallèle, des professionnels sont recrutés progressivement. Le premier chef de service est un ancien travailleur social du Fam qui a porté le projet de création de cette structure. Pour autant, assez peu de professionnels du Fam l'ont suivi dans ce projet, excepté un travailleur social, toujours présent aujourd'hui. Il m'explique que cette structure n'intéressait pas tellement les travailleurs sociaux du Fam, s'apparentant en quelque sorte à une maison de retraite pour les « *vieux de Michel* ». Ainsi m'a-t'il dit en entretien : « *J'étais le seul tu vois, parce que tout le monde disait «c'est un mouvoir, on va s'ennuyer à mourir ici, il va y avoir que des pépères», tu vois, ça n'a pas déplacé les foules* ». Cela induit le fait que ce public est globalement peu valorisant pour les travailleurs sociaux, en comparaison à d'autres avec lesquels les accompagnements sociaux classiques sont réalisables. La structure a commencé à fonctionner avec cinq professionnels,

majoritairement des hommes non diplômés, dont les rapports d'activité relèvent « *l'investissement professionnel et personnel* » (rapport d'activité, 1996) que l'ouverture de cette structure impliquait de la part des travailleurs. Bien que devenue laïque, des racines d'investissements charitables et vocationnels transparaisent ainsi parfois des discours ou des écrits de l'association.

Au terme de cette première partie de chapitre, nous pouvons remarquer un paradoxe. Les centres d'hébergement d'urgence, à l'instar du Fam, ont théoriquement vocation à proposer un accueil sans conditions et de fait sans nécessaire projet d'insertion de la part des hébergés. En ce sens, ils se distinguent des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, sélectifs et accompagnant des personnes au prisme de leur « projet ». Pour autant, nous voyons bien que concrètement, sont orientées vers le CHRS des personnes qui n'ont en l'occurrence pas de « projet » et que sont maintenues au sein du dispositif d'urgence des personnes plus proches d'une certaine dynamique. Philippe Bregeon note que ce paradoxe est observable de manière plus large que ce que nous révèle notre ethnographie (*ibid.*).

2. Les spécificités du public pris en charge à la Sras

Nous avons d'ores et déjà commencé à évoquer la spécificité du public de la Sras, mais nous allons maintenant revenir plus précisément sur un certain nombre d'éléments caractéristiques qui le concerne. Tout d'abord, il faut rappeler que le CHRS n'est pas mixte, seuls des hommes sont acceptés. Il y a actuellement un projet de créer un Sras mixte, mais ce projet reste flou et divise considérablement l'équipe.

2.1. Le vieillissement du public

Un vieillissement notable du public a été rapidement constaté au sein de la structure. Si la

moyenne d'âge était de cinquante ans en 1995, les résidents d'aujourd'hui ont en moyenne 58 ans et demi. La personne la plus jeune a 43 ans et la plus âgée 82 ans. Au fur et à mesure des années, l'âge moyen a donc graduellement augmenté et semble se stabiliser depuis six ans, puisque la moyenne d'âge était de 57 ans en 2011.

Initialement, certains résidents de la Sras avaient moins de 40 ans, voire moins de 30 ans. La Sras accueillera ainsi des jeunes entre 25 et 34 ans jusqu'en 2002. Mais plus rapidement que les autres hébergés, ces personnes plus jeunes seront orientées vers des CHRS ou d'autres structures, ils ne s'installeront pas au sein de l'institution. Progressivement, le vieillissement s'est donc accentué, jusqu'à ce qu'en 2014 la Sras décide officiellement de ne plus accueillir de personnes de moins de 40 ans. Il est ainsi mis en avant que des personnes trop jeunes risqueraient de se retrouver dans un cadre inapproprié avec leur dynamique de vie. Au sens de la Sras, elles ont davantage de proximité avec la sphère professionnelle et cet accompagnement n'est pas, ou peu, effectué par les travailleurs sociaux de la structure.

2.2. Une « installation » dans la structure

Si l'augmentation de l'âge moyen de la population est frappant, c'est en partie parce que la structure permet des durées de séjour longues. La Sras n'a pas été créée dans l'optique de devenir un lieu de vie. Pourtant, elle a affirmé dès le départ qu'aucune durée de séjour préétablie ne devait empêcher la « stabilisation » de la personne dans la structure. Cela induit, dans les faits, que les personnes peuvent s'installer durablement au sein de la Sras et considérer la structure comme un lieu de vie durable. Un rapport d'activité note alors que : « *Pour la moitié de ces personnes, seule la mort mettra un terme à leur séjour* » (rapport d'activité, 1996). Ainsi, le temps de présence le plus long pour un résident sur la structure est de dix-huit ans. De fait, en parallèle du vieillissement de la population,

la durée moyenne des séjours n'a fait qu'augmenter au fur et à mesure des années. D'un an et demi en 2001, elle s'est allongée à quatre ans et sept mois en 2011 pour se situer à cinq ans en 2017.

Ils sont une minorité (12 %) à être présents depuis plus de dix ans au sein de la Sras. 26 % le sont depuis plus de cinq ans, alors qu'ils n'étaient que 15 % en 2005. Ainsi, la majorité des résidents (62 %) sont en réalité installés au sein de la structure depuis moins de cinq ans. Mais il faut observer que les plus longs séjours gonflent la durée de séjour moyenne. De fait, cela conduit les travailleurs sociaux à focaliser leurs efforts d'orientation sur les plus anciens résidents de la structure, afin que les statistiques sur les durées de séjours soient les plus favorables, donc les plus basses possibles.

Par ailleurs, les rapports d'activité soulignent que les personnes les plus âgées sont celles qui sont installées depuis le plus longtemps, une corrélation qui n'est pas significative, pour le moins en 2017. En effet, parmi les personnes présentes depuis plus de dix ans, ils sont la moitié à avoir entre 55 et 65 ans, 25 % sont dans la tranche d'âge inférieure et 25 % sont dans la tranche d'âge supérieure. La corrélation entre la variable de l'âge et la durée de l'installation dans la structure est donc à nuancer. Cependant, le lien établi dans les rapports d'activité entre l'âge et la durée de séjour n'est pas inintéressant. L'installation durable ainsi que le vieillissement de la population sont considérés comme des facteurs négatifs pour la structure qui tend justement à se distinguer d'un lieu de vie.

En revanche, une corrélation plus significative semble exister avec les personnes considérées comme ayant un trouble psychiatrique important. En effet, une classification réalisée par le chef de service me permet d'observer que l'ensemble des personnes installées depuis plus de dix ans sur la structure sont considérées comme ayant un trouble psychiatrique. Ainsi, pour celles présentes depuis plus de cinq ans, elles sont 84 % à être considérées comme ayant des

troubles psychiatriques et enfin parmi les personnes présentes depuis moins de cinq ans, elles ne sont que 60 % à être considérées comme telles. Il est intéressant d'observer la décroissance de cette corrélation en fonction du temps de séjour moyen. Peut-être est-il nécessaire pour les travailleurs sociaux d'avoir un temps de recul suffisant pour que soit diagnostiqué un trouble psychiatrique ? Se pourrait-il encore que l'installation durable dans la structure conduise les personnes à développer des troubles ? Ou encore, la difficulté à les orienter vers une autre structure aurait-elle un lien avec le fait qu'elles soient touchées par ces troubles ? A ce stade de la recherche, il est complexe de tirer des enseignements de cette catégorisation, mais nous y reviendrons plus largement dans le quatrième chapitre.

Mes observations réalisées au sein de l'institution me donnent toutefois des hypothèses d'explication quant à l'installation des résidents. J'ai pu largement constater que les hébergés avaient l'injonction de « s'installer » au sein de l'institution. Ainsi, concernant une chambre dont les murs ne sont pas décorés, François me dit : « Tu vois, le monsieur il ne s'est pas installé, c'est dommage ». Au contraire, les résidents se trouvent valorisés, encouragés lorsqu'ils « investissent » leur chambre, en la meublant notamment avec des effets personnels. Cette injonction à l'installation dans la structure fait d'ailleurs l'objet d'une certaine théorisation par les travailleurs sociaux. Il est ainsi considéré que les personnes mettent en moyenne deux ans à « s'installer ». Ainsi, par cette norme de l'installation, les travailleurs sociaux montrent qu'ils attendent des résidents qu'ils s'investissent dans leur chambre, qu'ils s'y sentent à l'aise, « comme chez eux » d'une certaine manière.

Mes observations m'ont également éclairée sur une tendance des travailleurs sociaux à entretenir une certaine proximité avec les résidents. A plusieurs reprises, des professionnels ont fait des analogies avec la sphère familiale au sujet des résidents : « On est un soutien comme un membre de la famille », avance ainsi François. « Quelque part pour le résident, on est quoi, on

est leur éducateur référent, leur frère, leur sœur, leur meilleur ami, leur référent » me confie également Robin, avant d'ajouter : « *Moi je sais qu'il y a des résidents ici, le jour où ils disparaîtront, j'aurai l'impression d'avoir perdu quelqu'un de ma famille* ». Plus encore, les professionnels appellent également très fréquemment les résidents « *les gars* », ce qui témoigne d'une certaine familiarité que j'ai plus largement pu observer dans certaines situations. Par ailleurs, un ancien professionnel de l'association m'a affirmé en entretien qu'« *une unité comme la Sras, c'est vrai qu'il faut que ce soit géré, faut qu'il y ait des trucs, que ça bouge, quand je disais ça les collègues se moquaient de moi : faut qu'il y ait de l'amour !* ».

De plus, il semble que la frontière entre la familiarité et l'infantilisation des résidents est parfois fine. Le chef de service a par exemple proposé de faire une ronde avec les résidents afin que ces derniers se « disent des gentilles, comme en colo ». Plus encore, écoutons un extrait d'entretien réalisé avec Lynda pour saisir cette infantilisation qui semble parfois exercée à l'égard des résidents :

« Alors ce matin il avait vingt euros dans son armoire, alors j'y dis tiens, t'as vingt euros ? T'as encore des sous toi ? Y m'dis oh... J'y dis bon maintenant écoute moi, un gros mot égal un euro. Alors les vingt euros je pense que je vais les prendre et les mettre au dépôt hein. Alors il faisait attention, mais il n'y avait rien à faire, chaque phrase il y a un gros mot. J'y dis oh... Robert ne soit pas si vulgaire, parce que des fois il est vraiment très vulgaire ! J'dis soit pas si vulgaire, ce n'est pas beau. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

En outre, j'ai très souvent pu m'apercevoir de la dimension personnelle avec laquelle les professionnels travaillent. Ainsi, à plusieurs reprises, j'ai constaté qu'ils avaient changé leurs horaires de travail, voire leurs dates de congés pour arranger la structure. À d'autres moments, je les ai vu donner leur numéro de portable personnel

lors d'un rendez-vous médical ou encore appeler les résidents avec leur propre téléphone. Il est également arrivé que, rendant visite à un malade, un travailleur social lui laisse de la monnaie et son paquet de cigarettes ou encore qu'une professionnelle montre la photo de sa petite fille née la veille à tous les résidents. Il semblerait que cette familiarité et cette proximité entre professionnels et résidents encouragent et favorisent cette « installation » dans la structure. En effet, se sentant « comme chez eux », auprès d'une « famille », il semble rationnel de leur part de ne pas éprouver l'envie ni le besoin de quitter cette structure. En entretien, François me dit d'ailleurs qu'en tant que travailleurs sociaux, ils « *essaient de leur faire une maison* ». Ces éléments me paraissent pouvoir constituer une explication quant à cette installation, pourtant décriée dans les rapports d'activité.

2.3. L'éloignement des standards de l'insertion

Une des spécificités du public de la Sras est d'être considéré comme étant en marge de la sphère de l'emploi et du logement. Depuis 2004, aucune personne travaillant n'a été admise au sein de la structure alors qu'elles étaient quatre sur les dix-neuf personnes hébergées en 1996. Il est probable que ce taux soit en lien avec la moindre proportion de personnes « jeunes » accueillies au sein de la structure au fur et à mesure des années. Ainsi, dans les divers rapports d'activité étudiés, la notion d'éloignement avec la sphère de l'emploi est mise en avant : « *Il s'agit donc d'hommes ayant vécu parfois depuis de longues années un parcours de désocialisation, ayant fréquenté des structures d'hébergement, mais ne s'inscrivant plus dans une perspective de retour à l'emploi et ne pouvant donc être orientés vers un CHRS classique* » (rapport d'activité, 1998).

Au-delà de l'emploi, il est d'ailleurs stipulé que ces personnes ne peuvent plus « *s'inscrire dans des parcours d'insertion classique* » (rapport d'activité, 1997). Ainsi, outre le rapport au travail, c'est également le rapport au logement qui est mis en avant. À ce titre, le chef de service

adjoint du Fam pointe au sujet la Sras que « *la mode c'est logement d'abord etc. etc., mais il y a quand même un public qui demeure client pour nos structures et pour lesquels il faut qu'on apporte des réponses dans nos structures !* ». Un ancien travailleur social du Fam me confirme également en entretien l'écart de ce public avec la sphère du logement classique : « *Ils ont choisi un public qui était à Michel depuis très longtemps et pour lequel les perspectives d'hébergement en autonomie étaient illusoires* ».

Pourtant, des emplois et logements adaptés ont progressivement été créés afin de répondre aux besoins de cette population à la « marge ». Néanmoins, ces emplois adaptés, pourtant développés par l'association Envol elle-même, ne sont que très peu investis par les résidents de la Sras. Aucun d'entre eux, lors de ma période d'observation n'effectuait ce genre d'emploi adapté, comme les ateliers d'adaptations à la vie active (AAVA) par exemple. L'association Envol a également créé des structures de logements adaptés, comme les pensions de famille. Ce sont des appartements individuels en location où les personnes bénéficient de la présence d'un travailleur social la journée, pour pouvoir échanger avec lui et notamment faire des activités. Ces structures de logements adaptés sont actuellement en expansion considérable, non seulement parce qu'elles répondent à l'injonction du « logement d'abord » mais également parce que le coût de fonctionnement de ces structures est très faible. En effet, le prix de journée attribué par la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) à une personne en pension de famille est de seize euros par jour, quand il est de cinquante euros à la Sras. Notons d'ailleurs que le prix de journée de la Sras est moins élevé que dans un CHRS classique car les résidents participent financièrement plus largement au fonctionnement de la structure, en payant notamment leur loyer et leur participation aux repas.

Quoi qu'il en soit, les résidents de la Sras s'avèrent éloignés de ces attentes normatives formulées par les politiques sociales, comme le révélait déjà l'histoire de la création de la structure.

2.4. L'évolution des critères d'admission

Ainsi, les critères d'admission dans la structure étaient volontairement « très bas » en 1995, au point qu'elle s'est autoproclamée comme étant une institution « à bas seuil », c'est-à-dire avec des critères d'admission peu exigeants. Les rapports d'activité m'apprennent qu'il suffisait à la personne d'exprimer une « *envie de changement de ses conditions de vie* » (rapport d'activité, 1997) pour pouvoir y être acceptée. Cependant, un critère de résidence était également initialement posé : il fallait résider au Fam ou vivre à la rue pour pouvoir être accepté à la Sras. Ce critère fut rapidement levé et des orientations par les hôpitaux ou d'autres structures ont rapidement eu lieu. Trois ans après l'ouverture, les admissions du Fam ne représentent alors plus que 38 % des orientations. Cette ouverture vers d'autres structures viendra interroger l'institution sur le maintien d'une filiation ou non avec la structure-mère que représente le Fam, une réflexion qui est toujours d'actualité.

Concernant la sélection des personnes résidant à la Sras, il a été instauré une commission en 2010 : la « commission territoriale d'admission » (CTA), par laquelle toutes les demandes d'admission en CHRS transitent désormais. Ainsi, des services instructeurs, c'est-à-dire des centres d'hébergement comme le Fam, ou des services de maraude sociale, déposent des demandes lors de cette commission. Une fois par mois, un représentant de chaque structure y est invité et siège en représentant sa structure. La Sras y est donc conviée au même titre que la plupart des structures d'Envol. Le professionnel qui s'y rend décide alors, après une présentation succincte du parcours de vie du demandeur, si la Sras est en mesure de l'accueillir. Si la décision est favorable, la personne recevra un courrier de la commission lui indiquant cette décision et lui spécifiera sa place sur la liste d'attente. La liste d'attente de la Sras a été mise en place peu de temps après son ouverture, en 1999, ce qui témoigne du fait que la structure répond à un besoin identifié au sein de l'agglomération. Lors de ma recherche, la liste d'attente était courte,

seules trois personnes étaient inscrites, mais j'ai appris qu'elle a parfois recensé une quinzaine de personnes. La liste d'attente fut alors fermée aux nouveaux candidats, l'espace de quelques mois.

Néanmoins, la mise en place de cette commission a modifié le fonctionnement des structures, comme nous l'apprend le directeur adjoint du Fam :

« Hier les structures étaient maître, à la fois de qui elles accueillaient, de leur gestion de liste d'attente et en fonction de si ça se faisait, je vais caricaturer, c'est pas comme ça que ça se faisait réellement, mais on travaillait bien avec tel collègue, donc on pouvait peut être plus facilement lui orienter telle personne qui était peut-être plus difficile, alors qu'avec l'autre collègue, comme il avait bossé à Michel et que le mec était considéré comme casse burne, ça va être plus difficile de l'orienter sur la Sras. Donc il vaut mieux passer par quelqu'un d'autre. Des arrangements avec lesquels il fallait beaucoup travailler, donc on était beaucoup dans ce type, enfin, on était plus dans ce type d'orientation, aujourd'hui il faut un tant soit peu objectiver. »

Jean-Baptiste, travailleur social non-diplômé, sociologue, chef de service adjoint du Fam, 41 ans, 10 ans d'expérience.

Certains travailleurs sociaux regrettent d'ailleurs qu'une telle commission se soit instaurée. Au moment de sa création, le rapport d'activité de 2011 note que : « *La mise en place de la CTA va complexifier la structure : pour l'équilibre de la structure et le profil des personnes accueillies* » (rapport d'activité, 2011). Initialement, les personnes désirant entrer à la Sras présentaient directement un dossier à la structure, en s'y rendant physiquement. Ainsi, les travailleurs sociaux pouvaient voir la personne *de visu* et ainsi faire un choix au regard de leurs observations. Désormais ils ne voient la personne que lors de son installation officielle à la Sras. Ainsi, si la commission a été créée afin d'objectiver les autorisations et les refus d'admission dans les

structures, certains travailleurs sociaux, notamment ceux ayant connu le fonctionnement précédent, le regrettent et affirment :

« Aujourd'hui on ne peut plus travailler, faut passer par la commission d'orientation machin, c'est plus possible quoi. »

Richard, infirmier psychiatrique retraité,
68 ans, 37 ans d'expérience

« Bah à la base c'était différent, à la base c'était nous qui recevions les gens en direct, c'est-à-dire que si ça correspond... (silence). Que là c'est une commission qui se réunit une fois par mois donc les situations sont différentes, faut répondre assez vite, bon après on n'est pas obligé de prendre tout le monde évidemment, ça c'est clair, mais ... alors qu'avant on avait le temps de voir le profil de la personne de voir vraiment si ça correspondait à la Sras etc. Alors que là on s'aperçoit qu'on a eu plein d'orientations, on ne va pas citer de noms, mais qui n'étaient pas forcément des bonnes orientations. Mais a priori c'était censé correspondre à la Sras donc ces gens sont arrivés ici et voilà, maintenant... »

Ludovic, travailleur social non-diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

Ayant pu assister à une commission, j'ai pu observer un certain nombre de critères auxquels les travailleurs sociaux sont attentifs quand ils évaluent la demande d'une personne. Tout d'abord, ils vont être attentifs à son âge, dans la mesure où la personne doit avoir plus de 40 ans, ainsi qu'à sa mobilité, la structure n'ayant pas d'ascenseur. Par ailleurs, une attention va être également portée à sa situation sanitaire. Pour autant, les travailleurs sociaux n'ont que peu d'informations à ce sujet, celles-ci étant réservées au secret médical. Mais ils tentent tout de même de décrypter un certain nombre d'informations qui leur semblent nécessaires à la prise en charge des personnes, notamment si elle est dépendante de certains appareillages médicaux, mais également si la personne a des troubles de santé mentale.

Progressivement, les critères d'admissibilité ont donc évolué. Au seul critère de résidence, une pluralité de critères se sont graduellement rajoutés. D'ailleurs, de plus en plus, l'unique étude de la situation du demandeur ne constitue plus le seul critère pour l'admission. En effet, la notion de « *dynamique de la structure* » fut parallèlement mise en avant dans les rapports d'activité avec la mise en place de la commission. Ce point n'étant pas plus développé dans ces rapports, mon ethnographie m'a appris que c'était en réalité pour s'adapter au nombre de personnes ayant des troubles psychiatriques que cette précaution avait été instaurée. Un équilibre tente ainsi d'être maîtrisé à l'égard de ce public ayant des troubles de la santé mentale. Il m'a d'ailleurs été rapporté dans plusieurs entretiens qu'un seuil de dix à quinze personnes ayant des troubles psychiatriques pouvait être accepté au sein de la Sras – après une étude de la DDCS sur ce sujet, mais que ce seuil était finalement peu respecté. Nous pouvons alors poser l'hypothèse que cette rhétorique de se référer à « *l'équilibre de la structure* » adoptée en commission par les travailleurs sociaux est finalement une ressource des professionnels leur permettant de maintenir une certaine marge d'autonomie face à cette commission.

2.5. L'augmentation des protections juridiques

A l'heure actuelle, à la Sras, vingt-huit résidents sur quarante-neuf ont une mesure de protection juridique de majeur, principalement des curatelles renforcées ou des tutelles. Ce critère constitue donc une spécificité notable du public de la Sras en 2017. Pour autant, c'est un critère qui n'était pas nécessairement mis en avant dans les premiers rapports d'activité de la structure. J'ai donc seulement pu établir qu'en 2003, un tiers des personnes bénéficiaient d'une mesure de protection, puis que ce taux a progressivement augmenté. Les rapports d'activité m'apprennent que des associations de mandataires judiciaires interviennent de manière bimensuelle depuis 2003. Aujourd'hui, ce sont deux associations qui prennent en charge l'en-

semble des résidents de la Sras qui bénéficient d'une mesure de protection. Chaque mandataire intervient alors une fois par mois à la Sras pour recevoir les personnes accompagnées.

Cette proportion importante de personnes bénéficiant d'une mesure de protection révèle la volonté clairement établie de la structure de favoriser ce genre de suivis. En 2005, il est affirmé qu'une « *curatelle et une aide-ménagère sont utilisées parallèlement pour éviter la solitude et visent à proposer d'autres liens que la structure* » (rapport d'activité, 2005). Cette mesure est ainsi proposée rapidement aux résidents qui arrivent au sein de l'institution. Par ailleurs, en 2003, si un tiers des personnes ont une protection juridique, le rapport d'activité affirme que « *35 % la refusent malgré l'évidence du besoin* ».

Dans mes observations, j'ai ainsi pu confirmer que les professionnels aspirent à ce que le plus possible de résidents aient une protection juridique. En entretien, une travailleuse sociale m'affirme que : « *La relation avec les résidents à l'argent elle est très difficile, donc si on pouvait avoir encore plus de tutelles, ça nous arrangerait bien* ». Plus encore, lors d'un « *briefing* » en matinée, il est question de la mobilité d'un résident et de sa potentielle orientation vers une autre structure plus adaptée. La conversation, loin de s'orienter vers les structures d'accueil envisageables tourne autour de l'absence de protection juridique de l'hébergé : François avance que le résident « *serait mieux sous tutelle* », ce à quoi Lynda répond : « *Ils seraient tous mieux sous tutelle !* ». Plus tard, Marine me confie qu'elle trouve également que tous les résidents gagneraient à bénéficier d'une protection juridique, en m'expliquant « *C'est un confort pour nous* ».

En effet, les travailleurs sociaux justifient ce recours aux mesures de protection juridiques en affirmant principalement que cela rend leur travail plus simple quand ils ont un interlocuteur qui s'occupe des finances de la personne. Toutefois, seul l'aspect de la non gestion du compte bancaire par la personne est mis en avant par

l'équipe lorsque nous avons échangé à ce sujet. Les autres restrictions de droits entraînés par la protection juridique du majeur ne sont pas abordées et discutées dans l'équipe ou avec le résident. Il est alors jugé que cette mise sous protection est bénéfique pour la personne, dans la mesure où elle n'a plus besoin de se préoccuper de ses finances, qu'elle a simplement sa monnaie tous les jours, au bureau des travailleurs sociaux, pour acheter ce dont elle a besoin. Les professionnels incitent donc fortement les résidents à engager des démarches en ce sens.

Pour autant, l'équipe ne fait pas de demande sans l'accord de la personne, quand bien même ils pourraient légalement le faire, sous réserve de la décision du juge des tutelles. En échangeant avec certains résidents clairement opposés à une mise sous protection, j'ai pu constater qu'il y avait un respect de cette décision par l'équipe, malgré, parfois, leur insistance auprès d'eux à ce sujet. Ainsi, les travailleurs sociaux se disent conscients de l'inutilité de « *forcer à les mettre sous tutelle* », puisque le juge des tutelles serait beaucoup plus réticent à déclarer une mesure quand la personne y est opposée.

Néanmoins, lorsque les personnes refusent catégoriquement, il arrive que les travailleurs sociaux le leur reprochent ultérieurement. J'ai ainsi pu remarquer qu'un résident, vivement opposé à toute forme de protection juridique, était très souvent stigmatisé par les travailleurs sociaux. Bien plus souvent que les autres, le résident n'était pas accompagné par un travailleur social à ses rendez-vous : « *Il peut prendre un taxi, lui, il a des sous !* » était-il dit à son sujet. Par ailleurs, alors qu'il souhaite intégrer une pension de famille et l'y ayant accompagné dans le cadre d'une visite, les professionnels m'ont demandé à notre retour s'il était toujours « *motivé pour y aller* ». Leur répondant que oui, le sarcasme se fait alors sentir dans leurs réactions : « *Ah oui d'accord...* », « *Il a de l'espoir !* ». Les interrogeant à ce sujet, Marine me répond qu'elle pense qu'il n'est pas prêt et Henri ajoute qu'il faudrait un « *gros étayage pour que ça marche* ».

Benoît Eyraud, ayant consacré une recherche au sujet des mesures de protections juridiques de majeur, a pointé qu'il existait globalement deux types de public relevant de ces mesures : les personnes âgées et les personnes, comme les résidents de la Sras, « *encore en âge de travailler et dont la situation socioéconomique doit être fortement prise en compte dans la protection* » (Eyraud, 2013). Cette seconde catégorie de population, qui a alimenté son travail, est analysée par le sociologue comme étant considérablement invisibilisée sur la scène politique. À ce titre, son analyse rejoint la nôtre. Alors que sont promues des formes d'autonomisation et de responsabilisation des bénéficiaires de l'action sociale en leur formulant l'injonction de se « réinsérer » par l'emploi, les catégories de personnes perdurant aux marges de ces attentes se retrouvent considérablement invisibilisées et le paradoxe que révèle leur position aux travailleurs sociaux ou aux mandataires judiciaires ne fait pas l'objet d'une mise à l'agenda politique. Cette dernière est niée, renvoyant les contradictions que cette situation occasionne aux professionnels présents au quotidien avec ces personnes.

Il faut toutefois préciser cette « invisibilisation politique ». En effet, il serait faux d'affirmer que les conditions de vie des « grands-exclus » n'ont pas fait l'objet d'une politisation. Daniel Cefaï et Édouard Gardella ont à ce titre démontré comment l'urgence sociale avait été politisée comme un problème public (2011). En effet, il est aujourd'hui considéré comme intolérable, socialement et politiquement, qu'une personne ne puisse avoir accès à un hébergement pour dormir, une soupe ainsi que la possibilité de prendre une douche. Ce problème public est d'ailleurs davantage politisé de manière saisonnière, durant les périodes hivernales, où la possibilité qu'une personne dorme à la rue devient inconcevable. En cela, il est donc faux de présupposer que la grande précarité n'est pas un problème public qui a été porté sur la scène politique. Néanmoins, seule la dimension d'urgence semble justement politisée. C'est ainsi que les centres d'accueil d'urgence sont parfois décriés pour les conditions d'accueil qu'elles

proposent. Mais au-delà de l'urgence des situations des personnes en situation de grande précarité qui est politisée, les conditions d'hébergement et d'accompagnement durable qui leurs sont proposées restent largement invisibilisées.

2.6. Origines des arrivées et des départs au sein de la structure

Concernant la provenance des résidents de la Sras, nous observons une stabilité remarquable dès la troisième année de fonctionnement. Les chiffres nous apprennent alors qu'en moyenne, ils proviennent aux deux tiers de la rue ou du Fam, à 20 % d'autres CHRS et à 8 % de l'hôpital.

Concernant les orientations, soit les sorties de la structure, les chiffres sont nettement moins stables. Tout d'abord, les rapports d'activité différencient les départs « positifs » des départs « négatifs ». Les départs positifs comprennent le départ en logement individuel, le retour de la personne au sein de sa famille, le départ en maison de retraite ou en institution médico-sociale. Concernant les départs négatifs, ils comprennent la fin de séjour, le retour à la rue ou au Fam ainsi que le décès, qui constituent tout de même une partie notable des départs de la Sras. Ainsi, en 1999, en moyenne trois départs sont réalisés par mois et les deux tiers sont plutôt positifs. Pour autant, nous pouvons observer tendanciellement un déclin des orientations vers le logement classique. Alors que ces orientations représentaient une personne sur deux admises en 1995, elles ne représentent plus qu'une orientation sur dix en 2005.

Ainsi, nous pouvons affiner notre analyse au regard de l'écart avec la sphère du logement du public de la Sras. Un rapport d'activité note que : « *Pour la plupart des résidents, la vie à la Sras est une réinsertion sociale. Mais cette dimension contrarie nos attentes en termes de processus de réinsertion vers le logement* » (rapport d'activité, 2004). En effet, une fois passée la « stabilisation » de la personne, soit le laps de temps jugé nécessaire pour permettre son « ins-

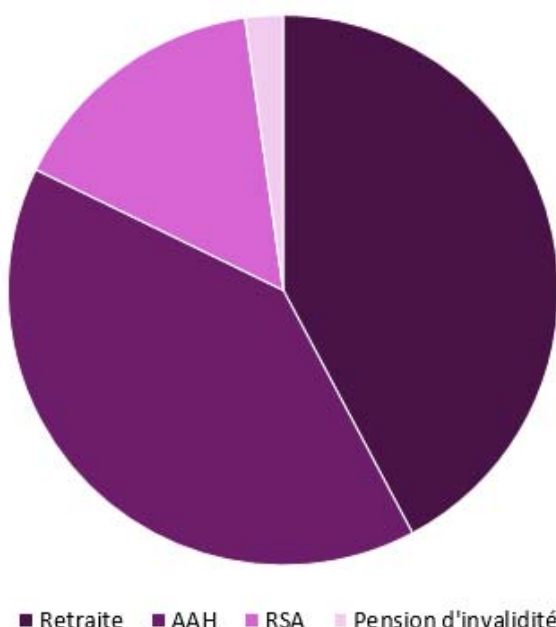
tallation » au sein de la structure, il s'agit de favoriser un projet d'orientation afin que les résidents accèdent à une autre structure. Cependant, il est fréquemment considéré par les professionnels que les personnes sont « *angoissées* » à l'idée de partir de la Sras ou encore qu'elles sont « *des personnes trop peu autonomes pour être orientées, trop jeunes, trop « vertes », trop dépendantes à l'alcool pour aller en maison de retraite ou dans une autre institution adaptée* » (rapport d'activité, 2004).

Progressivement, alors que le premier chef de service considérait comme plutôt négatif – ou tout du moins de non souhaité – le fait d'appréhender la Sras comme un lieu de vie, le second a commencé à valoriser cette dimension qui constitue à son sens une situation de fait : « *La Sras a développé une dimension de lieu de vie qui n'est pas contradictoire avec son projet* » (rapport d'activité 2009) ; ainsi, « *pour des résidents en errance depuis de longues années, de poser enfin les valises quelque part a eu cet effet finalement logique : ils se sont approprié les lieux et en ont fait leur chez eux, avec toutes les conséquences liées à leur état et leur parcours* » (rapport d'activité 2008). Ce questionnement de la Sras comme « lieu de vie » est présent tout au long des rapports d'activité de la structure. Il fut même question à une période de transformer la moitié des lits d'hébergement en un dispositif de lieu de vie de manière officielle, mais ce projet ne se concrétisera pas, notamment en raison des financeurs qui attendent une rotation minimale du public accueilli. En effet, en qualité de centre d'hébergement, la Sras semble, aux yeux des financeurs et décideurs, devoir effectuer un minimum d'« insertion ». Une situation qui met en réalité la structure dans une injonction paradoxale, au vu du public accueilli. Une stratégie d'adaptation face à ce paradoxe semble être de favoriser que les résidents s'éloignent des ressources proprement liées à l'« insertion », soit le RMI, puis le RSA et de les rapprocher des minima sociaux liés au handicap ou à la vieillesse.

2.7. L'évolution vers des ressources liées au handicap et à la vieillesse

Au niveau des revenus des personnes, sur quarante-neuf résidents, dix-neuf bénéficient d'une retraite – minimum vieillesse ou retraite de droit commun, dix-huit reçoivent l'allocation adulte handicapé (AAH), sept le revenu de solidarité active (RSA) et une personne bénéficie d'une pension d'invalidité.

▼ Figure 1 - Ressources des résidents de la Sras



Ces chiffres nécessitent d'être rapportés à leur évolution historique. Cependant, les rapports d'activité n'ont pu me donner accès à des données comparables sur l'ensemble des années de fonctionnement de la Sras. J'ai ainsi eu accès aux ressources des résidents au moment de leur arrivée jusqu'en 2009, excepté en 2005 et 2006 :

On remarque qu'en 1995, 56 % bénéficiaient du RMI, 8 % bénéficiaient de l'AAH. et 24 % percevaient une retraite. Les bénéficiaires du RMI – puis du RSA – vont tendanciellement diminuer jusqu'en 2001, date à laquelle ils ne seront plus que 33 % à l'arrivée à la Sras à en être titulaires. Concernant l'AAH, sa courbe est inverse à celle du RSA. De 8 % en 1995, le nombre de bénéficiaires de l'AAH à l'entrée de la Sras atteint 42 %

en 2007, puis 67 % en 2009, ce qui est potentiellement lié au passage du RMI au RSA. Pour autant, ces données ne nous disent pas dans quelle mesure les ressources des résidents évoluent une fois qu'ils sont installés au sein de la structure.

adulte handicapé est en constante augmentation. Cependant, nous pouvons noter que cette augmentation s'est visiblement intensifiée à partir de 2008, soit au moment de la transition entre le RMI et le RSA. Le rapport de la Drees note ainsi que le nombre de bénéficiaires de l'AAH a été en « forte augmentation » de 2008

▼ Figure 2 - Évolution des ressources des résidents à leur arrivée dans la structure ¹⁶



Depuis 2013, les deux tiers des résidents bénéficient de l'AAH. Ils sont pourtant en 2017 moins de la moitié à en bénéficier, mais ce chiffre s'explique par le fait que la majorité des personnes bénéficient actuellement de la retraite à la Sras, en raison du vieillissement du public. En effet, les retraités représentent 40 % des résidents, un taux qui est en nette augmentation puisqu'ils n'étaient que 10 et 20 % jusqu'en 2010.

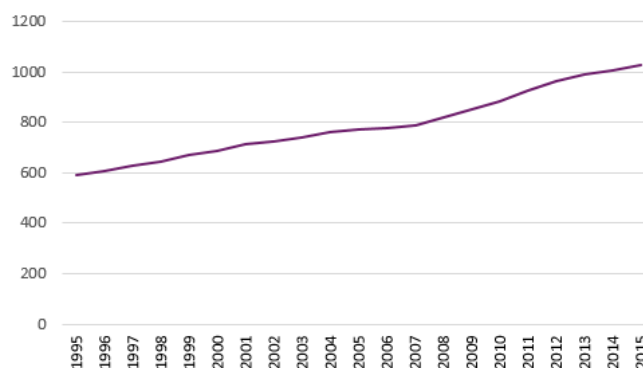
Une tendance au déclin du RMI et à la progression de l'AAH et des titulaires de la retraite est donc notable. Néanmoins, ces données sont difficilement utilisables du fait du manque de constance dans leur recensement par les rapports d'activité. Nous pouvons cependant nous rapporter de manière plus large aux statistiques nationales concernant l'AAH ¹⁷.

Nous constatons ainsi par ces statistiques issues du rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), que l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation

à 2012, augmentant en moyenne de 4,2 % par année. Le rapport national mentionne d'ailleurs l'écart important des allocataires de l'AAH avec la sphère de l'emploi, au prisme notamment de leur longue inscription dans les minima sociaux : 79 % des titulaires de l'AAH en 2015 ont en effet connu depuis dix ans une perception unique de revenus par le biais des minima sociaux.

Si cette augmentation des bénéficiaires de l'AAH n'a pas fait, à l'heure actuelle, l'objet explicite d'une analyse sociologique, il nous semble que

▼ Figure 3 - Évolution nationale du nombre de bénéficiaires de l'AAH



¹⁶ Graphique réalisé à l'occasion de cette recherche au regard des données recueillies dans les rapports d'activité.
¹⁷ Courbe réalisée à l'occasion de cette recherche à partir des données chiffrées issues du rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution », 2017.

celle-ci tient en partie à la transition entre le RMI et le RSA, ce dernier réaffirmant la place de l'emploi dans la perspective de l'« insertion ». Cette hypothèse se trouve confirmée dans les analyses d'un cadre travailleur social qui note : « *Quid de ceux et celles qui ne seront pas en adéquation avec cette grille de lecture ? Il ne s'agit pas là de l'ensemble des allocataires du RMI – futur RSA – mais bien de la frange la plus en marge, celle pour qui se déplacer dans une administration est déjà une violence en soi. La seule issue pour pouvoir vivre sera alors, pour eux, de faire une demande d'AAH, ce qui permettra à cette portion d'individus de sortir d'un dispositif pour en intégrer un autre. L'AAH sera considérée comme plus clémente car l'aide est apportée sans contrepartie apparente. (...) Mais il s'agira ici d'une logique inverse. Ce ne sera pas une situation de handicap qui exclura du travail, mais l'impossibilité d'accéder au travail qui créera une situation de handicap* » (Presse, 2008). Cette dernière phrase et en effet en parfait accord avec ce que nous avons pu constater sur notre terrain de recherche, puisque c'est finalement l'écart constaté avec la norme de l'emploi et l'injonction par le RSA de s'en rapprocher qui conduit en partie les professionnels et les résidents à formuler une demande de reconnaissance d'un statut de personne handicapée.

Ainsi, outre ces données macrosociologiques, des données microsociologiques issues de mes observations sont complémentaires pour comprendre cette évolution. Les travailleurs sociaux m'ont clairement expliqué qu'ils aspiraient à faire bénéficier tous les résidents de l'AAH. Ainsi, l'assistante sociale de la structure considère que « *tous devraient pouvoir l'avoir* ». En outre, un rapport d'activité note : « *L'AAH est en cohérence avec le public visé dont la santé est toujours dégradée* » (rapport d'activité, 2009).

Tout d'abord, la justification de cette orientation s'appréhende au regard de la somme de l'allocation. Quand une personne seule au RSA touche 545 euros par mois en 2017, une personne ayant l'AAH bénéficie de 810 euros. Nous nous sommes néanmoins aperçus que cette volonté de généralisation de l'AAH n'était pas

uniquement motivée par cette explication financière. En effet, l'octroi de l'AAH évite d'avoir à renouveler des contrats d'insertion tous les six mois avec un travailleur social.

Par ailleurs, cela permet de bénéficier d'aides à l'hygiène et à l'entretien de la chambre, ce qui permet à l'équipe de déléguer cette mission, qui, nous y reviendrons, n'est pas considérée comme étant valorisante professionnellement. Plus encore, ces revenus plus importants permettent à la structure de faire participer les personnes à taux plein.

En effet, le tarif de la participation des résidents n'est pas le même que la personne soit au RSA ou non. Ainsi, l'octroi de l'AAH aux résidents présente un intérêt financier pour l'association. Enfin, nous posons également l'hypothèse que cette volonté de faire glisser les titulaires du RSA vers l'AAH une fois qu'ils sont au sein de la structure témoigne d'une volonté d'orienter davantage l'accompagnement des résidents vers des démarches de santé. La mise en place du RSA a en effet très largement réactualisé l'écart entre l'injonction à l'emploi façonné politiquement et la réalité d'un public bénéficiaire qui en est considérablement éloigné. Face à ce public trop éloigné des standards d'insertions classiques, il semble que le recours à l'AAH soit un moyen d'adapter l'accompagnement social à la réalité du public accueilli.

3. La transposition des attentes contemporaines des politiques sociales dans le cadre d'une structure spécifique

La partie que nous venons de développer nous a permis de révéler en quoi les éléments concernant les résidents de la Sras nous permettaient de les identifier comme un public situé en dehors du champ de vision des politiques sociales. Néanmoins, malgré cette position hors-cadre du public, il faut noter que la structure que nous étudions n'est pas imperméable aux évolutions

des politiques sociales. Ainsi, nous allons étudier dans cette partie dans quelle mesure les injonctions contemporaines à la responsabilisation des usagers, à leur « activation », ainsi qu'à leur évaluation s'opèrent localement au sein de cette structure.

3.1. Contrat de séjour et projet personnalisé

Il est relativement complexe d'analyser les évolutions de l'accompagnement qui est proposé à la Sras, car les données historiques à ce sujet sont peu relatées, au-delà des aspects très formels. Nous avons pu analyser que le contrat de séjour est un élément qui a été pensé dès la création de la structure. Il s'agit d'un document inspiré du contrat d'insertion propre au RMI, qui, on l'a vu, avait fait ses preuves au Fam et a donc été transposé dans cette nouvelle structure qu'est la Sras. Mais si le contrat d'insertion était initialement cantonné aux détenteurs du RMI, la Sras a généralisé cette notion de « contrat » à l'ensemble des résidents présents sur la structure, quelles que soient leurs ressources. Il s'agit donc d'un contrat signé à trois mains, par le résident, son référent et le chef de service. Ce contrat établit notamment le renouvellement de la durée de séjour et les modalités de l'accueil. Un rapport d'activité note : « *Il est entendu que la Sras n'est pas un lieu de vie. Les personnes y sont accueillies provisoirement. Le contrat d'hébergement a pour objet de déterminer sur quels axes la personne a l'intention de travailler, l'objectif étant l'amélioration des conditions d'existence, il peut y avoir démarches de soins, administratives, professionnelles, en matière de logement. Il faut aider la personne à formuler dans quelle(s) démarche(s) elle veut s'inscrire* » (rapport d'activité, 1998). Très largement, nous avons pu observer durant le terrain de recherche et même dans certains rapports d'activité que la santé va constituer un cadre privilégié de ces contrats de séjours. En effet, « *la reconquête d'une autonomie, la socialisation, l'accès aux soins constituent l'essentiel de l'accompagnement réalisé* » (rapport d'activité 2012). Concrètement, l'étude des projets personnalisés, qui sont venus compléter les

contrats de séjour depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, nous a appris que les deux tiers de ces documents façonnaient une injonction à ce que le résident réalise des démarches de santé.

Il est donc attendu que la personne s'engage dans un processus « dynamique ». La personne a l'injonction de formuler des envies, de témoigner d'un changement de perspective en changeant son lieu de résidence : « *Le contrat d'hébergement permet de dynamiser la personne en fixant des objectifs à son séjour ; il permet à l'usager et à son référent de visualiser l'évolution de la situation* » (rapport d'activité, 1999) ; « *Il vise à dynamiser l'arrivant en fixant des objectifs à son séjour* » (rapport d'activité, 2004).

Nous pouvons analyser que la Sras intériorise en réalité les attentes des politiques sociales contemporaines au prisme de l'injonction à la responsabilisation du bénéficiaire dans sa prise en charge. Les politiques sociales contemporaines ambitionnent en effet d'« activer » les personnes, soit de rendre les bénéficiaires « dynamiques » et non passifs au regard des prestations accordées (Franssen, 2005). Ainsi, la Sras formule l'injonction au résident de « *mettre sa situation en projet* » (rapport d'activité, 2005). D'ailleurs, les travailleurs sociaux m'ont fréquemment affirmé que la situation des résidents tenait en grande partie à leur propre motivation, à leur volonté personnelle. « *Comme quoi quand il veut il peut !* » me dit ainsi un travailleur social au sujet d'une personne réduisant sa consommation d'alcool. Plus encore, un travailleur social m'a également affirmé en entretien au sujet d'un résident énucléoté qu'il regrettait le manque d'effort de ce dernier : « *J'ai encore vu ça ce matin, ah bah c'est trempé, tout trempé, je ne comprends pas, il ne fait pas d'efforts* ». Il semble ainsi que les évolutions des politiques sociales ont eu des effets concrets et locaux sur la pratique des travailleurs sociaux. Nicolas Duvoux note, en effet, que du contrat posé de la société envers le bénéficiaire pour lui garantir une insertion qu'avait initialement instauré le RMI, la prestation s'est progressivement réorientée vers une

attente de contreparties des bénéficiaires (Duvoux, 2009). À ce titre, les attentes des travailleurs sociaux formulées à l'égard des résidents révèlent la traduction locale de ces attentes politiques de contreparties.

La notion « d'État social actif » conceptualisée en Belgique à la fin des années 1990 (Hamzaoui, 2005), puis très largement reprise par l'Union européenne et diffusée comme l'orientation contemporaine à laquelle doivent tendre tous les états membres, est également explicative de ce mouvement. Concrètement, la notion d'activation est à entendre au prisme d'un contexte où l'État social tente de se distinguer uniquement de mesures redistributives, considérant alors la position des bénéficiaires comme « passives » (Dumont, 2011). Par opposition, des mesures jugées plus incitatives sont développées avec l'objectif de « *transformer une assurance chômage palliative en une assurance dynamique d'employabilité* » (Hamzaoui, 2005). Le développement de ce nouveau paradigme rejoint ainsi le primat à l'emploi que nous avons déjà démontré plus haut. Cependant, la notion d'activation nous permet de poursuivre notre réflexion. En plus d'être réaffirmé comme la porte d'entrée vers la réinsertion, l'emploi doit également être recherché « activement » par les demandeurs. Pourtant, comme nous l'avons vu, cet accès à l'emploi est compromis pour le public qui nous intéresse. De fait, les travailleurs sociaux font un exercice de transposition de ces attentes de contreparties concernant la recherche d'emploi vers le domaine de la santé.

Le sociologue Jean-Claude Barbier (2011) montre alors que la notion d'activation est loin d'être spécifique au RSA et qu'elle est même devenue la tendance principale des politiques sociales depuis une vingtaine d'années. Néanmoins, le chercheur pointe finalement que cet objectif d'un plus grand retour à l'emploi est peu efficace car, en réalité, il observe que les initiatives cherchant véritablement la sortie de la pauvreté des allocataires restent modestes. Cependant, il pointe un autre aspect de l'activation, plus efficient, qui est la mise sous contrôle des dépenses sociales. En effet, la décentralisation

oblige les départements à s'intéresser aux dépenses sociales et les contraint donc à se focaliser sur les résultats de l'insertion dans une perspective de réduction des coûts, qui se traduit en politiques de contrôles notamment. Frédéric Viguier a lui aussi analysé l'injonction à l'activation au prisme d'un « *passage du paradigme sociologique au paradigme économétrique* » (2013).

Les rapports d'activité nous révèlent que cette dimension « active » fait partie intégrante de la Sras dès l'ouverture de la structure : « *Il revient à ses usagers de prendre en charge leur vie dans la structure. Celle-ci doit leur offrir la possibilité d'exercer à nouveau leurs responsabilités d'hommes et de citoyens. Ils versent une redevance pour la chambre qui est mise à leur disposition. Ils assurent le financement de la nourriture* » (rapport d'activité, 1996). Leur participation financière est ainsi considérée comme étant « positive ». Il en est d'ailleurs de même avec la participation aux tâches ménagères qui est attendue des résidents : la notion d'utilité sociale, de participation collective est prônée, sans que soit mis en avant le fait que ce travail réalisé par des résidents est en réalité indispensable pour le bon fonctionnement de la structure. La notion de citoyenneté est également importante, surtout dans les premiers rapports : « *L'enjeu est important puisqu'il s'inscrit dans une logique de la Sras de considérer ses usagers comme citoyens et responsables de leurs actes* » (rapport d'activité, 1996). Ainsi, au-delà de l'attente de « dynamisme », une certaine responsabilisation des personnes est également mise en avant. Le « choix » des personnes est valorisé, cela fait partie des objectifs de l'accompagnement : « *Résolument, nous voulons considérer l'usager comme responsable et apte à décider de ce qui est bien pour lui. Pour autant, nous nous réservons le droit de prendre position et de lui renvoyer notre manière de percevoir la situation* » (rapport d'activité, 1998).

Finalement, c'est toute la notion d'« autonomie » qui est valorisée, attendue et suscitée à l'égard des résidents. Cette notion d'autonomie

a d'ailleurs structuré le projet de la Sras dès son ouverture, comme en témoigne l'acronyme même de la structure : la « reconquête de l'autonomie sociale ». Cet acronyme est un révélateur considérable du lien entre cette structure spécifique et les évolutions des politiques sociales plus larges.

3.2. « La reconquête de l'autonomie sociale »

La re-conquête témoigne tout d'abord d'une certaine vision de la pauvreté, qui suggère que la personne a été maîtresse de son « autonomie sociale », dans le passé. Cette reconquête fait référence à une vision de la pauvreté considérée comme « accidentelle », pouvant arriver à tout le monde : « *Qui est définitivement à l'abri de telles circonstances ?* » note un rapport d'activité. François me dit lui en entretien que « *Avant la rue il y a une vie hein ! On s'aperçoit qu'ils ont tous été comme nous hein* ». Toutefois, Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion ont démontré que 62 % des sans-abri sont issus d'une origine populaire (1996). Pour autant, cette vision accidentelle de pauvreté est omniprésente dans le discours des professionnels.

La pauvreté est ainsi considérée comme un processus enclenché par un événement déclencheur « *que la personne n'arrive pas à gérer matériellement ou psychologiquement* » (rapport d'activité, 1999). Une certaine théorisation est même proposée dans le projet de service de la Sras pour comprendre ce processus : « *La personne s'accroche à son milieu habituel, mais ne s'y sent plus à l'aise, elle a le sentiment de ne plus être à sa place (...) ses nouveaux repères sont plus ou moins déviants et destructeurs (...) la personne tente d'utiliser les institutions pour survivre. Elle devient repérée comme errante, elle est désormais perçue différemment. Son identité est modifiée au regard des autres et sa participation à la vie sociale n'est plus anonyme, ordinaire, normale (...) la personne intègre un groupe d'exclus. Elle entre dans un sous-groupe qui lui ressemble, des exclus, des marginaux, des inutiles... elle se reconstruit une autre identité,*

une autre appartenance sociale, : « la galère » (...) lassée de résister elle s'adapte puis s'installe (...) c'est la phase de résignation, du renoncement à se battre et du refoulement de sa souffrance (...) elle devient finalement indifférente à ce que les autres pensent (...) la période d'installation dans la désinsertion se traduit par un retrait social, un isolement. La personne entre progressivement dans une période de dépression et produit un discours fataliste sur sa situation (...) de cette précarité résulte un mauvais état de santé commun à la quasi-totalité de ces personnes » (rapport d'activité, 2000). Ainsi, une vision processuelle de la pauvreté est largement mise en avant, contrairement à une approche relationnelle que Georg Simmel (2011) a par exemple développé.

Par cette vision, les travailleurs sociaux nient le déterminisme de la pauvreté. Ils rejoignent ainsi la majorité des français, puisque 86 % des citoyens pensent que la pauvreté peut arriver à tout le monde¹⁸. Dans ce cadre, les travailleurs sociaux nient ainsi la spécificité de leur intervention auprès des classes populaires, après avoir été critiqués pour leur entreprise de contrôle social durant les années 1970. La rhétorique d'un accompagnement vers « l'autonomie » permet ainsi aux travailleurs sociaux de se prémunir de certaines accusations, ou difficultés constitutives de leur travail : « *L'équipe note une attitude de vigilance à adopter concernant la prise en charge des personnes dans les actes de la vie quotidienne : entre accompagnement et assistance, le glissement est parfois rapide. (...) le défi reste donc de conserver une posture participative et d'accompagnement à l'autonomie – notre raison d'être* » (rapport d'activité 2008).

L'autonomie, ensuite, signifie étymologiquement comme le rappelle un rapport d'activité, « *se gérer soi-même* ». Le rapport met alors en avant que cette structure s'adresse paradoxalement à des personnes qui se « *sont gérées seules depuis longtemps* » (rapport d'activité, 2004), en avançant d'ailleurs la place centrale qu'occupait l'alcool dans cette « autonomie ». L'autonomie est alors considérée comme un

18 Enquête euro-baromètre, 2006.

synonyme de « liberté » pour les travailleurs sociaux. Au sens de Eyraud, il s'agit d'une vision de l'autonomie comme « *insulaire, l'autonomie vue plutôt comme autarcie, comme capacité de l'individu de ne dépendre que de lui-même* » (2013). C'est vraisemblablement pour pallier ce paradoxe apparent que le terme « social » a été ajouté à « l'autonomie ». Il s'agit de promouvoir une forme d'autonomie, de liberté d'action, mais qui s'inscrit dans les codes attendus de la vie sociale, l'alcoolisation comme médication n'étant par exemple pas attendue.

Dans cette acception de la notion d'autonomie, « l'autonomie sociale » est en réalité un concept qui n'a pas de sens pour un sociologue. En effet, la sociologie a considérablement démontré l'importance et la nécessité des liens sociaux entre les individus. Goffman note à ce titre que « *les sociologues ont toujours pris le plus grand soin à montrer comment l'individu est façonné par les groupes, comment il s'identifie à eux et comment il dépérit s'ils ne lui apportent pas le soutien émotionnel qu'il en attend* » (1961). Une autonomie sociale signifierait une indépendance vis-à-vis de ces liens, alors même que les sciences sociales ont démontré que c'était justement la pluralité de ces liens sociaux qui garantissait une inclusion optimale au sein de la société. Sociologiquement, il nous apparaît ainsi que le paradoxe de la situation tient plutôt au fait qu'il est demandé aux personnes les moins détentrices de liens sociaux d'être les plus autonomes de notre société. Pour autant, les travailleurs sociaux ne considèrent pas « l'autonomie sociale » comme une injonction paradoxale, comme le penserait un sociologue.

Pour revenir à la vision de la pauvreté qui est intimement liée aux attentes de la structure, il faut comprendre que l'équipe considère que les personnes, avant d'arriver à la Sras, sont « désocialisées » et « exclues », des notions elles-mêmes considérablement déconstruites par la sociologie (Castel, 1995). La Sras vise alors à « *proposer un dispositif d'aide devant permettre à des hommes majeurs de s'extraire d'un processus d'exclusion consécutif à une longue période de désocialisation. Leur donner l'opportunité*

d'utiliser leurs ressources à une amélioration de leurs conditions de vie et d'être acteurs de la reconquête de leur autonomie sociale » (rapport d'activité, 2002). Ainsi, la « reconquête de l'autonomie sociale » est le postulat initial de la structure, qui résonne considérablement avec l'attendue « insertion » promue au niveau des politiques publiques : « *Le chemin de l'insertion peut être long, il passe par une première étape : la reconquête de leur capacité d'autonomie* » (rapport d'activité, 2005) note un rapport d'activité. Comme l'a analysé Didier Vrancken, il s'opère ainsi une transition et l'utilisateur passe alors du statut de bénéficiaire à un « *sujet actif de droit, investi de nouvelles attentes sociales : être capable de maîtriser son destin et apparaître comme l'auteur de sa propre vie* » (2006). Ainsi, nous constatons que le public accueilli se révèle être hors-champ des politiques sociales. Toutefois, la structure est en réalité loin d'être imperméable aux attentes normatives qui sont formulées plus largement. Ces dernières font ainsi l'objet d'une traduction au regard de la spécificité du public accueilli.

3.3. Le paradigme de l'évaluation

Outre la notion d'autonomie, nous avons vu également poindre dans les rapports d'activité la notion d'évaluation. En effet, comme l'a démontré Vincent Dubois, le paradigme de l'évaluation croît parallèlement avec l'augmentation de ces nouvelles injonctions politiques (2009). Loin d'être nouveau au sein du travail social, le paradigme de l'évaluation est aujourd'hui accentué au prisme d'un « *contexte d'individualisation, de néolibéralisme, de rationalisation mais également de modernisation de l'action publique, de décentralisation et de mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf), ainsi que de reconnaissance des droits des personnes, voyant le sens de la citoyenneté se renforcer* » (Bouquet, 2009).

Appliquée au sein de la Sras, cette dimension de l'évaluation prend une forme particulière. Ainsi, les travailleurs sociaux vont, dans un premier temps, chercher à évaluer le degré de « stabili-

sation » de la personne : « *Le premier aspect que l'on cherche à évaluer est le processus d'intégration de la personne dans la structure, la phase de stabilisation. Ce processus peut prendre plus ou moins de temps selon la situation initiale et demander des stratégies « d'ap-
privoisement » ou de recadrage. Les indicateurs sont la présence aux repas, l'appropriation de la chambre, l'inscription dans le planning des tâches, la participation aux animations de loisirs ainsi que la nature des relations avec les autres usagers ou avec les membres de l'équipe d'animation. Une attention particulière est portée à la manière de s'exprimer ou de ne pas s'exprimer, aux attitudes et aux comportements qui sont autant d'éléments permettant de comprendre la logique dans laquelle est la personne* » (rapport d'activité 2002). Ainsi, l'inscription dans la vie collective de l'institution constitue l'élément central de l'évaluation de la personne, dans un premier temps. Nous verrons dans les chapitres suivants comment les personnes peu inscrites dans la vie collective de l'institution font alors l'objet d'une normalisation de leur comportement.

Dans un second temps, passée la phase de « stabilisation » théorisée par les travailleurs sociaux, l'équipe va tendre à analyser d'autres éléments, dans lesquels la participation à une perspective de soins sera attendue. Sont ainsi évalués « *la résolution de problèmes mineurs de santé, l'utilisation volontaire des services médicaux, l'investissement dans la vie de la collectivité, la participation aux animations collectives indiquant une prise en charge accrue par les personnes de leur situation et de leur devenir* » (rapport d'activité 2006). Ainsi, nous pouvons constater que la dynamique vers l'emploi ou vers le logement n'est pas mise en avant. Comme nous l'avons démontré dans ce chapitre, nous voyons encore une fois que la santé prend le relais et légitime l'accompagnement réalisé : « *Il est certain que cet itinéraire idéal ne peut être parcouru par tous. L'état extrême de dénuement dans lequel sont certains, laisserait présager une noire issue. Il s'agit alors de préparer au mieux une hospitalisation et l'objectif est atteint si la personne accepte, ou*

mieux, arrive à l'envisager dans une perspective positive » (rapport d'activité, 2007). Nous constatons à nouveau une transposition des attentes d'« activation », initialement développées pour la sphère de l'emploi, à la notion de santé.

3.4. Le triptyque de l'accompagnement

Dans la pratique, la Sras met en avant un triptyque dans l'accompagnement qui est proposé aux résidents, en se basant à la fois sur l'accompagnement individuel, « la collectivité » et les loisirs. L'accompagnement individuel, principalement réalisé par le référent du résident vise à personnaliser la prise en charge, il s'agit d'un travail relativement administratif, qui est le résultat de cette « mise en projet » sollicitée par les professionnels auprès des résidents. L'accompagnement individuel vise ainsi « *la ré-appropriation par les personnes de leur histoire et de leur situation* » (rapport d'activité, 2009).

La « collectivité » est le second axe de l'accompagnement décrit par les rapports d'activité. Il s'agit d'un terme très souvent utilisé par les travailleurs sociaux de la Sras, néanmoins, j'ai constaté qu'il ne recouvrait pas la même réalité pour tous les professionnels. Un rapport d'activité le définit comme un concept qui « *désigne à la fois les personnes accueillies dans leur ensemble et la relation entre ces personnes et leur habitat* » (rapport d'activité, 2006). Dans mes observations, cela recouvre globalement l'accompagnement à l'hygiène. Pour autant, certains professionnels en ont une vision plus extensive.

Enfin, les animations de loisirs constituent le troisième pôle de l'accompagnement réalisé par les travailleurs sociaux, tels qu'ils le définissent. L'objectif est de favoriser des activités ludiques ou culturelles. Ainsi, sont mis en avant au fur et à mesure des rapports d'activité les apports des voyages, qui ont eu lieu depuis 1996. Ces activités de loisirs vantent une ouverture culturelle, en affirmant que « *Les personnes démunies*

développent peu de pratiques culturelles » (rapport d'activité, 2003). Ainsi, les sorties au théâtre, au cinéma, au musée, en voyage ou encore aux expositions sont considérablement valorisées et mises en avant dans les rapports d'activité. A la lecture de la thèse de Delphine Serre, nous posons cependant l'hypothèse que ces pratiques culturelles témoignent en réalité d'une certaine imposition de normes sociales propres à la classe moyenne à laquelle appartiennent les travailleurs sociaux (2004). En tous les cas, ces activités sont considérées comme centrales, puisqu'« *il en va de l'équilibre des résidents et donc de la santé de la structure* » (Rapport activité, 2007).

La centralité de ces animations dans le discours résonne également avec l'appellation « d'animateurs » qu'ont les professionnels de la Sras souvent critiques vis-à-vis de ce terme, mais qu'ils emploient pour autant quotidiennement. Il y a ainsi un investissement considérable, attribué à ces « animations », qui entrent, elles aussi, dans le paradigme de l'insertion et de l'autonomie. Un rapport d'activité note ainsi : « *Toutes ces activités de loisirs et de la vie quotidienne donnent son sens au terme « animer », celui-ci vient du grec anima, l'âme. L'animateur est celui qui met une âme, qui insuffle la vie. À la Sras lorsque la vie a cédé la place à la survie, nous sommes parfois plus proches de la « réanimation sociale ». Il faut alors insuffler deux fois plus de vie que pour ceux qui restent dans une dynamique d'insertion : il faut redonner l'envie de vivre* » (rapport d'activité, 2001)

Pour autant, il est intéressant de faire référence aux travaux de Michel Autès (1999) au sujet de l'animation. Il a démontré que le secteur de l'animation sociale, qui constitue la troisième branche du travail social, après le service social et l'éducation spécialisée, est en réalité le moins codifié et le moins structuré du travail social. À ce titre, Autès affirme que les secteurs de l'animation se retrouvent donc d'autant plus malléables au gré des évolutions politiques et économiques. Et en effet, nous voyons bien dans cette partie dans quelle mesure la Sras est infiltrée de toute part des injonctions politiques qui sont produites plus largement.

3.5. Une temporalisation de l'accompagnement

Enfin, nous avons pu analyser que ces trois pôles d'actions de l'accompagnement qui constituent l'accompagnement individuel, « la collectivité » et les loisirs, ont tous les trois pour objectif l'inscription des personnes dans une nouvelle temporalité : « *L'objectif est de réinstaurer des instants ludiques dans un mode d'existence contraignant. Par l'intégration dans les journées d'occupations variées (tâches quotidiennes, démarches, loisirs), les personnes sont amenées à redécouvrir une gestion du temps différente. La planification d'animations favorise la projection dans l'avenir et permet de se référer ensuite à un passé agréable commun* » (rapport d'activité, 2002) ; concernant les animations régulières, elles « *permettent de fixer des repères dans le temps et mobilisent les gens sur une activité régulière* » (rapport d'activité 1998) ; quant à la participation à la répartition des tâches d'entretien, elle est dite permettre « *à chaque occupant de prendre des responsabilités vis-à-vis de la collectivité et de lui fixer des repères dans le temps* » (rapport d'activité, 2007).

Cette centralité de la temporalité peut s'expliquer par le fait que les travailleurs sociaux considèrent que la temporalité des résidents est différente de la leur : « *la temporalité de 44 % d'entre eux semble déconnectée d'une chronologie* » note ainsi un rapport d'activité. Ainsi, une « *théorie du temps circulaire* » (rapport d'activité, 2002), présentée comme telle par les travailleurs sociaux, a été conceptualisée par les professionnels. Un rapport d'activité le définit ainsi : « *Peu à peu se constitue un temps circulaire semblable à la roue de hamster, se répétant sans plus se projeter dans une chronologie (...) les personnes n'ont plus de passé évoquant le douloureux souvenir de ce qu'elles ont perdu ni d'avenir réduit à une fin sans espoir de mission, seul reste un présent qu'il faut gérer au mieux jour après jour. Peu à peu s'installe un temps circulaire, semblable à la roue d'un hamster. Il n'existe alors plus de chronologie, plus de possibilité de se projeter dans le temps. Il faut alors leur permettre de remettre leur vie en perspec-*

tive » (rapport d'activité, 2004). De fait, les personnes accompagnées sont caractérisées, entre autres, par leur : « *Incapacité à se projeter dans l'avenir, inscription dans le temps de l'instant* » (rapport d'activité, 2002).

Ainsi, il est intéressant d'analyser cet écart dans l'appréhension de la temporalité. Plusieurs travaux ont en effet montré qu'au-delà du temps officiel, le *Chronos*, il existait un temps plus social, le *Kairos*, que l'on peut traduire par « le temps qu'il convient ». De fait, le *Kairos* est variable d'un groupe social à l'autre. Il est le résultat d'une construction sociale et s'ancre dans les rapports sociaux (Bessin et Gaudart, 2009). Marc Bessin a ainsi démontré dans quelle mesure la temporalité s'inscrit dans les rapports sociaux de genre, renforçant notamment une certaine domination masculine. Concernant notre recherche, il semble que le *Kairos* s'inscrit tout particulièrement dans un rapport social de classe.

Dans ces extraits nous constatons de quelle manière l'appréhension différente de la temporalité revêt une connotation péjorative, cette temporalité jugée différente étant même parfois pathologisée. Il est en effet question d'« *un mode de vie pathogène marqué par le court terme* » (rapport d'activité, 2002). Les travailleurs sociaux essentialisent finalement leur propre vision de la temporalité, qui valorise la projection dans l'avenir et la référence au passé. Au prisme de cette naturalisation du temps social, les travailleurs sociaux exercent donc un travail de normalisation à l'égard des résidents qu'ils accompagnent au regard de leur propre vision de la temporalité.

Pour autant, cette essentialisation qu'effectuent les travailleurs sociaux au regard des comportements des résidents ne se repère pas qu'au prisme de cette vision de la temporalité. Ainsi, j'ai à plusieurs reprises remarqué que les travailleurs sociaux formulaient une vision réifiée de la catégorie des « clochards » ou des « gens de la rue ». Écoutons-les :

« *Parce que justement les gens de la rue, les*

vouvoiements et tout ça les saoule, enfin euh ils veulent du langage franc, sincère ! »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

« *Mais Robert, il ne faut pas lâcher, faut pas lâcher ! Parce que si on lâche bah c'est foutu quoi, il va dégénérer et puis... Parce que j'y dis Robert, t'étais à la rue, t'étais un clochard, c'est sur tu t'es clochardisé ! C'est sûr c'est dur de revenir à la normale.* »

Lynda, conseillère en économie sociale et
familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Ainsi, il nous faut maintenant nous atteler à donner des éléments d'observation sur les résidents, afin de saisir leur quotidien et leur vie au sein de la structure dans le but de déconstruire cette vision essentialisée des personnes résident dans les structures d'hébergement social. Pour cela, il nous faut comprendre les normes de cette institution afin de saisir comment les résidents évoluent à leurs sujets.

4. L'organisation sociale de la Sras : normes et adaptations au sein d'une institution totale

4.1. La normalisation des alcoolisations

Dès la création de la structure, il fut acté que la Sras tolérait la consommation d'alcool au sein de la structure, ce qui est une décision tout à fait originale pour un centre d'hébergement. Cette décision fut prise dans un souci d'adaptation de la structure face à la consommation des résidents du Fam, identifiés pour venir à la Sras. En effet, le constat était le suivant : au Fam, les personnes n'ayant le droit ni de s'alcooliser au sein de la structure, ni d'être en possession de bouteilles, ils s'alcoolisaient massivement avant de rentrer dans l'institution, ce qui entraînait des situations de forte ébriété malgré l'interdiction posée. C'est d'ailleurs un constat qui est applicable dans la majorité des structures d'hé-

bergement social. Le choix fut donc de tolérer l'alcool au sein de la Sras avec l'objectif d'accompagner les personnes dans le cadre d'une réduction de leur consommation.

Ainsi, dès le départ, l'intention était de les accompagner vers des soins, leur consommation étant considérée comme pathologique. Un partenariat avec le service d'addictologie a été mis en place dès la création de la structure. Le rapport d'activité note ainsi : « *L'objectif est donc de transformer l'envie d'arrêter de souffrir, qui favorise la prise d'alcool par son aspect euphorisant et anesthésiant, en une volonté de se prendre en charge qui se caractériserait par une démarche de soins* » (rapport d'activité, 1999). Ainsi, les rapports d'activité indiquent que « *le projet de la Sras n'est pas d'offrir un lieu où le seul horizon est l'alcoolisation du matin au soir* » (rapport d'activité, 1997). De ce fait, une rhétorique autour de « l'autonomie » et du « libre choix » des personnes s'est développée : « *pour travailler sur l'autonomie des personnes, permettre à leur personnalité d'émerger, il faut leur donner le choix, faire avec elles et les prendre comme elles sont* » (rapport d'activité, 2000). Il est véhiculé l'idée que la personne doit être « maîtresse de son destin » afin qu'elle puisse entreprendre des démarches de santé. C'est donc une approche psychologisante de la consommation d'alcool qui est portée dans cette structure et plus généralement du rapport à soi.

Néanmoins, les professionnels de santé ont souvent émis des réserves quant à ce fonctionnement particulier de la structure. Si les professionnels de santé désormais devenus partenaires de la structure ont adopté le point de vue de la Sras, ils restent peu coutumiers du fonctionnement de cette structure et sont souvent dans l'incompréhension de ce fonctionnement, alors considéré comme « laxiste ». Au sein même de la Sras cette situation est d'ailleurs questionnante pour l'infirmière.

« Au début quand je suis arrivée là, dans l'infirmierie là j'avais au moins sept ou huit bouteilles de rosé, de rouge, des bières, j'ai regardé ça j'ai dit ça c'est quoi ? Je ne comprends pas ! Et bah du coup après effective-

ment j'ai compris. Et il m'est arrivé et il m'arrive toujours de donner un verre de vin, une bière à un résident qui est en manque. Et je me dis mais attends qu'est-ce que tu es en train de faire, tu es en train de donner de l'alcool (rire). Donc c'est vrai que c'est une situation paradoxale mais en même temps nécessaire, parce que le monsieur qui est en manque je ne vais pas le laisser en manque. Donc je suis là, je suis toute seule, bah faut, faut que je donne. Mais bon ça ne me pose pas plus de problèmes que ça, parce que c'est aussi paradoxalement un acte médical voilà, mais c'est vrai qu'au début quand t'es pas habitué, ça fait bizarre. »

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Néanmoins, la structure regrette d'être associée plus largement au stigmatisme de l'« alcoolique ».

« Les partenaires ils ont une image de la Sras qui reflète pas forcément toute la réalité, pour eux, même quand je vais à la CT (commission territoriale d'admission), c'est bien ça les partenaires, si on ne leur explique pas, pour eux la Sras c'est il a 45 ans il est alcoolique, ça fait 15 ans qu'il est à la rue, c'est la Sras. Pour eux c'est ça. »

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

Au-delà de ce stigmatisme ressenti et difficile à évaluer, il reste que j'ai pu m'apercevoir que ce fonctionnement par rapport à l'alcool n'était pas toujours souhaité par les résidents. La plupart semblent satisfaits de ce fonctionnement, quoi qu'ils s'en étonnent souvent au départ, mais un certain nombre d'entre eux qui essayent de réduire leur consommation m'ont fait part de leur difficulté dans ce contexte : « *Comment veux-tu que je réduise ici ? on est à la Sras hein ! c'est mort* ». Monsieur Noël m'explique également qu'il est abstinent, mais qu'il trouve difficile de se maintenir dans cette position, car il me dit « *Ici on m'incite à boire, on me tend la bouteille à chaque fois que je passe* ».

Néanmoins, cette tolérance de l'alcool a struc-

turé le projet de service de la Sras et constitue aujourd'hui une certaine fierté pour l'équipe d'animation. En effet, par le caractère novateur de cette position de l'institution, les travailleurs sociaux se vantent souvent de l'originalité de leur approche. Cette valorisation de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance à l'alcool se comprend également à la lecture des rapports d'activité plus anciens. En 1989, on apprend alors que la charité hospitalière de nuit considère que le « *développement de l'alcoolologie est le résultat du corps médical et des travailleurs sociaux* » et que ce sont « *les interrogations conjointes du corps médical et des travailleurs sociaux qui ont permis cette évolution* » (rapport d'activité, 1989). Ainsi, les travailleurs sociaux considèrent détenir une réelle expertise complémentaire au domaine médical en ce qui concerne l'accompagnement de personnes alcoolodépendantes : « *Les travailleurs sociaux jouent un rôle dynamique dans la démarche alcoolologique. Ils sont sur le terrain, à côté des hommes concernés et doivent être à l'origine de la construction des rapports sociaux. (...) la confiance qu'on leur accorde leur permet d'agir sur les demandes sociales engendrées par l'exclusion* » (rapport d'activité, 1989). Ce positionnement nous permet alors de comprendre à la fois la position spécifique de la Sras quant à l'alcool, mais nous éclaire également sur cette valorisation que prend la dimension de leur travail.

Pour autant, cette tolérance véhiculée dans le discours n'est en réalité pas exempte d'un certain nombre de normes. Les travailleurs sociaux ont établi comme règle commune d'interdire les alcools forts, en d'autres termes de n'accepter que le vin et la bière mais également que les « *commissionnaires* » étaient interdits, c'est-à-dire que les résidents n'ont pas le droit de réaliser des courses pour d'autres, sans l'autorisation d'un professionnel. De plus, il a également été établi qu'il était interdit de consommer dans la salle d'activité, afin de réserver un lieu hors-alcool. En outre, les travailleurs sociaux se réservent le droit de remettre en question le séjour des personnes si « *on n'en voit pas émerger le sens* » (rapport

d'activité, 2006), c'est-à-dire qu'une démarche de « *réflexion* » de la personne quant à sa consommation n'est pas entamée. En outre, il est également prévu que la structure se réserve le droit de contraindre la personne à des soins si sa situation est considérée comme étant en « *danger* », les critères posés par les travailleurs sociaux étant principalement les suivants : « *Plus de repères dans le temps, suralcoolisations massives, non-respect des règles établies* » (rapport d'activité, 2001). Notons tout de même que ces critères concernant l'injonction aux soins restent larges et poreux et dépendent ainsi considérablement de la libre appréciation de l'équipe.

D'autres normes quant à l'alcool restent plus floues. J'ai ainsi remarqué que certains travailleurs sociaux adoptaient la règle d'« *une bouteille par jour* » quand d'autres prônaient celle d'« *une bouteille à la fois* ». Par ailleurs, certains travailleurs sociaux acceptent volontiers de « *servir des verres au bureau* », notamment pour les personnes en situation de « *manque* », mais cette pratique n'est pas effectuée par tous, certains considérant que ce n'est pas leur rôle. Plus encore, les professionnels font parfois « *semblant* » de ne pas voir les résidents entrer avec de l'alcool : « *Tout à l'heure il est passé, moi j'ai fait semblant de pas l'avoir vu, parce que je sais très bien qu'il en avait hein, deux là... il en met deux là, deux derrière les poches de pantalon, que je ne savais pas, c'est l'autre jour que j'ai découvert ça et il en met aussi dans les chaussettes il paraît* », me confie une professionnelle. En effet, confisquer une bouteille constitue un exercice complexe de leur travail : le résident peut se mettre en colère et être potentiellement violent. Certains évitent ainsi de s'y confronter. D'ailleurs, il est souvent recommandé aux remplaçants et aux stagiaires de ne pas le faire.

Ainsi, nous pouvons clairement le constater, cette tolérance prônée quant à l'alcool dans le discours signifie en réalité la réintégration de nouvelles normes. En effet, un rapport d'activité note qu'il est attendu que les consommations soient réalisées « *de manière discrète* », ce qui

reflète finalement une position normative et une attente implicite à l'égard des résidents. De fait, des distinctions entre les résidents sont établies, notamment entre ceux qui sont en mesure ou non de saisir ces codes non-dits. La norme de la discrétion de la consommation se joint d'ailleurs à la norme de la non-violence au sein de l'établissement. Toute violence fait en effet l'objet d'un rappel à la norme.

De mes observations, j'ai pu constater qu'au moins cinq résidents sont abstinents ou non consommateurs. Ils étaient huit en 2008, selon le rapport d'activité de l'époque. Cependant, concernant certaines personnes, il est assez difficile de savoir s'ils sont consommateurs ou non. En effet, une partie des résidents de la Sras consomment de manière cachée notamment à l'extérieur de la structure, leur consommation réelle est donc difficile à évaluer. Les résidents cachent généralement leurs bouteilles lorsqu'ils entrent au sein de la structure et alors même qu'ils ont l'autorisation d'en entrer une, tous sans exception la cache sous leurs vêtements. Nous pouvons nous demander si cela témoigne d'anciennes habitudes liées à d'autres fonctionnements d'institution ou encore s'ils ont intégré la norme attendue de l'institution qu'ils consomment de manière discrète.

En effet, les résidents consomment de fait très peu devant les travailleurs sociaux. Si la bouteille est visible lorsqu'ils s'assoient sur un banc, l'action de boire en elle-même n'est pas effectuée face aux travailleurs sociaux. Les résidents s'alcoolisent soit seuls, dans leur chambre ou sur un banc, soit en petits groupes de deux ou trois personnes. Théoriquement, les résidents ont l'autorisation d'être plusieurs dans une chambre, en petit comité. Cependant, certains groupes sont jugés comme s'alcoolisant trop massivement et perturbateurs pour les autres résidents et n'y sont donc plus autorisés.

Au sujet des groupes, certains résidents s'associent parfois entre eux et forment un binôme en restant presque toujours ensemble. Il faut d'ailleurs noter que ces couples de résidents sont souvent considérés par les travailleurs sociaux

comme étant plutôt néfastes pour eux. Pour autant, au-delà de cet avis qu'ils leur témoignent, les travailleurs sociaux entretiennent paradoxalement cette organisation en duo de la vie dans la structure, en leur attribuant des surnoms, ou en demandant souvent à l'un où se trouve l'autre, par exemple. Cependant, j'ai pu constater que ces associations dans l'institution était souvent synonyme d'une complémentarité entre les deux personnes : l'un guide l'autre en dehors de la structure car il n'a plus de repères spatio-temporels, quand l'autre a plus d'argent et peut donc participer plus largement aux achats de tabac et d'alcool quotidien par exemple. Cette complémentarité entre les personnes en situation de grande précarité a d'ailleurs été plus largement analysée par Corinne Lanzarini (2000).

Au-delà de ces fonctionnements en binôme, il y a une réelle organisation sociale au sein de la structure. À première vue, il pourrait être considéré qu'il s'agit d'une structure plutôt monotone, voire léthargique. Les résidents peuvent rester des heures sur le même banc sans parler, d'autres restent dans leurs chambres sans sortir, ou d'autres encore passent leur journée en dehors de la structure à s'alcooliser en groupe dans un petit parc près de la Sras. La journée semble rythmée par les horaires institutionnels du repas, de la distribution de l'argent et des médicaments. À ce titre, un intervenant extérieur à la Sras m'explique comment il perçoit la journée des résidents qu'il vient parfois rencontrer.

« On se réveille, on déjeune, on attend la toilette, on va chercher ses sous, on va chercher sa bouteille, on consomme, on remonte dans la chambre, on mange, on fait une sieste une bonne partie de l'après-midi, on ressort chercher à boire, on attend, on mange, on se couche. Et, ça, c'est tous les jours, c'est la même chose. Tous les jours c'est la même chose. »

Daniel, travailleur social non diplômé,
intervenant Alcool, 49 ans,
15 ans d'expérience à Envol

Souvent, les travailleurs sociaux disent alors des résidents qu'ils sont « désocialisés ». Sociologiquement, cela signifie que les personnes seraient

dénuées de liens avec des instances socialisatrices. Effectivement, leur rapport à l'emploi est distant. Cependant, il est en réalité réducteur de penser que les résidents n'ont pas de vie sociale. En effet, la vie quotidienne des résidents est rythmée par divers codes et normes propres à cette institution. Erving Goffman (1961) note à cet égard qu'il n'existe pas de « *groupe ou ne se développe pas une vie propre, qui devient signifiante, sensée et normale dès qu'on la connaît de l'intérieur* » (*ibid.*, p. 37). Ainsi, loin d'être dénuée de toute vie sociale, la Sras a un fonctionnement particulier, à l'instar de toute organisation sociale.

4.2. Les règles de la vie institutionnelle

La vie des résidents est effectivement en partie régulée par des normes institutionnelles. Ainsi, tous les matins, aux alentours de neuf heures, un travailleur social vient voir si la personne a bien dormi. Cette pratique quotidienne permet également aux travailleurs sociaux d'apprécier l'état de santé des résidents. Certains jours définis par les travailleurs sociaux, les résidents doivent prendre leur douche. Les professionnels ne manquent pas de le leur rappeler voire de les y accompagner.

La moitié des résidents ont une « aide à l'hygiène », certains jours par semaine. Il s'agit de mesures qui leur attribuent l'intervention d'aides à domicile ou d'aides-soignantes, afin de les accompagner dans le cadre de leur toilette. Douze personnes bénéficient d'une aide par un service médico-social pour adultes handicapés (Samsah), auprès de deux associations différentes, dont une spécialisée dans l'accompagnement de personnes ayant des troubles psychiatriques. Au total, ce sont donc vingt-six personnes qui bénéficient d'un accompagnement à l'hygiène par des prestataires extérieurs. Douze autres personnes sont notées comme ayant « besoin de stimulation », ce qui signifie que ce sont les travailleurs sociaux qui les accompagnent dans le cadre de leur hygiène : ils vont les voir, leur demandent de préparer leurs

affaires et vérifient qu'ils prennent effectivement leur douche. Lors de mes observations, j'ai d'ailleurs remarqué que les travailleurs sociaux avaient toujours un doute sur le fait qu'ils fassent effectivement leur toilette, me racontant fréquemment que les résidents feraient « semblant de se laver ». Ce doute étant omniprésent, seulement huit personnes sont jugées comme étant autonomes dans le cadre de leur hygiène, alors qu'ils étaient vingt-quatre en 2010. Les personnes jugées autonomes sont dans l'ensemble plus jeunes que la moyenne, ce qui peut également laisser penser que le vieillissement du public de la Sras a favorisé la mise en place de ce type de suivis. En moyenne, il faut noter que les personnes prennent entre une à deux douches ou bains par semaine. Le début de la journée est donc organisé au regard de l'hygiène les jours où les résidents sont concernés.

À 10h s'ouvre la « caisse », terme utilisé par les travailleurs sociaux pour qualifier la permanence administrative qu'ils effectuent. Ainsi, les résidents qui sont sous une mesure de protection juridique viennent chercher de l'argent au bureau pour faire leurs dépenses quotidiennes. Ceux qui ne sont pas sous mesure de protection sont également incités à déposer de l'argent en début de mois au bureau, afin de pouvoir gérer leur budget jusqu'à la fin de la période. Il faut noter que ce ne sont pas les résidents qui décident du montant dont ils peuvent disposer le matin, sauf quelques exceptions, même lorsqu'ils déposent volontairement leur argent aux travailleurs sociaux. La somme qui leur est allouée varie de deux à dix euros, en fonction des revenus dont ils disposent, mais également de leurs alcoolisations ou encore de leur comportement. La réduction de la somme quotidienne allouée aux résidents constitue un moyen de sanction habituel. Ainsi, tous les résidents ont un « compte » informatique ouvert à leur nom et vingt et une personnes prennent tous les jours ou un jour sur deux de l'argent au dépôt.

Certains peuvent également prendre du tabac à cette occasion. En effet, toute les semaines, une commande de tabac est effectuée par les

travailleurs sociaux et la somme des consommations est déduite de leur compte informatique. Après avoir récupéré leur argent, la plupart des résidents vont acheter leur nécessaire pour la journée ou la demi-journée, principalement du tabac, de l'alcool et de la nourriture comme des confiseries ou des biscuits. Certains reviennent rapidement dans leurs chambres après leurs achats, d'autres restent un moment en dehors de la structure. La majorité des résidents reviennent pour le repas mais ils ne sont jamais tous présents durant ce moment. En moyenne, ils sont présents aux deux-tiers. Les travailleurs sociaux mangent plutôt entre eux durant les repas, bien qu'il leur arrive de manger avec les résidents. En effet, aucune table n'est réservée pour les professionnels, de fait, ils s'assoient souvent vers la fin du repas à une table où les résidents sont en fin de repas.

L'après-midi paraît moins dynamique dans la structure. Tout d'abord, l'effectif des travailleurs sociaux baisse de moitié, voire du triple, car il est considéré qu'il y a moins de travail à fournir l'après-midi. Beaucoup de résidents se reposent ou vaquent à leurs occupations dans leur chambre ou en dehors de la structure. Le mardi après-midi, un atelier dessin est organisé avec des bénévoles. À l'exception des activités animées par les stagiaires, peu d'autres activités sont proposées.

En parallèle, le matin et l'après-midi, les résidents ont souvent des rendez-vous à l'extérieur. Ces rendez-vous sont principalement médicaux, mais il peut arriver que les professionnels effectuent des accompagnements à la banque, pour faire des achats de vêtements ou de produits d'hygiène, ou encore à des rendez-vous en lien avec leur protection juridique ou avec leur orientation. Ainsi, un grand agenda recense tous les rendez-vous, jour après jour. Les résidents sont mis au courant le matin même qu'ils ont un rendez-vous et se plaignent de ce fonctionnement. En effet, si les rendez-vous sont souvent pris de longue date, les travailleurs sociaux ne communiquent pas ces informations aux résidents en dehors du jour précis de celui-ci, vraisemblablement par manque de temps et par défaut d'organisation.

On ressent à partir de 17h30 une plus grande activité au sein de la structure, notamment avec le passage de l'infirmière libérale, l'arrivée de l'infirmier bénévole qui passe voir les résidents et le retour de la cuisinière après sa pause de l'après-midi. Le repas du soir se déroule relativement tôt, à 18h45. Les résidents prennent alors leur traitement à ce moment, de fait, ils sont très nombreux à aller se coucher rapidement après le repas. Les soirées sont donc relativement calmes.

4.3. Une institution totale

En de nombreux points, la Sras s'apparente à une institution totale. Erving Goffman en donne la définition suivante : « *Un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (Goffman, 1961). En ce sens, la Sras correspond à la vision du sociologue américain. En cela, nous utilisons donc la notion d'« institution » pour analyser l'établissement dont nous faisons la monographie. En effet, la notion d'institution recouvre plusieurs acceptions en sociologie, notamment celle d'« institution socialisatrice », que sont principalement le travail, la famille ou encore la religion. Non pas que la Sras n'ait pas une portée socialisatrice envers les hébergés, notre acception du terme institution se réfère davantage à la définition donnée par Goffman, qui en fait avant tout un lieu de résidence spécifique. Analysons donc ces spécificités, qui conduisent cette institution à être rapprochée d'une institution totale.

Comme nous l'avons vu, les horaires de l'institution sont extrêmement réglés, allant jusqu'au souci de planifier minutieusement les jours de douches des résidents. Plus encore, la promiscuité est également un élément central du caractère totalisant d'une institution. Comme l'a démontré Corinne Lanzarini, cette promiscuité inhérente à l'institution empêche un certain nombre de personnes sans domicile d'accepter

un hébergement dans une structure (Lanzarini, 2000). Cette promiscuité est omniprésente au sein de la Sras, puisque même si les personnes bénéficient de leur propre chambre, ils doivent prendre leur douche tous au même endroit, ou encore utiliser des sanitaires communs rarement propres. De surcroît, les vêtements qui leur sont donnés ont souvent été utilisés par d'autres résidents. De fait, cette crainte de la contamination redoublée du sentiment de déposssession de soi qu'entraîne la promiscuité, constitue un caractère totalisant de cette institution.

Goffman note dans son ouvrage que ces institutions totales dépossèdent finalement les personnes qui y vivent de leurs attributs d'humanité, par divers procédés : « *légiférant autoritairement sur tous les domaines de la conduite de l'interné, brise la souplesse des ajustements et l'enchaînement harmonieux des rôles de la vie normale et dérobe à toutes les initiatives leur sens autonome* » (Goffman, 1961, p. 10-11). Ainsi, à la Sras, comme au sein d'un hôpital psychiatrique, l'hébergé ne peut jamais vraiment se sentir isolée. La possibilité qu'un professionnel entre dans la chambre de la personne avec sa clé est constante et j'ai parfois observé que les travailleurs sociaux n'attendent pas l'autorisation des résidents pour y entrer lorsqu'ils y sont présents. Les résidents ont par ailleurs conscience que les professionnels entrent régulièrement dans leur chambre quand ils ne sont pas là. En outre, ils ont connaissance du fait qu'il existe des dossiers les concernant dans le bureau des travailleurs sociaux et que les événements quotidiens sont notés dans un cahier de liaison. Ces outils des professionnels peuvent constituer des éléments d'aliénation, de dépossession de soi pour les résidents de cette institution.

Une autre forme de « mortification » comme le conceptualise Goffman, est la manière dont les professionnels parlent des personnes qu'ils accueillent, souvent devant eux, sans les incluent dans la conversation. De surcroît, il semble que le fait que les papiers d'identité ou bancaires des personnes soient gardés au bureau des

travailleurs sociaux est également un révélateur du caractère totalisant de l'institution que nous étudions. Néanmoins, il existe une limite notable à ce caractère totalisant puisque la Sras n'est aucunement un établissement dans lequel l'enfermement est coercitif.

Ainsi, à l'instar de toute institution totale, les résidents résistent et trouvent également des marges d'expression au sein même de cette institution. Goffman note ces stratégies comme des « *adaptations secondaires* » dans lesquelles « *le reclus y voit la preuve importante qu'il est encore son propre maître et qu'il dispose d'un certain pouvoir sur son milieu* » (*ibid.*, p. 99). Certains résidents, par exemple, arrivent à la dernière minute autorisée pour être servis au repas, ce qui leur permet de manger dans un réfectoire plus calme et vide. D'autres descendent à la permanence administrative une fois que le facteur est passé, ce qui leur évite de redescendre dans la journée au bureau des travailleurs sociaux qui est en contrebas de la structure. Plus encore, certains résidents trouvent le moyen de connaître en amont le menu à venir et cela leur permet de savoir s'ils ont un intérêt ou non à descendre manger au réfectoire. Enfin, des résidents se rendent à des rendez-vous médicaux seuls, sans en informer les professionnels, comme me l'ont appris le service d'addictologie et l'EMPP.

« Il y en a un ou deux à la Sras qui sont venus pas du tout adressés, qui ne veulent pas non plus que ça se sache, mais généralement je vois plutôt au coin de la rue en fait, ils savent que je suis là le mardi, que je suis généralement un peu en retard, ils m'attendent à 10h30 en bas, ou au square. »

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

En refusant de mettre au courant les travailleurs sociaux de leur suivi, les résidents révèlent ainsi leur volonté de maintenir une certaine liberté de choix et d'action qui revalorise vraisemblablement leur dimension de sujet à part entière qui est niée au sein de cette institution totale.

Ces adaptations secondaires des résidents témoignent d'une fine connaissance des « ficelles » de l'institution afin de pouvoir jouer avec celles-ci et maintenir des marges de manœuvre en dehors de l'emprise de l'institution. Ainsi, j'ai par exemple entendu monsieur Depaille affirmer à monsieur Silva que pour monter une nouvelle bouteille dans leur chambre, il fallait qu'ils attendent le changement des professionnels ; « Ça ne sera pas les mêmes, du coup ils ne pourront rien dire ». Ces écarts, quand ils sont constatés par les travailleurs sociaux, sont d'ailleurs souvent très largement dépréciés. Ainsi, les résidents continuant par exemple à faire la manche sont souvent stigmatisés. Les travailleurs sociaux disent alors ne pas comprendre ce comportement, soulignant qu'ils ont tout ce dont ils ont besoin au sein de la structure. Ils tentent donc d'établir des contrats moraux avec les résidents afin que ces derniers cessent leur activité. Les professionnels établissent le fait que cet acte tient à leurs habitudes passées de vie à la rue, ce qui est sans doute en partie juste. Mais il faut noter que ce comportement est également rationnel. Ils m'ont ainsi beaucoup témoigné en entretien que la somme qui leur est allouée quotidiennement par l'institution n'est pas suffisante au regard de leurs besoins. Loin de réintroduire un jugement moral sur ces besoins, il s'agit surtout de revaloriser la dimension rationnelle du comportement des résidents en ce qui concerne leur activité de mendicité.

Chloé : « Et là vous vous mettez où pour faire la manche ?

«Là à côté, au niveau... à côté de l'épicerie, ouais à côté de l'épicerie, mais il n'y a personne aussi. »

Chloé : Donc vous avez moins ?

«Bah cinq euros. »

Chloé : Cinq euros par jour ?

«Ouais pas plus. »

Chloé : Vous n'y allez pas longtemps alors ?

«Bah quand même hein... Il n'y a pas grand monde quand même hein. »

Chloé : et du coup avec votre manche vous vous achetez de l'alcool ? c'est par ce que vous n'avez pas assez ici ?

«Non bah je n'ai pas assez, parce qu'ils me

donnent que sept euros hein. Le paquet de tabac il coûte déjà sept euros. Bah oui, là faut que j'y aille, je n'y ai encore pas été en plus. »

Monsieur Depaille, 55 ans,
présent depuis un mois

Au-delà de la manche, les résidents usent d'ailleurs de nombreuses ressources pour réintroduire un sentiment de gestion de leur argent. Ils m'ont alors beaucoup témoigné du fait qu'ils réalisaient des économies, que ce soit au regard de l'argent qu'ils ont à « la caisse » ou bien par leur mandataire judiciaire. Faisant des économies, les résidents se sentent alors reprendre un certain pouvoir sur cette prise en charge déposée. Ainsi m'ont-ils dit « retourner la monnaie de la pièce » en réalisant ce genre pratique. Écoutons monsieur Bonnet à ce sujet.

« Bah ça les fait chier un peu tu vois. Moi c'est ce que je pense, si je prends dix euros, le lendemain que je reprends dix euros et avec ça (...) Là tu vois je fais encore mieux, j'ai une petite caisse là dans ma chambre tu vois avec six euros depuis que je bois plus et bah je mets des pièces de deux, de deux et je n'y touche pas hein ! bah là je suis arrivé à cinquante euros. »

Chloé : Ah oui ? et du coup les six euros vous ne les dépensez pas ?

« Non. Il y a que Lynda... peut-être que Lynda elle l'a raconté à d'autres animateurs, mais normalement ça je n'ai pas le droit tu vois. Parce que par exemple si j'ai six euros, bah les six euros le lendemain, j'ai encore six euros mais les six euros ils devraient être dépensés. (...) Parce que s'ils sont malins, moi aussi je suis malin. »

Monsieur Bonnet, 50 ans,
présent depuis 2 ans

De surcroît, cette reprise de contrôle autour de l'argent par les résidents se révèle également dans un certain nombre d'échanges qu'ils réalisent entre eux, sans en informer les travailleurs sociaux. En effet, que ce soit sur les cigarettes,

l'alcool, ou même des tickets pour des boissons servies au sein de l'institution, les échanges sont nombreux et les règles sont strictement instituées entre les résidents. Ainsi me l'apprend monsieur Martin.

Chloé : « Donc vous avez quatre euros par jour, c'est ça ? »

« Ouais, mais ce n'est pas assez pour moi »

Chloé : vous achetez quoi avec ces sous du coup ?

« Bah j'achète des cigarettes à Robert »

Chloé : Seulement ?

« Ouais. J'ai droit à huit cigarettes à chaque fois parce que lui il les vend cinquante centimes lui ».

Monsieur Martin, 62 ans,
présent depuis 6 ans

Dans ce cadre, les résidents revalorisent considérablement leur position d'acteur agissant et faisant des choix. Pour autant, ces situations sont dépréciées par les travailleurs sociaux.

La dimension totale de l'institution ne doit pas être niée. Le fait que les reclus, comme les nomment Goffman, usent de stratégies d'adaptation est d'ailleurs le propre de ces institutions. Il reste néanmoins qu'une grande partie des résidents soient dans une situation de dépendance forte à l'égard de l'institution. En effet, comme l'a affirmé Duvoux, les personnes les plus marginalisées se trouvent dans un stade « *d'assistance revendiquée* » (2009). À ce titre, ces personnes entretiennent une relation d'interdépendance très forte à l'égard des services sociaux. Les intervenants en viennent alors à constituer la majorité des liens sociaux que les personnes entretiennent au quotidien, comme c'est le cas au sein de la Sras pour une majorité de résidents.

Parallèlement, il faut toutefois noter que certains résidents m'ont fait part de leur très grande satisfaction à pouvoir être accueillis

dans une structure comme la Sras. Écoutons monsieur Depaille à ce sujet, échangeant avec Lynda à la fin de notre entretien.

« Vous êtes très gentille. (rire). Qu'est-ce qu'elle est gentille avec moi, elle me donne tout, elle me donne tout ! c'est de la folie, l'autre jour j'y demande des slips, chaussettes, machin, tout un tas de bordel, je vais la voir, j'avais pas le dos tourné qu'elle était déjà arrivée. C'est de la folie. J'ai de la chance quoi. Mais j'suis heureux quoi. »

Monsieur Depaille, 55 ans,
présent depuis un mois

Cette perspective totale de l'institution que nous venons de démontrer, avec ses nuances, n'entend pas mettre en accusation l'ensemble des pratiques quotidiennes des professionnels. De ma position d'éducatrice spécialisée ayant exercé dans cette structure, je suis bien placée pour défendre le fait que cette emprise totalisante sur la vie de la personne n'est pas exercée de manière consciente de la part de l'équipe. Bien souvent des enjeux plus larges recouvrent ces dimensions dans l'accompagnement, qui mettent en réalité les professionnels en situation de non choix : le fait par exemple que des vols de cartes bancaires aient lieu régulièrement conduit les travailleurs sociaux à penser être bienveillants en gardant celles-ci dans un lieu sûr. Une institution totale est donc, plus que ne l'affirme Goffman, une structure aux multiples facettes.

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, il faut revenir sur le fait que nous avons démontré que le public accueilli au sein de la Sras constituait une population à la marge des standards promus par les politiques sociales contemporaines. Ces dernières vantent en effet l'injonction à l'emploi et au logement. Pour autant, un public éloigné de ces standards perdure au sein des structures d'hébergement social. L'association que nous étudions a alors fait le choix d'ouvrir une struc-

ture spécifiquement pour cette population éloignée des injonctions macrosociologiques qui sont façonnées. La Sras est donc une structure désormais identifiée comme telle au sein de l'agglomération et sa liste d'attente témoigne notamment du besoin réel que recouvre cette structure.

Ce public reste pour autant en dehors du champ de vision – et d'action – des politiques sociales, ce qui place en partie les travailleurs sociaux dans des positions délicates. En effet, comment donner un sens à leur action, auprès d'un public qui n'est pas reconnu ? À ce titre, nous avons vu que la Sras transposait en réalité un grand nombre des attentes des politiques sociales dans un registre adapté à la structure. L'activation, l'individualisation de l'accompagnement, la mise en projet de la situation de la personne ainsi que son évaluation sont notamment des formes contemporaines de ces politiques sociales que nous avons vu traduites au sein de la Sras. De

surcroît, il faut également noter que la baisse tendancielle du volume des rapports d'activité et de la place que prend l'écrit à l'intérieur de ce document est également révélatrice d'une transition des politiques sociales vers une dimension comptable et managériale. Ainsi, les rapports d'activité depuis 2010 ne présentent que quelques lignes d'écriture, la majorité des informations étant retracées sous forme de schémas et de graphiques.

Ainsi, si le public reste hors-cadre des politiques sociales, la structure et l'association se rapprochent tout de même en certains points sur les attentes plus larges qui sont formulées à l'égard des structures d'hébergement classique. Pour autant, il va nous falloir analyser plus précisément comment les professionnels de la Sras régulent leurs pratiques professionnelles et leur donnent un sens au regard de cette catégorie hors-champ des politiques sociales qu'ils accompagnent quotidiennement.

CHAPITRE 3 : LE PARTI PRIS DE LA SANTÉ

Dans ce troisième chapitre, nous allons désormais spécifier l'analyse sur le rapport à la santé entretenu par les travailleurs sociaux de la Sras, à la fois à l'égard des résidents de l'institution, mais également à l'égard des intervenants médicaux. Ce chapitre permettra de saisir ce rapport aux soins dans toute sa complexité. En effet, les travailleurs sociaux sont à la fois acteurs d'une certaine sanitarisation de la prise en charge du public qu'ils accompagnent, alors qu'ils se sentent en difficulté et démunis face à cette prise en charge sanitaire à laquelle ils ne sont pas formés et n'ont pas les moyens de répondre. Mais que révèle cette position d'apparence paradoxale ? Plus largement, ce chapitre questionnera donc les enjeux sous-jacents constitutifs de cette sanitarisation. À ce titre, nous nous demanderons dans quelle mesure le fait que le public accompagné se révèle être une population hors cadre des standards des politiques sociales peut-il expliquer cette sanitarisation.

1. La structuration sanitaire d'un espace social

1.1. La construction historique d'une prise en charge sanitaire

Avant de mettre en lumière ces tensions actuelles, il faut revenir sur l'histoire de la prise en charge de la santé au sein de l'institution. Avant l'ouverture de la Sras, il existe quelques données sur la santé des résidents du Fam. Dès 1986, les rapports d'activité notent l'augmentation des soins, une tendance qui, dans le discours analysé des rapports d'activité, restera similaire jusqu'à aujourd'hui. Les principaux soins effectués par les infirmières bénévoles dans les années 1980 sont notamment le traitement des ulcères, des plaies et l'accompagnement des personnes au dispensaire antituberculeux.

L'étude des rapports d'activité nous permet de saisir que les problématiques sanitaires ont vraisemblablement toujours été présentes au sein de la Sras. Dès l'ouverture de la Sras, l'institution se fit surprendre par la multiplicité des problématiques sanitaires face auxquelles elle s'est retrouvée confrontée. Cette dimension sanitaire a ainsi beaucoup questionné l'équipe au début du fonctionnement de la structure : « *Ce qui n'avait pas été mesuré, à sa juste valeur, c'est l'importance des problèmes de santé auxquels sont confrontés de manière inévitable des personnes* » (rapport d'activité, 1996). En parallèle, l'ouverture de la structure à d'autres institutions que le Fam a également eu pour effet de renforcer les situations de personnes ayant des problèmes de santé : « *Elle est maintenant confrontée, au fait de la montée en charge, à une plus grande multiplicité de situations (personnes relevant de la psychiatrie, de l'insertion par l'emploi) et une charge de travail plus importante* » (rapport d'activité, 1997). La Sras est ainsi repérée pour la mission particulière et spécifique qu'elle effectue. À ce titre, un rapport d'activité note que les services instructeurs n' « *hésitent pas à solliciter la Sras dès que quelqu'un ne rentre pas dans les "clous" d'un CHRS classique* » (rapport d'activité, 1999) ; ainsi, « *La Sras est repérée comme établissement adapté pour l'accueil des personnes en errance et dont l'état général ne permet pas de s'inscrire à court terme dans un projet d'hébergement ordinaire ou de logement* » (rapport d'activité 1998).

La Sras semble surprise face à ces situations sanitaires et se questionne considérablement durant les cinq premières années de son fonctionnement, au sujet de cette croissance des situations à la frontière du social et du sanitaire : « *Nous proposons un hébergement et une prestation d'animation. Est-ce suffisant et comment prolonger cette réponse, notamment dans le domaine médical ou en matière de logement adapté ?* » (rapport d'activité, 1997) ; « *Est-ce que la Sras peut prendre en charge efficacement ces situations extrêmes ?* » (rapport d'activité, 1998) ; « *La Sras est-elle une structure adaptée ou suffisamment médicalisée ?* » (rapport d'activité 1999).

Ce questionnement éclaire la position paradoxale dans laquelle se trouve cette structure. En s'éloignant des standards classiques de l'insertion dans l'accompagnement que la Sras propose, cette structure se retrouve très rapidement submergée de problématiques sanitaires qu'elle n'avait pas anticipées. En effet, le travail social s'est considérablement professionnalisé et a défini des limites quant à son champ d'exercice.

À ce titre, les « situations extrêmes » qu'évoquent les rapports d'activité, remettent en question le fonctionnement d'une structure sociale, comme la Sras. Mais cette réalité nous permet de constater que si le social et le sanitaire se sont structurés l'un et l'autre de manière différenciée, les usagers n'entrent pas toujours dans ce cloisonnement structuré. Des personnes se retrouvent à la frontière du social et du sanitaire. Qui plus est, il a été prouvé qu'une situation prolongée de précarité matérielle court le risque de conduire l'individu à voir sa santé fragilisée (Duvoux, 2009) (Parizot, 2003). À ce titre, dans la population des sans-abri, la prévalence de la tuberculose est par exemple vingt fois plus élevée que dans la population générale (Antoine et Che, 2008). Ainsi, un certain nombre de personnes se trouvent dans cette situation à la frontière du social et du sanitaire. L'ouverture d'une structure comme la Sras a donc provoqué un effet d'appel puisque, si ses objectifs n'étaient initialement pas proprement sanitaires, la structure a revendiqué de prendre en charge une population éloignée de l'emploi et du logement. De fait, les structures sanitaires et sociales de l'agglomération se sont séparées des usagers pour lesquels les possibilités de « réinsertion » classique semblaient illusoire et les ont orientés vers cette structure au fonctionnement spécifique.

La Sras ne s'était toutefois pas préparée à la multiplicité de ces situations sanitaires. De fait, l'organisation du travail sanitaire au sein de la Sras n'a pas été donnée en soi. Elle a demandé, pour ces professionnels issus du social, une réelle construction progressive du travail sanitaire de leur espace professionnel. Revenons sur

cette construction.

À l'ouverture de la Sras, il n'y a pas d'infirmière en poste. Trois infirmières bénévoles déléguées par le Fam interviennent trois soirs par semaine. En dehors de leurs interventions, ce sont les professionnels sociaux qui distribuent les traitements aux résidents. En 1997, il est noté que dix-neuf personnes ont une « pathologie ». Cependant, nous allons rapidement constater dans ce chapitre qu'étudier l'évolution de la prise en charge de la santé n'est pas une chose facile, dans la mesure où les critères, mais également les grilles d'observations des professionnels ont considérablement évolué avec le temps.

Progressivement, l'organisation des soins à la Sras s'est structurée autour d'une division du travail médical. Au départ, trois médecins généralistes intervenaient ponctuellement au sein de la structure, puis rapidement, un seul médecin généraliste fut « référent » de la Sras et il se donna pour objectif de « structurer les soins ». Ce médecin exerce à la Sras depuis quinze ans, à raison d'une demi-journée de consultations sur la structure par semaine. Écoutons-le au sujet de cette structuration du soin.

« La première évolution ça a été qu'on fasse vraiment du soin, du soin, de la distribution de traitements, qu'on puisse enfin mettre en place des traitements de longue durée plutôt que des traitements relativement ponctuels parce que peu des patients étaient capables de suivre leur traitement eux-mêmes. Donc on a pu mettre ça en place à partir de la première infirmière en titre, Audrey, quand elle est arrivée en 2000 et puis, l'évolution c'est qu'évidemment, s'intéressant aux soins, s'intéressant aux personnes, en demandant des examens complémentaires, on a découvert beaucoup de pathologies graves, notamment des cancers. »

Médecin généraliste, 54 ans,
intervenant à la Sras depuis 20 ans

En effet, la première infirmière diplômée d'État fut recrutée en 2001, sur un poste à 50 %.

Cependant, un centre d'hébergement ne peut embaucher d'infirmière, dans la mesure où les CHR ne relèvent pas du secteur médico-social. Toutefois, face à la réalité sanitaire du public accueilli, la charité hospitalière de nuit créa un nouveau dispositif appelé les « lits infirmiers », que l'on appelle désormais les lits halte soin santé (LHSS), afin de pouvoir recruter une infirmière au sein de la structure.

Les LHSS ont pour objectif de « *mettre pendant quelques jours en sécurité matérielle, psychologique et sanitaire des personnes ayant des problèmes de santé, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou en maison de repos* » (rapport d'activité, 2003). Ainsi, pour une temporalité définie en amont, une personne sans domicile fixe peut être logée au sein d'une structure d'hébergement, afin que lui soient administrés un certain nombre de soins. Ce dispositif des lits infirmiers fut donc créé à la Sras, en mettant deux lits à disposition au sein de la structure. Le concept des lits infirmiers fut ensuite exporté dans d'autres structures. Il y a aujourd'hui environ une vingtaine de lits au sein de l'association. En outre, le dispositif s'est également exporté dans d'autres régions et est désormais encadré par une législation.

Ce dispositif, né à la Sras, a permis de demander un financement par l'agence régionale de la santé (ARS) d'un poste d'infirmier, initialement prévu pour prendre en charge les deux personnes dans le dispositif spécifique des lits infirmiers. Il est aujourd'hui affirmé que cette opération fut une stratégie pour pouvoir financer un poste d'infirmier, qui interviendrait en réalité pour tous les résidents et non pas seulement pour le dispositif des lits infirmiers.

Chloé : Parce que toi du coup tu es le seul poste financé par l'A.R.S. ?

« Euh oui. Bah oui. Et pour les deux lits halte soins santé. Et pas pour la Sras »

Donc dans ta fiche de poste c'est... ?

« Ah bah ma fiche de poste non, elle est faite non pas en fonction des lits halte soin santé, c'est ça que je trouve extraordinaire, c'est

que mon poste il est financé pour les lits mais ma fiche de poste du coup c'est pas uniquement pour les lits c'est pour l'ensemble de la structure. Il y a quelque chose qui est un petit peu décalé quoi »

Donc c'était vraiment une stratégie financière là ?

« Bah oui bien sûr. Bien sûr. Oui parce que apparemment, dans les CHR, il ne doit pas y avoir d'infirmière, voilà ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Si le dispositif des LHSS est aujourd'hui reconnu et valorisé, initialement, il questionnait les travailleurs sociaux : « *accueillir des personnes qui sont dans une démarche de soins qui relèvent du secteur sanitaire et pour lesquels l'institution hospitalière ne peut répondre. Il s'agit alors d'une médicalisation des lits infirmiers. Alors que l'hôpital tend à se déshospitaliser, la pression risque de s'accroître pour accueillir des personnes relevant d'une prise en charge médicale et non plus de lits infirmiers. Qu'advient-il des gens de la rue dans cette nouvelle orientation ?* » (rapport d'activité, 2002). Par cette interrogation, nous montrons une fois de plus combien la frontière entre le travail social et le champ du sanitaire est instituée pour les travailleurs sociaux de l'époque. C'est d'ailleurs même cette perception de la limite que constituait leur exercice professionnel au regard des situations sanitaires des résidents accompagnés, qui a conduit la structure à trouver une stratégie pour parvenir à embaucher un professionnel médical au sein de la structure.

Ainsi, la création de ce dispositif fut à la fois stratégique, dans la mesure où il permettait à la structure de profiter de la présence d'une infirmière dans une structure qui ne peut théoriquement pas en bénéficier et de surcroît, cette action fut valorisée et reconnue plus largement par les décideurs et financeurs. En effet, rapidement, l'association sera félicitée pour cette entreprise. En 2002 et 2003, la Sras et les lits infirmiers sont cités en référence lors de journées d'étude.

Ainsi, le recrutement d'une infirmière a pu avoir lieu. Dès le départ, il lui a été dit que sa mission s'étendrait à l'ensemble des résidents de la structure, contrairement à ce qu'indiquait le financement de son poste. De fait, la première infirmière qui est arrivée a eu pour mission, de la part du médecin généraliste, de s'occuper de l'hygiène des résidents. Ce médecin me l'explique lors d'un entretien :

« Euh, Audrey (la première infirmière) est arrivée et elle m'a demandé, elle ne savait pas par où commencer, il y avait peut-être une vingtaine de personnes dans la structure, peut-être un peu plus, la moitié d'aujourd'hui, vingt-cinq à peu près et, elle me dit mais je commence par où ? Et je lui ai dit par l'hygiène, le corps les cheveux, les ongles les vêtements et puis il y a aussi l'hygiène des locaux parce qu'il y avait énormément de poux, voilà, ça a commencé comme ça ».

Médecin généraliste, 54 ans,
intervenant à la Sras depuis 20 ans

Ainsi, ce que l'histoire de la Sras révèle de façon très intéressante est la manière dont le soin s'est progressivement structuré, en se divisant peu à peu. Les travailleurs sociaux ont toujours été réticents à s'occuper de l'hygiène des résidents, considérant ce travail comme le « sale boulot ». Comme l'analyse Anne-Marie Arborio dans son travail sur les aides-soignantes, le « sale boulot », expression qu'elle emprunte à Everett Hughes, correspond à un travail indigne qui « amène à s'occuper de matières universellement reconnues comme sales, notamment les excréments corporelles, en général réservées aux catégories les plus subalternes dans une société » (Arborio, 2009). De plus, ces tâches associées au sale boulot sont également celles qui sont liées à une proximité corporelle avec autrui, sans l'usage d'instrument technique et impliquant d'outrepasser certains codes sociaux liés à la pudeur. En ce sens, l'accompagnement des résidents de la Sras dans leur hygiène peut largement être considéré comme un « sale boulot », d'autant plus que sa relégation à des professionnels toujours moins qualifiés est constante.

Ainsi, la première animatrice femme embauchée après six mois de fonctionnement de la Sras eut pour fonction ce rôle de gestion de l'hygiène. Puis, sitôt l'infirmière recrutée, ce fut elle qui eut en charge cette mission, considérée comme ingrate. Ensuite, l'infirmière se recentrant progressivement sur son cœur de métier, soit sur les soins et les traitements, la Sras se trouva alors dans la nécessité d'embaucher une personne spécifiquement sur ce poste dédié à l'hygiène. Cette femme, arrivée en 2009, est encore actuellement présente. Mais peu à peu elle-même délégua ce travail à des aides à domicile ou des aides-soignants que la Sras sollicite en fonction des droits auxquels peuvent prétendre les personnes accueillies. Ainsi en 2002, le volume horaire d'intervention des aides à domicile correspond à trente-cinq heures par semaine. En 2017, ce temps correspond à deux aides à domicile, quotidiennement présentes. Ce temps dédié à l'hygiène, délégué à un prestataire extérieur, a ainsi doublé. Nous constatons donc progressivement un mouvement de relégation de ce travail de l'hygiène aux métiers les moins diplômés, avec une constance notable sur le fait que ce sont toujours des femmes qui ont été affectées à ce « sale boulot ».

En parallèle, le temps infirmier augmente progressivement et passe à 70 % d'un plein temps en 2009. Toutefois, l'infirmière, interrogée durant mon terrain d'observation, me témoigne que c'est à son sens loin d'être suffisant.

« Bah de toutes façons moi je pense qu'au niveau infirmier il manque du temps ça c'est clair, au moins un demi-poste en plus déjà pour que, enfin moi que je ne sois pas seule, parce que il y a des moments la charge de travail est trop importante et je travaille dans l'urgence tout le temps et prendre du temps avec les résidents pour parler, pour discuter, de leurs problèmes de santé d'ailleurs, bah j'ai pas le temps, pour faire de la prévention aussi (...) Mais voilà, faute de temps, donc effectivement au niveau santé, si il y avait au minimum un demi-poste en plus ce serait vraiment nécessaire et je pense que le demi-poste il pourrait être

financé par Envol, parce que par rapport au public qu'on a maintenant qui vieillit et qui a de plus en plus de problèmes de santé, je pense que Envol pourrait financer un demi-poste ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

1.2. La croissance du nombre de traitements et des rendez-vous médicaux

Parallèlement à l'augmentation du volume du temps dédié à l'hygiène ainsi qu'au temps infirmier, les travailleurs sociaux m'ont tous rapporté que le nombre de médicaments avait considérablement augmenté au fil des années.

Chloé : « Et ça a toujours été en augmentation (le nombre de traitements) ?

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

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Chloé : Et au niveau des médicaments est-ce que tu as aussi vu une évolution ?

« Ah... ah oui ! ça a beaucoup augmenté, je crois que, à part le midi, mais le matin et le soir, ça a beaucoup augmenté. Peut-être qu'il n'y a même plus de place dans les piluliers, parce que sur quarante-neuf résidents, on doit avoir, maximum huit personnes qui n'ont pas de médicaments à prendre, alors que dans le temps c'était pas ça. Et là, tout le monde est sous cachetons ».

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Les chiffres les plus anciens sur le nombre de traitements distribués remontent seulement à 2003. Il y a alors en moyenne vingt-trois personnes qui ont un traitement. En 2008, alors que trente-quatre piluliers sont préparés quotidiennement, cette préparation est considérée comme une « très lourde charge » qui pose question lors des absences de l'infirmière. En 2017, quarante-deux personnes sur cinquante ont un traitement quotidien, ce qui reflète effectivement une évolution exponentielle du nombre de prises en charge médicamenteuses des résidents.

L'ensemble des prises de traitement sont gérées par l'infirmière de la structure. Seules deux personnes prennent leur traitement seules, mais leur pilulier est préparé chaque semaine par l'infirmière. Concernant les autres résidents, leurs traitements leur sont donnés en main propre matin, midi et soir. En outre, les piluliers de la Sras ne sont pas des piluliers individuels, mais collectifs¹⁹. Ainsi, pour chaque temps de distribution, l'infirmière ne transporte qu'un seul grand pilulier, dans lequel chaque résident a son compartiment. Considéré par les professionnels de santé comme un fonctionnement hors norme, ils réclament à l'association de mettre en place un système de pilulier individuel, à l'instar du fonctionnement hospitalier, notamment pour éviter les risques d'erreurs consécutives à ce fonctionnement.

Chloé : Et le fait que ce soit un pilulier commun c'est questionnant ?

« C'est très questionnant oui (rire), parce qu'on est vraiment hors des clous, hors des normes ».

A l'hôpital ça ne fonctionne jamais comme ça ?

« Jamais, jamais, jamais. Je n'ai jamais vu ça même il y a cinq ans quand j'ai fait une année d'intérim, dans toutes les structures que j'ai faites, ça n'a jamais été des piluliers communs, c'est toujours des piluliers individuels, même si les médicaments sont distribués par le personnel soignant, mais c'est des piluliers individuels, c'est la loi, c'est la

19 Voir la photographie d'un pilulier collectif en annexe 4.

législation, c'est les normes ».

Mais du coup il y a des erreurs qui sont commises ?

« Oui c'est inévitable parce que en plus le fait que ce ne soit pas des piluliers individuels, mais des piluliers communs, les piluliers sont à séparation mobile il suffit qu'il y ait un petit décalage sur la séparation, ça tombe chez l'autre d'à côté, donc c'est une très grosse source d'erreur, voilà ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

La distribution des médicaments est donc effectuée par l'infirmière titulaire les matins et midis où elle est présente, soit quatre jours par semaine. Le soir, des infirmiers bénévoles viennent souvent effectuer cette distribution. Toutefois, lorsqu'aucun professionnel de santé n'est présent, principalement le week-end, les travailleurs sociaux ont l'obligation d'effectuer la distribution des traitements, ce qui comprend également la distribution des toxiques, qui sont placés dans un coffre à l'infirmerie.

La distribution des traitements s'est progressivement constituée comme un problème pour les travailleurs sociaux. En effet, au Fam, les travailleurs sociaux distribuent les médicaments dans les années 1980, sans que cela ne constitue vraisemblablement un questionnement, comme en témoigne cet extrait : « À la suite d'une hospitalisation ou d'une visite chez le médecin, certains pensionnaires se voient attribuer un traitement médical à prendre de façon régulière chaque jour. Pour leur en faciliter la prise, nous mettons à leur disposition des casiers réservés uniquement à cet effet dans le bureau, ils peuvent donc chaque matin et chaque soir venir voir un animateur qui, suivant la prescription, leur donnera les médicaments nécessaires » (rapport d'activité, 1986). Ainsi, la constitution comme problème de la distribution des médicaments par les professionnels sociaux apparaîtra plus tard. En effet, c'est à partir des années 2000 que les rapports d'activité révèlent que cet acte pose problème aux professionnels

sociaux, soit à partir du moment où une infirmière sera recrutée au sein de la Sras. L'arrivée d'infirmiers titulaires sur la structure a ainsi redéfini les champs de compétence et d'action de chacun. De surcroît, l'augmentation considérable du nombre de traitements a vraisemblablement joué un rôle dans la dépréciation de l'ensemble des travailleurs sociaux pour cet acte. Ainsi considèrent-ils aujourd'hui que cette mission outrepassent leur fonction.

« Nous on est tous contre, mais on n'a pas le choix mais ça revient de temps en temps aux réunions d'équipe. Non, bah non, ce n'est pas notre rôle clairement pas. Et d'ailleurs c'est déjà arrivé que des collègues et moi d'ailleurs, qu'on se trompe dans le traitement, parce que bah le soir, si t'es toute seule au repas, que t'as les médicaments à gérer, qu'il y a un gars qui se rétame dans la cour donc t'es toute seule avec les résidents et puis bah toi tu as un conflit à gérer, tu as les médicaments, donc forcément tu n'es pas... Bah ouais c'est déjà arrivé qu'on se trompe, donc dans ces cas-là tu croises les doigts très fort pour qu'il y ait rien. »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

« C'est une spécificité de la Sras. Je ne sais pas pourquoi, mais c'est la Sras. Dans les autres structures je n'ai jamais, jamais donné des médicaments, dans les autres structures je n'ai jamais jamais, jamais préparé le petit dej, j'ai jamais distribué, servi le repas, je n'ai jamais chauffé des plats, jamais, jamais, jamais... C'est que à la Sras que on voit ça. Surtout que dans notre fiche de poste il n'est pas marqué ça, voilà. C'est ce que je t'ai dit avec le quotidien, tout ce qu'on fait au quotidien ça rentre dans les mœurs et on prend ça comme ça et on fait avec. Voilà. Et tout ça aussi peut... est-ce que on peut dire que ça contribue à la fatigue mentale du travailleur ? »

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Par ailleurs, le fait que cette distribution de traitements soit fréquemment effectuée par les

travailleurs sociaux, a conduit le milieu médical à structurer et cadrer cet acte, par l'intermédiaire d'un protocole leur demandant de : « vérifier que ceux qui le gèrent eux-mêmes le font bien (...) et limiter les utilisations détournées des médicaments ». De plus, il leur est également demandé de remplir un suivi des prises de traitements après chaque distribution, ce que les travailleurs sociaux refusent de faire, affirmant ne pas avoir le temps, mais révélant surtout que cette pratique va à l'encontre de leur socialisation professionnelle. De fait, en passant plusieurs journées avec l'infirmière, je me suis aperçue que cette fiche de suivi des traitements était parsemée de cases non remplies, ce qui rend impossible tout suivi des prises de traitements des hébergés.

Parallèlement, il ressort également du discours des professionnels que le nombre de rendez-vous médicaux augmente lui aussi. Nous pouvons d'ailleurs l'objectiver : en septembre 2005, sont recensées cinquante-huit consultations pour l'ensemble des résidents, à la fois à l'extérieur ainsi que celles réalisées au sein de la structure par le médecin généraliste. En septembre 2017, trente-deux consultations sont réalisées par le médecin au sein de la structure et en juillet 2017, cinquante accompagnements à des rendez-vous médicaux sont réalisés. Ainsi, de cinquante-huit consultations en un mois en 2005, quatre-vingt-deux consultations ont été recensées sur la même durée en 2017, ce qui témoigne d'une augmentation notable.

Ces derniers chiffres ne comprennent toutefois pas les rendez-vous effectués par l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) au sein de la Sras qui sont difficilement quantifiables, dans la mesure où ce sont souvent des entretiens informels qui sont menés par des infirmiers ou des psychologues. Par ailleurs, d'autres professionnels du secteur sanitaire ou paramédical viennent également au sein de l'institution, notamment une kinésithérapeute qui intervient deux fois par semaine ainsi qu'une pédicure qui intervient ponctuellement. Enfin, des infirmières libérales viennent également réaliser des soins infirmiers à domicile pour certains résidents.

Cette augmentation considérable de la prise en charge de la santé au sein de cette institution est considérée comme étant positive pour la plupart des travailleurs sociaux, dans la mesure où elle permet, à leur sens, un meilleur accès aux soins de ces personnes souvent décrites comme étant discriminées dans leur recours au monde médical :

« Ça a évolué au niveau de la prise en charge de la santé, ça c'est sûr, il y a beaucoup plus de traitements, il y a beaucoup plus de rendez-vous, alors ça les rendez-vous c'est vrai qu'on a l'impression de ne faire que ça. Mais c'est bien aussi. Pourquoi ils n'auraient pas le droit d'être pris en charge ? C'est vrai que c'est lourd, mais bon voilà. Les dents c'est important, la vue c'est important, tu vois. Moi au début quand je suis arrivé ici, il n'y avait pas de gens qui allaient chez l'ophtalmo et tout ça hein. Le dentiste non plus. Ça a évolué à ce niveau-là. C'est vachement bien, c'est tellement important ».

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Toutefois, l'observation durable de cette institution nous a permis de voir que cette augmentation des prises en charge médicales ne tenait pas uniquement au fait de garantir un meilleur accès aux soins des résidents. Si ce discours fait sens pour les travailleurs sociaux, il n'est pas suffisant pour saisir les enjeux sous-jacents qui expliquent ce parti pris de la santé dans l'accompagnement des hébergés.

1.3. Un parti pris sanitaire dans l'accompagnement

Comment saisir cette évolution ? Est-elle simplement le résultat d'une augmentation réelle des besoins en santé des résidents ? La sociologie de la santé nous a considérablement éclairé sur le fait que la maladie, malgré son apparente objectivité redoublée de ses explications scientifiques, était également un phénomène social. La sociologie, en réfutant les théories d'Eliot Freidson (1984), a désormais démontré que la définition de la maladie est un enjeu social dans

lequel une pluralité d'acteurs intervient et non plus uniquement la médecine. Alors même que ces professionnels du travail social sont présents quotidiennement auprès de ce public, leur participation à la construction sociale de la maladie apparaît essentielle et justifie un questionnement scientifique. De fait, la définition d'une situation comme relevant du domaine de la santé étant le résultat d'une construction sociale, il semble nécessaire de saisir les enjeux qui orientent cette lecture de la part des professionnels.

Comme nous avons pu le voir dans l'histoire de la création de la Sras, l'éloignement du public des sphères d'insertion classique conduit la structure à formuler l'injonction aux résidents qu'ils accompagnent de prendre en charge leur santé : « *Il (le projet) s'inscrit le plus souvent dans le domaine de la santé, notamment en prenant de plus en plus compte de l'alcool dans l'équilibre de vie (...) pour d'autres, dont la situation s'est trop détériorée, l'objectif est de déclencher un désir de soins et le chemin peut être long et difficile avant qu'elles s'engagent dans une démarche volontaire. Il s'agit parfois d'une course contre la mort* » (rapport d'activité, 2000) ; « *avant d'envisager toute réinsertion, l'émergence d'un projet ou d'un simple désir, il faut commencer par le commencement : la santé et l'hygiène* » (rapport d'activité 2007).

Au-delà des rapports d'activité, j'ai pu constater ce parti pris dans mes observations. La santé constitue en effet le caractère prioritaire de l'accompagnement réalisé par les professionnels de la Sras. Henri, un travailleur social, m'explique ainsi un jour ne pas comprendre la position de sa hiérarchie face à une personne qui ne paye pas son loyer et ses participations, celle-ci insistant pour que l'hébergé régularise sa situation financière. Il dit que selon lui, il faut d'abord s'occuper des problèmes de santé de la personne, que c'est « *la priorité* ». Autre situation, Ludovic, travailleur social également, devait depuis plusieurs jours accompagner un résident à la banque. Je lui demande alors s'il s'y est rendu, afin de l'y accompagner le cas échéant. Toutefois, celui-ci rétorque que « *ce*

n'est pas la priorité par rapport à monsieur Duforest », un hébergé qui est considéré par l'équipe comme étant en mauvaise santé et qu'ils souhaitent rapidement conduire aux urgences médicales. De fait, tous les travailleurs sociaux se concentrent uniquement sur la situation de monsieur Duforest, reléguant au second plan leurs autres tâches professionnelles.

Ces situations issues de mes observations où la santé prime sont nombreuses : un professionnel conseille ainsi à un résident : « *Il faut t'occuper de ta santé maintenant* », ou encore « *La santé, c'est ton avenir* ». Plus encore, lors d'un repas, monsieur Bonnet, un résident de la Sras lance à Habib, travailleur social : « *Fais pas le con avec moi !* », « *Je vais te défoncer ta gueule* », « *Viens voir le chef avec moi si t'as des couilles !* ». Classiquement, ces propos sont à la Sras rapidement soumis à une sanction ou, le cas échéant, font l'objet d'un rappel aux normes. Toutefois, alors même que le professionnel se faisait injurier dans le réfectoire, ce dernier n'a rien répondu, à aucun moment. L'interrogeant plus tard, il m'apprit alors que le résident avait une opération très importante le lendemain et que la priorité était de ne pas « *l'énerver* ».

Cette priorité de la santé est donc omniprésente chez les travailleurs sociaux. Ainsi, la santé constitue la première réponse que les travailleurs sociaux m'ont formulé lorsque je leur ai demandé ce qui était le plus important dans leur travail. Elle constitue finalement le cœur de leur action légitime. Écoutons-les à ce sujet.

« Bah le premier partenaire avec nos grands précaires, déjà c'est la santé. Faut être réaliste. Il faut savoir où on travaille, on travaille à la Sras. (...) Parce que la première chose qu'on fait c'est les cartes d'identité et encore ça c'est autre chose, c'est la carte vitale, la carte de mutuelle pour pouvoir se soigner ».

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

« Donc avec ce public qui est allé loin dans la désocialisation et qui est abîmé et bah

qu'est-ce qu'on va faire, qu'est-ce qu'on va pouvoir faire, voilà, donc moi c'est ce que je disais, santé psychologique, santé physique, ou se restaurer, se reconstituer et puis aussi en termes de liens, se poser en fait (...) On est sur une telle consommation d'alcool et une telle déstructuration psychique ou psychologique c'est-à-dire on le voit bien quelqu'un qui est un peu simple, qui est très immature, très impulsif, incapable de travailler, alors les structures comme la Sras elles représentent des structures pour les gens comme ça et même si intellectuellement on se sent porté à imaginer autre chose, faut que ça colle avec la réalité... ».

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Chloé : Et au-delà de toutes les missions dont tu m'as parlé au départ toi, qu'est ce qui est le plus important ici ?

« Bah euh moi je pense qu'elles n'ont pas trop changé, les missions c'est l'alcool, la prise de conscience de la personne par rapport à sa consommation, enfin quand c'est possible et l'amener vers des soins par rapport à ça et voir vers d'autres soins, parce que c'est aussi la santé en général ».

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

« Ils ont une population qui est je trouve de plus en plus vieillissante et avec de plus en plus de problèmes somatiques et peut-être que là ça complique un peu l'origine de cette structure qui était au départ la reconquête de la santé quoi et de la vie et de l'autonomie ».

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

À la lecture du chapitre précédent, il semble que ce primat du soin peut s'analyser au regard de la position interstitielle dans laquelle la structure se trouve. À ce propos, Didier Fassin (2004) pointe que l'insertion est devenue un droit, avec l'instauration initiale du RMI, avant de se transformer en un devoir, en raison des évolutions

que la prestation a par la suite empruntées. Dans ce cadre, le non recours à l'emploi, ou tout du moins le fait de ne pas travailler sur « l'employabilité » (Orianne, 2006) avec les bénéficiaires, semble constituer un intolérable contemporain des politiques sociales qui s'est continuellement réactualisé au fil de l'histoire. À ce titre, le recours aux problématiques de santé pour justifier légitimement de cette inemployabilité constitue un registre qui a fait ses preuves depuis le Moyen Âge, puisque les pauvres exhibaient à l'époque leurs infirmités, comme preuve de leur incapacité à travailler (Castel, 1995). Toutefois, la forme que prend le recours à la santé pour justifier de l'inemployabilité des pauvres doit être actualisée au regard des évolutions sociales contemporaines.

À ce sujet, Nicolas Duvoux a montré que, dans le cadre des personnes situées dans « l'assistance revendiquée », ce qui correspond aux personnes les plus éloignées des normes de l'insertion, ces bénéficiaires du RMI se trouvaient dans la nécessité de dramatiser les raisons de leur inactivité en rapportant fréquemment des problèmes de santé (Duvoux, 2009). Dans le cadre de la rencontre avec le travailleur social, la personne doit alors prouver et justifier son écart avec l'emploi, afin de pouvoir intégrer la catégorie du « bon pauvre ». Plus encore, Corinne Lanzarini pointe que : « faire le bon pauvre entre non seulement dans une tactique de recherche de subsides, mais aussi dans un système permettant le maintien de soi » (2000). Ainsi, l'intérêt de mettre en avant des raisons de santé, quitte parfois à les théâtraliser, répond à la fois à un besoin concret et financier, mais cette dimension revêt également une dimension symbolique pour le bénéficiaire. François Sicot a également remarqué cette propension des individus, éloignés de l'emploi, à tenter de ne pas s'inscrire « dans une identité sociale perçue comme lacunaire » (Sicot, 2001, p. 110). À ce titre, Nicolas Duvoux pointe que l'instauration d'une identité du bénéficiaire au prisme d'un handicap ou d'une vulnérabilité sanitaire permet de « rassurer les individus dans leur attachement à la valeur de l'autonomie sociale (...) La construction du handicap à laquelle

donne lieu le suivi leur permet de se maintenir dans une représentation positive d'eux-mêmes, où le sentiment de leur autonomie n'est pas entièrement battu en brèche par leur installation dans l'assistance » (Duvoux, 2009, p. 121-122).

Ainsi, la reconnaissance légitime de l'inactivité par le recours à la santé revêt une dimension symbolique pour les bénéficiaires, selon les études sur le sujet. Mais notre recherche nous révèle que ce recours symbolique au paradigme de la santé se transpose également aux institutions et aux professionnels qui y exercent. À ce titre, la santé devient un enjeu de l'insertion. François Sicot note en effet que « *Les acteurs institutionnels chargés de l'insertion sociale se demandent de manière récurrente comment insérer, ou réinsérer, des usagers qui présentent manifestement des troubles du comportement rendant très hypothétiques les démarches classiques de recherche d'emploi, de logement ou d'aide financière* » (Sicot, 2001, p. 8). Cette réflexion a en effet été argumentée par le chef de service adjoint du Fam :

« Le public il a besoin qu'on l'accueille, ils n'ont pas besoin d'être mis dehors à dix heures, on pourrait penser oui ils vont aller chercher du travail, ils pourraient aller à leurs rendez-vous au CCAS (centre communal d'action sociale), ils pourraient aller voir leur famille, il y en a qui font ça hein, mais des gars qui vont profiter de la journée pour trouver du travail, j'en connais pas beaucoup, fort heureusement il y en a quelques-uns. Parce que le problème il est ailleurs, la journée il font quoi, bah ils vont errer, ils vont à l'accueil de jour, manger, taper le carton, enfin jouer aux cartes, ils vont aller au parc de l'hôtel de ville pour certains, du coup ils ont un périmètre géographique qui n'est pas extraordinairement grand, ils gravitent dans trois kilomètres carrés, entre le matin, le midi, le soir, ça c'est pour les gens les plus exclus, les sans-abri typologie française, à partir de 30 ans etc. Du coup, raisonnablement qu'est-ce qu'on a à attendre de ces gars-là en termes de projet ? ».

Jean-Baptiste, travailleur social non-diplômé, sociologue, chef de service adjoint du Fam, 41 ans, 10 ans d'expérience.

Face à ces incertitudes, le recours à la santé semble privilégié. En plaçant la santé comme le premier registre de leur action, l'institution donne un sens légitime à la prise en charge des personnes qu'ils accueillent. Dans ce cadre, la santé devient le dernier registre d'action possible des travailleurs sociaux. En effet, le recours à la santé ne constitue pas uniquement une sorte de première étape dans l'échelle de l'insertion, mais il constitue plus justement l'ultime langage mobilisable du travail social. De ce fait, le cœur de l'action des professionnels consiste à traduire, à la fois symboliquement et en pratique, l'écart avec la sphère de l'emploi en « *troubles de l'employabilité* » (Orianne, 2006), soit dans les dimensions sanitaires qui l'autorisent.

Néanmoins, pour poursuivre l'analyse de cette vision de la santé, il nous faut revenir sur ce que les professionnels entendent derrière ce primat du soin. Quelle est leur conception de la santé, plus précisément ? En effet, la maladie étant socialement construite, la santé l'est également. Dans ce cadre, j'ai pu constater que les travailleurs sociaux entretiennent une acception large des « *problèmes de santé* » : « *Ce mauvais état de santé n'est pas seulement médical, il doit être envisagé dans sa dimension psychosociale au sens large* » (rapport d'activité, 2004). Ainsi, ils ne travaillent pas seulement sur les problèmes de santé aigus, mais caractérisent une pluralité de situations comme relevant d'une prise en charge sanitaire. Le rapport d'activité de 2003 catégorise alors plusieurs types de problèmes sanitaires : les pathologies graves, considérées comme étant constitutives de la consommation d'alcool, comme les hépatites, ou encore les troubles neurologiques, puis les pathologies de « *confort* » qui ne « *remettent pas en cause l'élan vital de la personne* » et qui incluent les soins dentaires, gastriques, dermatologiques entre autres. Et enfin, la « *santé mentale* », dont l'étiologie se rapporte pour les travailleurs sociaux à des « *conditions d'existence difficiles* ».

Lors d'entretiens, j'ai également pu confirmer cette acception large de ce que revêt, à leur sens, la santé.

« La santé ce n'est pas que les médicaments et tout ça, c'est aussi le bien être, moi la santé, c'est, tu vois, faire venir les esthéticiennes, tu vois, c'est ça aussi et c'est ça qu'il faut travailler. (...) Comment tu veux reconquérir ton autonomie sociale si tu n'es pas bien dans ta peau, c'est pas possible ! Et ça je l'ai appris ici moi, je l'ai appris ici, parce que voilà il faut se sentir bien dans sa peau, bien dans son corps, pour pouvoir avancer, si tu continues d'être dans la saleté tu ne peux pas, ça marche ensemble. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

De plus, les professionnels de la Sras développent une vision de la santé dont les dégradations sont d'origine sociale : *« l'hypothèse de départ est que le problème de santé se caractérise par des problèmes médicaux qui sont à mettre en relation avec un lien social délité, une perspective temporelle restreinte, une hygiène de vie aléatoire et la perte de la maîtrise de la consommation d'alcool, ces cinq secteurs interagissent »* (rapport d'activité, 1999). Un travailleur social nous le confirme en entretien.

« Dès que tu creuses un peu vu que c'est un public qui est quand même abîmé on va dire, très vite tu t'aperçois que tu mets le doigt sur quelque chose et ça enchaîne d'autres rendez-vous médicaux et c'est parti quoi ».

Habib, travailleur social non diplômé, 55 ans, 19 ans d'expérience

Une hypothèse que nous pouvons alors poser est que cette étiologie « sociale » de la maladie vient en réalité d'autant plus légitimer leur action « sanitaire » auprès de ce public.

De fait, j'ai constaté, dans mes observations, qu'il était finalement complexe de distinguer les personnes malades de celles qui ne le sont pas. Les travailleurs sociaux ne sont pas intégrés dans le cadre du secret médical. Ils composent donc, connaissent des bribes de diagnostics et interprètent un certain nombre d'éléments. À leur sens, les résidents sont donc tous plus ou

moins considérés comme ayant des problèmes de santé, dans la mesure où la vision qu'ils en ont est à la fois extensive et rapportée au mode de vie des résidents. Ainsi, au sens des travailleurs sociaux, les résidents sont *« tous un peu malades »*. Des problèmes d'hygiène aux troubles psychiques, en passant par la perte de mobilité engendrée par l'avancée de l'âge, tous les résidents peuvent ainsi s'inscrire dans une démarche de soin jugée positive pour l'institution.

En effet, au-delà du parti pris du paradigme de la santé, qui constitue une valeur centrale de l'institution, celle-ci se décline en une pluralité d'attentes. À ce titre, François Dubet a justement démontré que lorsque les normes établies étaient impossibles à tenir au regard de l'écart constaté localement avec celles-ci, les acteurs n'opéraient pas un simple renoncement à cette norme (Dubet, 2006). Celle-ci se retrouve transposée dans un certain nombre de valeurs que le sociologue analyse comme étant des *« fictions nécessaires (...) indispensables aux développements de l'action »* (*ibid.*, p. 30) dans des situations de contradictions entre les principes établis et la réalité quotidienne de l'expérience des acteurs de terrain. Appliquée à notre analyse, nous voyons bien en quoi le recours à la valeur de la santé constitue une indispensable fiction à la pratique quotidienne des professionnels qui permet, non pas de renoncer totalement aux attentes des politiques sociales qui sont exprimées plus largement, mais plutôt de les traduire dans un ultime registre employable.

Ainsi, cette valeur de la santé qui fait sens dans la pratique des professionnels s'opère concrètement dans la pluralité d'attentes qu'ils formulent. Dans mes observations, ces attentes normatives énoncées à l'égard de la santé ont pris plusieurs aspects. Des injonctions expresses sont parfois formulées à l'égard des résidents : *« S'il ne prend pas soin de sa santé, on va devoir réfléchir à ses modalités d'accueil ici »*, ou encore *« Si tu ne prends pas tes médicaments, si tu ne prends pas soin de toi, là il n'y aura plus le choix, tu seras exclu »*. Ainsi, un certain nombre de sanctions sont posées à l'encontre de résidents refusant cette injonction aux soins.

Par exemple, alors que plusieurs personnes ne vont pas voir la kinésithérapeute, les professionnels décident de ne pas leur donner leur monnaie durant la « caisse » tant qu'ils refuseront de faire leur séance. Il est ainsi noté dans le cahier de liaison : « *Il faudrait convaincre les personnes qui ne descendent pas voir la kiné. Après plusieurs rappels, ils sont descendus. Ne sont pas respectueux avec Brigitte. Il ne faudrait leur donner leur argent que quand ils y sont passés* ».

Au prisme de l'analyse que nous développons, nous comprenons bien que ce refus des soins de la part des résidents vient en réalité contrarier le projet global de l'institution. Dans ce cadre, c'est l'ensemble des missions de la structure qui semblent remises en cause. De ce fait, le refus de la part des résidents de s'inscrire dans cette perspective est vécue avec difficulté par les travailleurs sociaux.

Comme nous l'avons vu avec François Dubet, la valeur que constitue la santé est une transposition des normes prescrites plus largement par les politiques sociales. Le recours à la santé constitue une traduction opérationnelle de ses attentes et non une négation de celles-ci. De fait, face aux sollicitations pressantes de contreparties à l'égard des bénéficiaires de l'action sociale, nous constatons que cette attente se retrouve traduite au prisme de l'injonction aux soins. Un extrait d'entretien avec Habib est éclairant à ce propos.

« J'étais avec monsieur Pascal Autoir lundi dernier. La semaine dernière, tu sais qu'ils avaient découvert quand ils avaient fait la radio, un début de cancer du poumon. On y est retourné il y a une semaine, il y a huit jours, donc il a fait des radios et tout ça et ça avait grossi, doublé, triplé. Donc ils lui ont dit "Bah monsieur Autoir je pense, que dans six mois ou un an, vous n'êtes plus là". Bah il n'a pas réagi. Si, il me regardait. Alors elle lui pose la question, elle lui dit bah, il serait temps de faire des soins "Oh non, pas de soins, non non non". Bah je lui dis mais Pascal, elle te parle de mort là, de vie ou de

mort ; "non non pas l'hôpital", alors je lui dis écoute c'est très simple, tu ne peux pas revenir à la Sras c'est non assistance à personne en danger, on sait que tu vas mourir si tu te soignes pas, nous on ne te gardera pas et il y a que comme ça qu'il a dit oui ».

Chloé : Et il a fini par accepter ?

« Bah il a fini par dire oui parce qu'il ne veut pas quitter la Sras. Tu vois donc j'ai été obligé quelque part, tu vois, voilà de lui dire bah, tu n'as pas le choix quoi ».

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Jean Maisondieu note à ce titre le déplacement qui s'est opéré au sein du travail social entre le droit à la santé pour tous et un devoir de santé spécifiquement porté à l'attention des « exclus »²⁰. Mais ce devoir de la santé en vient en réalité à façonner des traitements différentiels entre les résidents. Ainsi, alors que durant une réunion, un résident délégué de son étage et présent au début de la séance se plaint du fait que certaines personnes ont le droit de se servir au repas en dehors des horaires prévus et pas d'autres, Ludovic lui explique que « *certains gars sont fatigués et alcoolisés* » et qu'ils ont alors pu oublier le repas mais cela ne constitue pas un passe-droit. Toutefois, pour d'autres, « *les gars qui sont à l'ouest et qui ne se rappellent pas de l'heure* », ou bien qui sont dans des situations où les travailleurs sociaux jugent qu'il est nécessaire qu'ils se nourrissent vu leur état de santé, les travailleurs sociaux les laissent manger, quelle que soit l'heure. Ainsi, un traitement différentiel s'est donc instauré au prisme de cette norme de la santé. Il en va de même pour les sanctions posées par l'équipe. De nombreuses fois, lorsque les réflexions sur les sanctions portent sur les résidents considérés comme particulièrement « *malades* », ou en « *mauvaise santé* », ils peuvent bénéficier d'un traitement favorisé : « *Il est quand même en mauvaise santé, on ne va pas l'exclure 5 jours !* », « *Oui mais il prend ses soins au sérieux maintenant, s'il est exclu au Fam, ça va casser toute la dynamique avec son infirmière* ».

20 Maisondieu Jean, cité par Fassin Didier, (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.

De ce fait, la norme que constitue le soin conduit à réintroduire la catégorisation entre les bons et mauvais pauvres qu'avait établie Robert Castel (1995). À ce titre, les résidents capables de témoigner d'une vulnérabilité sanitaire sont considérés comme légitimes au sein de l'institution. De fait, les résidents s'inscrivant dans des démarches de santé sont extrêmement valorisés : « *Il est vraiment bien ce monsieur, il prend ses soins au sérieux* ». Cet entretien avec le chef de service le révèle également.

« On en parlait encore ce matin d'une personne qui a arrêté cette dégradation à outrance, qui prend soin d'elle, depuis un mois et demi, c'est quand même une grande victoire pour elle. Cette personne qui a fait un bon bout de chemin et puis pour toutes les personnes qui ont travaillé pour que cette personne prenne le goût à prendre soin d'elle... la clé pour moi elle est là, avoir envie de prendre soin de soi ».

Arnault, chef de service, 51 ans, chef de service de la Sras depuis 10 ans

Plus encore, l'expression « *la maladie l'a bonifié* » m'a été témoignée à plusieurs reprises, signifiant que depuis que la personne est « *malade* », son comportement serait plus « *agréable* » à l'égard des travailleurs sociaux. À ce sujet, le chef de service note, concernant un résident, que depuis qu'il est « *malade* » (il a un cancer du poumon), « *il s'est bien calmé* », « *C'est bien qu'il ait entamé des démarches de santé* », car depuis, le chef de service dit moins le voir dans son bureau, ce qui signifie que la personne est moins sanctionnée. Il n'est en effet pas impossible que la maladie ait induit un changement de comportement chez la personne. Pour autant, il semble que ce soit d'autant plus l'appréhension du comportement de la personne par les travailleurs sociaux, entrant alors dans ce qui est attendu d'elle, qui est modifiée. Ainsi, la maladie fait entrer la personne dans une catégorie qui lui permet d'être reconnue par l'institution, puisque la Sras légitime son action au travers de ses actions sur la santé.

De fait, ces situations observées démontrent

comment les attentes de l'institution sont normalisées par l'équipe. Les professionnels semblent inconscients de la manière dont leurs attentes en termes de santé façonnent finalement le regard moral porté envers les résidents. Cette norme de la santé incorporée par l'institution constitue un critère de distinction essentiel entre les résidents. Le diagnostic officiel de la pathologie de la personne n'est en réalité aucunement déterminant dans ce traitement différentiel, notamment parce que les travailleurs sociaux n'ont pas accès à ces diagnostics.

Toutefois, si la personne entre dans le rôle social attendu de « *malade* », tel qu'il est incorporé et attendu de la part de l'équipe, quelle que soit la réalité de son diagnostic, la personne sera valorisée, encouragée et pourra même bénéficier parfois de traitements spécifiques, de faveur, ce qui constitue un critère essentiel d'une institution totale au sens de Goffman (1961). De mes observations, il semble que ces critères attendus de la part des résidents sont multiples et concernent notamment le fait qu'ils acceptent leurs médicaments sans réticence, qu'ils se rendent aux rendez-vous médicaux, voire qu'ils se souviennent de la date de ceux-ci, ce qui sera alors extrêmement valorisé et enfin qu'ils « *reconnaissent* » la priorité des soins dans leur accompagnement. En effet, une personne peut être considérée comme n'étant pas « *réellement motivée* » et faisant ces démarches « *pour faire plaisir* ». Ainsi, il est nécessaire que la personne témoigne elle-même du caractère prioritaire de ses soins, avant de souhaiter toute autre forme d'accompagnement. De ce fait, j'ai observé que le discours d'une personne souhaitant l'accès à un logement individuel sera discrédité si la personne n'a pas entrepris des soins auparavant.

Ces attentes de la part du malade se rapprochent de la conception du malade développée par Talcott Parsons (1951). Le sociologue américain a en effet analysé la maladie au prisme de la déviance, à l'instar de la délinquance, notamment parce que la maladie empêche la personne de réaliser ses fonctions sociales habituelles, gênée par la maladie. La

maladie est donc une déviance dans le sens où elle écarte la personne de la participation sociale qui est attendue d'elle. Chaque déviance fait alors l'objet d'une réaction sociale de la part de la société, au sens du sociologue américain. Concernant la maladie, le malade doit accepter et souhaiter se faire soigner par un professionnel de santé. Par ailleurs, il a des obligations et doit tenir le rôle social associé à son statut de malade. À ce titre, le malade doit donc reconnaître que sa maladie est un état indésirable qui nécessite une aide spécifique et doit, de surcroît, tout mettre en œuvre pour favoriser sa guérison. Dans ce cadre, Parsons insiste donc sur le fait que le malade doit souhaiter guérir, dans le cas contraire, ce dernier sera qualifié de mauvais patient, ou en l'occurrence au sein de la Sras ; de mauvais résident. Ces attentes, clairement observables au sein de la Sras, révèlent ainsi ce que Fassin a nommé « *la charte implicite du malade pauvre* » (2004, p. 250). Dans ce cadre, le malade pauvre a l'injonction de reconnaître qu'il souffre, mais doit surtout se montrer « *désireux de se soumettre aux attentes de la médecine* » (*ibid.*).

Cette partie nous permet ainsi de préciser la place prépondérante qu'occupe la santé au sein de l'accompagnement exercé par les travailleurs sociaux. Au sein de cette équipe, si le chef de service, dans l'équipe, occupe la place du supérieur hiérarchique, il faut noter que la position de l'infirmière est également dominante. À plusieurs reprises, j'ai entendu des phrases humoristiques mais révélatrices de la position dominante de la seule soignante de l'équipe : « *Tiens, voilà la patronne, on va pouvoir avancer !* ». En effet, j'ai pu observer que malgré le fait qu'elle soit seule au quotidien en tant que professionnelle de santé, elle se retrouvait souvent décisionnaire dans de multiples situations, comme elle le dit d'ailleurs elle-même.

« Maintenant ils ont appris à me connaître, ils savent que bon bah je suis ouverte, que bah on peut discuter, que si je dis non, c'est le problème médical et que je tape sur la table, bon bah ils se rangent effectivement à mon avis ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Plus encore que la prééminence du médical dans la prise de décision, mes observations révèlent que c'est également un transfert de responsabilité qui s'opère dans ces interactions. Ainsi, alors que l'injection d'un résident a trois semaines de retard, le chef de service demande à un travailleur social de l'y emmener le plus rapidement possible dans la matinée car « ces choses-là passent en priorité ». L'infirmière rétorque toutefois que les professionnels ne sont pas obligés d'annuler le groupe de parole, devant alors avoir lieu au même moment et affirme : « *On n'est plus à une heure près* ». Le chef de service lui répond alors qu'il est d'accord, mais dit se déresponsabiliser, « *parce que l'infirmière a donné son accord* ». Dans ce cadre, la responsabilité du travail social est donc déléguée.

De surcroît, cette situation révèle également que les professionnels entretiennent une vision différenciée de « l'urgence ». Ainsi, au sens de l'infirmière, les travailleurs sociaux s'alarment très souvent avant elle .

« Parce que généralement, l'équipe s'alarme avant moi »

Chloé : Et pour toi l'équipe elle est vite dans l'urgence ?

« Oui oui, elle est vite dans l'urgence, oui, oui, vite, vite monsieur machin, monsieur machin, il faut faire quelque chose on peut pas le laisser comme ça et voilà, bon bah généralement, je suis à l'écoute, quand c'est l'avis de tout le monde, de toute façon il voit le médecin et puis moi après je me reporte à lui, voilà ».

Chloé : Mais du coup il y a déjà eu des fois où tu as dû enclencher des soins alors que tu n'étais pas forcément...

« Oui bien sûr. Oui mais bon je me dis à la limite, vaut mieux le faire bon je vais pas dire pour rien, mais vaut mieux le faire quand même, déjà pour répondre à la demande de l'équipe, je pense que c'est important aussi. Quelque part ça les rassure aussi, s'ils m'en parlent c'est qu'ils sont

inquiets, s'ils sont inquiets, c'est qu'ils ont besoin d'être rassurés, donc oui. J'écoute oui, j'accède aux demandes ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Les décisions concernant la santé constituent donc l'objet de négociations constantes au sein de la structure. Ces négociations ont alors lieu entre les professionnels eux-mêmes, mais également avec les résidents. Édouard Gardella a alors pointé que « *la négociation, la persuasion, l'élaboration concertée de «projets» semblent primordiales pour que des individus acceptent d'être soignés et suivent un certain nombre de prescriptions en vue d'améliorer leur état de santé* » (Gardella, Laporte, Le Mener, 2008). En effet, en donnant un sens au soin, le sociologue émet l'hypothèse que ces populations pourront vraisemblablement se rapprocher d'un accès aux soins similaire à celui de la population générale. Pourtant, notre analyse nous a révélé que les fondements de l'adhésion à la valeur de la santé n'étaient pas uniquement bâtis sur cette rhétorique de l'égal accès aux soins. Si l'analyse de Gardella revêt effectivement une facette explicative de l'avènement de la santé dans cet espace social, elle semble insuffisante au regard de son application empirique.

Ainsi, au-delà de l'accès aux soins, ce phénomène laisse penser au sociologue qu'il s'opère une certaine sanitarisation de cet espace du travail social. Pour rappel, nous entendons la notion de sanitarisation dans une acception plus large que celle de médicalisation, qui ne nous permettait pas de prendre en compte les aspects du bien-être et de l'hygiène par exemple, pourtant centraux au sein d'une structure comme la Sras, comme nous l'avons démontré au prisme de l'acception de la notion de santé dont ils témoignent.

En ce sens, Didier Fassin a pointé que le « *développement des inégalités et la territorialisation des réponses ont néanmoins conduit à remettre en cause ces séparations* » (1998), entre le social

et le sanitaire, traditionnellement différenciés. Parallèlement, il apparaît que l'association de la figure du grand précaire au domaine de la santé a même été théorisée par un certain nombre de médecins, la situation sociale constituant ainsi quasiment un critère diagnostique. Gardella note à ce sujet que les grands précaires sont « *diagnostiqués comme atteints d'un syndrome de «désocialisation», qui correspond à une vision médico-psychiatrique, selon laquelle les grands clochards sont petit à petit forclos de la représentation de soi, anesthésiés dans leur corps, en perte de repères psychiques, désorientés dans l'espace et dans le temps, en déshérence de rapports sociaux, souvent coupés de leurs épreuves affectives* » (Cefaï et Gardella, 2011). De plus, Jean Furtos, médecin psychiatre, a théorisé le « *syndrome de l'auto-exclusion* » comme étant un trouble propre aux personnes en situation de grande précarité » (2009).

Que révèle cette expansion de la médecine au domaine de la pauvreté ? Les travaux sociologiques sur la médicalisation ont démontré en quoi l'expansion de la médecine était révélatrice de l'individualisation de notre société. En effet, la médecine et ses agents seraient en perpétuelle expansion au sein de notre société et en viendraient à prendre sous sa coupe une pluralité de phénomènes sociaux, auparavant pris en charge par d'autres institutions sociales. Nous constatons pourtant dans notre analyse de terrain que ce sont en réalité les travailleurs sociaux qui s'inquiètent les premiers des problématiques sanitaires et non pas l'infirmière ou le médecin par exemple. De surcroît, ce sont eux qui font appel aux professionnels de santé pour qu'ils interviennent de plus en plus au sein de cette structure. Il semblerait ainsi que ce ne soit paradoxalement pas les agents du monde médical qui viennent le plus médicaliser, ou plus justement sanitariser, cet espace. À ce titre, des recherches ont montré que l'expansion de la sanitarisation à l'initiative des profanes révélait ce processus dans son accomplissement le plus abouti : « *L'exclusion ou le retrait des médecins pourrait même à cet égard apparaître comme la forme la plus achevée de la médicalisation* ²¹ ».

21 Fassin Didier, Avant-propos. Les politiques de la médicalisation, p. 6, in Aïach et Delanoë, 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Paris, Economica.

Les travailleurs sociaux sont-ils réellement devenus des agents profanes et inconscients, mais au combien actifs, de cette sanitarisation ? Sont-ils passés sous l'emprise de la domination du monde médical sans même s'en rendre compte ? Marcel Jaeger pointe lui dans son étude que les travailleurs sociaux « *liés étroitement aux représentations héritées de leur formation et de leur culture professionnelle spécifique, montrent que ce n'est pas d'eux qu'il faut le plus craindre une médicalisation de l'adaptation sociale des plus démunis* ²² ». Notre recherche semble réfuter le postulat du chercheur, puisque nous avons démontré que les travailleurs sociaux avaient réellement érigé la valeur de la santé comme supérieure, traduisant celle-ci dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Ainsi, les travailleurs sociaux sont bien des agents actifs de cette sanitarisation de leur espace social. Toutefois, la manière dont le monde médical aurait étendu son emprise à cette sphère demeure incertaine. Le travail social est-il si poreux que cela ? Son autonomie est-elle à ce point fragile ?

Jean-Yves Dartiguenave a bien démontré que les travaux sociologiques sur le travail social avaient très souvent nié son autonomie, mais que celle-ci, quoique fragile, était pourtant bien présente (2010). Ainsi, il nous faut être vigilant quant à l'usage de la « *légende noire* » de la médicalisation (Aïach et Delanoë, 1998, p.21), qui tend à considérer l'expansion de la santé au seul prisme de l'augmentation du pouvoir des médecins. L'analyse empirique se révèle en effet plus complexe. Comme l'a montré Didier Fassin (2004) en analysant les lieux d'écoute, le fait que de plus en plus de psychologues interviennent au sein de structures sociales, ne révèlent pas nécessairement une psychologisation du social.

Il semble alors que la sanitarisation qui s'opère au sein de cette structure soit davantage un changement plus large et plus général sur la valeur que constitue la santé au sein de notre société. Plus que les enjeux de pouvoir d'une

profession, c'est plutôt la légitimité sociale et politique de la santé que notre analyse semble révéler. La santé est en effet devenue un registre politique légitime. Ainsi, des recherches ont démontré que le recours au registre de la santé était efficace pour parvenir à obtenir un écho politique (Gagnon, Pelchat, Thomasin, 2006). « L'état de maladie est une représentation plus aisée à faire reconnaître que l'état de misère » note François Sicot (2001, p. 120). À ce sujet, Fassin a largement démontré que la santé était ainsi devenue « *un mode légitime de l'ordre social (...) où le politique se dit dans un langage médical, ou la légitimité sanitaire s'impose dans l'action publique* ²³ ». Ainsi, c'est bien parce que la santé est devenue une valeur socialement centrale, mais également parce qu'elle est reconnue politiquement, que la sanitarisation de cet espace du travail social s'opère concrètement. Si la légitimité du recours à la santé n'était pas politiquement validée, la rhétorique des travailleurs sociaux serait différente, puisque cette institution ne nie pas les injonctions macrosociologiques, elle les traduit dans un registre applicable. De fait, plutôt qu'une extension du pouvoir médical, la raison de cette sanitarisation tient plutôt à l'expansion d'une biolégitimité (Ehrenberg et Lovell, 2001). En effet, Anne Lovell et Didier Fassin ont montré comment le recours à des réponses sanitaires pour des problèmes sociaux, comme la toxicomanie par exemple, se basait sur un avènement politique et social de la valeur de la santé.

Cette biolégitimité se traduit concrètement par la construction d'un certain intolérable au sujet de l'atteinte au corps et à la santé de la personne (Bourdelaïs et Fassin, 2005). En ce sens, j'ai pu constater sur le terrain que des niveaux de « vulnérabilité » avaient été instaurés afin que les personnes faisant une demande d'hébergement d'urgence et présentant une vulnérabilité sanitaire soient plus rapidement prises en charge. De plus, en échangeant avec le chef de service du Fam, structure d'hébergement d'urgence dans laquelle les hébergés ne peuvent théoriquement rester qu'à la journée,

22 Jaeger Marcel, La médicalisation psychiatrique la « peine à vivre », p. 155, in Aïach et Delanoë, 1998, *L'ère de la médicalisation ecce homo sanitas*. Paris, Economica.

23 Fassin Didier, Avant-propos. Les politiques de la médicalisation, p. 10, in Aïach et Delanoë, 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Paris, Economica.

seules les personnes présentant une vulnérabilité sanitaire vont pouvoir prétendre y rester de manière diurne.

« Aujourd'hui, ce qui va permettre à une personne de plaider de rester en journée, c'est essentiellement une problématique sanitaire. Dire j'ai mal, je suis malade et là oui on plie, ce n'est pas on plie, mais c'est on tolère ».

Jean-Baptiste, travailleur social, sociologue, chef de service adjoint du Fam, 41 ans, 10 ans d'expérience.

Mais cette « tolérance » mise en discours par l'enquête révèle plutôt l'intolérable contemporain de l'atteinte à la santé. Ainsi, au prisme de cette légitimité de la santé, il nous faut poursuivre sur la manière dont celle-ci se construit localement, par des acteurs théoriquement extérieurs à l'expertise sanitaire. Comme le préconise Fassin : *« Ce qu'il s'agit d'appréhender, ce sont les manières dont bien d'autres agents sociaux, parfois inattendus, maintes institutions, apparemment étrangères aux problèmes sanitaires, définissent, pensent, mesurent et régulent les conduites corporelles, les représentations et les usages de soi »* (Fassin et Memmi, 2004). Intéressons-nous donc à la manière dont ces travailleurs sociaux ont construit un savoir sanitaire profane.

2. Construction et fondements du savoir sanitaire des travailleurs sociaux

2.1. Un savoir profane

Les travailleurs sociaux ne sont pas formés aux problèmes médicaux ou de santé dans leurs études – lorsqu'ils sont diplômés. Pourtant, ils composent avec la santé au quotidien. Le constat issu de mes observations est que les professionnels ont en réalité développé un certain savoir profane, basé sur leur expérience et non sur leur formation. Ainsi me confirme l'assistante

sociale de la structure : *« On met le mot expertise sur ça mais nous c'est sur le tas, enfin au fur et à mesure qu'on se sensibilise à ces signaux d'alerte ».*

Tout d'abord, il faut noter que les professionnels ne sont pas associés au secret médical. Les professionnels ne connaissent donc pas les diagnostics réellement posés par les médecins au sujet des résidents. Une infirmière remplaçante déplore d'ailleurs cette situation complexe pour les professionnels.

« Je trouve pour eux c'est qu'on devrait... enfin le sanitaire devrait un peu plus aller vers eux et leur donner un peu plus de sens clinique, tu vois d'avoir des partenariats pour pouvoir écouter leurs difficultés de fonctionnement avec certaines personnes par rapport à leur maladie psychiatrique, comprendre un petit peu de quoi on parle, sans dire vraiment de quoi on parle, sans révéler le secret, mais un peu plus de partage quand même. Mais moi je trouve que parfois quand ils ont accueilli des gens sans qu'on leur dise d'où ils venaient, quel était le parcours et là je me disais mais attends, enfin ce n'est pas normal quand même de ne pas leur dire le minimum quand même et moi ça je l'ai vécu au moment où ils ont accueilli monsieur Garrot, parce que monsieur Garrot, c'était quand même un grand malade et avec des possibilités et puis, je connais quand même les traitements psychiatriques donc euh...»

Chloé : *Tu lis quand même ce que ça veut dire derrière ?*

«Voilà et je me disais mais on vous a un petit peu parlé ? Et il y a eu d'autres cas où c'était encore pire quoi, enfin ils ont accueilli ici une personne qui avait des problèmes de déviances sexuelles, sans qu'ils soient au courant, moi je ne trouve pas ça normal. Enfin, voilà, je n'aimerais pas moi travailler, même si je suis infirmière, je travaille dans des structures avec des éduc ou des animateurs sociaux, on n'a pas non plus à les mettre en danger, sans vraiment... enfin pour moi il y a quelque chose qui ne va pas. Il y a quelque chose de l'ordre de... Je pense qu'il y a des

moments où on peut avoir des secrets partagés ».

Chloé : Là il n'y en a pas ?

« Bah je ne trouve pas » .

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

À ce sujet, les travailleurs sociaux m'ont tous fait part d'une situation où un résident était atteint de la tuberculose et sous couvert du secret médical, l'équipe n'en avait pas été informée. Ainsi, quand les personnes sont accueillies au sein de la structure, contrairement au suivi de mineurs par exemple, les travailleurs sociaux n'ont pas la transmission d'un dossier avec un certain nombre d'informations, notamment médicales.

Toutefois, si cette situation semble questionner les professionnels de santé, les travailleurs sociaux ont quant à eux trouvé des ressources pour avoir accès à un certain nombre de connaissances, jugées nécessaires pour réaliser leur travail. Ainsi, leur ayant demandé lors des entretiens s'ils connaissaient les pathologies des personnes qu'ils accompagnent, tous m'ont répondu qu'ils « finissaient par savoir ». Écoutez-les.

Chloé : « Mais sinon au niveau des résidents vous finissez par connaître quand même à peu près la pathologie de la personne ?

« Bah oui oui oui heureusement, il y a Hélène (l'infirmière) déjà, vaut mieux, parce que si quelqu'un a la tuberculose ici et qu'on n'est pas au courant, tu vois ça serait pas forcément terrible, mais sinon en général oui on est au courant. Après dans les détails non parce que ça c'est autre chose, mais... heureusement il y a un retour quand même qui est fait ».

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Chloé : « mais du coup il y a un secret médical, mais dans le fond est-ce que tu sais quand même les pathologies des personnes ?

« Bah oui ! bah oui. Bah il faut qu'on sache nous. Attend on est toute la journée avec eux, si on ne sait même pas le quart attends, c'est pas possible hein. Sous réserve du secret médical euh moi je trouve qu'il ne devrait pas y en avoir de secret médical ».

Lynda, conseillère en économie sociale
et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Il est cependant difficile de savoir dans quelle mesure les professionnels négocient avec les professionnels médicaux afin d'avoir accès à certaines informations, où s'ils finissent finalement par rationaliser et objectiver un certain nombre de leurs constats profanes. Il semble en réalité que les deux hypothèses soient en jeu. Un professionnel m'a ainsi affirmé :

« Voilà, à travers nos questions, le médecin ou l'infirmière arrive à nous lâcher quelques informations quoi. Voilà, ça nous permet aussi de travailler en harmonie avec l'infirmière et le médecin ».

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

J'ai d'ailleurs pu observer cette pratique de questionnement durant mon terrain de recherche. En effet, au sujet d'une situation qui questionne l'équipe, le chef de service demande à Hélène, l'infirmière, si le résident « *ne serait pas un peu bipolaire ?* » ce à quoi Hélène a répondu par une moue agacée, avant de donner raison au chef de service. L'infirmière titulaire, lors de notre entretien, m'avoue d'ailleurs qu'à son sens « *On partage quand même beaucoup* ». Elle m'affirme alors hiérarchiser des éléments qui selon elle peuvent être partagés et d'autres qui ne le peuvent pas.

« Bon on en discute comme ça, enfin quoique je trouve quand même, qu'on partage beaucoup (rire). Bon je trouve ça normal le secret médical, mais enfin je pense qu'on est tous autour d'une personne et je pense que les membres de l'équipe ont le droit de savoir où on en est. Bon s'il y a un pronostic vital d'engagé, j'en parle, je ne peux pas le garder. Parce que je pense que

l'accompagnement est quand même différent. Quand tu sais qu'il y a une personne qui a un cancer qui est très très avancé, bon bah c'est important que l'équipe soit au courant aussi, ça s'appelle le secret médical partagé, donc oui il faut le partager. Et puis aussi, tu ne peux pas garder ça pour toi, c'est important pour tout le monde, pour la personne en elle-même, pour l'équipe et puis pour moi aussi. Je pense que oui, il faut et là où ça pose plus problème, enfin problème... Le secret médical c'est plus quand il y a, s'il y a un sida, une hépatite, bon des choses comme ça, là effectivement, on ne le dit pas. Mais bon, j'attire quand même l'attention sur les précautions qu'il y a à prendre, par rapport au fait de mettre des gants, chose qui doit toujours normalement être faite, mais peut-être insister plus à ce moment-là, sans dire monsieur a telle chose. Donc le secret je le garde, mais j'essaie de rappeler qu'il y a certaines mesures d'hygiène à prendre ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

La connaissance qu'ont les travailleurs sociaux des situations dépend ainsi de la manière dont les professionnels de santé les intègrent dans leurs réflexions. Au dire des travailleurs sociaux, cette manière dont les professionnels les intègrent ou non dans le diagnostic, est réellement fluctuante. S'ils ne sont parfois pas au courant de la situation médicale, l'inverse est également vrai. Ainsi, un travailleur social m'explique en entretien qu'un médecin avait annoncé un cancer d'un résident à l'équipe, mais pas au patient concerné : « *Nous on le savait, il nous l'avait annoncé mais pendant des semaines, le diagnostic ne lui avait pas été annoncé à la personne. Voilà, donc des fois tu en sais un peu trop ou trop tôt, des fois tu en sais pas assez* ». Cette situation révèle ainsi que le médecin tend à considérer les travailleurs sociaux presque comme des membres de la famille du résident, devant alors « *garder le secret* ».

Mais outre les connaissances des diagnostics, les connaissances des travailleurs sociaux

concernant la santé se déploient en réalité sur une pluralité d'aspects. En effet, j'ai pu constater que les professionnels avaient développé des ressources pratiques et techniques, leur permettant de pallier un certain nombre de difficultés constitutives à cette situation. Ils ont ainsi une connaissance extrêmement fine du fonctionnement organisationnel de l'hôpital, sachant ainsi avec précision avec quel service il faut prévoir plus ou moins de temps d'attente : « *En ortho il faut prévoir plus de temps parce qu'ils prennent les urgences en même temps* », ou encore dans quels services il est possible de se rendre directement, sans passer par l'accueil de l'hôpital. Henri dit un jour à un remplaçant que pour aller au service de radiologie, il n'a pas besoin de « *faire une liasse à l'anneau central* » et qu'il peut aller directement au service. Le chef de service répondra d'ailleurs : « *C'est fou ça, il faut vraiment tout savoir* ». En effet, cette connaissance du fonctionnement de l'hôpital ne se donne pas d'elle-même et ne peut s'acquérir qu'avec l'expérience et la mise en commun de nombreux accompagnements en rendez-vous médicaux de résidents. Ces connaissances sont en effet difficilement transmissibles. Ainsi, les travailleurs sociaux ont développé une connaissance qui révèle un sens pratique professionnel qui dépasse parfois celle des professionnels de santé. À l'hôpital avec Henri et un patient venant de la Sras, nous devons nous rendre dans un autre service pour la suite des rendez-vous du résident. Henri demande alors confirmation sur l'endroit où se situe le rendez-vous suivant, l'infirmière lui répond finalement ne pas être sûre du lieu, Henri le sachant visiblement mieux qu'elle.

Outre cette connaissance interne du fonctionnement de l'hôpital qui optimise l'organisation des travailleurs sociaux, ils usent également de stratégies plus diverses, qui témoignent de leur socialisation à ce lieu. Ainsi, certains travailleurs sociaux se garent sur les places des ambulanciers lorsqu'ils se rendent à l'hôpital, ce qui leur évite parfois de chercher une place de parking pendant de longues minutes. En outre, lorsqu'ils doivent faire une « *liasse* », c'est-à-dire une fiche de soins à l'accueil de l'hôpital, les profes-

sionnels ne sont pas rares à entrer sur l'écran tactile qu'ils sont « ambulanciers », ou « professionnels de santé » afin d'être reçus plus rapidement.

Au-delà de ces pratiques révélatrices de la connaissance du fonctionnement hospitalier, j'ai également pu analyser dans mes observations que les professionnels avaient acquis des connaissances sur les traitements qu'ils distribuent. Alors que j'étais incapable de savoir quels médicaments je distribuais lorsque j'étais remplaçante au sein de la structure, j'ai remarqué que les professionnels en poste depuis longtemps avaient souvent une connaissance fine des traitements. Un jour, j'ai d'ailleurs pu le constater puisque Henri m'a montré et donné le nom de la quasi-totalité des traitements présents dans le pilulier collectif. Plus largement, j'ai constaté que les travailleurs sociaux élaboraient des réflexions autour de ces traitements. Le chef de service dit lors d'une synthèse que le traitement du résident a réellement un effet « *on / off* » sur lui, que cela marche très bien, bien que ce constat soit rapidement remis en question par une infirmière. Plus encore, lors de rendez-vous médicaux, les professionnels avancent parfois des constats sanitaires, tels que : « *L'injection ne fait pas du tout effet* » ou encore « *Le traitement ne sert à rien* ». Ces situations peuvent être analysées comme reflétant une certaine expertise acquise par l'expérience des professionnels à ce sujet, qui reste très largement profane.

En effet, le caractère profane de leur expertise sanitaire se révèle également par le langage qu'ils emploient. Lors de mes observations, j'ai relativement peu entendu de jargon médical. Il arrive que des termes médicaux soient employés, mais ce sont souvent le fait des mêmes travailleurs sociaux et cette pratique reste peu répandue. Toutefois, les problèmes de santé sont omniprésents dans les conversations professionnelles ainsi que dans leurs pratiques. Ainsi, les travailleurs sociaux avancent des constats tels que « *à mon avis il a un korsakoff* »²⁴, en expliquant que son ventre ressemble aux per-

sonnes qui en ont eu par la suite. Plus encore, face à l'« affaiblissement » constaté par l'équipe d'un résident, les travailleurs sociaux en viennent à se poser la question spécifique de savoir si son traitement psychiatrique est bien compatible avec les médicaments codés qu'il prend par ailleurs. Enfin, un résident se plaint un jour de maux de gorge et alors même que nous sommes devant l'infirmier, Lynda lui touche le cou et dit « *Ah oui c'est gonflé !* », elle l'accompagne alors voir l'infirmière, qui ne constatera finalement pas la même chose que l'animatrice.

Le caractère profane de leurs pratiques tend à rapprocher celles-ci d'un fonctionnement presque familial, comme le révèle le toucher de la gorge qu'effectue la travailleuse sociale. Ainsi, il semble que les professionnels transposent leurs compétences personnelles et familiales de la gestion de la maladie à défaut d'être formés aux situations sanitaires qu'ils rencontrent.

Parallèlement, ce savoir profane sur les questions sanitaires a également pu être observé durant les consultations médicales. Ainsi, les professionnels mettent souvent en avant leurs observations « sanitaires » dans ces consultations : « *Il dort très mal* », « *Il fait les cent pas la nuit* », « *En ce moment, il a le moral. Ça se voit à son sourire* ».

Lors de mes entretiens j'ai d'ailleurs pu m'apercevoir que certains professionnels exerçaient une réelle démarche d'apprentissage de ce domaine sanitaire. Écoutons Habib à ce sujet.

« Et c'est vrai que j'ai déjà été une ou deux fois sans savoir vraiment (en rendez-vous) et j'étais gêné dans ces situations, j'étais gêné, je dis mais il parle de quoi ? Donc après effectivement avant chaque rendez-vous, je m'intéressais. Des fois il m'arrive d'aller fouiner dans les dossiers médicaux de l'infirmier pour voir un peu, je sais qu'il y a tel rendez-vous, parce qu'on n'avait pas eu l'info quoi, il faut l'emmener chez le neuro-

24 Référence au syndrome de Korsakoff, un trouble neurologique qui est souvent dû à l'alcoolisme chronique et qui se manifeste notamment par des troubles de la cognition.

logue, oui bah monsieur le neurologue, oui c'est quoi ? Bah il faut l'accompagner, parce qu'il a tel ou tel problème. Alors Audrey (infirmière) disait bah oui il y a ça, ça, ça ».

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Ainsi, la lecture des dossiers médicaux, cantonnés dans l'infirmierie, peut être une ressource pour les travailleurs sociaux désireux de se former, ou au moins de ne pas être trop désarçonnés lors des rencontres avec les professionnels de santé. De surcroît, leurs lectures spécialisées, souvent orientées vers la psychologie ou la psychiatrie, leur permettent de se sentir à l'aise dans les échanges avec certains professionnels médicaux, notamment issus du secteur de la santé mentale. Le savoir qu'ils accumulent vient également des consultations médicales, durant lesquelles ils acquièrent des progressivement connaissances. En effet, comme l'a démontré Luc Boltanski, si la maîtrise réelle des savoirs médicaux nécessite une formation et un apprentissage spécifique, il note qu'il « *peut se réaliser partiellement et pratiquement par le moyen d'une familiarisation progressive et diffuse de sorte que les sujets sociaux en auront une maîtrise plus ou moins complète selon qu'ils disposent plus ou moins des moyens matériels et culturels de leur appropriation* » (Boltanski, 1971, p. 213). Ainsi, la fréquentation régulière de professionnels de santé peut conduire, en partie, à cet apprentissage de la médecine. Si cette transmission est souvent informelle, elle prend parfois une forme plus concrète. François m'a par exemple expliqué qu'un médecin avait pris quarante-cinq minutes lors d'un rendez-vous pour lui expliquer le fonctionnement d'une crise d'épilepsie.

Toutefois, en analysant ce savoir profane, nous nous sommes rendu compte que les professionnels sociaux avaient véritablement foi en leur diagnostic, quand bien même les sources de leurs connaissances officielles s'avèrent limitées. Ainsi, les professionnels ont la sensation « *de ne pas se tromper* », d' « *être dans le vrai* ».

Dans leurs discours, les travailleurs sociaux font référence au fait qu'ils se trompent rarement, en l'expliquant par le fait qu'ils sont « *tous les jours avec eux* », ce qui rationalise à leur sens cette justesse dans leur appréciation des situations.

« Mais ce n'est pas pour autant que vous vous trompez forcément ?

« Ah non non et puis je pense que nous on est au quotidien avec eux, donc quelqu'un dont l'état de santé se dégrade c'est normal que ça nous alerte et heureusement d'ailleurs et au final on s'est rarement trompés, quand on alertait, pour les médecins c'était peut-être un peu trop précoce, donc au final ils nous le renvoyaient et quinze jours après bah ça s'intensifiait et là effectivement le médecin disait bon bah là oui, il est peut être nécessaire que la personne soit hospitalisée, mais on s'est très très très rarement trompés. Enfin je réfléchis, je n'ai pas le souvenir d'une situation où les médecins nous ont dit non mais arrêtez c'est n'importe quoi. Jamais. Et ce n'est pas pour rien je pense aussi, que quand il y a une hospitalisation, les médecins nous appellent derrière pour prendre des renseignements sur la vie à la Sras comment ça se passe, comment était la personne etc ».

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

« Et moi c'est vrai que quand une personne commence à maigrir à vue d'œil, moi ça a toujours été : dès qu'il y a un gars qui commence à dire qu'il a mal à la gorge, qu'il commence à maigrir, qu'il n'arrive plus à rien avaler, j'dis putain, ça y est, ça va commencer. Et je me suis rarement trompée, malheureusement, ça a souvent fait cancer de la gorge ou autre chose. »

Lynda, conseillère en économie sociale et
familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Au-delà des discours, j'ai d'ailleurs pu l'observer durant ma recherche au regard d'une situation. Un résident est considéré par l'ensemble de

l'équipe comme étant « *bizarre* », « *plus comme avant* », « *dans son regard, quelque chose a changé* ». L'infirmière ajoute d'ailleurs qu'elle sent « *qu'il pense des choses qu'il ne dit pas* ». Parallèlement, le résident faisait également des crises d'épilepsie et refusait de prendre son traitement. Repérée, la personne est alors conduite à l'hôpital psychiatrique pour un rendez-vous en urgence. Lors de la consultation avec le psychiatre, à laquelle j'ai assisté, le patient a donné un coup au visage de la travailleuse sociale qui l'accompagnait. Au-delà de la violence de cet épisode, je retiens cependant les réactions des professionnels qui ont suivi : « *C'est dommage, mais en même temps on l'avait bien senti que ça allait arriver !* ».

Il y a donc une certaine valorisation de ce savoir profane. Celle-ci fait d'ailleurs parfois l'objet d'une reconnaissance de la part des professionnels de santé et notamment de la part des partenaires de la structure. Un médecin intervenant pour une réunion sur la « fin de vie » leur dit alors : « *Ce n'est pas nous qui allons décoder, c'est ensemble, parce que nous, que dalle. C'est vous qui connaissez bien (les résidents) et qui les accompagnez pour permettre de décoder* ».

Cette connaissance qu'ils ont effectivement des résidents et qui leur permet d'être souvent dans le juste, comme ils le soulignent, se base ainsi sur une double socialisation à l'exercice sanitaire : à la fois celle qui est acquise au fur et à mesure de l'expérience et au contact répété de professionnels de santé, donc liée à la socialisation professionnelle et également celle qui est acquise au sein de la sphère personnelle et familiale du professionnel.

Plusieurs travaux ont montré que dans un contexte de modification et de rationalisation des coûts au sein de l'hôpital, les familles des patients se retrouvaient de plus en plus sollicitées pour exercer une mission de soignant profane²⁵. Martine Burgener note en effet que la participation du « *malade et de son entourage*

*est de plus en plus souvent requise et pour un nombre croissant d'entre eux, pour que puisse s'organiser en milieu ordinaire le bon déroulement des soins*²⁶». Pourtant, cette dimension du transfert des activités de soins vers des profanes reste relativement invisibilisée, notamment parce qu'elle s'opère sur une naturalisation du rôle de la famille et notamment de la femme, dans la participation aux soins des proches. Il semble ainsi que ce transfert de compétence puisse être une piste d'analyse éclairante pour saisir ce rôle de soignant profane que nous avons constaté. En effet, l'institution pallie dans ce cadre le rôle de la famille dans cette délégation du soin.

En analysant plus finement sur quels fondements se construit cette pratique profane du soin, nous avons constaté que celle-ci s'établit sur un grand nombre d'observations quotidiennes. Comme le notent des sociologues dans un article sur la prise en charge des personnes en situation de précarité et de fin de vie : « *Le travail de repérage des pathologies s'effectue au jour le jour, dans une attention à des petits détails que laissent percevoir les personnes. Et ce sont ces petits signes qui aiguillent la pratique : une perte de poids trop importante, une toux anormale, une locomotion amoindrie, une attitude inhabituelle, peuvent constituer autant d'indices permettant aux professionnels de discerner l'aggravation d'un état* » (Eliçabe et al., 2013). Il nous semble ainsi que cette observation se base en réalité sur l'observation attentive du corps.

2.2. Le rapport au corps dans l'expertise

Comme nous l'avons vu, les professionnels entretiennent une acception large de la santé dans laquelle la « reconquête » de l'hygiène constitue un champ d'action central pour eux. Il est ainsi considéré par certains travailleurs sociaux que le travail d'« insertion », d'« estime de soi » ne peut commencer que par un travail sur l'hy-

25 Bachimont Jeannine, Les « soins hospitaliers à domicile » entre démedicalisation hospitalière medicalisation du domicile in Aïach et Delanoë, 1998, *L'ère de la medicalisation : ecce homo sanitas*. Paris, Economica, p. 175-210. Également Burgener Martine, Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins, in Fassin et Memmi, 2004, *Le gouvernement des corps*. Paris, L'EHESS, p. 109-133

26 Burgener Martine, *op. cit.*, p. 114

giène : « *Les résidents ont compris que prendre une douche faisait aussi partie d'une habitude de vie et que c'était important pour le bien-être* » (rapport d'activité, 2007). De surcroît, les travailleurs sociaux avancent que les résidents ont un fonctionnement particulier quant à leur corps. Ainsi auraient-ils une « *relation au corps particulière ; celui-ci est vécu comme un fardeau, une charge qu'il est trop coûteux de prendre en charge, peut-être assimilable au symptôme d'aller mieux, mais comme une contrainte supplémentaire. En parallèle une hygiène de vie aléatoire, négligeant les codes de la bonne conduite habituels : les vêtements que l'on porte sont autant que le corps le stigmate d'une situation dégradée et à l'abandon. Ils servent simultanément de cabas, de garde-manger, de repoussoir et éventuellement de W.-C.* » (rapport d'activité, 2004)

Les professionnels de la Sras considèrent ainsi que les personnes accueillies ont un rapport particulier aux soins et plus largement à leur corps. Il est considéré à la fois que leurs conditions de vie ont été des facteurs aggravants, ou même déclencheurs d'un certain nombre de pathologies, mais également que les résidents ont « *une réticence importante à s'engager dans les soins* » (rapport d'activité, 2001). Toutefois, Luc Boltanski a considérablement déconstruit cette appréhension différenciée du corps en la rapportant à la classe sociale des individus (Boltanski, 1971). En effet, l'attention au corps, loin d'être naturelle est en réalité le résultat d'un processus de classe, au sens de Boltanski. Ainsi note-t-il : « *Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une sélection ou d'une attribution différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent* » (*ibid.*; p. 210).

De fait, ce que les travailleurs sociaux de la Sras considèrent comme un mépris du corps est en réalité le témoin d'une appréhension différenciée du corps selon la classe sociale des résidents. Ainsi, plus les individus sont issus de

classes dominantes, soit en proximité avec la classe sociale des médecins, plus leur capacité à décrire leur corps dans un langage valorisé et légitimé par le monde médical est prégnante. Les classes dominantes ont ainsi « *l'aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptômes* » (*ibid.*; p. 212). Les classes dominées se retrouvent donc éloignées du jargon médical légitimement employé, dans la mesure ou un processus de distinction s'opère constamment au sein de la médecine dans le but justement de maintenir une expertise propre.

Ainsi, le recours aux soins n'apparaît pas dans la même perspective selon la classe sociale de l'individu. Si les classes dominantes, socialisées à avoir une attention sur ce dernier, ont acquis la capacité de traduire des sensations éprouvées en un registre proche de celui formulé par le monde médical, les classes populaires sont, elles, éloignées des standards façonnés par la médecine. De fait, la place que prend le recours aux soins dans ce cadre n'est pas la même. Alors que les classes dominantes valorisent un recours au soin dans une perspective anticipatrice, préventive, au prisme d'une vision du corps performatrice, les classes populaires entretiennent d'autant plus une sorte de rapport utilitaire à leur corps. C'est lorsque ce dernier ne permet plus de mener à bien les activités sociales habituelles qu'il attire l'attention.

Toutefois, ce rapport aux soins différencié, fruit d'une construction sociale, est considérablement naturalisé. Les travailleurs sociaux de la Sras essentialisent ainsi dans leur discours le fait que les résidents auraient presque naturellement un corps plus « résistant ».

« Notre souffrance et la leur, ce n'est pas la même, eux arrivent à dépasser un degré de souffrance, on ne tiendrait pas le tiers de ce qu'ils ont. On ne tiendrait pas. C'est des gens qui se tuent à petit feu, qui se tuent tout doucement, voilà et quand il s'agit de faire un travail pour essayer de les en sortir, bah c'est plus fort qu'eux ».

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Mais Luc Boltanski a analysé qu'il « faudrait pourtant se garder de voir dans cette résistance à la douleur et à la maladie la mise en application de principes moraux qui valoriseraient la douleur pour elle-même » (*ibid.*; p. 219). À ce titre, il faut donc noter que le corps des classes populaires n'est pas par essence plus vigoureux ou résistant. Cette appréhension différenciée du corps résulte d'une socialisation différente de l'attention portée au corps selon l'origine sociale.

Il reste pourtant que les professionnels de la Sras usent de cette vision naturalisée du corps pour façonner leur expertise profane. Ainsi, de cette vision différenciée du corps, au regard de leur appartenance de classe différente, l'attention à celui-ci en vient à constituer un critère quasiment exclusif de leur expertise sanitaire : « Bah tu as vu comment il est maigre ? Cet après-midi ça m'a choqué, il est jaune là. Il est jaune, je trouve qu'il est jaune hein, je l'ai trouvé jaune », me dit ainsi une travailleuse sociale en entretien. Plus encore, en demandant aux travailleurs sociaux en entretien ce qui constituait à leur sens une « situation alarmante », ils m'ont pour la plupart énuméré des critères basés sur l'observation des corps des résidents.

Chloé : Et qu'est-ce qui va faire pour toi qu'une situation elle va devenir alarmante ?

« Qu'est-ce qui va faire qu'une situation elle va devenir alarmante... Déjà de visu comme ça on peut voir la dégradation d'une personne, son amaigrissement, la fiche de présence au réfectoire, qui nous permet de savoir qui mange qui ne mange pas, donc à partir de ces éléments-là ça nous permet de savoir si une situation est alarmante, déjà physiquement, comme on les voit au quotidien, quand ça ne va pas, on le sait. Voilà ».

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Chloé : mais par contre sur quoi toi tu vas avoir une vigilance sur les symptômes, ou même sur le comportement de personnes, qu'est-ce qui va plus attirer ta sonnette d'alarme ?

« Bah il y a des indicateurs qui permettent de savoir si une personne va bien ou ne va pas bien, donc c'est au niveau des temps de présence aux repas, c'est au niveau du lever le matin, c'est au niveau de l'hygiène corporelle, c'est au niveau de... de ce qu'elle nous dit d'elle ou pas, voilà ».

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

Ce savoir profane basé largement sur l'observation des corps des résidents est d'ailleurs étonnamment partagé par l'infirmière de la structure. Lors de réflexions sur des résidents, il est extrêmement rare qu'elle fasse référence à des éléments objectivables, comme leur perte de poids par une pesée, leur tension ou encore leur température. À l'instar des travailleurs sociaux, elle se base souvent sur des critères corporels comme « Il a perdu son sourire », « Son regard a changé », « On dirait vraiment qu'il a maigri ». Une hypothèse que nous pouvons alors poser est que cette distance de classe, entre les résidents et les professionnels de la Sras, conduit ces derniers à largement focaliser leur attention sur la présentation corporelle des résidents. En effet, le corps étant utilisé par les résidents de la Sras dans une perspective différente de celle des travailleurs sociaux, cette distance perçue par les professionnels est l'objet d'une attention constante de leur part, qui est fréquemment sanitaire. Ainsi, si la prise de poids d'un résident est considérée comme très largement inquiétante d'un point de vue sanitaire pour les travailleurs sociaux, il est possible que cette prise de poids soit au contraire positivement vécue par le résident, se rapprochant alors des standards corporels véhiculés au sein de la classe sociale à laquelle il appartient. De fait, cette distance dans l'appréhension du corps fait l'objet d'une sanitarisation de la part des professionnels, qu'ils soient médicaux ou sociaux.

Il en va d'ailleurs de même avec le rapport à l'alcool qui est porté à l'égard des résidents. S'il fait l'objet d'une sanitarisation, on peut supposer que le rapport que les hébergés entretiennent avec leur consommation n'est à leur sens

pas considéré comme pathologique, Boltanski ayant d'ailleurs montré comment l'alcool était effectivement différemment considéré au regard des classes sociales. Ainsi note-t-il que « *les membres des classes populaires sont à peu près deux fois plus nombreux que les autres membres des classes supérieures à considérer qu'il est normal pour un travailleur de force de boire plus d'un litre de vin par jour* » (*ibid.*; p. 220-221). Outre l'alcool, une autre situation est éclairante concernant cette sanitarisation du rapport différencié au corps et au soin : un résident vient échanger avec plusieurs travailleurs sociaux, atablés au réfectoire. Au bout de quelques minutes, il se met à pleurer et évoque le manque de sa mère. Lynda réagit alors en lui suggérant d'aller prendre une douche « *car là tu sens le pipi, tu te sentiras mieux après* ». Ainsi, dans cette situation, c'est le corps souillé qui est considéré par Lynda comme étant la source du mal-être du résident et non le manque dont il témoigne.

Bien souvent, ces observations basées sur le corps donnent lieu à des interventions qui semblent y répondre, pour les travailleurs sociaux. Concernant un résident « *pas bien du tout* », Lynda note avoir réagi en l'obligeant à « *manger une banane* » ou encore concernant un hébergé visiblement alcoolisé la veille, le travailleur social note dans le cahier de liaison avoir réagi également par l'alimentation : « *tombé dans la côte de la Sras, devant le bureau, Benoît m'a aidé à le relever, je lui ai donné du fromage puis de la compote pour qu'il mange* ».

Il semble ainsi que cette sanitarisation du rapport différencié au corps s'explique également parce qu'il constitue un support facile d'accès sur lequel les travailleurs sociaux peuvent exercer une action. En effet, le manque de la mère du résident est peu réparable, contrairement au fait qu'il prenne une douche. Ainsi, comme l'a souligné Fassin, le corps fait effectivement l'objet d'un gouvernement (Fassin et Memmi, 2004).

Plus justement, le corps fait l'objet d'un double enjeu de gouvernementalité, il est à la fois la

source d'une connaissance sur les résidents, mais il est également un enjeu d'intervention, de modification de la situation de la personne. C'est par le corps que l'accompagnement peut commencer, au sens des travailleurs sociaux. En ce sens, le corps est considéré comme étant performateur et possiblement améliorable. Cette idée véhiculée reflète en réalité une appréhension de classe différenciée concernant le corps. Il peut donc être travaillé afin de « *mieux répondre aux normes sociales en vigueur* » (Moreau et Vinit, 2007). En effet, étant le « *lieu privilégié de l'inscription du social* » (*ibid.*; p. 37), le corps fait l'objet d'une normalisation de la part des travailleurs sociaux. Cette normalisation s'opérant dans le souhait des professionnels à ce que le corps des usagers se rapproche de leur propre vision du corps. Ainsi souhaitent-ils que les résidents achètent des baskets, qu'ils aient une « *coupe de cheveux moderne* », ou encore qu'ils se rasent afin de ne « *pas faire trop souillon* ».

Pour poursuivre cette réflexion, il serait intéressant d'analyser dans quelle mesure la proximité quotidienne avec des professionnels exerçant une action sanitaire en vient à diffuser aux résidents la relative connaissance médicale qu'ils ont acquise. Ainsi, il faudrait comparer dans quelle mesure l'appréhension du corps des personnes non accueillies en centre d'hébergement diverge de celles qui sont quotidiennement sollicitées par des professionnels du travail social.

Toutefois, ce corps que les résidents de la Sras présentent aux travailleurs sociaux n'est peut-être pas si passif et modulable qu'il n'y paraît jusqu'alors. Corinne Lanzarini a en effet démontré que le corps était également une ressource fréquemment utilisée par les sous-prolétaires afin d'interpeller le social. À ce titre, elle note que « *Lorsque les attentes de l'autre monde deviennent trop prégnantes, qu'il n'est plus possible de les ignorer sauf à renoncer à vivre, le sous-prolétaire à la rue fait face à ses souffrances en vivant avec ou en se servant des manifestations du corps pour interpeller les professionnels de l'aide sociale* » (Lanzarini, 2000, p. 189). En effet, comme nous venons de

le démontrer, le corps des bénéficiaires de l'aide sociale fait l'objet d'une attention considérable par les travailleurs sociaux. Dans ce cadre, présenter celui-ci comme souffrant est le gage de l'accès à l'assistance. En ce sens, Corinne Lanzarini note que : « *L'utilisation du corps comme surface d'interpellation tient aussi aux pratiques institutionnelles qui répondent plus facilement aux atteintes corporelles qu'aux mal-être* » (*ibid.*, p. 206), ce qui vient confirmer notre analyse. Ainsi, si le corps constitue une source de gouvernementalité, la distribution du pouvoir le concernant n'est pas totalement unilatérale.

En effet, le corps est également une source de droit, selon l'analyse de Fassin²⁷. L'atteinte au corps est progressivement devenue un intolérable contemporain²⁸. Cette centralité politique du corps est ainsi un enjeu aussi bien investi de la part des bénéficiaires que des professionnels. Dans ce cadre, il semble une fois de plus que cette prégnance de l'observation du corps ne révèle pas tant une sanitarisation qui serait portée par des professionnels désireux d'étendre leur pouvoir, mais bien plutôt que cette attention au corps est un processus généralisé de notre société contemporaine dans lequel cette institution spécifique s'inscrit. Ainsi, l'historien Olivier Faure affirme que « *la médicalisation ne peut plus être considérée comme le moteur, mais plutôt comme une manifestation parmi d'autres de ce vaste mouvement qui porte sans cesse le corps au centre des préoccupations individuelles et actives* »²⁹. À ce titre, il ajoute d'ailleurs que « *les nouvelles manières de prendre soin du corps peuvent se passer du médecin* »³⁰. De ce fait, les médecins ne sont pas nécessairement les « *serviteurs d'aspirations qu'ils ne suscitent ni ne contrôlent complètement et toujours* »³¹. On le voit bien au sein de la Sras, les médecins sont pratiquement invisibles dans l'opération de sanitarisation qui s'effectue à l'égard des résidents.

2.3. L'institution qui soigne

Le primat de la santé et le savoir profane développé par l'équipe de travailleurs sociaux que nous avons démontrés nous permet d'aller plus loin dans notre analyse et de postuler que l'institution elle-même est parfois considérée comme une source de soin. Tout d'abord, notons que la structure est considérée comme « *révélatrice* » des maladies. Les travailleurs sociaux m'ont appris que c'était souvent en arrivant à la Sras que « *les maladies se déclenchent* ».

« Tu te dis enfin à la Sras ils vont se poser, enfin ils vont pouvoir... Et c'est incroyable, mais bien souvent, malheureusement, il y a des maladies qui s'enclenchent, ce monsieur-là il avait galéré au Fam, il est arrivé et tout, mais peu de temps après, six mois après, tout a cassé, il a eu un cancer de la gorge qui s'est déclaré. »

Chloé : Et du coup tu penses que le fait qu'ils se posent, il y a quelque chose qui se passe ?

« Bah ouais peut-être qu'ils sont plus à l'écoute de ce qui leur arrive, je n'en sais rien. Mais c'est vraiment très bizarre hein. Une fois qu'ils sont posés, peut être qu'une fois qu'on a mis la santé... une fois qu'elle est mise en route aussi hein, elle est prise en charge. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Plus encore que sa fonction de « *révélatrice* », l'institution est également parfois elle-même considérée comme une source de soins en soi. Dans ce cadre, une situation fait quasiment office de « *mythe* » au sein de la structure. Il s'agit d'un résident qui est considéré par l'ensemble de l'équipe comme « *un grand psychotique* » qui « *a toujours refusé les traitements* »

27 Fassin Didier, Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité, in Fassin et Memmi, 2004, *Le gouvernement des corps*. Paris, L'EHESS, p. 241.

28 Fassin Didier, L'ordre moral du monde. Essai d'anthropologie de l'intolérable, in Bourdais et Fassin, 2005, *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte, p.17-50.

29 Faure Olivier, La médicalisation vue par les historiens, in Aïach et Delanoë, 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Paris, Economica, p. 64.

30 *Ibid*, page 65.

31 *Ibid*, Page 65-66.

et de « *rencontrer les médecins* ». De fait, le résident n'a pas de diagnostic ni de suivi par des professionnels de santé. Pour autant, alors qu'il aurait pu échapper à l'injonction aux soins formulée par l'institution, par son refus constant de s'y soumettre, les travailleurs sociaux ont alors mis en avant le fait que le résident était « *soigné par la structure* ».

« Ah bah Robert par exemple, Robert c'est quand même un grand psychotique et euh, il a toujours refusé les traitements, pour lui il n'a pas de problèmes et en fait, on a pu en discuter avec l'EMPP et l'EMPP nous disait bah en fait c'est grâce à la Sras. La Sras c'est son traitement, c'est ça qui l'a stabilisé ».

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

« T'as des personnes pour qui c'est clairement thérapeutique la Sras, je pense à un Robert, je pense à un monsieur Claval qui est décédé, où il s'était stabilisé dans ses routines, voilà, c'est un espace de liberté ».

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Cette situation est ainsi pratiquement érigée comme un mythe, puisqu'elle est racontée à chaque nouvel arrivant et notamment aux stagiaires. Mais nous pouvons supposer que si cette situation est tant mise en avant, c'est qu'elle est en réalité une source de valorisation professionnelle. En effet, considérer que l'institution soigne, c'est également confirmer le cœur de la mission des travailleurs sociaux. De fait, cette valeur curatrice de l'institution permet à la fois aux travailleurs sociaux de réaffirmer le cœur de leur mission, mais également de valoriser la dimension bienveillante de l'institution. Comment pourrait-elle en effet être maltraitante si elle produit du soin ?

Pour autant, si cette valeur de la santé fait sens et consensus pour l'équipe des travailleurs sociaux, puisqu'elle est en réalité essentielle pour qu'ils mènent leur travail au quotidien avec une certaine légitimité, un sociologue ne peut s'empêcher de remarquer à quel point cette rhéto-

rique est en réalité le fruit d'une construction sociale.

3. Difficultés et résistances face à l'accompagnement de la santé

Après avoir démontré la dimension centrale qu'occupe la santé pour les travailleurs sociaux, il faut également noter quelles sont les difficultés que cela induit dans la pratique des professionnels. Ainsi, si dans l'histoire de la Sras la rhétorique de « l'adaptation » aux problèmes de santé est centrale, les rapports d'activité laissent tout de même transparaître un certain nombre de questionnements quant à l'accueil de ce public, notamment concernant les difficultés d'orienter ces personnes. Trop lourdement handicapées, ou trop dépendantes à l'alcool pour intégrer des institutions médicales, la Sras a progressivement constaté les difficultés constitutives à l'accueil de ce public. En 2017, 95 % des personnes présentes à la Sras depuis plus de cinq ans sont soit titulaires de la retraite ou bien de l'AAH Ce chiffre témoigne ainsi de la difficulté pour la structure à orienter les personnes vieillissantes ou en situation de handicap. En ce sens, l'institution se qualifie de « *victime de son succès* » (rapport d'activité). Toutefois, ce constat que la Sras fait depuis maintenant plus de dix ans a entraîné des questionnements sur l'accueil de cette population.

Les personnes accueillies témoignent parfois d'une mobilité de plus en plus réduite. La structure n'est toutefois pas adaptée aux difficultés de ces personnes : « *La Sras, n'étant pas une structure médicalisée, n'arrive pas à gérer convenablement ces personnes et de ce fait ne peut pas assurer une sécurité totale ; de plus cette population, par son importance grandissante, risque de déséquilibrer elle-même le bon fonctionnement du foyer* » (rapport d'activité, 2002). Ainsi, en 2009, une personne ne peut plus sortir de sa chambre. Il est alors nécessaire que ses repas lui soient portés, que les travailleurs sociaux lui fassent ses courses ou encore sa toilette. La structure se félicite ainsi d'accueil-

lir des personnes en situation de handicap tout en notant pour autant les difficultés qui en sont constitutives. Un rapport d'activité note ainsi : « *Il y a deux chambres au rez-de-chaussée mais il n'y a pas d'ascenseur et c'est bien ainsi !* » (rapport d'activité, 2004).

En parallèle de l'installation des personnes dans la structure, va se poser de plus en plus la question de l'accompagnement à la fin de vie. Des décès ont eu lieu à la Sras dès l'ouverture de la structure et dans le cas où les personnes décèdent à l'hôpital, un accompagnement vers la fin de vie est assuré de fait par l'institution : « *Depuis l'ouverture, l'équipe accompagne des personnes pour qui la Sras est le dernier endroit pour finir ses jours* » (rapport d'activité, 2005). Pourtant, ce point cristallise actuellement considérablement la position des travailleurs sociaux.

Pour une part de l'équipe, il est considéré que la Sras est un « *asile de grands exclus, qui est obligatoirement la dernière demeure d'un certain nombre d'entre eux. Nous sommes là pour redonner une place pour vivre.... Et pour mourir aussi* » (rapport d'activité, 2006). Il y a ainsi la volonté historique de la structure d'accompagner la personne jusqu'à son décès. En parallèle, d'autres professionnels dénoncent « *une ambiance mortifère* », ajoutant que « *le vieillissement entraîne une prise en charge toujours plus lourde car les professionnels n'y sont pas préparés* » (rapport d'activité, 1999). Ainsi, si la plupart des professionnels se disent plutôt favorables à la prise en charge de personnes « en fin de vie », notamment parce que cela correspond à la philosophie initiale de la Sras, certains travailleurs sociaux ont tout de même témoigné de la difficulté que cela représente à leur sens :

« Et puis maintenant une personne qui est en fin de vie ici, nous les week-end on est seul, une partie du temps on est seul, le soir à partir de 19h15 on est seul, s'il y a un problème qu'est-ce qu'on fait, si cette personne il faut la changer, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on ne rentre pas dans la maltraitance ? Voilà, la limite elle est où, jusqu'à où, on peut aller ? Donc pour moi c'est questionnant et si ça ne tenait qu'à moi, je serais

opposé à ça, voilà. Et puis nous aussi les travailleurs on a notre parcours de vie aussi, voilà on ne sait pas jusqu'où on peut encaisser cette souffrance... »

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Seul Adama s'est montré aussi clair sur cette position en entretien. Toutefois, les observations ont révélé qu'au-delà du discours, les travailleurs sociaux étaient en réalité relativement peu enclins à prendre en charge ces personnes en fin de vie. Un professionnel dit ainsi qu'il faudrait mettre en place une hospitalisation à domicile (Had) pour un résident qui est à son sens en train de « déperir », cependant la réaction des autres professionnels est très hostile : « *ah non je ne suis pas prête à recommencer avec une Had !* », « *c'est beaucoup trop dur* ». Cette réaction réticente s'explique par le fait qu'une Had a été mise en place pour un résident de la Sras il y a deux ans. Cette modalité de prise en charge est particulière puisque cela signifie que la personne est accompagnée médicalement à domicile, en l'occurrence dans une institution, dans le cadre de soins palliatifs. Cela induit qu'un grand nombre de professionnels du monde de la santé interviennent auprès du résident, au sein de la structure. Cette expérience a été vécue avec difficulté par les professionnels de la Sras pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les professionnels de santé de l'Had se sont visiblement appuyés sur l'institution pour qu'un certain nombre d'actes sanitaires soient réalisés auprès du patient en Had, ce qui a entraîné une confusion des rôles que la Sras ne souhaite pas reconduire. De plus, la « médicalisation » de la chambre du résident par de multiples appareillages, auxquels se rajoutent les nombreuses visites des professionnels en blouse blanche ont été considérées comme « difficiles à gérer », voire « traumatisantes » pour les autres résidents, mais également pour les professionnels. Ce terme de « médicalisation » est employé dans le sens que les enquêtes en font. Pour les travailleurs sociaux, une situation « médicalisée » signifie que la personne relève d'une prise en charge par des médecins et que son accompagnement au sein

de la Sras requiert des appareillages ou des compétences médicales.

Il y a donc un écart entre le discours témoigné en entretien vantant l'adaptation de la structure au vieillissement du public et la réalité des pratiques qui freinent finalement les prises en charge « médicalisées ». Comment expliquer cet écart entre le discours et la pratique ? Pour les professionnels de santé, cette position d'apparence paradoxale révèle une certaine « ambivalence » de leur part.

« Après, je crois qu'ils sont pleins de bonne volonté, ils s'attachent aux résidents et à la fois ils sont partagés entre essayer de redonner, enfin de repartir sur le projet reconquête de l'autonomie et puis à la fois ils sont avec ces personnes qui vieillissent et puis ils ont du mal à s'en séparer donc ils sont dans une ambivalence tout le temps ».

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

Cet extrait révèle que la position paradoxale de l'institution est transposée dans la singularité des professionnels eux-mêmes. En effet, au sens de l'infirmière, ce n'est pas la position de la structure qui est paradoxale, mais les actes des travailleurs sociaux. Cela revient ainsi à ce que les professionnels résolvent individuellement les injonctions contradictoires que l'organisation dans laquelle ils se trouvent pris occasionnent.

Pris dans cette résolution singulière des contradictions plus larges qui sont façonnées à leurs égards, les travailleurs sociaux tentent ainsi de se distinguer d'une structure qui a uniquement vocation à réaliser des soins : « *Et à l'avenir ? Sras-Ehpad, Sras maison médicalisée ? Médicaliser davantage la structure risquerait d'entraîner un effet sur le recrutement du public et une évolution de la structure vers le type Ehpad au détriment de la mission du CHRS et sa vocation partielle de passerelle* » (rapport d'activité, 2003). Les travailleurs sociaux regrettent en effet que les personnes « *les plus abimées viennent emboliser la structure, la reconquête de l'autonomie sociale risque de se limiter bientôt*

à une reconquête, réelle, à l'intérieur des murs de Sras. La Sras a-t-elle vocation à porter seule l'ensemble des grands précaires de la région ? » (rapport d'activité, 1999). Par ces questionnements, nous voyons bien que les acteurs, pris dans cette position paradoxale, ont tout de même une réflexivité sur celle-ci. La sanitarisation de leur espace professionnel fait l'objet d'une interrogation de leur part. L'écriture de ces craintes dans les rapports d'activité révèle une partie des ressources que ces acteurs emploient pour décrire et freiner les difficultés constitutives de cette situation.

L'ethnographie révèle ainsi que les travailleurs sociaux souhaitent en réalité orienter les personnes vieillissantes au sein d'autres institutions, afin de mettre à distance aussi bien l'épreuve de la mort que celle de la « médicalisation » de la fin de vie du résident, qui se révèle problématique pour les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux.

« Le vieillissement ça diminue leur autonomie et ça nous amène à être encore plus dans le quotidien avec eux, encore plus auprès d'eux, plus d'accompagnement à l'hygiène, voilà c'est ça aussi le vieillissement, plus d'accompagnements aux hôpitaux, voilà, plus d'accidents aussi, ils tombent, ils se cassent la... voilà c'est ça aussi le vieillissement avec l'alcool. Tu comprends que ça n'aide pas ».

Henri, conseiller en économie sociale
et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Ainsi, en se définissant comme « impuissants », « démunis » et « en difficulté » par les situations induites par le vieillissement des personnes, la sanitarisation de l'espace que nous décrivons révèle ses nuances. Écoutons le chef de service à ce sujet.

« On a le sentiment de porter un grand nombre de situations un peu limites qui voilà, nous mettent comme ça face à la mort, face à la souffrance, face à l'impuissance et même si à la Sras en fait on est assez habi-

tués à ça, puisqu'on accompagne des grands marginaux, des grands précaires... On accueille quand même des hommes à partir de quarante ans, on avait quand même jusqu'ici un certain nombre de situations qui pouvaient rebondir (...). Voilà donc du coup de façon un peu préventive je dirais que nous sentons que ça pèse sur notre moral. (...) Quand vous êtes en train de faire le diner et que tout d'un coup quelqu'un vous alerte et puis que vous réalisez que la personne est sans connaissance et que voilà, donc on vit quand même des choses... (...) Là tout ça cumulé, c'est vrai que bon même si bon ici on embauche que des superwoman et des supermen, c'est quand même un peu voilà... ».

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Au-delà de l'accompagnement de personnes vieillissantes, la mort vient d'ailleurs considérablement cristalliser ces difficultés évoquées par les professionnels.

« Quand tu ouvres une porte et que tu trouves un gars qui est mort, que tu côtoies depuis deux ou trois ans ou plus, bah ça fait bizarre, surtout de voir les conditions... Quand c'est une cirrhose qui explose là... (fait un bruit de dégoût). J'en deviens malade. C'est peut-être ça aussi qui rajoute, j'ai fait un burn-out peut être aussi pour ces images un peu dures ».

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

« Il y a aussi la solitude du référent, parce que du coup ce monsieur-là est décédé, bon bah voilà, l'éducateur référent c'est tel nom, il va s'occuper de tout et puis quelque part ni les collègues, ni l'institution ne le relayent ou en tout cas le soutiennent ».

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Ainsi, la proximité et la familiarité que les professionnels entretiennent avec les résidents accentue visiblement la difficulté que constitue

la mort de ces derniers. Plus encore, l'absence de formation ainsi que de relais par l'association ou l'institution contribue à individualiser la difficulté que constitue l'accueil d'un public comme celui de la Sras, au carrefour du soin et du social.

Mais au-delà des décès qui restent des situations tout de même exceptionnelles, puisqu'il y en a environ quatre par an, les professionnels m'ont témoigné de difficultés plus quotidiennes concernant la prise en charge de ces personnes vieillissantes ou ayant des problèmes de santé. Toutefois, il ne faudrait pas oublier dans notre analyse que le vieillissement et la sanitarisation qui lui est associée est également le résultat d'une construction sociale, qui procède notamment d'une médicalisation de la fin de vie (Castru, 2015). Ainsi, le vieillissement n'induit pas par essence une augmentation des besoins de santé de la personne. Néanmoins, le lien entre le vieillissement et la croissance des besoins en santé fait sens pour les travailleurs sociaux et il est constitutif d'un certain nombre de difficultés au quotidien.

Chloé : Et pour toi c'est une évolution plutôt positive, plutôt négative ? (accueillir des personnes en fin de vie)

« Euh, moi je dirais qu'il y a deux points de vue : pour le résident ça peut être positif, de pouvoir trouver un lieu où il peut venir et nous animateurs, nous travailleurs sociaux qui ne sommes pas formés forcément à ça, ça devient une charge de plus, parce que ces crises comment on fait, qu'est-ce qu'on fait ? voilà, heureusement qu'on a l'EMPP pour nous épauler quoi, mais ça se voit de plus en plus à la Sras, il y a des arrêts maladie de plus en plus, alors que dans le temps il n'y en avait pas ».

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

« Non non c'est costaud, c'est costaud et c'est de grandes responsabilités la nuit, ça je te le dis comme ça en te regardant comme ça, mais t'es tout seul, t'as cinquante résidents, des fois ça me... moi je ne dors pas.

C'est ça qui m'empêche de dormir. Mes chaussures sont là, mon pantalon est là, si jamais il se passe quoi que ce soit, qu'on m'appelle : Le pompier, le pompier, le pompier volontaire, il s'habille ouais, tac, il faut être en forme hein ! ».

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

Ainsi, une pluralité de difficultés pour les travailleurs sociaux, plus quotidiennes, tiennent également à ce rapport entretenu avec la dimension sanitaire de l'accompagnement des résidents. À ce titre, les professionnels sont très souvent obligés de grouper plusieurs accompagnements médicaux, conduisant alors plusieurs résidents, parfois à des lieux différents. Ces accompagnements se révèlent chronophages pour les professionnels, qui, en raison parfois du manque de mobilité des résidents, ou encore du supposé manque d'autonomie de ces derniers pour se repérer et comprendre les informations qui leur sont données en consultation, guident la très large majorité d'entre eux à l'ensemble de leurs rendez-vous. Plus encore, ces conduites demandent également une importante logistique en amont pour trouver une solution pour convoyer tant de personnes avec un effectif minimal de professionnel. Eclairons cette situation d'un extrait de mes notes d'observation :

« Monsieur Masson a rendez-vous en addictologie à Bois-Sever à 14h, il faut passer voir monsieur Ruffin à la clinique en même temps et accompagner monsieur Mandida à l'hôpital pour 15h30. Au départ ce n'était pas le même animateur qui devait faire tous ces accompagnements, mais l'autre professionnel présent doit aller rendre visite aux personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique. De fait Arnault me charge de dire à Adama, alors en pause, qu'il faut qu'il fasse tous les accompagnements. Je vais donc prévenir monsieur Mandida. Il est marqué sur le cahier des rendez-vous que monsieur Mandida a rendez-vous à Bois-Sever, c'est donc pratique, tout est au même endroit. Sauf que monsieur Mandida me donne sa fiche de rendez-vous et je m'aperçois que le rendez-vous est en centre-ville et non à Bois-

Sever. Il y a eu une erreur dans le cahier. Nous allons quand même l'emmener me dit Adama. (...) Durant ces rendez-vous, Adama est contacté par la Sras pour entre-temps faire l'accompagnement de monsieur Legoff à la clinique et il doit également l'accompagner à la poste chercher son argent ».

À la suite de cette journée, le travailleur social dit avoir « passé sa journée à faire le taxi », puisque parti à 13h30, nous ne sommes revenus à la Sras qu'à 17h30. De plus, ces accompagnements aux rendez-vous médicaux demandent souvent la présence d'un stagiaire, pour emmener le patient à la consultation pendant que le professionnel trouve une place de stationnement par exemple, ou bien quand deux rendez-vous ont lieu au même endroit en même temps, mais dans des services différents. La nécessité pour l'organisation de la structure que révèle les stagiaires peut constituer un nouvel éclairage pour expliquer mon accès relativement aisé à la structure sous le statut de stagiaire. De surcroît, j'ai réalisé mon ethnographie l'été, période durant laquelle stagiaires sont nettement moins nombreux.

Plus encore, il arrive également, que pris dans l'urgence de ces rendez-vous, les professionnels ne soient pas vigilants à la manière dont ils se garent. Nombreux sont ainsi ceux qui ont reçu des contraventions, qu'ils ont payées personnellement. Ces situations parfois presque ubuesques sont cependant loin d'être rares. Par ailleurs, le fait que les résidents soient accompagnés par des ambulances, lorsqu'ils sont pris en charge pour des affections longue durée notamment, ne facilite pas de manière si évidente le travail des travailleurs sociaux. En effet, c'est parfois le service hospitalier qui contacte les ambulanciers et ne prévient pas la Sras du rendez-vous, ce qui met les professionnels devant le fait accompli. D'autres fois c'est à l'infirmière ou aux travailleurs sociaux de la structure de le faire, mais dans la mesure où cette division des tâches n'est pas claire, les erreurs sont fréquentes. Ainsi, les travailleurs sociaux doivent donc parfois conduire en urgence des personnes pour qui les ambulanciers ne sont pas venus. Face à cette situation, c'est souvent l'infirmière de la

Sras qui est mise en cause. Effectuant plusieurs journées auprès d'elle, j'apprends qu'elle s'est adaptée à cette difficulté en les rappelant chaque semaine afin de revoir tous les rendez-vous posés. Présente lorsqu'elle les appelle, je me suis toutefois aperçue que les ambulanciers lui ont fait part d'un certain agacement par rapport à sa démarche. Dans cette situation spécifique, la position de l'infirmière est donc soumise à des injonctions paradoxales, inconfortables pour l'exercice de son travail.

J'ai ainsi pu remarquer que les difficultés relatives à l'accompagnement de la santé avaient en réalité tendance à exacerber les difficultés d'organisation de la Sras. Ainsi, un certain nombre de rendez-vous sont « ratés » à cause de l'organisation de la structure. De nombreuses erreurs peuvent en effet survenir et finalement conduire à ne pas honorer un rendez-vous d'un patient : oublier de noter le rendez-vous dans l'agenda commun, ne pas noter le lieu du rendez-vous ou bien le médecin à rencontrer, se tromper sur la date, s'être mal compris avec son collègue pour savoir qui accompagne le résident ou encore être pris dans une activité qui fait que l'heure du rendez-vous est dépassée, par exemple. J'ai pu constater toutes ces situations sources d'erreurs durant mon ethnographie. Plus encore, dans cette gestion complexe de ces rendez-vous médicaux, les travailleurs sociaux peuvent également se tromper sur la personne à accompagner. Il a ainsi été demandé à un résident d'être à jeun toute une matinée, alors que finalement cela ne concernait pas la bonne personne. Loin d'accuser le manque d'organisation des travailleurs sociaux, il s'agit plutôt de pointer l'importance de la gestion qui est associée à cette prise en charge sanitaire et médicale des résidents, à laquelle se redouble à la fois l'absence de formation, ainsi que le manque de personnel, puisque les travailleurs sociaux de la Sras absents ou en congés ne sont pas systématiquement remplacés, faute de moyens financiers de l'association.

Parallèlement, les travailleurs sociaux doivent parfois faire face au fonctionnement spécifique du monde hospitalier. À ce sujet, il n'est pas rare

que les services hospitaliers renvoient à la Sras des personnes en pleine nuit, faute de places dans leurs services. En outre, j'ai également pu assister plusieurs fois à la situation où un professionnel, seul sur la structure, recevait un appel de l'hôpital lui demandant de venir chercher un patient. Ne pouvant s'éclipser pour aller le chercher, l'hôpital renvoyait alors la personne à pied, quelle que soit sa mobilité, puisque des personnes en béquilles, ou âgées ont également subi le même traitement, alors que la structure se situe tout de même à plusieurs kilomètres de l'hôpital.

Ces situations font souvent violence aux travailleurs sociaux. Une animatrice me dit un jour : « *il faudrait vraiment porter plainte contre eux un jour !* ». Sociologiquement, ces difficultés sont éclairantes d'un certain nombre de difficultés organisationnelles qui se retrouvent exacerbées au contact d'un public spécifique, marginal. Au prisme de ce public qui se situe dans les interstices du médical et du social, ce sont en réalité les classiques interactions entre le travail social et l'hôpital qui sont remises en question. En effet, les frontières entre ces deux secteurs, si elles ont historiquement évolué, ont tout de même été définies et tracées. L'expérience de ma formation d'éducatrice spécialisée me révèle ainsi qu'il est transmis aux étudiants travailleurs sociaux qu'il n'est pas de leur ressort de distribuer des traitements par exemple. Pourtant, ce public à la frontière du sanitaire et du social vient questionner ces frontières établies puisque, nous l'avons vu, les travailleurs sociaux ont l'injonction de distribuer les médicaments bien qu'ils jugent tous cet acte questionnant, au vu de leur position de travailleur social :

« Quand t'es éduc, tu fais de l'accueil d'urgence, tu gères un foyer d'hébergement, tu fais un travail qui est difficile, voilà, tu donnes la barrette, il y a du Seresta, y a du Valium, il y a même de la Dépakine pour les personnes épileptiques etc. Voilà. Ici à la Sras c'est une autre démarche, on donne le traitement, on le prend dans le pilulier et on le donne de la main à la main, on rentre dans un geste quand même médicalisé pour

moi, voilà. Et en plus on nous demande de nous assurer que la personne le prend et ne le recrache pas etc. Donc on est dans une surveillance médicale et moi je trouve que là quand même... moi je ne maîtrise toujours pas ça. Pour moi on n'est pas à notre place quand on donne le traitement médical de cette manière-là ».

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Des difficultés plus subtiles sont également remarquables en observant le fonctionnement de cette structure par rapport aux médicaments. Rappelons que les travailleurs sociaux distribuent les médicaments uniquement en l'absence de professionnel de santé titulaire ou bénévole, soit certains soirs et surtout les week-end. Toutefois, cette délégation de la distribution de médicaments aux travailleurs sociaux ne fait pas l'objet de pratiques similaires de la part des professionnels : certains attendent que les résidents descendent au réfectoire pour les donner, d'autres montent les donner dans les étages. Ainsi, tous les résidents de la Sras n'ont pas toujours leur traitement. De fait, l'infirmière de la structure note que le suivi médicamenteux des personnes à la Sras est en réalité extrêmement complexe :

« C'est problématique quand tu as des gens sous antibiotiques par exemple. Donc tu vois il va avoir son antibiotique le matin, le midi il va l'avoir et le soir il va pas l'avoir. Le lendemain il va l'avoir mais le midi il va plus l'avoir. Et quand t'as des maladies qu'il faut traiter et bah c'est un peu difficile quoi. La prise en charge infirmière ici elle n'est pas facile, puisqu'il y a beaucoup de monde, il y a beaucoup de travail ».

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

De surcroît, lorsque les personnes sont exclues, notamment « à la journée », c'est-à-dire n'ayant pas le droit d'être dans les locaux sur des plages horaires définis, entre neuf heures et dix-neuf heures par exemple, les personnes n'ont également pas leur traitement. En parallèle, lorsque

les personnes s'absentent de la Sras quelques jours, leur traitement peut leur être remis, mais l'absence de pilulier individuel rend cette démarche complexe : les médicaments sont par exemple mis dans des enveloppes ou dans un petit récipient, loin d'être idéal. Plus largement, la présence non constante de l'infirmière, qui est par exemple absente tous les mercredis – son poste n'est financé qu'à 70 % – fait que, lorsque des ordonnances lui sont amenées le mardi, les personnes ne peuvent avoir au mieux leur traitement que le jeudi midi, le temps que l'infirmière puisse aller chercher les traitements et qu'elle les insère dans le pilulier. Parfois, cette situation concerne d'ailleurs des traitements lourds, de substitution à la drogue par exemple. Enfin, les modalités d'organisation des travailleurs sociaux, effectuant la distribution des médicaments au moment du repas, fait que les résidents ont leur traitement du « coucher », initialement prévu pour être pris aux alentours de vingt et une heures, à dix-huit heures. Il n'est ainsi pas rare de voir des personnes endormies au réfectoire, en raison du fait que les traitements pour faciliter l'endormissement des résidents ont été pris trop tôt. A nouveau, nous pouvons donc constater que le fonctionnement de la Sras au regard de la santé vient cristalliser des difficultés d'organisation propres au fonctionnement de la structure, qui n'a pas les moyens ni les ressources pour fonctionner comme une institution sanitaire.

Face à ces difficultés que j'ai pu remarquer, il faut noter que la structure a néanmoins établi quelques critères pour s'imposer des limites quant à l'accueil de personnes avec des problèmes de santé. Tout d'abord, celles ayant une mobilité trop réduite à l'entrée de la structure ne sont pas admises. Ce qui n'empêche toutefois en rien que les personnes admises puissent physiquement se dégrader une fois hébergées au sein de l'institution. En outre, il est également considéré que les personnes ayant une sonde gastrique suite à une intervention médicale ne pouvaient être accueillies à la Sras car cette situation obligerait les travailleurs sociaux à aider le résident à changer et nettoyer leur poche, ce qui constitue un acte « trop médica-

lisé » à leur sens. Cependant, cette quasi unique limite posée par la Sras peine parfois à être acceptée par le monde médical, leur reprochant alors leur position. Écoutons Marine à ce sujet :

« Il y a six ou sept mois, monsieur Jouet avait décompensé et donc il avait été hospitalisé à l'Unacor³² et donc à l'Unacor, je crois, je sais plus si il avait fait un AVC ou un truc comme ça (...) voilà et en gros il avait été alité un certain nombre de semaines et ils voulaient nous le renvoyer avec des escarres, une poche et une sonde. Et moi je revenais de congés en plus, c'était au mois d'avril, je savais pas que ça en était là et j'ai l'interne au téléphone, ou le médecin je ne sais plus trop et donc ils me disent « bah on va vous renvoyer monsieur Jouet, il a une sonde, des escarres, il faudra lui mettre des crèmes de machins » et j'fais « bah non enfin on peut pas l'accepter, déjà on n'a pas de matelas adaptés et puis nous les sondes c'est trop lourd à gérer, le week-end on est tout seul, l'infirmière elle n'est pas là » et donc qu'est-ce qu'il m'a sorti le médecin... Oh c'était une... elle m'a dit « oh c'est bon il y a pas besoin d'avoir un Bac pour changer une sonde, si monsieur Jouet peut la changer seul je pense que vous en êtes capable aussi ! ». Enfin elle me sortait des trucs comme ça... et donc je me suis un peu énermée en disant « écoutez je vous parle de manière respectueuse depuis tout à l'heure, vous n'êtes pas obligée de me parler... de me prendre de haut comme ça, c'est une décision qui a été prise en équipe, le chef de service nous a dit que si on nous appelait pour nous envoyer monsieur Jouet il fallait refuser donc non, je vous dis non. » Et donc elle est partie dans les tours en disant que j'étais une incapable... Et du coup au bout d'un moment j'ai dit « puisque vous me parlez comme ça je vais raccrocher, là le dialogue il est stérile », donc j'ai raccroché, je suis allée voir Arnault, voilà ».

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

Plus encore, lors d'une autre situation, un résident atteint de cancer a refusé d'être opéré. Le médecin lui a alors indiqué qu'il finirait par ne plus pouvoir s'alimenter, devant nécessairement avoir une sonde. La professionnelle alors présente durant l'entretien médical rétorqua qu'il n'était pas possible pour la structure de l'accueillir dans l'institution avec une sonde. Face à cette difficulté, l'institution hospitalière a donc fait le choix de ne pas mettre de sonde au résident, afin qu'il reste à la Sras, dans une situation de sous-alimentation.

Ainsi, si ce public se situe à la frontière du travail social et du sanitaire, il ne découle pas de cette porosité une simplification de leur prise en charge. Ainsi, plus que le terme de porosité qui induit l'idée qu'il s'opère une rencontre harmonieuse entre ces deux institutions, c'est plutôt un enchevêtrement des prises en charge par le travail social et le monde sanitaire qui sont révélées au prisme de ce public à la jonction des deux institutions. Cet enchevêtrement, loin de simplifier les interactions entre le social et le sanitaire, semble plutôt les complexifier puisque celles-ci interagissent avec leurs normes spécifiques, qui sont parfois contradictoires. Ainsi, l'hôpital ne peut garder une personne seulement parce qu'elle a une sonde gastrique, du fait de son objectif de rendement et la Sras ne peut accueillir le patient avec une sonde en raison de la charge de travail sanitaire que cela lui incombe. De fait, c'est bien la personne, qu'elle soit patiente ou résidente, qui en pâtit, ne pouvant alors bénéficier d'une prise en charge médicale à l'instar de la population générale. Dans ce cadre, l'appartenance simultanée à la catégorie d'hébergé et de malade conduit à un traitement inégalitaire de la personne.

Mais il reste qu'à l'instar des résidents, les travailleurs sociaux témoignent de quelques marges de manœuvres au regard de l'institution médicale. Ces derniers ont en effet développé un certain nombre de stratégies et de ressources pour pallier, en partie, ces difficultés associées à l'accompagnement sanitaire qu'ils doivent exercer.

32 Service des urgences psychiatriques.

J'ai à plusieurs reprises entendu des expressions ironiques telles que : « *plus il paraît mal, mieux c'est !* » quand une personne était conduite aux urgences, ou encore « *il faut espérer qu'il se casse rapidement quelque chose pour qu'il reparte* ». Ironiques, ces expressions témoignent tout de même d'une volonté de faire en sorte que le milieu médical prenne en charge une personne considérée comme n'étant plus du ressort de la Sras, au moins pour un moment. De plus, les travailleurs sociaux sont aussi très précautionneux du moment, du jour et du service qu'ils sollicitent lorsqu'ils sont démunis par rapport à une situation. Il ne faut pas, par exemple, que cela se passe un vendredi, car il n'y a pas d'infirmière pour négocier avec les partenaires de santé, il faut également plutôt passer par le biais d'un service dans lequel les professionnels sont connus, quitte à parfois appeler des anciens professionnels partenaires de la structure. Plus encore, lorsqu'une situation est considérée « urgente », car « dangereuse » et qu'il semble nécessaire à l'équipe d'avoir un rendez-vous médical rapidement mais que le service leur affirme ne pas pouvoir accéder à leur demande, l'équipe exige alors un écrit les « déchargeant de leur responsabilité ». Plus encore, j'ai également pu observer une pratique efficace de renvoi des situations vers le monde médical, mais qui est toutefois loin de faire consensus au sein de l'équipe des travailleurs sociaux. Face à un résident qui est considéré comme étant « dangereux pour lui et pour les autres », le chef de service a décidé de « mettre fin à son séjour », une fois le patient hospitalisé pour quelques jours à l'hôpital psychiatrique. De fait, la personne se retrouve invariablement prise en charge par l'institution hospitalière et non plus par le travail social. Cette pratique a cependant été très largement critiquée par les travailleurs sociaux, mais elle constitue tout de même une ressource potentielle face à la sphère médicale.

Au-delà des stratégies utilisées dans la relation avec le monde médical, les travailleurs sociaux m'ont également donné à voir des arrangements internes à la Sras quant à la santé. Par exemple, l'assistante sociale de la structure

tente de pallier ces difficultés par un certain nombre de stratégies : elle négocie ainsi avec les services de mutuelles afin qu'ils acceptent de rembourser les soins d'un hébergé ayant été fait antérieurement à sa souscription, ou bien parvient également à avoir accès à une plateforme d'orientation vers les Ehpad, normalement réservée aux mandataires judiciaires.

Ainsi, comme nous venons de le développer, le parti pris de la santé qu'opère la Sras façonne également un certain nombre de difficultés, qui complique grandement leur logistique organisationnelle avec le monde de la santé. Au-delà des difficultés rencontrées dans la prise en charge du soin par des travailleurs sociaux, nous allons désormais développer les enjeux des négociations que revêtent ces rencontres entre les travailleurs sociaux et les acteurs du champ de la santé.

4. Négociations avec le monde de la santé

4.1. L'effet renforçateur de la sanitarisation

L'histoire de la Sras révèle la présence, progressive et croissante, de professionnels de santé divers, qui vient accentuer la dimension médicale de l'accompagnement des personnes. Initialement, ce sont bien les équipes sociales qui ont souhaité qu'un entourage médical se mette en place, dans la mesure où ils se sentaient démunis face à la prise en charge de personnes qui leur semblait dépasser le cadre de leurs possibilités d'intervention. Ainsi ont-ils progressivement sollicité le service d'addictologie, des médecins généralistes, l'EMPP, mais aussi une kinésithérapeute, des infirmières libérales, une pédicure, des aides-soignantes et des aides à domicile.

Actuellement, les professionnels du travail social aspirent encore à ce que plus d'intervenants médicaux viennent « prendre le relais » au sein de la structure. Cependant, cette dynamique qui

entraîne l'accroissement progressif d'intervenants médicaux ou paramédicaux au sein de la Sras vient finalement renforcer et multiplier les situations de résidents qui entrent dans le cadre d'une lecture médicale. En effet, j'ai pu clairement observer que la présence d'une kinésithérapeute dans la structure, même si elle vient initialement pour quelques personnes identifiées, favorise un accroissement des suivis en kinésithérapie. La professionnelle va en effet repérer des situations qu'elle pourrait prendre en charge et suggère ainsi aux travailleurs sociaux ou à l'infirmière qu'une prescription de kinésithérapie soit faite. Cette dynamique est multipliable par l'ensemble des intervenants médicaux. En outre, le fait qu'une nouvelle situation médicale ou sanitaire soit décelée est aussi un agent de modification des perceptions des travailleurs sociaux. Nous pourrions qualifier cette dynamique comme étant un « effet renforçateur ». A la fois la demande émane continuellement des travailleurs sociaux, mais se trouve également renforcée par l'action de repérage des professionnels de santé présents dans la structure. Finalement, l'offre crée la demande. Ainsi, si le processus de sanitisation est bien porté par les travailleurs sociaux, il s'avère que celui-ci est largement alimenté par cette situation renforçatrice.

4.2. Relations et négociations avec le monde médical

Toutefois, il est nécessaire de saisir comment cet effet renforçateur s'exerce au quotidien. Dans un premier temps, il faut noter que les travailleurs sociaux tiennent tous à toujours échanger avec le professionnel de santé que le résident rencontre. Ainsi, soit le professionnel de santé reçoit préalablement le résident seul, soit le résident et son accompagnateur vont directement dans la salle de consultation. Lorsque les professionnels de santé ne proposent pas d'échanges avec les travailleurs sociaux, ces derniers font la démarche de se présenter spontanément aux professionnels de santé.

Ces situations, où les professionnels de santé ne

remarquent pas forcément la présence d'un accompagnateur ou bien l'ignorent, sont souvent dépréciées par l'équipe de travail social. Ainsi au *briefing*, un professionnel demande au chef de service comment s'est passé un rendez-vous aux urgences psychiatriques et celui-ci répond de manière sarcastique : « *ah bah ils ont été au top, ils ont failli nous raccompagner sans nous recevoir !* ». Une autre fois, j'accompagne François et un résident à un rendez-vous avec un infirmier d'un service d'addictologie et celui-ci me dit « *c'est bizarre, elle ne me parle jamais l'infirmière, je vais essayer d'aller parler un peu avec elle* ». Il est ainsi consensuellement souhaité de la part de l'équipe de pouvoir entrer en interaction avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de ces interactions que j'ai souvent pu observer, une négociation s'instaure fréquemment entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé. Ainsi, les travailleurs sociaux demandent parfois de manière implicite, ou explicite, à ce que le médecin augmente ou diminue le traitement de la personne. Plus souvent, les travailleurs sociaux procèdent de manière implicite et disent alors au médecin « *il a un comportement qui a changé* », « *il n'est pas en forme en ce moment* » ou encore « *il a été agressif ces derniers temps* », en sachant pertinemment que ces indicateurs peuvent être déterminants pour la gestion du traitement de la personne puisque avant ces rendez-vous, en coulisse, les travailleurs sociaux se fixent clairement l'objectif de la rencontre : « *bon pour monsieur Goujon il faut que la psychiatre augmente son traitement là ça ne va pas du tout !* ».

Plus encore que le traitement, l'enjeu de la négociation est parfois celui de l'hospitalisation d'un résident. Ce fut le cas lors de ma recherche où j'ai pu constater que l'équipe, souhaitant faire hospitaliser un résident ayant brulé son pantalon dans sa chambre, a déployé une pluralité de ressources pour accroître son pouvoir dans la négociation qui allait suivre avec le service d'urgence psychiatrique. Ils ont ainsi contacté un professionnel qu'ils connaissaient au sein du service, préparé des arguments : « *bon s'ils répondent qu'ils ne veulent pas le*

garder, on appelle le chef, de toute façon ils n'ont pas le choix » et même décidé qui des deux accompagnants allait parler : *« c'est toi qui parles, t'es plus convaincante »*. Cette préparation à la négociation, à laquelle je n'ai malheureusement pas pu assister est tout de même intéressante à analyser dans la mesure où elle est quasiment appréhendée comme une « lutte » à venir. Cette hypothèse se retrouve confirmée aux retours des accompagnants qui, nous voyant au loin ont dit comme premier mot en levant les bras : *« Victoire ! Ils l'ont gardé ! »*. Plus largement, ce registre de la lutte pour évoquer les négociations avec le monde de la santé a également été observé à plusieurs reprises, dans des termes tels que : *« c'est un bras de fer, c'est un bras de fer entre l'hôpital et nous »*.

Cet exemple concernant l'hospitalisation du résident démontre bien que la rencontre entre les deux institutions revêt des enjeux plus larges que la seule consultation d'un patient accompagné par un travailleur social auprès d'un professionnel de santé. À ce titre, lors de l'accompagnement d'un résident au CMP (Centre médico-psychologique) qui, au dire des professionnels était très alcoolisé, les professionnels ont avancé des phrases telles que : *« C'est bien ils vont le voir au naturel ! ça leur montre notre travail ! »*, *« Souvent on éduque le social à la santé et bah là ça va être l'inverse, on éduque la santé au social »*.

Plus encore, j'ai constaté des écarts importants de vocabulaire entre celui qui est employé au sein de la Sras en comparaison à celui qui est employé au contact des professionnels de santé. Les travailleurs sociaux tiennent à avoir un langage si ce n'est soutenu, au moins courant à leur contact, quand le langage familier est récurrent au sein de l'institution. De manière éclairante, les travailleurs sociaux n'emploient par exemple le terme « alcoolodépendant » qu'en présence de professionnels de santé. De plus, il faut noter qu'ils ne se présentent jamais aux professionnels de santé comme des « animateurs », mais utilisent d'autres termes comme « éducateur », « accompagnateur social », « référent social » pour s'identifier, alors

que l'appellation d'animateur est dominante au sein de la structure.

Outre ces négociations, les travailleurs sociaux développent des attentes au regard de ces professionnels de santé. Ainsi, alors qu'un médecin n'a pas ausculté un patient qui avait mal à la gorge, lui ayant répondu que *« tout le monde a mal à la gorge en ce moment »*, les travailleurs sociaux ne tardent pas à juger de la pratique du praticien : *« C'est n'importe quoi ! »*, *« Il prend les gens cinq minutes pour faire du fric »*. Outre la critique, les professionnels du social viennent souvent dans les consultations avec des attentes précises en réalité, qui s'expliquent par le savoir profane qu'ils ont acquis, comme nous l'avons précédemment justifié. Ainsi, alors qu'un résident est accompagné chez un médecin avec les résultats d'une prise de sang, que le médecin ne trouve pas alarmante, le travailleur social va s'offusquer en disant que les taux de tel élément sont extrêmement élevés, au regard de sa propre interprétation de la lecture du bilan sanguin du résident. Me racontant cet épisode à posteriori, François me dit alors *« J'ai bien insisté pourtant ! »*.

En parallèle, les marges de négociations des professionnels de santé ont en partie été elles aussi observables. Bien sûr, celles exercées en coulisse par les professionnels de santé me sont restées invisibles. J'ai tout d'abord remarqué que, dans les interactions, les professionnels de santé renvoyaient très souvent les travailleurs sociaux à leurs compétences « sociales ». En effet, accompagnant un résident en service d'addictologie, le travailleur social lui dit que ce dernier recommence à consommer de l'alcool. L'infirmière répond qu'elle ne savait pas, que le patient ne lui a pas dit et ajoute *« Nous on écoute toujours le patient »*. Elle renchérit alors en disant qu'à son sens, le problème majeur de la personne est qu'il est à la Sras et qu'il est donc incité à consommer de l'alcool. Elle préconise donc qu'il faudrait l'orienter dans une autre structure et qu'il est du ressort de la Sras de le faire. Lors d'une autre consultation, alors que le travailleur social questionne la psychiatre sur le traitement du patient, la professionnelle de

santé en vient rapidement à questionner l'accompagnement social du résident : « *On en est où de ses sorties ? il faudrait qu'il sorte un peu plus* », « *il faudrait penser à faire une demande en Ehpad* ». Ainsi, l'hypothèse qui peut être posée est que les professionnels de santé affirment leur position par rapport aux travailleurs sociaux en renvoyant ces derniers à leur champ de compétence spécifique.

En outre, j'ai d'ailleurs pu observer que cette dynamique de renvoi du « médical vers le social » était même inconsciemment incorporée par les travailleurs sociaux. Ainsi, alors que les questions d'orientation ou encore de droits sociaux sont relativement peu souvent abordées au sein de la structure, ces sujets sont centraux pour les travailleurs sociaux dans les salles d'attente. Presque invariablement, les travailleurs sociaux se recentrent sur leur champ d'action spécifique avant leur interaction avec les professionnels de santé, vraisemblablement pour ne pas être désarçonnés par le renvoi du milieu médical sur ces questions. Ainsi, j'ai pu recueillir une pluralité de phrases lors de ces moments spécifiques : « *Et toi, tu te sens comment à la Sras en ce moment ?* », « *Toi, tu voudrais aller où après ?* », « *Il faudrait qu'on pense à t'emmener en sortie, ça te plairait ?* ».

Si le renvoi du social vers son champ de compétence par les professionnels médicaux constitue vraisemblablement une stratégie douce dans le cadre de l'interaction, les négociations entre les deux institutions sont parfois plus virulentes. Dans un entretien, un travailleur social note ainsi que « *c'était conflictuel* » avec un ophtalmologue du centre-ville car « *en gros il voulait pas de notre public* ». D'autres situations témoignent également de cette tension entre les deux institutions interlocutrices. Écoutons le chef de service à ce sujet :

« Il y avait quelqu'un qui était hospitalisé, ils voulaient nous le renvoyer avec une sonde quelque chose comme ça (...) et il se trouve que c'était un lundi, donc on en parle en réunion d'équipe, moi déjà j'étais pas du tout chaud pour cette histoire, mais l'équipe pas du tout non plus, donc j'appelle l'interne le

lundi soir, je dis écoutez on ne va pas pouvoir reprendre le monsieur et visiblement le docteur (le médecin généraliste de la Sras) avait dû dire, parce, que des fois il joue vraiment le rôle de lien et il avait dû dire : « ne vous inquiétez pas ils vont le reprendre à la Sras, je suis d'accord ». Mais il avait oublié que ce n'était pas lui qui décidait en fait, c'est notre médecin depuis dix-huit ans à la Sras, on écoute toujours ce qu'il dit, on travaille très bien avec lui, on est pratiquement toujours d'accord avec lui, alors il a pas supporté que j'ai refusé de reprendre le monsieur et il a pété les plombs, enfin c'était une agression au téléphone, il m'a hurlé dessus et moi j'osais pas non plus raccrocher ».

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Dans cette situation, si la colère du médecin est telle, c'est en partie parce que la Sras est en réalité très fréquemment dans une situation dominée vis-à-vis du monde médical. Classiquement, c'est la Sras qui s'adapte et qui se plie aux attentes du monde médical. Concrètement, ce sont les travailleurs sociaux qui modifient souvent leurs horaires pour pouvoir mener les accompagnements médicaux des résidents. Très rarement il est demandé aux services médicaux de modifier les horaires de rendez-vous. Par ailleurs, dans les situations de retour d'hospitalisation dans lesquelles se jouent de manière prégnante ces enjeux de négociations entre les deux institutions, c'est bien plus souvent la Sras qui cède à la demande de l'hôpital que l'inverse.

Lors de ma recherche, une situation est très éclairante à ce sujet : le téléphone sonne, le chef de service me demande de répondre. Il s'agit du service des urgences, qui demande à ce que nous venions chercher monsieur Duforest, accompagné le matin même. Au passage, la personne me dit : « *on a quand même essayé de vous joindre tout l'après-midi, personne n'a répondu !* ». Je réponds que je vais transmettre l'information et raccroche. J'explique la situation au chef de service, qui me dit alors que je ne pouvais pas le savoir, mais que l' « *on ne*

prend jamais de retour d'hospitalisation le vendredi soir ». Il me demande de les rappeler et de lui transmettre le téléphone. Entendant en partie la conversation, je comprends qu'Arnault tente de négocier avec le professionnel de santé qu'il a au téléphone, il lui affirme au départ que « *pour nous ce n'est pas possible* », « *On ne peut pas le reprendre à cette heure-là, nous on n'a plus d'infirmière* ». Il demande au professionnel de santé à ce que le patient puisse rester à l'hôpital jusqu'au lundi matin. Cependant, le chef de service finit par dire « *Si ce n'est pas possible autrement, on viendra le chercher* », ce qui sera finalement l'option actée. Par ailleurs, ayant compris que j'avais entendu des bribes de conversation, le chef de service me dit ironiquement « *J'avais un bon sujet pour ta thèse au téléphone, il était bien obtus comme mec* ». Mais en réalité, il n'est pas rare que les sorties d'hospitalisation se déroulent de la sorte. Bien que tentant de négocier, les professionnels finissent très souvent par accepter de reprendre le résident.

Ainsi, les rares fois où les travailleurs sociaux refusent catégoriquement de reprendre les patients, les situations deviennent conflictuelles et parfois même violentes pour les professionnels : « *Il m'a hurlé dessus* » m'a expliqué un travailleur social, « *Elle m'a traitée d'incapable* » révèle également l'assistante sociale de la structure. Ces fortes tensions révélées lorsque la Sras se positionne fermement contre le retour d'une personne au sein de la structure, témoignent en réalité de la position traditionnellement dominante du monde médical sur celui du travail social. Comme le dit Marine, assistante sociale de la structure : « *Bah pis, c'est un peu con con mais tu as toujours la guerre, le corps médical prime sur les travailleurs sociaux et eux, bah ils ne nous écoutent pas* ».

Historiquement en effet, la position de l'institution hospitalière est largement plus dominante que celle du champ du travail social, qui est beaucoup plus récent. En outre, la profession médicale jouit d'une position dominante dans la société, c'est d'ailleurs ce qui façonne le rapprochement de ces métiers à la catégorie de

« profession » au sein de la sociologie (Freidson, 1984). Les médecins bénéficient en effet d'un monopole et d'une autonomie considérables dans leur exercice professionnel. À côté, les métiers du travail social sont loin de pouvoir revendiquer la même position. De fait, leur position est structurellement dominée par rapport à l'institution médicale. Au-delà des exemples mis en avant, des phrases telles que « *On s'est fait engueuler par le CMP* », « *Ils nous ont passé un savon* », « *Je me suis faite incendier* » révèlent également la domination de leur position.

Cette situation est d'ailleurs en partie consciemment ressentie de la part des travailleurs sociaux. Ils ont ainsi développé une vision critique « des médecins » de manière générale. A table, lors d'une conversation très informelle, Adama me dit : « *Les médecins n'ont pas à se plaindre, t'as vu comme ils sont riches ?* » ajoutant au passage son avis sur le médecin référent de la structure : « *Il doit se faire pas mal de sous en venant à la Sras* ».

Au-delà de leur capital économique, les médecins sont également critiqués par les travailleurs sociaux parce que ceux-ci ont la sensation que le public de la Sras est déprécié de leur part : « *quand c'est des internes, ils veulent des coups de couteau, des réanimations, mais ils en ont rien à faire des gens de la rue, ça ne les intéresse pas et de toute façon ils n'y connaissent rien* » me dit un travailleur social en revenant des urgences. Une autre fois, Henri, travailleur social, dit en raccrochant avec un interne que « *Un résident est déjà allé à l'hôpital pour un AVC et il est revenu avec une jambe dans le plâtre !* », ce qui témoigne d'une vision des médecins comme étant relativement peu compétents. Plus encore, le chef de service a dit lors d'un briefing : « *Ce n'est pas parce que c'est un toubib qu'il s'en fout* », ce qui révèle en creux la pensée de l'équipe des travailleurs sociaux à l'égard des médecins quant à leur prise en charge des résidents.

Pour autant, cette approche critique des professionnels de santé n'est pas partagée par tous les travailleurs sociaux. Certains d'entre eux, où lors

de moments différents, font parfois des éloges de ces professionnels. Mais au-delà des professionnels eux-mêmes, je me suis aperçue que l'ensemble de la structure entretenait parallèlement une vision relativement large de l'institution hospitalière, comme étant presque leur « institution mère ». À ce sujet le chef de service note : « *C'est idiot parce que pour une part on les décharge quand même de personnes en mauvais état dont on s'occupe toute l'année, enfin je schématise un peu...* » Ajoutant ensuite que : « *L'hôpital ayant par nature une fonction au-delà des soins, d'hébergement, d'abris, de prise en charge...* ». Au-delà de cette vision d'une base commune avec la sphère de l'hôpital, les travailleurs sociaux ont également parfois la sensation que l'hôpital est omniscient, qu'il connaît la Sras et son fonctionnement. À ce titre, un travailleur social ne comprend pas qu'ils aient à fournir le nom du service d'ambulance d'un résident à la personne de l'accueil du service de gastroentérologie : « *Mais c'est pas normal, c'est elle qui travaille à l'hôpital, c'est elle qui devrait savoir !* ». De plus, le chef de service révèle d'ailleurs qu'ils ont « *tendance à penser que l'hôpital est une grosse machine et qu'ils gèrent tout* ».

Cette position quasiment naïve vis-à-vis de l'hôpital témoigne, il me semble, du processus de domination dans lequel les travailleurs sociaux se trouvent pris. En effet, face à la domination dans laquelle l'hôpital se trouve à leur égard, les travailleurs sociaux en viennent finalement à développer une vision parfois critique des professionnels, mais surtout globalisante de l'institution hospitalière.

Plus encore, il me semble que cette position de domination en partie incorporée par les travailleurs sociaux conduit les professionnels à ne pas voir la position de domination que les professionnels de santé exercent également à l'égard des résidents eux-mêmes. À ce titre, Carine Vassy a analysé que les patients issus de milieux plus populaires étaient effectivement soumis à un certain désintérêt de la part des professionnels de santé, qui conduit à une prise en charge différente des patients selon leur appartenance

sociale (Vassy, 2004, p. 67-74). Ainsi note-t-elle : « *Tout se passe comme s'il existait un marché, sur lequel les patients ont plus ou moins de valeur en fonction des caractéristiques suivantes : l'intérêt intellectuel de leur pathologie pour les médecins, leur besoin en soins dispensés par les infirmières et les aides-soignantes et enfin leur impact sur le budget du service, estimé à partir de leur capacité à assumer les frais d'hospitalisation et de leur durée probable de séjour* » (ibid., p. 72). Les résidents de la Sras constituent ainsi des patients qui ne s'avèrent ni nobles, ni gratifiants pour les médecins. À ce sujet, il est intéressant de constater que le médecin généraliste de la structure, pourtant partenaire de la Sras et y intervenant régulièrement se montre agacé lorsque les travailleurs sociaux accompagnent des résidents dans son cabinet privé. Ainsi dit-il à François alors que nous accompagnons un patient : « *Il ne fallait pas venir comme ça, j'ai beaucoup de monde ce matin* ». Il est probable que cet agacement soit à interpréter comme une volonté que la patientèle de son cabinet ne révèle pas le caractère moins noble de son travail auprès des patients de la Sras.

De plus, j'ai à plusieurs reprises pu m'apercevoir de positions extrêmement paternalistes de la part de médecins vis-à-vis de patients. Devant ces situations, le médecin ne laisse pas le patient parler et même lorsque celui-ci tente de dire quelque chose, le médecin rétorque « *Vous ne me coupez pas la parole !* », ou emploie des termes stigmatisants tels que « *C'est quand même pas glorieux, hein* ».

Luc Boltanski a également analysé que plus le patient est issu d'une classe sociale dominée, moins le médecin ne prenait la peine de lui transmettre les informations médicales le concernant. Il note ainsi que « *le médecin tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité* » (Boltanski, , 1971, p. 214).

Cependant, dans ces situations, les professionnels sociaux ne m'ont jamais fait part de critiques au sujet de ces médecins, vantant plutôt au contraire leurs pratiques : « *Il est bien*

ce médecin, il a bien compris que le monsieur n'était pas assez autonome pour comprendre » me dit alors François suite à une consultation de ce genre. Pourtant, les professionnels de santé intervenant au sein de la Sras, notamment les infirmières, dénoncent ce traitement différentiel des patients selon leur appartenance sociale :

« C'est parfois difficile d'être bien pris en charge je trouve, que ce soit par l'hôpital, général, hein on le voit quand même, quand les éducateurs emmènent des résidents et reviennent aussi vite sans que les personnes aient été vues, auscultées et correctement prises en charge quoi, je trouve qu'il y a une maltraitance quand même de cette population précaire, surtout addictée ».

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans, fait des remplacements depuis 3 ans

Une piste d'analyse pour expliquer cette invisibilisation des processus de domination des médecins à l'égard des résidents est qu'ils sont eux-mêmes pris dans cette dynamique de domination, ce qui les empêche de s'apercevoir du mécanisme à l'œuvre.

Conclusion

Nous avons mis en avant dans cette partie que cette institution spécifique entretenait un rapport particulier avec le monde de la santé, empreint de négociations, mais également de tensions. L'analyse des rapports entre l'institution hospitalière et le travail social révèle la position dominée du travail social dans le cadre de leurs interactions, qui n'exclut pas les marges de manœuvres des professionnels sociaux pour tendre à inverser cette tendance. Ce rapport de force entre ces deux institutions n'est toutefois pas antinomique avec le fait que les travailleurs sociaux révèlent dans leur pratique un très large parti pris sanitaire dans l'accompagnement des résidents qu'ils accueillent, développant parallèlement un certain savoir profane sur ces ques-

tions sanitaires. Cette situation, d'apparence paradoxale, révèle que cette structure accueille un public situé à la frontière du travail social et de la prise en charge médicale.

Plus précisément, il s'agit d'un public dont la prise en charge a historiquement oscillé entre ces deux institutions. Pour autant, depuis plus de cinquante ans, ce sont bien les travailleurs sociaux qui ont pris le monopole de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité. Néanmoins, une structure telle que la Sras nous révèle que les politiques sociales produisant des injonctions normatives, notamment en termes d'accès à l'emploi et au logement, ne prennent pas en compte un certain nombre de situations trop éloignées de ces idéaux. Ainsi, c'est plus précisément dans l'interstice des politiques sociales que se situe une structure comme la Sras. Face à cet écart entre les injonctions des politiques sociales et la réalité du public accueilli, le recours à la santé intervient comme un registre permettant de pallier ces contradictions. C'est une hypothèse que souligne également Philippe Bregeon en affirmant que : « *Cet engouement pour la santé est à interpréter comme le signe de l'impuissance de ces institutions à requalifier ces personnes au regard du marché du travail et dans l'espace social* » (Bregeon, 2008, p. 20).

De fait, les pratiques des travailleurs sociaux créditent l'hypothèse d'une sanitarisation de cet espace social que constitue la Sras. Toutefois, nous nous éloignons d'une analyse de la sanitarisation au prisme de l'extension du champ d'expertise des médecins à l'égard du domaine de compétence des travailleurs sociaux, notre analyse révélant que le monde médical était au contraire peu enclin à prendre sous sa coupe ce public en situation de pauvreté.

De fait, cette sanitarisation est d'autant plus à interpréter comme le seul registre employable auprès de ce public. Comme le note Fassin, « *Pour les travailleurs sociaux le recours à l'argument de la santé est à la fois une forme de réponse à l'insupportable répétition du colloque singulier construit sur des situations sans issue*

et la manière de contourner l'obligation de résultat instituée par le contrat d'insertion » (Fassin, 2004, p. 146).

Mais après avoir étudié ce parti pris de la santé, il faut poursuivre l'hypothèse de cette sanitari-sation. En effet, ce processus observé conduit-il les professionnels à traduire un certain nombre de situations dans le registre spécifique de la santé, alors qu'elles n'en relevaient initia-lement pas ? La réponse à cette question induit que l'aspect spécifique de la maladie mentale soit analysé afin d'observer dans quelle mesure cette opération de traduction du social au sani-taire se réalise de manière empirique.

CHAPITRE 4. LA MALADIE MENTALE EN CONSTRUCTION

Après avoir analysé le parti pris de la santé dans le chapitre précédent, nous allons nous focaliser dans cette partie sur la dimension de la maladie mentale. En effet, la maladie mentale joue un rôle particulier et spécifique dans ce parti pris de la santé. Dans la définition que nous donnons du concept de sanitarisation, emprunté à la fois à Didier Fassin (1998) et à Pierre Aïach (1998), nous intégrons ainsi la question des mouvements de la santé mentale. Nous pourrions développer la notion de psychiatrisation pour évoquer ces mouvements, toutefois, nous le verrons, une certaine indifférence entre le recours à la psychiatrie, à la psychologie, ou encore au bien-être psychique est prégnante chez les enquêtés. De fait, pour rendre compte des multiples voies du recours à la santé mentale qu'opèrent les travailleurs sociaux, il nous a semblé plus juste de rassembler celles-ci au sein du concept de sanitarisation dans le registre de la santé mentale, au regard de l'acceptation large qu'elle sous-tend.

Notons toutefois que si ce regroupement des aspects de la santé mentale sous la coupe globale du « soin », est un processus qui me semblait initialement aller de soi, je me suis aperçue qu'il s'agissait plutôt d'une construction sociale, essentialisée par mon habitus d'éducatrice spécialisée. En effet, certains des soignants, notamment les infirmières rencontrées, ne considèrent pas la maladie mentale ainsi que les soins autour de l'addiction comme relevant du soin « réel ». Plus précisément, les infirmières rencontrées considèrent plutôt la santé mentale et l'addiction comme relevant, justement, du domaine du travail social. En effet dans l'entretien réalisé avec l'infirmière de la structure, celle-ci oppose les rendez-vous « médicaux », qu'elle défend, aux rendez-vous « chez le psy », défendus par les travailleurs sociaux.

De fait, ce rapprochement que nous effectuons dans notre analyse n'est pas aussi évident qu'il nous apparaissait dans nos prénotions. Toute-

fois, nous défendons ce regroupement puisque les professionnels qui exercent au sein de la santé mentale et de l'addictologie sont bien des soignants, qu'ils soient infirmiers, médecins ou psychologues et ils exercent une action qui diffère des travailleurs sociaux. Mais surtout, nous le verrons, les actions par la santé mentale sont bien considérées par les travailleurs sociaux comme des actions sanitaires en soi, qui s'articulent avec les autres aspects sanitaires des hébergés. De fait, ce regroupement s'appuie sur la catégorie de pensée des travailleurs sociaux qui fait sens dans leurs pratiques. Néanmoins, cette perspective fait l'économie d'une analyse au prisme des catégories de pensée des soignants qui vraisemblablement diffèrent.

Ainsi, nous avons donc fait le choix de consacrer un chapitre à la santé mentale afin de saisir notamment en quoi celle-ci fait sens pour les acteurs de la Sras, tout en analysant également comment la maladie mentale peut être analysée sociologiquement comme une construction sociale, faisant l'objet de négociations permanentes. Par ces interrogations, nous approfondirons notre questionnement en analysant en quoi la sanitarisation de cet espace social se manifeste également par un certain nombre de traductions de comportements et de situations de résidents dans un registre sanitaire, pourtant initialement indifférents au registre de la santé. Enfin, nous analyserons les fondements de ces traductions dans le registre de la santé mentale pour les professionnels : sur quels éléments se basent-ils pour effectuer cette traduction ?

1. Le registre de la santé mentale au sein de la Sras

1.2. Une lecture psychologisante du social

Le questionnement initial de cette recherche portait sur la question du lien entre « santé mentale et précarité ». Mes lectures et mon expérience, en tant que professionnelle du travail

social, m'ont conduit à questionner ce lien, qui semble, au sein de certains espaces professionnels, parfois donné en soi. En effet, des séminaires sur la « santé mentale et la grande précarité » ou encore sur « les psychotiques à la rue » alimentent et légitiment le fait que ce lien est établi presque par essence au sein des catégories professionnelles. Plus tard, mes lectures sociologiques m'ont conduit à remettre en question ce lien établi. Dans quelle mesure cette corrélation est-elle en effet le fruit d'une construction sociale ?

Il s'est toutefois avéré que les travaux sociologiques sur ce sujet étaient minces. François Sicot (2001), qui a justement travaillé sur cette question, pointe que cette faible investigation du sujet tient au fait que cette question interrogerait les diagnostics et freinerait donc la possible participation des sociologues au débat. Néanmoins, la question semble importante, puisque la faiblesse des réflexions à ce propos conduit des sociologues eux-mêmes à vraisemblablement naturaliser ce lien entre pauvreté et santé mentale, comme le révèle cet extrait de l'ouvrage de Nicolas Duvoux : « *Le problème de ce type de représentations, comme de tout discours dont la cohérence est problématique, est qu'il mêle des éléments rationnels et des extrapolations divagantes. Le stress, l'angoisse et la culpabilité donnent naissance à une vision du monde dans laquelle la société est assimilée à une immense entreprise de persécution, destinée à pourchasser les individus et à traquer leurs moindres faits et gestes. Les deux citations suivantes extraites du même entretien témoignent de ce glissement imperceptible vers la paranoïa et la folie, quand l'individu n'a plus les ressources pour faire la part de la construction sociale qui culpabilise les allocataires du RMI et de son propre monde vécu* » (Duvoux, 2009).

Cette vision du lien entre santé mentale et grande précarité, qui se donne presque par essence, semble toutefois oublier à quel point la traduction de comportements dans le registre de la santé mentale est le fruit d'une construction sociale dans laquelle une pluralité d'acteurs interviennent, véhiculant dans ces catégorisations une représentation des normes et des

déviances. En s'attelant à ce sujet, notre ambition n'est pas d'adopter une perspective constructiviste totale, niant ainsi la réalité parfois constatée par le sociologue lui-même d'actes ou de paroles vraisemblablement incohérents. Plus justement, nous n'entendons pas considérer les travailleurs sociaux comme des agents de mauvaise foi, rapprochant de la psychiatrie toute situation qui met à mal leur exercice professionnel. En revanche, notre approche ambitionne de saisir les fondements de l'adhésion à la traduction dans le registre de la santé mentale que les professionnels opèrent. Dans un premier temps, il nous faut donc examiner dans quelle mesure les références psychologiques s'avèrent réellement présentes au sein de cet établissement, au-delà de mes prénotions professionnelles.

Ma recherche de terrain m'a rapidement permis de constater que les références à la psychologie étaient nombreuses pour les travailleurs sociaux de l'institution observée. La référence qui m'a été la plus citée durant ce terrain d'observation, fut celle de Patrick Declerck (2003). Il s'agit d'un auteur qui se revendique à la fois de la psychanalyse et de l'anthropologie et qui a publié une étude sur un centre d'hébergement de Nanterre tout en traitant plus largement des conditions de vie des « clochards ». À de nombreuses reprises, les professionnels de la Sras ont donc cité cet auteur pour légitimer ou scientifier leur propos. Même dans les entretiens, certains professionnels y ont fait référence :

« Je sais pas si t'as lu Declerck ou des trucs comme ça, si tu veux cette prise de recul, non jugement, de ce que font les personnes, ne pas leur prêter de l'intentionnalité tout le temps, parce qu'en fait souvent il y a juste des réactions qui sont des réactions instinctives, des réactions de peur, mais il n'y a pas de stratégie pour être désagréable avec moi ou avec toi tu vois ».

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

« Declerck qui est venu, alors je veux dire Declerck quand il parle, il faut un dictionnaire, il faut avoir fait de la psychiatrie quoi

pour comprendre. Mais bon j'y suis allé quand même, on a commencé là quoi un peu la prise en charge du côté psychiatrique ».

Daniel, travailleur social non diplômé,
intervenant alcool, 49 ans,
15 ans d'expérience à Envol

Ainsi, bien que Declerck se revendique également de l'anthropologie, nous saisissons bien par ces extraits que son travail est essentiellement reçu dans une perspective psychologisante. Declerck fut d'ailleurs un des promoteurs de l'établissement de ce lien entre santé mentale et précarité, analysant qu'il y aurait une « irrémédiable folie » (Bresson, 2013) à l'origine de la « clochardisation ». Le fait qu'il constitue une référence centrale pour les travailleurs sociaux nous fait supposer que ce lien établi entre la « folie » et la « pauvreté » fait sens pour les professionnels du social.

Outre cet écrivain de référence pour les professionnels, j'ai pu constater d'autres situations dans lesquelles les travailleurs sociaux faisaient référence à des savoirs issus de la psychologie ou de la psychiatrie. Ainsi, les lectures des travailleurs sociaux portent souvent sur ces sujets : lors de mon ethnographie, Henri lisait par exemple des articles sur les « communautés thérapeutiques » et Robin lisait un dossier de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) sur la psychiatrie, me demandant d'ailleurs à plusieurs reprises des explications scientifiques à ce sujet, comme par exemple ce qu'était un « traumatisme vicariant ».

Le travail social est un champ qui ne constitue pas, en France pour le moins, un domaine scientifique en lui-même. En ce sens, Marcel Jaeger note que « *Le législateur a pris le parti (et le pari) de maintenir un espace de formation autonome vis-à-vis de l'Education-nationale* » (Jaeger, 2009, p. 75). De fait, c'est le conseil général qui organise et détermine la formation des travailleurs sociaux. Concrètement, cela

signifie que le travail social se retrouve dominé par plusieurs sciences qui, elles, bénéficient d'une reconnaissance académique. Michel Autès analyse ainsi la relation du travail social au savoir scientifique : « *Mal considérée au sein de la recherche académique, la recherche sur le social connaît un défaut de légitimité, qui tient à la nécessaire incertitude et fragilité de son objet par rapport au savoir, le travailleur social demeure donc dans une sorte de rapport fait à la fois de dépendance et de fascination : dépendance par rapport à la science légitime, fascination pour des discours qui prétendent dire le vrai sur la pratique et ainsi, la légitimer, mais au prix d'une dépossession de l'énonciation légitime par les praticiens eux-mêmes* » (Autès, 1999).

Ainsi, ce sont principalement les sciences humaines et sociales et dans une moindre mesure les sciences juridiques et de gestion qui sont enseignées au sein des instituts de formation. Les formations en travail social offrent divers apports sur ces champs académiques, mais les recherches à ce sujet démontrent largement que la science dominante qui est transmise au sein du travail social est la psychologie. Michel Autès analyse que cette origine de l'approche psychologique au sein du travail social se rapporte à l'histoire des éducateurs spécialisés puisqu'ils ont initialement travaillé sur la « rééducation » des enfants et adolescents, une approche qui était portée par la psychologie (*ibid.*). La rééducation, dont le paradigme prône l'intervention en « milieu naturel » (*ibid.*, p. 42), associe au milieu familial les raisons principales de l'inadaptation. De fait, l'empreinte psychologique, constituant historiquement un savoir de référence pour les éducateurs spécialisés, a ensuite traversé les autres secteurs du travail social.

À ce titre, une majorité de mémoires d'assistants de service social et d'éducateurs spécialisés sont rédigés avec une dominance de références à la psychologie, nous apprennent Nathalie Concq et Alain Vilbrod (2006). Marine, assistante sociale à la Sras me dit un jour qu'elle a lu quelques travaux de sociologie durant sa formation, mais que cela se résume globale-

ment à l'ouvrage de Serge Paugam. En revanche, elle m'explique que son mémoire de diplôme d'État était « *complètement psycho* ».

La psychologie constitue donc une référence dominante. Plus encore, au sein de l'association étudiée, ces références à la psychologie sont d'autant plus légitimes qu'une thèse de psychologie a récemment été soutenue sur la population de cette association (Langlard, 2017). De fait, la psychologie constitue, au sens des travailleurs sociaux de la Sras, un socle scientifique de références légitimes. Notons pourtant que ma présence, en tant que sociologue, n'a en aucun cas fait l'objet d'une méfiance de la part des professionnels. Toutefois, la spécificité de l'approche sociologique restait relativement floue pour eux. En effet, en m'orientant souvent vers des personnes « *ayant beaucoup de choses à dire* » ou pour qui « *ça leur ferait du bien de te parler* », il me semble qu'une certaine porosité avec l'approche de la psychologie était associée à ma recherche. Néanmoins, cette orientation des enquêtés peut également s'interpréter au regard de mon ancienne position d'éducatrice spécialisée.

Toutefois, il reste que la méthodologie que j'employais était souvent difficilement compréhensible pour les travailleurs sociaux. Sans rendez-vous fixés à l'avance, sans problématique claire ou même sans protocole de recherche précisément établi, les travailleurs sociaux ont souvent mal compris la démarche scientifique dans laquelle je me suis inscrite. De fait, ils m'ont donné des conseils, me suggérant de faire « *comme Gaëtan, le psychologue qui a interrogé les gars* », « *Tu devrais leur fixer des rendez-vous officiels, lui il faisait ça, comme ça c'était bien* ». Ainsi, le caractère d'apparence moins formel de ma recherche, dû à l'inductivité de ma démarche, les a vraisemblablement désarçonnés, au vu de leur socialisation à la démarche psychologique.

Parallèlement, il a été intéressant d'observer que lors d'une réunion à laquelle j'assistais, une femme s'est présentée pour déposer une candidature pour un stage. Elle a présenté son

intention de la manière suivante : « *Je suis en psychologie, mais je dois faire un stage dans le social* ». Sa demande, sans aucune concertation de l'équipe, a été immédiatement disqualifiée par l'ensemble des professionnels, en accord sur ce point : « *Ah non on ne prend pas de psychologues ici* ». Ainsi, la psychologie est un registre légitime, qui est mis en avant par les professionnels. Néanmoins, ils ne se considèrent pas comme des psychologues eux-mêmes. En effet, ils en rencontrent régulièrement, travaillent avec eux, mais les travailleurs sociaux s'accordent à dire qu'ils ne font pas le même métier, de ce fait, ils refusent la stagiaire en psychologie. Ainsi, dans cette partie, ce sont donc bien les références à la psychologie que nous interrogeons, en pratique et en discours, tout en gardant à l'esprit qu'au sens des enquêtés, la frontière entre leur champ d'exercice et le champ de la psychologie a une délimitation nette.

Ainsi, mes observations m'ont largement témoigné de l'emploi d'une psychologie ordinaire et banalisée dans les pratiques et discours des professionnels. Prenons deux exemples : à la suite du décès d'un résident de la structure, un résident s'est montré « *revendicatif* », au sens des travailleurs sociaux, à leur égard. En effet, ce dernier leur reprochait de « *ne rien faire face à l'alcool* » et de « *laisser mourir les gens* ». L'interprétation unanimement partagée par l'équipe quant à cette réaction est qu'il « *veut qu'on s'occupe de lui, clairement* », alors même que par exemple, nous aurions pu imaginer qu'une interprétation en termes d'injustice sociale aurait pu être adoptée. Autre situation, alors qu'un résident est qualifié par l'équipe comme « *se prenant pour un animateur* » et étant « *très directif* » avec les autres résidents, l'équipe perçoit dans ce comportement « *un vrai problème de reconnaissance* ».

Ces situations permettent ainsi de révéler l'omniprésence des références à une psychologie ordinaire. En effet, quand bien même la formation en travail social fournit des apports en psychologie, Nathalie Concq et Alain Vilbrod notent qu'ils n'en maîtrisent en réalité souvent que des fragments (Concq et Vilbrod, 2006). De

plus, rappelons que la majorité des travailleurs sociaux de cette structure ne sont pas diplômés du travail social. Ainsi, la recherche que les sociologues ont menée leur permet d'analyser que les travailleurs sociaux sont des « *féru de psychologie à usage immédiat* » (*ibid.*, p. 201).

En réalisant des entretiens avec d'autres professionnels que ceux de la Sras, j'ai pu me rendre compte que ce registre psychologisant était partagé par la majorité des acteurs qu'ils rencontrent au quotidien, ce qui crédite et renforce leur vision des choses puisqu'ils évoluent dans un climat où la psychologie règne en maître :

« Moi j'ai encore une anecdote, je pense à un monsieur qui était abstinant pendant des années et je lui disais toujours : le malade alcoolique souvent il règle les conséquences de l'alcool : le divorce, le chômage, la violence, la maladie. Mais ce n'est pas pour ça qu'il picole, ça c'est les conséquences, il faut arriver à trouver un jour le pourquoi de l'alcool et essayer de comprendre pourquoi tu es venu à l'alcool »

Chloé : Et pour vous il y a toujours un pourquoi à l'alcool alors ?

« Ah bah oui il a toujours un pourquoi, c'est souvent quand même chez papa maman, hein la mère enfin etc, enfin pas tous, mais... »

Richard, infirmier psychiatrique retraité,
65 ans, 37 ans d'expérience à Envol

Chloé : Et ça arrive souvent, de votre expérience, qu'il y ait une pathologie sous-jacente (à l'alcoolodépendance) ?

« Ah bah oui moi je pense que c'est ou ça ou une vulnérabilité qui est liée à un handicap mental ou à un handicap. Alors après faudrait voir les stats hein, j'espère que vous les aurez, vous, dans la population que vous avez étudiée, est-ce que... mais quand même la vulnérabilité... Alors peut-être pas la pathologie psychiatrique, mais des troubles de la personnalité psychiatrique, on est plus dans les troubles de la personnalité, psychopathies... »

Médecin addictologue, 42 ans,
travaillant avec la Sras depuis 12 ans

Ainsi, au regard du cas spécifique de l'alcool, nous comprenons bien que la dimension psychologique est largement répandue. De plus, ce ne sont pas seulement les réactions aux situations qui relèvent de la psychologie. L'inscription de la psychologie semble plus profonde puisque l'origine de la situation sociale des résidents est rapportée à une genèse psychologique.

1.2. Des interprétations psychologiques au registre de la psychiatrie

Si le registre de la psychologie est donc largement présent dans le discours des travailleurs sociaux, il faut noter que le passage de cette lecture psychologisante au domaine de la psychiatrie est souvent rapidement effectué par les professionnels. En effet, les travailleurs sociaux témoignent quotidiennement de références à la psychiatrie, en fonction des situations qu'ils observent. D'ailleurs, en entretien, le chef de service m'a exprimé son souhait que les travailleurs sociaux disposent d'un certain nombre de connaissances à ce sujet pour venir travailler à la Sras :

« Parce que je pense que dans ces métiers-là il faut psychologiquement avoir une certaine assise et un certain recul et avoir la tête sur les épaules et puis aussi des connaissances sur la psychologie, la psychiatrie, pas forcément très poussées mais voilà »

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

A l'instar de la psychologie ordinaire qui est pratiquée, c'est également une psychiatrie profane qui est exercée. Ainsi, l'expression « entendre des voix » est récurrente au sein de mes carnets de terrain : un résident a parlé seul durant la nuit, les professionnels s'accordent sur le fait qu'il « entend des voix », un hébergé a fait « beaucoup de bruit hier soir », il est certain qu'il « recommence à entendre des voix ». D'autres

situations sont également considérées comme étant psychopathologiques : un résident pris sur le fait en train de voler dans une armoire est qualifié de « *cleptomane maladif* », ou encore un hébergé témoignant de changements d'humeur au sein de la même journée est considéré comme « *bipolaire* ».

Par ailleurs, le registre des « hallucinations » est lui aussi fréquemment employé. Ainsi, le comportement d'un résident de la Sras ayant mis le feu à son jean est expliqué par le fait qu'il « *voyait des fils partout* » et qu'il souhaitait les enlever avec son briquet. J'ai également pu observer des travailleurs sociaux expliquant que des résidents avaient des « *fonctionnements en miroir* », ce qui induisait que les professionnels tenaient toujours à être souriants et bienveillants en s'adressant à ces personnes en question. Pour résumer, ces extraits d'entretien avec des travailleurs sociaux sont éclairants :

« Dédé, il n'a pas l'air, mais c'est un cas psy hein, il entend des voix Dédé, là il sait pas que c'est Halloween, mais quand il va se rendre compte que c'est Halloween, il va nous reparler de son fantôme Darwy qu'il entend dans son armoire et tout ça. Tu vois. Il y a plein de personnes comme ça... Gérard Boulanger, hein, Gérard Boulanger, même s'il fait ça en plaisantant, des fois il parle tout seul, il entend des voix, il répond et tout ça, il est dedans ! »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

« Moi un gars comme Mandida, j'aimerais bien qu'il soit sous tutelle mais il ne veut rien entendre, parce que c'est une personne lui, là, il est en train de claquer tout ce qu'il a... Donc tout ce qu'il veut, qu'il voit, il veut l'acheter. Il a... comment ça s'appelle, pas la phobie, mais il a un TOC, les achats compulsifs, c'est fou ça. »

François, travailleur social non diplômé, 42 ans, récemment embauché

Il semble intéressant de noter que, malgré la faiblesse de mes connaissances en psychiatrie, il soit acquis qu'un symptôme isolé ne puisse permettre à lui seul un diagnostic psychiatrique. Cet étiquetage, réalisé de manière profane par les professionnels de la Sras comme celui de « *paranoïaque* », « *schizophrène* » ou encore « *toqué* » ne prend pas nécessairement cette précaution, tout du moins dans le discours qu'ils formulent. Cet usage des catégories psychiatriques ne semble d'ailleurs pas faire l'objet d'une réelle objectivation de la part des travailleurs sociaux. Écoutons le chef de service à ce sujet :

« Alors le P³³, là je me souviens, ça c'était pour psychiatrie, c'est-à-dire que donc deux P pour moi c'est quelqu'un pour moi qui est psychotique de façon évidente. Tu vois, donc altération de la réalité, bon. Et après, les difficultés psychiatriques, un seul P parce que moi j'ai le sentiment qu'il y a un déséquilibre, il y a un dysfonctionnement psychique quoi. Monsieur Lemaître aussi tu vois, bah ouais c'est des gens qui ont été hospitalisés, ou pas, alors tu vois j'avais même mis Jean-Paul Ponty, d'ailleurs... ouais alors là ouais tu vois il y a un petit côté aléatoire, hein euh. »

Arnault, chef de service, 51 ans, chef de service de la Sras depuis 10 ans

Plus qu'aléatoire, cette catégorisation révèle surtout son caractère subjectif. De plus, le caractère « *psychotique* » qualifié comme tel « *de façon évidente* », de la part du chef de service révèle ainsi que les travailleurs sociaux usent de ces catégories sans réellement faire référence à une nosographie objectivée. Cela ne signifie pas que les qualifications qu'ils emploient soient dénuées de toute forme de rationalisation, sur lesquelles nous reviendrons, mais signifie en tout cas que l'étiologie employée par les travailleurs sociaux s'éloigne du modèle de diagnostic qui est réalisé en psychiatrie.

Cet usage ordinaire de la psychiatrie n'est néanmoins pas propre au travail social. Alain Ehrenberg et Anne Lovell (2001) ont en effet

33 Le chef de service a réalisé un tableau en faisant des catégories, attribuant un « P » ou deux « P » aux résidents de la structure en fonction de la perception qu'il a des troubles de la santé mentale des personnes accueillies.

démontré que la psychiatrie – considérée il y a un demi-siècle comme étant une institution fermée et tenue à distance de la vie urbaine, s'était peu à peu répandue au sein de l'ensemble de la société. Initialement cantonnée aux marginaux, le domaine de la santé mentale s'est progressivement étendue aux « normaux ». Ainsi, la déraison qui constituait l'initial critère distinctif entre le normal et le pathologique, en ce qui concerne la santé mentale, a été battue en brèche à l'ère contemporaine. En effet, un certain nombre de personnes recourent à la santé mentale afin d'améliorer leurs performances notamment. À ce titre, il n'est pas nouveau que le vocabulaire de la psychiatrie soit utilisé par des personnes extérieures à ce champ.

Malgré cette dominance du registre psychopathologique pour expliquer le comportement des résidents, il faut noter que les travailleurs sociaux reconnaissent volontiers la limite de leurs compétences à ce sujet, notamment en raison de leur méconnaissance des diagnostics officiels :

« Bon, mais il y a des résidents qui sont là depuis des années, mais on ne sait toujours pas s'ils sont schizophrènes, ou si c'est des psychoses infantiles, ou si c'est des Toc dont ils souffrent... Parce que des fois la différence elle est pas toujours aisée à faire et moi ça ne me dérange pas de pas savoir si c'est un schizophrène et est-ce que c'est une psychose, je sais pas, je sais pas si ça m'intéresse... ».

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

« Bon après c'est vrai que la psychiatrie c'est quand même... Bon on se rend compte qu'il y a une pathologie psychiatrique, mais sans obligatoirement mettre un nom dessus, donc, oui il y a vraiment des troubles psy, il y a ça il y a ça, il y a ça, bon, on n'est pas obligé de mettre un nom dessus, qu'ils soient schizophrènes ou paranoïaques... ça n'avance pas trop de mettre un nom, ce qui est important c'est d'observer les troubles et d'agir en fonction ».

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Ainsi, nous pouvons établir une hypothèse : tenus à l'écart des diagnostics médicaux – particulièrement en santé mentale, les travailleurs sociaux recourent à des explications psychiatriques profanes pour mettre des mots et expliquer les situations dans lesquelles ils agissent. Une infirmière de l'EMPP m'en révèle d'ailleurs les limites :

« Monsieur Poisson je ne pense pas du tout qu'il soit bipolaire, sauf que comme il a cette fluctuation d'humeur, des fois très très très triste, des fois très très très joyeux, sur la même journée, les collègues de la Sras pensent tout de suite à la bipolarité, sauf que c'est pas ça la bipolarité, ça s'inscrit pas dans ce type de temporalité, voilà donc en même temps ça c'est lié à un manque d'information, à une formation rapide ».

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

Toutefois, en interrogeant les professionnels de la santé mentale exerçant avec la Sras, ces derniers m'ont témoigné que les travailleurs sociaux ne se trompaient que rarement dans les orientations vers la psychiatrie qu'ils faisaient, contrairement à d'autres structures.

« Moi j'ai découvert ça à l'EMPP, comme par magie des fois, un usager va mal, on ne le voit jamais, parce qu'il veut pas ou quoi, souvent parce qu'il ne veut pas nous voir. Mais quand même on parle de lui, on va travailler à distance autour de lui et il va mieux. Alors il va mieux pourquoi ? Sûrement plein de raisons à ça, mais sûrement que les travailleurs sociaux sont validés dans leurs hypothèses, ça déjà... Et du coup ça leur redonne un peu de niaque quoi, parce que des fois... Et donc ce qu'on constatait souvent, je vais parler pour moi, avec un autre langage évidemment, les travailleurs sociaux bien souvent on venait valider quelque chose qu'ils avaient déjà observé mais on vient valider quelque chose avec du médical, du paramédical ».

Infirmier, 36 ans, cadre du service des urgences psychiatriques, anciennement cadre de l'EMPP

Ainsi, à l'instar de ce que nous avons constaté sur le savoir profane développé par les travailleurs sociaux, ceux-ci se retrouvent fréquemment confortés dans leurs conclusions par le monde médical. Possiblement, cette validation renforce dans le même temps ce recours spontané à des catégories psychologisantes, réalisé par des agents du travail social.

Valorisés professionnellement dans cette expertise, les travailleurs sociaux s'opposent même parfois aux avis des professionnels de santé. Plusieurs fois, ils ont ainsi défendu l'idée que « le problème est psy », alors même que l'infirmière de la Sras avait à plusieurs reprises affirmé qu'il s'agissait pour elle de quelque chose de « neurologique plus que psychiatrique ». Son discours ne fut cependant pas considéré. Écoutez l'infirmière de l'EMPP à ce sujet :

« Oui moi je pense que monsieur Poisson il avait besoin d'un bilan neuro, mais je l'ai dit une fois, deux fois, trois fois, j'en parlais, quatre fois j'en parlais à Hélène, Hélène me disait que ce n'était pas possible, après je suis aussi dans les limites de mes fonctions. Il a un suivi avec le psychiatre mais je pense qu'il ne faut pas exclure que sa pathologie soit organique ».

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

Autre situation : alors que nous revenons, le chef de service, un résident et moi-même, du service d'admission de l'hôpital psychiatrique, j'explique aux travailleurs sociaux que les médecins ont orienté l'entretien d'admission vers la dimension de l'alcool, comme l'a d'ailleurs dit le résident lors du rendez-vous : « *Mon problème, c'est l'alcool, je veux arrêter de boire* ». Cependant, cette orientation du psychiatre, ayant dirigé la personne vers un service d'addictologie en ambulatoire et non vers l'hospitalisation attendue par les professionnels, conduit les travailleurs sociaux à me dire : « *C'est n'importe quoi ! C'est psy son problème à lui* ». Les professionnels ont donc développé une certaine confiance en leurs observations, au point qu'ils s'érigent parfois, bien que rarement, contre les

prises de position du monde médical. Cela nous permet ainsi de compléter l'analyse des négociations entre le travail social et la sphère médicale. En se considérant comme des experts du quotidien, les travailleurs sociaux ambitionnent ainsi de créditer leur position d'une certaine légitimité, leur permettant d'argumenter leurs attentes avec plus de poids et de ferveur.

Comme nous l'avons avancé dans le chapitre précédent, un certain nombre d'attentes sont façonnées à l'égard des résidents concernant la santé. Au sujet de la santé mentale, il est ainsi unanimement valorisé que les résidents rencontrent les professionnels de l'EMPP. En revanche, lorsqu'une personne refuse des soins, que ce soit en addictologie ou en santé mentale, cette dernière remet profondément en question l'ordonnancement des normes de la structure, au point que parfois les travailleurs sociaux lancent des « ultimatums » aux résidents. Ainsi, alors que je consultais un rapport d'activité, Ludovic, travailleur social, vient me voir et me confie qu'il pense qu'il va devoir mettre un ultimatum à un résident. À son sens, ce dernier ne « *s'investit dans rien du tout* », refusant notamment de faire une cure concernant sa consommation d'alcool. De fait, le professionnel pense le contraindre à voir l'EMPP et entamer un processus de soin, faute de quoi, il sera exclu de la structure durant un certain temps.

Ainsi, le cas précis de la santé mentale vient réaffirmer ce parti pris de la santé dans l'accompagnement. Lorsqu'un investissement dans des soins, pour des maladies « aiguës » ou encore pour des soins en addictologie, ne peut être effectué ou se trouve refusé par un résident, un suivi en santé mentale s'avère nécessaire pour les travailleurs sociaux. La santé mentale représente en un sens le dernier registre dans lequel le parti pris de la santé peut s'exprimer. Le refus de s'y soumettre, alors que tout ce qui a pu être proposé par les travailleurs sociaux a été rejeté, est considéré comme intolérable. De fait, si la santé constitue, nous l'avons vu, l'ultime registre d'expression légitime du travail social, le dernier langage de son action est celui de la santé mentale.

Toutefois, si les recours dans les discours et les pratiques des travailleurs sociaux à la psychologie et à la psychiatrie sont récurrents, cela ne signifie pas que la prise en charge de ces personnes considérées comme ayant des troubles de santé mentale, ne leur posent pas de difficultés. Au contraire, mes observations et les entretiens menés ont montré que malgré cette psychologisation de l'approche des travailleurs sociaux, les professionnels expriment souvent leur désarroi face aux situations auxquelles ils se trouvent confrontés. Ainsi, lors d'un repas, les professionnelles disent qu'un nouveau résident arrive de l'hôpital psychiatrique. Une stagiaire réagit à cette information en disant « bah on ne peut pas gagner à tous les coups ! », ce qui signifie que le public issu de l'hôpital psychiatrique n'est pas la population valorisée et attendue au sein de la Sras. En effet, par cette phrase, la future professionnelle indique alors la méfiance des travailleurs sociaux quant à ce public qui provient de l'institution psychiatrique. Les entretiens révèlent également cette réticence :

Chloé : Et pour toi c'est négatif le fait qu'il y ait des personnes qui relèvent de la psychiatrie ?

« Voilà, parce que nous on n'est pas formés pour ça, on est un peu plus formés pour l'alcool, mais le profil psy c'est quand même spécial, on n'est pas très formés pour ça voilà ».

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

« On s'est aperçu justement que ça devenait de plus en plus difficile, on s'est dit en clair qu'on ne voulait pas devenir l'annexe de Saint-Germain³⁴ quoi voilà, que ça reste quand même un foyer de reconquête de l'autonomie sociale, donc si on accueille le public déjà que c'est assez difficile comme tu as pu le voir donc, faut quand même des éléments un peu plus moteurs pour le foyer, parce que sinon tu as des gens qui... ça va devenir très vite compliqué ».

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

En parallèle, les rapports d'activité notent : « nous sommes alors amenés à gérer au mieux une situation qui dépasse notre champ de compétence » (rapport d'activité, 2002). La maladie mentale est considérée par les travailleurs sociaux comme un fonctionnement « cyclique », « La pathologie psychiatrique enferme la personne dans un fonctionnement circulaire qui semble irréversible » (rapport d'activité 2002). De fait, accueillir des personnes présentant des troubles de santé mentale constitue une difficulté pour les travailleurs sociaux, dans la mesure où ce public est considéré comme étant plus difficile à orienter par la suite en dehors de la Sras : « une pathologie psychiatrique ou neurologique, le plus souvent confirmée par un diagnostic médical, vient figer durablement la situation et interdit toute perspective d'évolution » (rapport d'activité, 2006). Concernant les personnes présentes depuis plus de dix ans à la Sras, nous constatons effectivement qu'elles sont plus des deux tiers à être considérées comme ayant des « troubles psychiatriques sévères ».

Ainsi, les personnes présentant des troubles de la santé mentale viennent en un sens contrarier le projet de « reconquête de l'autonomie » de la structure. Considérées plus dures à orienter, ces personnes restent alors très longtemps au sein de la Sras. Pour autant, l'analyse sociologique pourrait être inverse. A la lecture de Goffman (1961), nous pouvons poser l'hypothèse que plus les personnes restent au sein de cette institution, plus elles développent un comportement qui relèvera d'une lecture psychiatrique au sens des travailleurs sociaux. En effet, puisque la santé mentale s'avère être l'ultime registre de l'injonction aux soins, il est probable que son recours s'avère davantage nécessaire à mesure que le séjour de l'hébergé se prolonge, les autres registres de la santé ayant pu être épuisés. Ainsi, les travailleurs sociaux révèlent que les troubles de la santé mentale leur posent des difficultés pour orienter ces personnes. Mais nous pouvons inversement supposer que les personnes dont les perspectives de sortie de l'institution vers une issue favorable semblent illusoire pour les professionnels, font l'objet

34 Saint-Germain est la ville, au nom d'emprunt fictif, où se situe l'hôpital psychiatrique.

d'une traduction dans le registre de la santé mentale afin de légitimer leur présence au long cours.

En se questionnant sur la capacité de la Sras à accueillir ce public relevant de la santé mentale, le financeur de la structure a mené une enquête sur le potentiel de l'établissement à accueillir des personnes présentant des « profils psychiatriques ». La capacité de la structure a été fixée entre cinq et quinze personnes ; les travailleurs sociaux ont alors retenu que dix personnes avec des troubles pouvaient être accueillies à la Sras, afin de préserver « *l'équilibre de la structure* ». Tous m'ont dit que ce taux n'avait néanmoins pas été respecté et qu'ils étaient aujourd'hui bien au-dessus. Comment alors comprendre ce fonctionnement ? Alors même que la Sras a la possibilité et la légitimité de freiner l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatriques, pourquoi ne le font-ils pas ? Alors que les professionnels recourent très largement au registre de la santé mentale pour appréhender le fonctionnement des résidents, ils regrettent, dans le même temps, les difficultés induites par ces comportements relevant de la psychiatrie. Si cette situation peut paraître paradoxale, il semble qu'elle s'éclaire au prisme de notre analyse. En effet, ce public assure un regain de légitimité sur l'écart du public accueilli au sein de l'institution au vu des standards classiques de l'insertion. En outre, il ne faut pas oublier les conditions macrosociologiques et historiques qui façonnent cette apparente aporie.

2. Un regain de porosité entre la santé mentale et le travail social ?

2.1. L'indifférenciation historique de la prise en charge des « pauvres » et des « fous »

Historiquement, il faut se rappeler que les « pauvres » et les « fous » ne faisaient pas l'objet d'un traitement différencié. Si nous ques-

tionnons aujourd'hui les frontières entre santé mentale et pauvreté, il faut noter que cette division est le résultat d'un processus historique. Comme l'a principalement montré Michel Foucault (1961) en étudiant la période du grand renfermement, une pluralité de publics, bénéficiant aujourd'hui de prises en charge différenciées, étaient regroupés dans des hospices, accueillant indifféremment les vieillards, les orphelins, les malades mentaux ainsi que les vagabonds. Plus qu'un traitement similaire entre ces catégories de populations, une véritable indifférenciation prédominait. Ainsi, la différence entre les « pauvres » et les « fous » n'est pas même pensée à l'époque : « *l'exclusion confond le pauvre et l'insensé, les fous côtoient les pauvres, les libertins, les correctionnaires. On n'enferme pas les fous parce que pauvres, ou les fous et les pauvres ; on ne les distingue pas* » (Sicot, 2001).

C'est au XIX^e siècle que la distinction entre « pauvres » et « fous » va apparaître et que leur prise en charge va donc différer. La psychiatrie naît en effet précisément sur la base de cette distinction, entre les « pauvres » et les « fous », entendant ainsi prendre en charge ceux qui s'opposent à la raison. Parallèlement, le XIX^e siècle est également le moment où les politiques sociales, à destination des plus pauvres, s'institutionnalisent lentement. Ainsi, au cours du XIX^e puis du XX^e siècle, le traitement de la pauvreté et de la psychiatrie se spécifie progressivement. Le travail social s'autonomise lui aussi. Il connaît un âge d'or dans les années 1970 par la mise en place de nombreux diplômés (Autès, 1999).

À ce titre, ce sont les travailleurs sociaux qui ont historiquement eu le mandat de la prise en charge des pauvres (Guillou, 2006). Une pluralité d'institutions spécifiques ont ainsi été créées afin d'accompagner cette population. Mais cette prise en charge différenciée des malades mentaux et des pauvres a cependant été remise en question par la mise en place de la sectorisation au sein de l'hôpital psychiatrique.

2.2. De la sectorisation au paradigme de la « souffrance » : l'extension de la santé mentale

Sous le poids des controverses portées par le courant de l'antipsychiatrie, dénonçant le contrôle social qu'exerceraient les médecins psychiatres, la circulaire pour la sectorisation de la psychiatrie est adoptée en mars 1960. La sectorisation entend déplacer la prise en charge des malades mentaux, jusqu'alors pris en charge dans des institutions fermées, vers un accompagnement dans la ville, au sein de la cité. L'objectif est ainsi que les malades mentaux puissent maintenir un certain nombre de liens sociaux malgré leur maladie. Concrètement, la politique de sectorisation de la psychiatrie vient ainsi drastiquement diminuer le nombre de lits en institution psychiatrique. De nombreuses institutions d'accompagnement en ambulatoire se développent, comme les centres médico-psychologiques. Dans les faits, la politique de sectorisation sera mise en œuvre dans les années 1970 avec des objectifs quantitatifs précis puisqu'au-delà de la dimension éthique de replacer le malade dans son lieu de vie, plus de la moitié des lits d'hospitalisation ont été fermés et les durées de séjour ont été réduites de 400 % (Ehrenberg et Lovell, 2001).

De fait, une dimension de rationalisation économique était également en jeu dans cette politique de sectorisation et perdure encore largement aujourd'hui. Les travaux de Lise Demailly (2011) nous apprennent ainsi que la psychiatrie a développé des logiciels informatiques afin d'objectiver son activité, en somme, pour la chiffrer. Elle nous apprend ainsi que le logiciel « Rim Psy » conduit les professionnels à décrire demi-heure par demi-heure leur activité de travail. Elle analyse que cette rationalisation de l'activité, dans un contexte de baisse des moyens économiques de l'hôpital, conduit les institutions hospitalières à effectuer un triage entre les patients « rentables » et ceux qui ne le sont pas. En ayant interrogé l'infirmier cadre du service des admissions de l'hôpital psychiatrique, ce dernier m'a en effet témoigné de cette réalité de sélection des patients lors des admissions :

« À l'Unacor, ce n'est pas compliqué les hospitalisations sont en augmentation permanente, depuis des années. Et la question de l'hospitalisation elle est aujourd'hui aux trois quarts autour de la crise suicidaire. Crise suicidaire c'est, je prends deux trois médicaments dans l'intention de mourir, je le dis voilà c'est pris au sérieux, jusqu'à je me taille les veines etc., donc ça passe par le CHU qui après nous les amène, les trois quarts. Donc ça c'est vraiment statistique, j'en suis sûr et il y a 50 % de renouvellement à l'Unacor tous les ans, c'est-à-dire qu'il y a de plus en plus de gens, moins chroniques. À une époque, il y avait 60 % de schizophrènes, il n'y en a plus que 40 %, c'est en constante évolution (...) donc le patient qui va arriver alcoolisé ou machin, il va surtout être évalué le risque de passage à l'acte suicidaire. Comme un autre, s'il n'y a pas, il a peu de chances d'être hospitalisé, s'il y a un peu de place, qu'ils sont bien lunés ou non... c'est même pas une question de ça, c'est qu'il y a un intérêt, mais sinon il peut parfaitement repartir quoi. Ça je le vois d'ici mais alors tous les jours quoi, tous les jours (...) Et si il est accepté, il va rester ici, bon déjà on sait bien à quel point ça peut être difficile si la personne elle est par exemple plus alcoolisée le lendemain elle va peut-être vouloir sortir, le mec va vouloir se resevrer et puis quand bien même elle reste, ici on est aux urgences, je l'envoie dans une unité où j'ai plus du tout la main, donc un précaire qui arriverait en disant ouais je veux sortir, fait chier machin tout ça, je suis à la Sras, ah bon ? vous n'êtes pas suicidaires ? Vous n'êtes pas ... ? Bah on ne vous garde pas ça déborde ici ».

Infirmier, 36 ans, cadre du service des urgences psychiatriques, anciennement cadre de l'EMPP

Comme en témoigne le discours de ce cadre, la psychiatrie infra hospitalière s'est donc recentrée sur la question du passage à l'acte suicidaire, soit sur la dimension aiguë du trouble psychiatrique. Comme cet enquêté l'affirme, les malades chroniques sont sortis de l'hôpital psychiatrique. Selon Marcel Jaeger, ce choix de la psychiatrie n'est pas sans liens avec la rationali-

sation économique de l'hôpital, puisqu'il analyse que ces « orientations stratégiques se précisent pour faire sortir les patients et les réponses thérapeutiques d'un espace institutionnel replié jusque-là sur lui-même : utiliser les dispositifs moins coûteux qui relèvent de l'aide sociale et intégrer la psychiatrie hospitalière dans un système de soins commun pour les malades incasables ailleurs » (Jaegger, 1998, p. 146).

Cette psychiatrie dans la ville conduit donc à une réorganisation des frontières entre la psychiatrie et le travail social. En effet, la ville devient le lieu d'intervention commun de ces deux institutions. La prise en charge quotidienne des personnes auparavant hébergées au sein de l'hôpital se retrouve, pour partie, dans des institutions du travail social. Comme le décrit Paul Jacques : « Une psychiatrie hors les murs, dans la cité, a pour objet non seulement le soin et la réhabilitation du psychotique, mais implique un réel décloisonnement entre le sanitaire et le social » (Jacques, 2004, p. 22)

Toutefois, l'analyse de ces mouvements entre santé mentale et travail social ne se cantonne pas toujours à l'hypothèse d'un décloisonnement harmonieux entre les deux institutions. D'autres explications dénoncent plutôt un glissement de la population de l'hôpital vers le travail social. Une infirmière ayant fait sa carrière à l'hôpital psychiatrique m'éclaire sur ce mouvement de mise à distance des patients qui relèvent, pour l'hôpital, du secteur du social :

« Avant l'asile c'était quand même l'endroit où on y mettait tous ces gens qui étaient dehors sans trop d'objectif de vie et qui avaient des difficultés à vivre à l'extérieur et là depuis et on a vu au fil des années le basculement quand même de ces choses-là, il y a quand même beaucoup de schizophrènes qui sont dans la rue, bon après je ne tire pas sur la psychiatrie, ils sont aussi soumis à des critères et le regard qu'on avait nous en psychiatrie à l'époque, c'est que nous en psychiatrie on y mettait tout et tout le monde, tous les gens qu'on ne voulait pas à l'extérieur on nous les mettait et c'est vrai que là

si tu veux, je te parles ça d'une époque il y a quinze ans, à peu près hein, il y a une personne qui arrivait qui était sans domicile fixe, on ne la laissait pas ressortir, on la gardait pour la nuit, ou deux jours, que maintenant je pense que l'hôpital il y a plus cette notion. Donc, c'est des gens qui sont dans la rue, ou qui sont accueillis, ou qui dorment sur les bancs... ».

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans, fait des remplacements depuis 3 ans

Lise Demailly note que le mouvement de réduction des coûts de l'hôpital psychiatrique a effectivement contribué à déléguer un certain nombre de prises en charge auparavant réalisées au sein de l'institution hospitalière. Elle note que la « prise en charge au quotidien » (Demailly, 2011, p. 108) par des travailleurs sociaux est représentative de ce mouvement de déplacement, principalement pensé dans une optique de réduction budgétaire.

En effet, accueillir une personne en institution d'hébergement social en comparaison à un accueil en hôpital psychiatrique représente une différence de coût considérable pour l'État. À ce titre, Édouard Gardella et Daniel Cefaï pointent d'ailleurs que, dans ce contexte, l'hôpital – et pas uniquement psychiatrique, « s'acquitte de moins en moins souvent du devoir d'assistance, incompatible avec la logique gestionnaire » (Cefaï et Gardella, 2011, p. 465).

Parallèlement, les orientations du travail social évoluent elles aussi. La loi de lutte contre les exclusions de 1998 place l'accès à la santé comme un axe prioritaire de la lutte contre la pauvreté. De surcroît, l'injonction des travailleurs sociaux au travail en « partenariat » est établie par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, plusieurs logiques éclairent un mouvement de déspecialisation des deux domaines d'intervention que sont la psychiatrie et le travail social à la fin du XX^e siècle.

Une orientation sociale, plus large, va égale-

ment contribuer au brouillage de cette opposition. La question de la santé mentale, en parallèle du mouvement de sectorisation, va être appelée à intervenir sur une pluralité de domaines sur lesquels elle n'était historiquement pas légitime. Comme le notent Anne Lovell et Alain Ehrenberg : « *Symbolisé il y encore quarante ans par la « folie » et les « murs de l'asile », ce domaine est aujourd'hui des plus vastes. Le trouble mental est aujourd'hui une question sociale, politique et médicale qui concerne toutes les institutions (famille, école entreprise ou religion)* » (2001). En effet, que ce soit au prisme de la question du couple, de l'enfance turbulente, ou encore du bien-être en entreprise, la santé mentale est conviée sur des domaines de plus en plus larges et ses experts sont unanimement légitimés pour intervenir sur ces questions. Nicolas Moreau et Florence Vinit notent à ce titre que « *le nombre de personnes diagnostiquées dépressives, depuis le début des années 1980, est en constante augmentation dans les sociétés contemporaines occidentales, à tel point que certains en parlent comme d'une épidémie* » (2007). Cette augmentation du recours au psychisme s'explique selon Alain Ehrenberg par un mouvement croissant d'individualisation de notre société, dans lequel le culte de la performance est central (1991).

De nouvelles populations passent ainsi sous la coupe de l'expertise de la santé mentale. Lovell et Ehrenberg mentionnent que cette extension de la psychiatrie s'accompagne en réalité d'un élargissement des experts sur la question. En effet, de plus en plus de professionnels interviennent au nom de la santé mentale, que ce soit les psychologues, les psychothérapeutes, les conseillers conjugaux, ou encore, notent les chercheurs, les travailleurs sociaux. Cet élargissement de la prise en charge de la santé mentale s'accompagne donc d'un élargissement des professionnels compétents sur la question.

Cet élargissement de la psychiatrie, en particulier vers le domaine de l'intervention sociale et de la pauvreté, s'est considérablement appuyé sur l'extension du paradigme de la « souffrance ». La question de la souffrance a été très

largement mise à l'agenda politique au milieu des années 1990, notamment par le rapport Strohl-Lazarus (1995). Cette mise sur l'agenda procède d'une histoire relativement courte. À la fin des Trente Glorieuses, la société française se rend compte que la pauvreté augmente considérablement. Nous pourrions d'ailleurs en partie déconstruire ce constat, en se questionnant plus largement sur les critères qui ont catégorisé cette « pauvreté ». Néanmoins, cette extension de la pauvreté, malgré ses critères fluctuants, semble faire sens pour un certain nombre d'acteurs de l'intervention sociale. Ces derniers mettent en avant leur impuissance au regard de nouvelles catégories de personnes qui se présentent désormais à eux. Robert Castel les nommera les « *surnuméraires* », ou encore les « *inutiles au monde* » (1995). Ces personnes se retrouvent en effet éloignées de l'emploi mais ne constituent pas la population cible habituelle du travail social. Ainsi, les sciences politiques vont qualifier cette population comme les « *nouveaux pauvres* ». Parallèlement, le développement du paradigme de « l'exclusion » vient renforcer cette idée que l'ensemble de la population court le risque du chômage et de la précarité. En bref, l'ensemble de la société témoigne d'une peur quant à la pauvreté, présentée politiquement et médiatiquement comme grandissante et inquiétante. La pauvreté n'est donc plus pensée comme résiduelle, comme elle l'était durant les Trente Glorieuses.

De plus, François Sicot a analysé que la mise en œuvre du RMI en 1988, à la suite justement de cette extension de la pauvreté, a contribué à ce qu'une nouvelle population, auparavant extérieure aux services sociaux, en vienne à être prise en charge par des travailleurs sociaux. Cette catégorie de population, originellement éloignée du travail social, semble, pour Sicot, entretenir une certaine porosité avec la sphère sanitaire : « *Le revenu minimum d'insertion (...) a fait découvrir des populations limites qui pourraient tout autant relever de l'allocation adulte handicapé. On ne pourrait mieux dire que le revenu minimum d'insertion et les instructeurs, ont créé une nouvelle réalité sociale, auparavant latente ou théorique. (...) Lorsqu'une assistante sociale dit que le revenu minimum d'insertion a*

apporté une nouvelle population qui, lui semble-t-il, a plus de problèmes mentaux que sa clientèle traditionnelle, elle dit bien le processus de construction sociale de la maladie. Le revenu minimum d'insertion révèle de nouveaux pauvres inconnus auparavant des services » (Sicot, 2001). En effet, les personnes à la frontière du sanitaire et du social, éloignées de l'emploi, ont vraisemblablement toujours existé. Toutefois, l'instauration du dispositif du RMI a créé un effet d'appel puisqu'il autorisait, au moins officiellement, un certain écart avec l'emploi et s'ancrait ainsi considérablement dans une politique assistancielle. Néanmoins, ce mouvement d'appel a été ressenti par les travailleurs sociaux, qui dès le milieu des années 1980, témoignent de leurs difficultés à travailler avec des personnes présentant des troubles sanitaires et notamment de la santé mentale.

C'est donc dans ce climat que le registre de la souffrance va s'imposer en ce qui concerne la prise en charge de la « nouvelle pauvreté ». Le rapport Strohl-Lazarus analyse ainsi « *une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » (1995). Le rapport prend comme point de départ la souffrance des intervenants, des professionnels, qui développeraient un sentiment d'impuissance auprès de ces publics pour lesquels ils ne savent que faire. Ce mal-être des professionnels, tel qu'il est décrit, s'installe en parallèle de la souffrance croissante des bénéficiaires de l'action sociale. Face à ce constat, le rapport préconise que l'intervention de la santé mentale s'élargisse au secteur de l'intervention sociale. Ainsi note-t-il qu'il « *est urgent d'élargir l'ambition pratique du secteur public psychiatrique* » (*ibid.*, p. 19), afin de répondre à la souffrance perçue des usagers, mais également des accompagnants. Le rapport se défend toutefois de promouvoir toute forme de psychiatrisation du travail social, en avançant que ce sont des interventions complémentaires qui sont préconisées. Toutefois, le rapport pointe qu'« *il est impossible, même cliniquement, de distinguer les dépressions des situations de désespérance et que les deux ne relèvent pas du même traitement* » (*ibid.*, p. 14).

Dans cette analyse de la souffrance, le rapport Strohl-Lazarus pointe nettement que ce sont les intervenants sociaux qui ont manifesté cette impuissance et qui ont alors lancé des appels à l'aide. Toutefois, l'analyse de la situation locale que nous avons menée nous révèle que ce n'est pas le travail social qui s'est montré en demande de relais, mais bien la psychiatrie qui a étendu progressivement son champ d'intervention.

2.3. La redéfinition locale des frontières entre la santé mentale et le travail social

Nous avons en effet pu retracer l'histoire de l'instauration de ce travail en commun entre la psychiatrie et le travail social au sein de la sphère locale de province que nous étudions. Ainsi, avant l'institutionnalisation des EMPP, qui ont officialisé ce travail à la frontière du sanitaire et du social, une réflexion locale d'une poignée d'acteurs a contribué à rendre visible cette question de la souffrance au sein de la ville étudiée. Un psychologue, travaillant initialement au sein d'un CMP dans un quartier relativement précaire - avant de travailler au sein de l'EMPP -, me témoigne du taux « modeste » de consultations au CMP malgré le grand nombre de personnes selon-lui « en difficulté » :

« Voilà, on est dans un grand ensemble urbain, on sait par la presse, par ce qu'on voit par la fenêtre que plein de gens sont en difficulté et en même temps il y a une consultation qui est relativement modeste dans le lieu et des gens qui ne viennent pas et en fait on s'est interrogé là-dessus et cette interrogation-là elle était complètement contemporaine à ce qu'on appelle le rapport Lazarus, je sais pas si vous connaissez ça ? »

Psychologue, 54 ans,
travaillant depuis 21 ans à l'EMPP

Au début des années 1990, m'apprend le psychologue, les travailleurs sociaux et le milieu de la psychiatrie ne travaillaient pas ensemble. En effet, dans les années 1980, l'équipe du Fam

refuse la délivrance de tout anxiolytique, car cela « entraverait l'effort de redressement entrepris par l'équipe d'animateurs, celui qui veut guérir doit avoir la volonté de faire lui-même ce qui est nécessaire pour y parvenir » (Rapport d'activité, 1986). L'équipe souhaite alors éviter une « distribution facile et routinière de remèdes » (rapport d'activité, 1986).

Ainsi, des personnes présentant des troubles mentaux, comme nous les qualifions aujourd'hui, semblent résider dans les murs des institutions sociales depuis longtemps. Pour autant, à l'analyse des rapports d'activité, la question que ce public pose n'est pas la même qu'aujourd'hui. En effet, la frontière entre la psychiatrie et le social semble symbolisée par la médication à laquelle refuse de participer le Fam. En se positionnant comme tel, le Fam rejette toute perspective de psychiatrisation et de médication de son espace professionnel.

L'étude des rapports d'activité nous révèle progressivement le changement du positionnement de la structure face aux troubles psychiques, en parallèle de l'ouverture de la psychiatrie vers le travail social. En effet, suite au constat du psychologue et de ses collègues de l'absence de travail en commun du travail social et la psychiatrie, ce psychologue et une poignée d'acteurs locaux ont créé une association qui avait vocation à prôner le travail en partenariat entre la psychiatrie et le travail social. Cette ouverture de la psychiatrie fut également possible au regard de la position d'un chef de service « ouvert à ces questions », « à la frontière de l'individu et de la société ». De cette association a alors émergé un « travail en partenariat » qui a commencé par la venue du psychologue au sein de réunions de travailleurs sociaux. Peu à peu, un lieu d'écoute s'est développé, jusqu'à ce que le dispositif des équipes mobiles psychiatrie-précarité soit institué. Ainsi, avant d'être politisée, la question de la souffrance fut pensée au sein de sphères locales.

Progressivement, au sein du Fam, le regard porté sur la santé mentale évolue donc égale-

ment. En 1996, au moment où l'association du psychologue bat son plein, la réflexion du Fam évolue autour de la question des « malades psychiatriques dans la rue » (rapport d'activité, 1996). Ainsi, ce raisonnement nouveau, où le Fam se questionne sur « l'origine de leur mal à vivre, d'origine psychique ou sociale » (rapport d'activité, 1997) et sur le fait que « cette population ne trouve sa place ni à l'hôpital ni en CHRS » (rapport d'activité, 1998) vient à la fois au lendemain du lancement de l'association locale, mais également juste après la publication du rapport Strohl-Lazarus (1995). Ainsi, la concomitance de cette nouvelle réflexion en lien avec la sphère publique est notable, puisque le rapport est publié en 1995. Cette date correspond d'ailleurs à l'ouverture de Sras. De fait, le discours public raisonne avec la vie associative locale que nous décrivons, les deux s'influençant mutuellement.

2.4. Santé mentale et légitimité politique

Au-delà du rapport Strohl-Lazarus, la question de la souffrance va plus largement s'exporter sur la scène politique. La campagne présidentielle de 1995 va se centrer sur la question de la « fracture sociale », conduisant alors le président de la République élu, Jacques Chirac, à nommer quatre ministres et secrétaires d'État sur la question de « l'exclusion sociale ». Quelques années plus tard, en 2003, le rapport Parquet entérine le lien établi entre « souffrance psychique et origine sociale ». Cette mise à l'agenda de la souffrance conduit à des orientations précises ayant des effets sur les pratiques des professionnels. L'injonction à la collaboration étroite entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé mentale est en effet mise en avant dans le rapport Parquet. Comme le note Jacques Guillou : « Une logique de décroisement entre travail social et psychiatrie apparaît, sur la scène du traitement de la pauvreté, comme un outil politique de gestion de la nouvelle question sociale » (2006, p. 165).

Didier Fassin analyse que ce registre de la souff-

France se concrétise dans les pratiques professionnelles par la centralité de l'écoute (2004). Écouter devient le mode de gestion contemporain des inégalités sociales. Il étudie ainsi le développement d'un grand nombre de « lieux d'écoute », à la suite de ces prérogatives politiques. L'anthropologue constate d'ailleurs que ce registre de l'écoute et de la souffrance vient finalement modifier l'économie morale de la pauvreté. Il mentionne ainsi que, jusqu'à la fin des années 1980, le registre moral de la répression était dominant au regard des questions de pauvreté, mais qu'à partir des années 1990, c'est le registre compassionnel qui va prévaloir. Notons néanmoins qu'il ne semble pas que ce registre compassionnel ait perduré après « la crise des banlieues » de 2005. Il reste que Fassin fait référence à Hannah Arendt et remarque qu'« à une politique de la justice semble se substituer une politique de la pitié » (*ibid.*, p. 26).

Fassin analyse que ce changement de paradigme n'a pas été porté par l'ensemble de la psychiatrie, mais en réalité par un courant dominé en son sein : ce changement « ne procède pas d'un profond mouvement interne à la psychiatrie qui se serait saisi du problème et l'aurait porté dans l'espace public, mais de la rencontre de l'un de ses courants minoritaires, de sensibilité sociale et de pratique militante, avec un réseau d'acteurs impliqués de près ou de loin dans les politiques de la ville et participant au groupe de travail interministériel. (...) Désormais, donc, il est établi que le social fait souffrir sans pour autant rendre fou et que cette souffrance affecte aussi bien les usagers que les intervenants » (Fassin, 2006, p. 145-147). Cette mise à l'agenda politique de la souffrance est donc le résultat d'une convergence entre les intérêts de ce groupe minoritaire au sein de la psychiatrie et celui des professionnels du travail social et qui ont par ailleurs largement été relayés par les médias de l'époque. Nous voyons bien que le psychologue et le groupe d'acteurs auquel il fait référence s'apparente à ce courant minoritaire, aux aspirations « sociales », ce groupe d'individus étant sous la coupe d'un médecin « ouvert aux questions entre l'individu et la société ». Ainsi, l'histoire locale que nous décrivons entre-

tient des liens étroits avec la construction sociale de la légitimité du registre de la souffrance.

De ce groupe minoritaire, la question de la souffrance psychique fut donc progressivement reprise au sein de l'ensemble de la psychiatrie. La souffrance psychique est même devenue une catégorie nosographique du DSM. À ce sujet, écoutons une infirmière exerçant actuellement, ayant totalement intégré cette dimension de la souffrance psychique dans sa pratique :

« C'est pour ça que je te fais le distinguo entre troubles psy et souffrance psychique, par contre la souffrance psychique à la rue, oui je pense qu'elle s'accroît, je pense que c'est aussi en lien avec la situation sociale qui est de plus en plus difficile en fait. Alors après je sais que ça ne touche pas la Sras, mais le migrant qui n'a pas de place en Cada (centre d'accueil de demandeurs d'asile), qui du coup se retrouve en foyer d'hébergement d'urgence et qui du coup pique la place à la cloche, au clochard lambda, du coup le clochard lambda, va avoir des troubles du comportement parce qu'il se met en colère, bah le collègue animateur va être obligé de faire face à des propos racistes et lui-même se retrouve en porte-à-faux ».

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

De fait, la modification de ce registre repérée à la fin des années 1990 est aujourd'hui toujours opérante. Mais Didier Fassin note bien que loin d'être une modification réelle du ressenti des personnes concernées, c'est plutôt « la consécration d'un discours et l'officialisation d'une pratique qui légitime une nouvelle manière d'administrer la question sociale » (Fassin, 2004, p. 13). Cette pratique basée sur l'écoute, analyse l'anthropologue, vient également pallier le ressenti d'une impuissance généralisée des travailleurs sociaux. En effet, les moyens pour venir en aide concrètement et matériellement à cette pauvreté grandissante sont réduits. L'écoute vient combler ce sentiment d'impuissance. C'est un constat que fait Delphine Serre dans thèse sur les assistantes de service social (2004). Elle

démontre que si certaines assistantes sociales sont tentées d'adopter un « *relativisme matérialiste* » sur les situations de pauvreté qu'elles rencontrent, l'inefficacité de leur action face à ces dimensions matérielles les conduit à d'autant plus adopter une approche psychologisante, dans laquelle leur action en tant que professionnelles est reconnue et valorisée et ne reste ainsi pas vaine. François Sicot affirme lui aussi que : « *Reconnaître que l'inadaptation sociale résulte de facteurs économiques et sociaux, c'est admettre implicitement l'inutilité d'un travail éducatif auprès des personnes qui relèvent de cet intitulé* » (2001, p. 144). À ce titre, le rapport Strohl-Lazarus donne lui-même cette réalité : « *Vous souffrez, je ne peux rien vous offrir pour changer votre situation, mais nous pouvons parler souffrance dit un psychiatre* » rapporte l'écrit.

Ainsi, une certaine porosité entre santé mentale et travail social semble s'être réinstallée aux confins de cette complexe histoire. Paul Jacques note que l'« *on voit se développer des pratiques cliniques dans les "interstices" sociaux : des psychologues font du «social» et des travailleurs sociaux font de «l'écoute» auprès de jeunes en difficulté, dans des cités, auprès de chômeurs de longue durée, auprès de sans-papiers, de SDF* » (Jacques, 2004, p. 21) Au sein de la Sras un travailleur social m'a d'ailleurs affirmé lors de ma recherche qu'« *ici à la Sras, on est entre le psy et le social* ».

Mais la légitimité politique que revêt la notion de souffrance n'est pas sans conséquences. Les sociologues ont ainsi déconstruit ce nouveau registre basé sur la souffrance. Pour Ulrich Beck, « *dans ce contexte, vivre sa vie, cela équivaut à résoudre sur le plan biographique les contradictions du système* » (2001, p. 293). Pour Didier Fassin, la question des inégalités sociales se retrouve transposée dans un registre psychologisant. Toutefois, Didier Fassin analyse également que cette extension du domaine de la santé mentale s'accompagne aussi d'un certain mouvement de « *dépsychiatisation* ». Dans la continuité de la pensée ayant porté les politiques de sectorisation, la psychiatrie, en s'élargissant, se

veut également moins médicale et moins stigmatisante (2004, p.37).

En effet, de nombreux psychiatres revendiquent de ne pas « *psychiatriser la misère* » et se défendent ainsi de toute entreprise de contrôle social des pauvres. Fassin montre que si le nombre de psychologues augmente considérablement, ceux-ci ne sont pas nécessairement embauchés pour faire de la psychologie, mais exercent d'autant plus des missions d'action sociale au sens large. D'ailleurs, Marcel Jaeger note que le travail social émet aussi des craintes quant à l'intervention de la psychiatrie sur son domaine. « *Du côté du travail social, les inquiétudes ne sont pas moins vives. Le mouvement opéré par la psychiatrie publique réactive la crainte d'une psychiatisation du social, sous la forme du fantasme d'une relation non protégée. Cette crainte s'alimente, par ailleurs, des mises en garde faites par les psychiatres eux-mêmes* » (Jaeger, 1998, p. 146-147).

Ainsi, il nous apparaît que le terme de porosité semble inadéquat pour qualifier le processus à l'œuvre. Comme nous l'avons déjà remarqué plus largement au sujet de la santé, la confrontation empirique de cette porosité analysée théoriquement s'avère en réalité beaucoup plus complexe. Supposer qu'une porosité se réinstalle en ce qui concerne les frontières de la santé mentale et du travail social induit que la rencontre de ces deux champs est harmonieuse. Or, la recherche empirique que nous menons témoigne d'une réalité plus complexe, qui mêle des enjeux de domination et de légitimité.

A cet égard, c'est bien plutôt la légitimité sociale et politique de la souffrance psychique que révèle notre recherche. Ainsi, il ne semble pas tant que les psychiatres souhaitent volontairement étendre leur pouvoir auprès de cette nouvelle catégorie de population. Analyser l'omniprésence des références psychologiques au sein de la Sras par ce seul prisme semble simplifier la réalité sociale. Comme nous l'avons plus justement vu au sein de cette partie, la souffrance est devenue un registre légitime localement, mais surtout politiquement : « *Le recours au*

soutien psychologique est devenu en soi un projet d'insertion, validant en quelque sorte la bonne volonté du candidat au revenu minimum », note Fassin (2004, p. 52). De fait, notre recherche ne révèle peut-être pas tant l'évolution des frontières du travail social et du champ sanitaire, mais plutôt le socle des références légitimement employables pour les travailleurs sociaux.

3. « Les troubles psy » mis en discours

Il nous faut désormais analyser dans quelle mesure le registre de la psychologie et de la psychiatrie, devenu politiquement légitime, se manifeste donc dans le registre concret qui est employé à la Sras. Comment la sanitarisaiton dans le registre de la santé mentale des situations des résidents est-elle mise en discours ? À ce titre, Sylvie Faizang a analysé combien le discours sur la maladie – en l'occurrence sur l'alcoolisme – était socialement construit et qu'il importait de saisir les fondements de ce registre (Faizang, 1994, p. 69-99). En effet, en étudiant le discours sur la maladie, Faizang analyse que l'interprétation qui en est donnée influence les choix des acteurs concernant la prise en charge de cette situation pathogène. Revenons ainsi sur le sens, le discours et les interprétations que les intervenants de la Sras formulent à l'égard de la maladie mentale.

Au sens des travailleurs sociaux, ainsi qu'au sens des résidents eux-mêmes, la maladie mentale est omniprésente dans l'institution. À de nombreuses reprises, j'ai entendu que la Sras serait devenue « l'annexe de l'HP ». Objectivement, des admissions de la part de l'hôpital psychiatrique ont été réalisées quelques années après l'ouverture de la structure. Dans les entretiens menés avec les travailleurs sociaux de la Sras, je leur ai tous posé la question : « *Le public de la Sras a-t-il évolué ?* » et la réponse de l'ensemble des travailleurs sociaux, sans exception, fut celle de « *L'augmentation des troubles psy* ». Écoutons-les :

« Bah il y en avait aussi avant, des sacrées personnes. Il y en avait aussi avant et peut être qu'on manquait encore de recul, mais en tout cas, c'est la réalité. On a beaucoup de cas psy, on a beaucoup de gens addicts à l'alcool et puis beaucoup de cas psy et puis des fois les deux. »

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

« Bah évolué oui, parce qu'avant on avait moins de problèmes psy... Peut-être qu'on intervenait moins à ce niveau-là, mais là ouais il y a de plus en plus de pathologies psy. Ça on l'a vu hein. C'est pour ça qu'on s'est donné quand même un seuil quoi. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Chloé : « Et justement est-ce que tu as vu une évolution du public depuis que tu es là, depuis 10 ans ? »

« Moi le premier jour que je suis arrivée il y avait un gros cas psy, ça c'est sûr, mais il n'y avait pas autant de gens qui étaient un peu schizophrènes et tout ça. Ça a évolué à ce niveau-là. Ça a évolué au niveau des cas psy. Ça a évolué vachement, on en a plus. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Chloé : « Et est-ce que tu as vu des évolutions quand même du public de la Sras depuis que tu y es ? »

« Oui, il y a une évolution, mais une évolution de façon négative pour moi. Parce qu'on reçoit de plus en plus de profils psy chez nous ici, il y a de plus en plus de profils psy. Et puis aussi euh, le vieillissement du public. »

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

« On avait vraiment des gens beaucoup plus difficiles, c'était vraiment des purs et durs, des SDF, des clodos, il n'y avait pas encore cette notion de psychiatrie si tu veux. Mais

elle est venue très rapidement parce que à peine deux trois ans après que je sois arrivé déjà on a commencé à accueillir des gens de l'HP. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Cette augmentation fait réellement sens pour l'ensemble des travailleurs sociaux. Ainsi, même les professionnels les plus récemment arrivés me témoignent de cette augmentation, alors qu'il semble peu probable qu'ils l'aient eux-mêmes perçue en quelques mois. C'est donc un discours qui fait consensus pour l'ensemble des professionnels. D'une certaine manière, les résidents eux-mêmes m'ont également témoigné de ce ressenti : « *Ils sont tous à moitié zinzin là-dedans !* » me dit un jour un résident. Dans leur discours, il est souvent question du fait qu'il s'agit de la « *maison des fous* ». Ce discours est d'ailleurs beaucoup plus marqué chez les résidents récemment arrivés. Ainsi, deux résidents reçus en entretiens quelques semaines après leur arrivée me disent :

« Vous voyez bien les résidents, point de vue communication, point de vue discussion... on se rend bien compte qu'il y a pas mal de gens qui sont handicapés et bon, point de vue QI, ce n'est pas évident (rit). »

Monsieur Durant, 54 ans,
résident depuis 2 mois

« Par contre il y a un gros problème : ici ce n'est pas un foyer, c'est une maison de retraite, d'handicapés, voilà, pour moi, dans ma tête à moi (...) ils sont tous à moitié... à moitié secoués, à moitié morts (rit). »

Monsieur Depaille, 55 ans,
présent depuis un mois

Il y a donc un certain consensus sur le fait que les troubles de santé mentale seraient omniprésents au sein de la Sras. Dans mes entretiens avec les professionnels, après leur avoir demandé s'il y avait une évolution du public, je les ai questionnés sur les raisons de cette augmentation. Très largement, les professionnels m'ont

témoigné du fait qu'ils étaient devenus « plus vigilants sur ces questions ».

« C'est ça le clochard aujourd'hui, le côté psychiatrique il devait certainement exister il y a quarante ou soixante ou même une centaine d'années, mais il n'était pas pris en compte. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

« Au début la Sras c'était vraiment la problématique alcool, il y avait moins de places aussi, je crois que c'était trente-cinq places, un truc dans le genre et là enfin au niveau de la dimension psychiatrique, je crois que, Hélène elle prépare trente-cinq ou trente-huit traitements, ce qui est quand même énorme. Et donc en fait bah je pense que c'est lié bah avec la vie de la rue, mais avant tout l'aspect psy des gens de la rue on ne le prenait pas en compte, on mettait un peu tout sur le compte de l'alcool alors que maintenant, voilà, il y a vraiment ça qui est pris en compte, je pense aussi que l'EMPP, la création de l'EMPP a beaucoup joué là-dessus, donc ouais il y a ça. »

Henri, conseiller en économie sociale et
familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Ainsi, au sens des travailleurs sociaux, les troubles de la santé mentale auraient surtout été révélés, nommés et pris en compte lorsque l'EMPP a commencé à intervenir auprès des résidents de la Sras et qu'eux-mêmes ont progressivement aiguisé leur regard sur ces questions. Mais au-delà du changement de leur perception qui est unanimement mis en avant dans leurs discours, une seconde raison est également invoquée ; celle de l'évolution de leur public lui-même. Il y aurait en quelque sorte un avant, avec des « vrais clochards » et un après, avec des personnes ayant des « profils psy » :

« À un moment donné on en a eu marre de suivre les cas psychiatriques lourds. On disait "on n'est pas l'annexe", parce que c'est usant aussi ce côté psychiatrique. L'alcool on peut gérer si tu veux. C'était usant aussi, donc on a dit on arrête, c'est bon on en a dix ou

quinze, on ne peut plus : recevons des SDF (Sans Domicile Fixe) normaux quoi (rire). »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Chloé : « Et tu parlais tout à l'heure des clochards, est-ce que pour toi il y en a qui ont toujours ce profil-là ? »

« Non, non c'est fini non non. Les clochards ne viendront pas à la Sras. Sauf Sylvain. Sylvain, c'était pas un SDF, c'était un clochard. »

Habib, travailleur social non diplômé, 55 ans, 19 ans d'expérience

« Des SDF, oui, pour moi quand ils arrivent, un gars comme Bonnet, effectivement s'il n'était pas à Michel, c'est le gars qui traîne quoi, mais Michel oui c'est SDF... il y a plus les clochards d'antan, il y a plus, ces gens-là sont morts pour la plupart, ou ont peut-être fait leur vie autrement, quand je suis arrivé, il y avait beaucoup de gens un peu comme Sylvain. Des anciens, mais vraiment, des vraiment quoi, beaucoup n'étaient pas sous médicaments. Sylvain quand il est arrivé il ne prenait pas de médicaments, c'était l'alcool. »

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

« Tu avais des odeurs... Une fois je suis rentrée dans une chambre, le monsieur il avait des vers, il faisait caca vert, du... des vers. Il avait fait caca dans sa chambre et il y avait des vers partout, oh mais ça m'avait choquée ça, de voir à ce point-là ! Je suis arrivée un monsieur il avait les ongles longs comme ça ! Soi-disant qu'il ne voulait jamais faire sa douche et tout, mais oh là là mon dieu, les cheveux collants jusque-là, c'était vraiment les clochards, il y en avait quand même une petite palanquée de clochards, bien clochards hein ici. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Au-delà de ces extraits d'entretiens, ce mouvement apparaît fréquemment dans le discours

quotidien des travailleurs sociaux. Par exemple, lors de la synthèse au sujet d'un résident, le chef de service prend la parole et affirme que la situation sur laquelle ils échangent est vraiment *« un cas d'école qui explique bien ce passage des gens dans l'errance et dans la clochardisation aux profils d'aujourd'hui, avec de plus en plus de troubles psychiatriques »*. L'interrogeant en entretien quelques jours plus tard, le chef de service sera alors beaucoup plus prudent sur cette question. S'il concède qu'il y a effectivement eu une augmentation des personnes présentant des troubles de santé mentale, il trouve cela *« très difficile à objectiver »*. Il y a pourtant un réel régime d'historicisation entre un « avant » et un « après » qui fait sens pour les travailleurs sociaux.

Ainsi, nous pouvons analyser qu'au sens des professionnels, les troubles mentaux, perçus comme augmentant, sont soit le fait de la modification de leur regard, ou bien de l'entité des « clochards » elle-même, qui aurait désormais plus de troubles de la santé mentale presque par essence. Finalement, il y a donc un double registre de *« mise en accusation de la maladie »*, pour reprendre les termes de Sylvie Faizang (*ibid.*) : le regard du professionnel et l'évolution des parcours des personnes vivants à la rue.

Au-delà de ces deux registres observés au sein de la structure, les entretiens réalisés avec d'autres professionnels que des travailleurs sociaux m'ont permis d'identifier un autre registre concernant la maladie mentale, récusant l'idée qu'il y aurait une augmentation de ces troubles :

« Mais non, je pense que c'est quelque chose qui a toujours existé dans le milieu de la rue, c'est la première chose qu'il faut chercher hein, c'est savoir s'il n'y a pas une pathologie psychiatrique sous-jacente chez les patients qui sont en errance. »

Médecin addictologue, 42 ans, travaillant avec la Sras depuis 12 ans

« À la rue il y a, depuis que moi je travaille dans ce domaine-là, il y a une statistique qui est constante, qui apparemment est valide,

il y a au moins 30 % des gens qui sont à la rue qui ont des troubles psychiatriques vrais, c'est-à-dire une vraie dépression mélancolique ou alors une vraie schizophrénie, ou alors une vraie paranoïa, une vraie psychose maniaco-dépressive, maintenant on dit un trouble bipolaire, voilà. »

Psychologue, 54 ans, travaillant depuis
21 ans à l'EMPP

« La souffrance psychique à la rue, oui c'est une chose, les vraies pathologies psychiatriques, en fait il n'y a qu'un tiers des SDF qui souffrent de pathologies psychiatriques et ce chiffre là il est quand même relativement, stable depuis euh... La première étude que je connais ça doit être avant la création de l'EMPP, donc début des années 1990, le chiffre est stable en fait, il y a toujours 1 % de schizophrènes dans la population générale et un tiers de maladies psychiatriques sévères chez les SDF, c'est assez stable. »

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

« Oh non moi je pense qu'il y avait toujours des gens qui ont des troubles psy et qui utilisent l'alcool comme médicament. Pour aller mieux. Et c'est aussi un des problèmes de l'abstinence, il y a beaucoup de gens aussi qui malheureusement quand ils arrêtent de picoler, quand ils ont plus l'alcool, ils sont tellement malheureux qu'ils ne sont pas en capacité de faire un travail de réflexion et alors après ils vont être shootés avec des médicaments ou l'alcool... »

Richard, infirmier psychiatrique retraité,
65 ans, 37 ans d'expérience à Envol

Chloé : *« Et ils constatent qu'il y a de plus en plus de problématiques psychiatriques chez les personnes qu'ils accompagnent... »*

« Ça je pense qu'elles ont toujours été là, moi je pense. »

Chloé : *« C'est de l'ordre du ressenti ? »*

« Oui je pense, enfin c'est un grand classique hein, les gens de la rue... Je ne sais pas les

statistiques, mais dans les gens de la rue il y a une grosse proportion de gens qui ont des problèmes psychiatriques. »

Infirmier, 36 ans, cadre du service des
urgences psychiatriques,
anciennement cadre de l'EMPP

Ces nombreux extraits d'entretiens permettent de bien montrer qu'il existe une réelle opposition sur ce discours entre les travailleurs sociaux travaillant à la Sras en interne et les professionnels du monde de la santé. Cela témoigne notamment du fait que la perception du trouble de santé mentale, à l'instar de toute maladie, relève d'une certaine construction sociale. La maladie ne se donne pas en soi et cet étiquetage ne fait jamais l'économie d'une interprétation qui est le fruit d'une socialisation particulière, en l'occurrence professionnelle.

Toutefois, un registre, assez peu retrouvé dans mes entretiens, contrairement à mes prénotions, est celui de la mise en accusation du milieu hospitalier. En effet, par la sectorisation de la psychiatrie et la réduction des moyens de l'hôpital psychiatrique, je m'attendais à rencontrer ce discours de mise en accusation. Cependant, je n'ai que très rarement entendu ce discours de la part des travailleurs sociaux, considérant plutôt que « leur public », constitue une entité qui a elle-même évolué, ou bien que c'est leur regard qui a changé. Néanmoins, deux professionnelles m'ont fait part de ce discours de mise en accusation du système hospitalier. Il s'agit de l'infirmière titulaire de la Sras ainsi que de sa remplaçante :

« Si je compte, là, ils sont une majorité de gens-là qui sont issus de la psychiatrie quand même. Je veux dire que c'est la psychiatrie qui fait plus son origine (...) Depuis une quinzaine d'années hein, c'est que l'hôpital ça bascule, à partir du moment où on a dit il faut faire du chiffre, il faut rentabiliser il faut s'occuper que de la vraie psychiatrie, de la vraie maladie mentale. »

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

« Les nouveaux arrivants depuis, présentent de plus en plus de pathologies psy, c'est une réalité, c'est un constat qu'on fait, peut-être dû au fait qu'à l'hôpital psychiatrique ils prennent plus, enfin ils évitent d'avoir justement des pathologies au long cours, hospitalisés, ils en veulent le moins possible, donc du coup bah ils sont bien obligés de les mettre quelque part et il suffit que ce soit des personnes dépendantes à l'alcool bah du coup c'est pour nous, voilà, c'est le constat. Après bon bah voilà, après je veux dire on n'y peut rien, c'est la conjoncture, avant ces personnes-là auraient été hospitalisées à l'HP, ils seraient restés, alors que là ils les ont un certain temps, ils les orientent et voilà c'est pour nous. »

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Ainsi les infirmières exerçant à la Sras créditent l'augmentation des troubles – à l'instar des travailleurs sociaux qui sont leurs collègues au quotidien -, mais rationalisent cette évolution au regard des changements de l'institution hospitalière, à la différence des professionnels sociaux. Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'infirmière titulaire de la Sras, si elle pose d'emblée les changements de l'hôpital comme explication, revient plus tard dans l'entretien sur ce lien qu'elle a établi, se rapprochant alors d'une certaine mesure des explications formulées par les travailleurs sociaux :

« Je note la même évolution du coup au sein de la population vieillissante avec le passé de rue, il y en avait moins avant, il y en a plus maintenant. Alors est-ce que c'est le fait que l'hôpital psychiatrique ne les prend plus en charge ou est-ce que c'est une évolution générale de la population, voilà... on ne peut pas savoir, mais j'ai remarqué, c'est le même constat, ou des enfants, ou des adultes. »

Hélène, infirmière, 65 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Ainsi, ce double discours d'Hélène permet de révéler que l'infirmière de la structure témoigne d'une double socialisation : à la fois celle de son

exercice d'infirmière diplômée d'État, tout en étant une infirmière exerçant quotidiennement auprès de travailleurs sociaux. Cette double socialisation permet d'expliquer la double approche qui règne dans son discours.

De fait, cela nous permet de comprendre que l'appréhension de la maladie mentale est construite socialement et varie en fonction de nombreux facteurs, en l'occurrence en fonction de la socialisation professionnelle. Pour autant, au sein même des travailleurs sociaux, il perdure de nombreuses différences d'appréhension de la maladie mentale, malgré un apparent consensus. Ainsi, les questionnant sur le nombre de personnes qui à leur sens témoignent d'une maladie mentale, les chiffres qui m'ont été rapportés sont extrêmement variables :

Chloé : « Et pour toi il y en a combien-là qui ont des troubles psy ? »

« Bah tous. Tous. Tous. Peut-être pas Monsieur Jean qui est arrivé il n'y a pas longtemps, je ne sais pas encore, il n'a pas de traitements. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

« Enfin franchement moi j'avais compté, je dirais trente, une trentaine. Après, dans ma maladie mentale est-ce que tu prends en compte la dépression ou pas ? »

Chloé : « Oui oui. »

« Ouais bah une bonne trentaine. »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

« Bah quelque part tu te dis ils en ont peut-être tous un peu des problèmes psy, hein... Mais, les plus graves, bon bah c'était notre Roger, c'est sûr, t'as Stéphane Rolland qui a pas l'air comme ça, qui fait pas de bruit mais qui est un cas lourd hein, c'est lourd Stéphane Rolland. »

Lynda, conseillère en économie sociale et
familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

« C'est difficile à dire mais on pourrait dire, je ne sais pas, j'aurais envie de dire 50 %. Je n'ai pas compté, je n'ai pas vérifié, mais 50 % pas plus, parce que si on prend à l'envers, Michel, Bernard, je sais pas moi, on peut en citer. Marcel Bertrand, ouais on me dit que... Alors des fois c'est des épisodes. C'est des périodes et puis des fois on voit qu'il fabule quand même, mais ce n'est pas des cas graves. »

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

Ainsi, nous pouvons nous apercevoir que la perception de la maladie est fluctuante et procède donc d'une construction sociale sous-jacente. Comme le note Lise Demailly : « *Le diagnostic, comme pratique concrète, met en jeu des modes de catégorisation non consensuels, disponibles dans la société, soit sous forme de systèmes de représentation peu formalisés, soit sous forme de classifications standardisées, elles même débattues dans le monde médical (...) plusieurs facteurs jouent donc sur les modes de catégorisation spontanés mis en jeu dans les segmentations non standardisées : la profession, le cadre d'exercice (libéral, public), les connaissances en psychiatrie, les représentations du cœur du métier, les modes de financement des soins* » (2011).

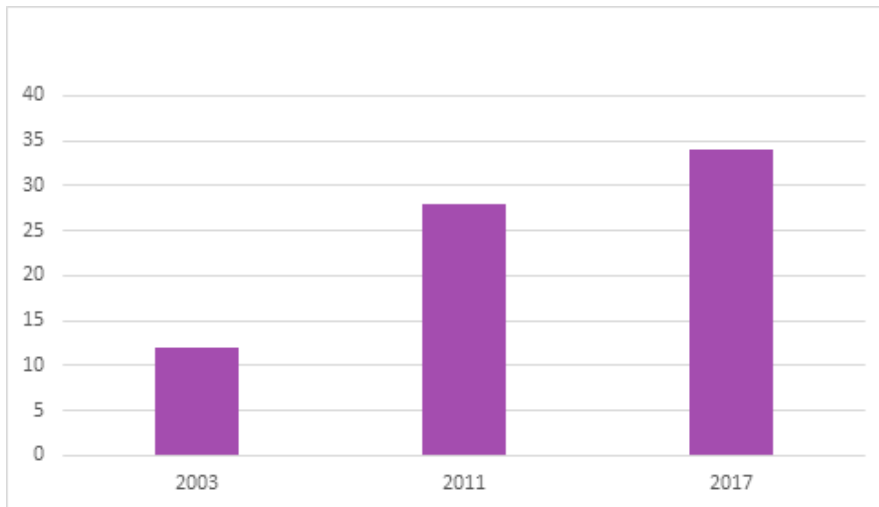
Par ailleurs, un retour sur les archives que nous avons étudiées nous permet de saisir en partie l'évolution dans le temps de la perception par les professionnels des troubles de santé mentale. Ainsi, les premiers rapports d'activité étudiés parlent des « nerveux » pour qualifier les personnes ayant des troubles de santé mentale, quand aujourd'hui, l'appellation de « souffrance psychique » prévaut. Cette évolution dans l'appellation révèle finalement que la prise en charge des personnes considérées comme relevant de la santé mentale n'est en réalité pas nouvelle : « *Dès la fin de l'année 1998, des personnes sont admises présentant dans leur problématique une composante psychiatrique importante, diagnostiquée ou non, avec un suivi ou non. Ces personnes peuvent bénéficier d'un traitement médicamenteux lourd de type piqûre*

de retard et consommer de l'alcool. La Sras vise une stabilisation et un équilibre de vie moins pathogène, en travaillant sur la qualité de vie, ce qui vaut autant pour les personnes relevant de cette problématique » (rapport d'activité, 1999). À l'instar du discours recueilli en entretien, les rapports d'activité avancent une augmentation du profil de ces personnes : « *nous constatons une évolution du profil des personnes accueillies qui présentent de plus en plus de troubles de santé mentale et notamment de comportement, associé à une problématique d'addiction à l'alcool (là-dessus pas de changement). Les troubles dépressifs sont également en augmentation sensible.* » (rapport d'activité, 2001).

Mais cette constante tentative des travailleurs sociaux de quantifier cette augmentation ressentie se heurte au non accès au diagnostic médical officiel. De plus, la notion de « *souffrance psychique* », qui apparaît dans le rapport d'activité de 2005, vient d'autant plus brouiller cette frontière entre le normal et le pathologique, comme nous avons pu le voir dans notre développement sur la question de la souffrance psychique. Malgré cela, les tentatives des travailleurs sociaux pour quantifier leur propension furent nombreuses : ils dénombrent à douze les personnes présentant une pathologie mentale en 2003, soit le quart des résidents de la Sras. En 2011, vingt personnes sont considérées comme ayant une « *pathologie lourde* » (de type psychose ou trouble du comportement) et huit présentent une pathologie plus légère. Selon le chef de service de la Sras, en 2017, ils seraient quatorze relevant d'une pathologie psychiatrique sévère et vingt d'une pathologie psychiatrique légère. Dans ce cadre, force est de constater que la propension de personnes considérées comme ayant « *un trouble psychiatrique* » de manière globale a augmenté, comme le résume le graphique page suivante.

La question de l'augmentation des troubles est toutefois difficilement traitable de manière sociologique. En effet, il est impossible, sauf en réalisant une recherche très longue, d'analyser les changements de perceptions des catégories de pensée des professionnels qui peuvent les conduire à d'autant plus identifier, traduire, des

▼ Figure 1 - Chiffrage du nombre de personnes ayant des troubles de la santé mentale selon les travailleurs sociaux



comportements dans le champ de la santé mentale. La partie précédente nous a éclairé sur le fait que la santé mentale était devenue un registre légitime, tout autant socialement que politiquement. Cette propension du recours à la santé mentale pour les travailleurs sociaux est sans doute en partie à interpréter au regard de cette légitimité du registre de la santé mentale, permettant de dire les difficultés des résidents, ainsi que celle des professionnels. Ainsi, en mettant en discours leurs difficultés quotidiennes au regard des troubles psychiques, les travailleurs sociaux s'inscrivent dans un registre qui est understandable. Une fois de plus, cette analyse nous conduit à penser que la Sras ne produit pas son discours en retrait des évolutions sociales contemporaines.

Plus encore, la sociologie a largement démontré en quoi les individus avaient l'injonction d'être performants dans toutes les parcelles de leur vie sociale. A l'opposé de « *l'individu en quête de performance permanente, on retrouverait tous ceux et celles qui n'ont pu bénéficier de supports sociaux, économiques ou culturels suffisants pour se construire en tant qu'individus autonomes* », note Didier Vrancken (2006, p. 27-28). Alain Ehrenberg analyse d'ailleurs que « *Chacun est aujourd'hui inégalement confronté à l'incertitude d'avoir à arrimer sa conduite sur lui-même* » (Ehrenberg, 1995, p. 304). Mais il est notable de constater que la prise en charge

de ces personnes éloignées de ce standard du « *culte de la performance* » (Ehrenberg, 1991), font face à un traitement – tout du moins à la Sras – dans lequel les travailleurs sociaux tentent de réinjecter cette norme, en la traduisant dans le registre de la souffrance individuelle.

Toutefois, il est probable que la légitimité sociale et politique du recours à la santé mentale ne soit pas la seule raison qui puisse expliquer l'ensemble des situations concrètes dans lesquelles les situations des résidents sont traduites dans le domaine de la santé mentale. Ce processus de traduction fait appel à une pluralité de fondements qu'il va s'agir d'étudier. De plus, si nous avons démontré que la psychologisation et la psychiatrisation prenaient une ampleur notable au sein du travail social ainsi qu'au sein de la structure que nous étudions, il faut également noter que toutes les situations ne font pas l'objet d'une sanitarisation dans le registre de la santé mentale. Si nous arrêtons notre analyse à ce stade, il serait tentant de penser la sanitarisation dans le registre de la santé mentale comme un processus unilatéralement appliqué à toutes les situations rencontrées. Or, l'expérience du terrain montre que la réalité sociale est plus complexe et fine que cela. Comment expliquer que des situations d'apparences similaires, par exemple une personne enfreignant le règlement par rapport à l'alcool, fassent tantôt l'objet d'une lecture

répressive, tantôt l'objet d'une interprétation psychologisante ? Sur quels critères se fonde finalement l'adhésion des travailleurs sociaux à un registre psychiatisant ?

4. Les fondements de l'adhésion à la sanitarisation dans le registre de la santé mentale

« *La folie ou la dépression ont ainsi des raisons que la raison médicale ne connaît pas* », notent Alain Ehrenberg et Anne Lovell (2001, p. 31). En effet, à l'instar de toute maladie, la maladie mentale fait l'objet d'une construction sociale de la part d'une pluralité d'acteurs. Eliot Freidson (1984) avait défini la médecine comme seule compétente sur cet étiquetage de la « maladie ». Néanmoins, force est de constater dans l'étude que nous menons, que les travailleurs sociaux jouent un rôle central dans ce processus de définition de la maladie mentale. En effet, présents au quotidien auprès des personnes qu'ils accompagnent, les travailleurs sociaux de la Sras exercent une action d'interprétation constante des situations qu'ils observent. Comme le note François Sicot : « *Les acteurs sociaux dans leur ensemble, bien qu'avec des ressources différentes, produisent du médical. Les normes médicales sont coproduites dans des négociations, des argumentations, des interactions entre des acteurs mobilisés par des intérêts et des logiques qui leur sont propres* » (2001, p. 206).

On constate depuis longtemps qu'une pluralité d'acteurs interviennent en réalité dans la construction sociale de la maladie, il reste que très peu d'études se sont intéressées à la manière dont les travailleurs sociaux interprètent la maladie mentale et à quels critères ils se réfèrent. Une seule étude en ce sens a pu être relevée : le travail de François Sicot, qui a étudié, à partir de questionnaires et de participations à des commissions du travail social, un certain nombre de variables déterminant les critères constituant une maladie mentale aux yeux des travailleurs sociaux. Par cette étude il a égale-

ment démontré dans quelle mesure la situation de classe, notamment lorsqu'il s'agit des classes populaires, influençait l'étiquetage de la maladie. En effet, l'épidémiologie, mais également la psychologie, ont posé à de nombreuses reprises que la pauvreté et la maladie mentale étaient corrélées, au nom d'une expérience de vie induisant de la souffrance. Sociologiquement, François Sicot a démontré que ce lien entre santé mentale et pauvreté est d'autant plus le fruit d'une construction sociale. Les classes populaires sont en effet plus souvent qualifiées comme ayant des troubles de santé mentale, mais cela peut s'expliquer par leur distance avec la classe sociale des psychiatres. De plus, la qualification d'une personne comme relevant de la « maladie mentale » procède en premier lieu d'un comportement jugé déviant. Cette déviance n'est pas sans lien avec le monde social dans lequel nous vivons. De fait, la conception de la déviance varie largement en fonction de la classe sociale à laquelle la personne appartient.

La déviance est ainsi une variation face à une norme socialement construite. À ce titre, Lise Demailly analyse que : « *Les diagnostics savants ne sont pas, quant à la désignation de l'anormal, en rupture profonde avec le sens profane. Le travail psychiatrique est étroitement articulé à la demande sociale de maintien de l'ordre, de protection de la normalité et il est donc dépendant des normes sociales à une époque et une culture donnée* » (Demailly, 2011, p. 29). Ainsi, étudier ce qui constitue une déviance permet de saisir les normes sociales propres au milieu étudié. En considérant que la déviance constitue un phénomène social dans lequel les travailleurs sociaux jouent un rôle de régulateurs, nous induisons le fait que les travailleurs sociaux sont ainsi des entrepreneurs de morale, au sens de Howard Becker (1985). Comme le note Jean-Yves Dartiguenave, « *le travail social n'est nullement extérieur à la production et à l'imposition des normes sociales. Il en est au contraire clairement partie prenante* » (2010, p. 54).

Pour autant, comme nous l'avons dit, toutes les situations de déviations au sein de la structure ne font pas l'objet d'un étiquetage dans la

sphère de la santé mentale. En effet, c'est parfois le registre répressif qui prévaut pour réguler ces déviations catégorisées. Il s'agit donc d'observer celles qui relèvent de ce processus de sanitarisation dans le registre de la santé mentale et celles qui y échappent. Les travailleurs sociaux s'accordent ainsi parfois pour dire qu'un résident, qui s'est par exemple trop alcoolisé à leur sens, mérite une sanction et le registre compassionnel n'est en aucun cas sollicité : « *Il se fout de notre gueule, il va aller prendre l'air à Michel !* ». Les travailleurs sociaux comparent souvent d'ailleurs les situations entre elles : « *Ce n'est pas comme monsieur Laforgue, qui pour moi est vraiment malade, il y a une différence entre les deux* ».

Cette catégorisation entre les résidents qui relèvent du domaine de la santé mentale et les autres, si elle est intéressante à analyser pour le sociologue, ne fait aucunement l'objet d'une réflexivité pour les professionnels. Ce triage est opéré « naturellement » au sens des travailleurs sociaux. Marine me dit ainsi en entretien :

« C'est assez bizarre parce que je dirais que ça se fait assez naturellement dans le repérage des personnes qui ne vont pas bien, on va en parler ouais spontanément, ouais. Et heureusement, que ça se fait comme ça d'ailleurs, parce qu'on n'a pas à se poser et à dire « hum qui ne va pas bien ? ». »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

Cette opération de catégorisation est donc unanimement partagée comme relevant de ce qui va de soi. François Sicot note ainsi que « *Les signes manifestant la présence de troubles mentaux sont paradoxalement à fois difficiles à isoler et évidents (...)* Si la question est difficile pour les intervenants, c'est qu'elle porte sur ce qui va de soi, sur ce qui ne se réfléchit pas puisqu'il est supposé être évident » (2001, p. 131). Le sociologue a toujours beaucoup à apprendre en analysant ce qui constitue quelque chose d'évident pour les acteurs qu'il rencontre. En effet, catégoriser une personne comme relevant de la santé mentale n'a en réalité rien d'un processus

naturel. Il s'agit donc de déconstruire et de comprendre ce qui sous-tend cette conception naturalisée des professionnels.

Toutefois, la catégorisation entre les sujets troubles et les sujets sains au sein de la Sras ne constitue pas une ligne de partage claire et précise, d'où une difficulté supplémentaire à notre analyse. Comme nous l'avons vu, certains travailleurs sociaux considèrent même que « *tous les résidents* » présentent des troubles de la santé mentale. Ce triage est donc poreux et variable selon les professionnels eux-mêmes.

Les études au sujet de la maladie mentale notent que la distinction entre sujet sain et sujet pathologique repose sur le fait que le malade mental est considéré comme n'étant pas responsable de ses actes. Talcott Parsons a en effet montré que la maladie mentale était une déviance au même titre que la criminalité ou la délinquance, mais que la maladie constituait une forme particulière de déviance dans la mesure où la personne n'est pas tenue comme responsable de ses actes déviants (Parsons, 1951). Cependant, cette distinction entre des résidents qui seraient « *responsables de leurs actes* » et d'autres qui ne le seraient pas n'est une fois de plus pas nette dans l'établissement que nous étudions. J'ai ainsi à plusieurs reprises entendu des phrases telles que : « *C'est pas parce qu'il est malade qu'il peut tout se permettre* » ou encore « *Sa maladie ne va pas l'excuser !* ». Ces phrases témoignent du fait que, face à des comportements déviants de personnes pourtant catégorisées comme ayant des troubles de la santé mentale, ces derniers sont parfois, dans certaines situations, ou par certains professionnels, considérés comme étant responsables de leurs actes. De fait, la catégorisation qui se joue au regard de la santé mentale varie vraisemblablement au regard de nombreux critères, qui peuvent à la fois se rapporter à l'acte commis lui-même, mais également au professionnel qui fonde cette catégorisation.

Ainsi, l'ethnographie que nous réalisons nous permet de venir questionner ce postulat initial qui permettait de comprendre le triage

opéré entre les personnes relevant de la santé mentale et les autres. Les professionnels de santé tentent pourtant de faire intégrer cette variable de la non responsabilité des malades mentaux aux professionnels du travail social, mais ces derniers y semblent réticents. Une professionnelle a, par exemple, reçu un coup au visage de la part d'un résident lors d'une consultation avec un psychiatre. Le résident fut alors immédiatement hospitalisé sous contrainte au sein de l'hôpital psychiatrique. Quelques semaines plus tard, son psychiatre informe la Sras que l'acte du résident était entièrement involontaire, que le patient était en train de « décompenser » et que la structure pourrait donc à nouveau l'accueillir. Néanmoins, le chef de service a refusé que la personne revienne et l'équipe a mis en doute cette non responsabilité du résident dans cet acte : « *Il lui a quand même fracturé le nez !* ». Il y a donc une appréhension différente en fonction de la socialisation professionnelle quant à cette norme de la non responsabilité du malade mental : écoutons une infirmière exerçant en psychiatrie à ce sujet :

« J'ai des exemples comme ça où l'animateur va dire, oh oui mais il faut toujours lui dire... Mais je lui dis, tu sais que c'est quand même un psychotique et quels troubles ça amène et ben c'est sûr qu'il peut penser que l'autre il y met de la mauvaise volonté ou qu'il y a un problème alors que non, c'est sa psychose qui le rend comme ça. »

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

Au-delà de ces différentes conceptions de la maladie mentale, ce qui nous intéresse dans ce chapitre est également de saisir les différences concrètes dans les prises en charge des résidents. Ainsi, si la frontière entre le normal et le pathologique est poreuse et complexe à identifier dans le discours au sein de la structure, nous nous focaliserons sur des actes posés par les travailleurs sociaux pour tenter d'objectiver cette catégorisation pourtant bien établie.

François Sicot (2001) a déconstruit un certain nombre de présupposés sur la maladie mentale

telle qu'elle est pensée par les travailleurs sociaux. Loin d'être un processus linéaire qui se donne en soi, l'orientation vers la psychiatrie est composée en réalité de plusieurs étapes. La première consiste à ce qu'il y ait un acte déviant qui soit commis, ce que nous avons déjà évoqué, mais il faut de surcroît que cet acte soit interprété comme tel par les travailleurs sociaux, ce qui n'est pas toujours le cas. La troisième condition repérée par Sicot est qu'il faut que les déviations soient « *interprétées comme symptomatiques de troubles mentaux afin qu'il y ait une réaction sociale qui aboutisse à une prise en charge formelle, institutionnelle et pas seulement informelle* ». Ces actes concrets, en ce qui concerne le registre de la psychiatrie au sein de la Sras, concernent principalement le fait de conduire une personne, volontaire ou non, aux urgences psychiatriques, de lui demander de rencontrer l'EMPP, ou encore de faire appel à des professionnels de santé tiers, comme l'addictologue par exemple, pour amorcer un suivi en santé mentale.

Plus encore, François Sicot a établi, par le biais de questionnaires, un certain nombre de facteurs qui, au sens des travailleurs sociaux, constituent une preuve du trouble de la santé mentale des personnes qu'ils rencontrent. Après le « *délire* » et « *l'agressivité* » (*ibid.*, p. 133-134) qui sont les critères les plus recensés par les travailleurs sociaux pour catégoriser une situation comme relevant de la santé mentale, un troisième critère principal rapporté par le sociologue tient au fait que l'utilisateur du travail social est « *déprimé, anxieux, angoissé* » (*ibid.*, p. 136), cet énoncé correspondant à un quart des réponses au questionnaire du chercheur. Le sociologue note qu'entre la déprime et la dépression il ne s'opère pas réellement de différenciation. Dans le discours des professionnels que j'ai interrogés, j'ai retrouvé cette porosité dans des termes comme : « *une grande tristesse* » ou encore « *quelqu'un d'inconsolable* ». Une nouvelle fois, c'est l'usage d'une psychiatrie ordinaire qui est révélé.

Une autre donnée relevée par Sicot est celle de la non responsabilité de la personne au regard

de ses obligations, que ce soit en termes d'emploi, ou d'éducation des enfants. Cette variable est d'ailleurs extrêmement genrée, puisque le questionnaire indique que ce sont toujours des hommes qui sont considérés comme démissionnaires au regard de l'emploi et des femmes au regard de leurs enfants. La Sras n'accueillant que des hommes, nous avons effectivement vu, tout au long de ce mémoire, dans quelles mesures les résidents de la structure étaient éloignés de cette norme de l'emploi. Ce critère, unanimement partagé par l'ensemble des résidents de la structure, ne semble donc pas opérant pour comprendre l'opération de catégorisation effectuée par les travailleurs sociaux. Un autre critère, quasi unanimement partagé par les résidents de la Sras, est celui de la consommation d'alcool. Dans l'étude de Sicot, les travailleurs sociaux qui rencontrent des personnes alcoolodépendantes y voient un signe de troubles de la santé mentale. Au sein de la Sras, ce critère n'est pas non plus opérant, dans la mesure où certains résidents sont considérés comme étant alcoolodépendants en raison de leur trouble de santé mentale, alors que d'autres sont considérés surtout et avant tout comme des buveurs excessifs, dont les suralcoolisations ont entraîné par la suite des troubles psychologiques ou neurologiques. Ces deux grilles d'interprétations sont efficaces au sein de la Sras, variables à la fois en fonction des professionnels et des résidents. Sicot note cependant que jamais, dans les rencontres qu'il a fait avec des travailleurs sociaux, ces derniers n'ont expliqué les alcoolisations des personnes qu'ils rencontrent par une mise en accusation des inégalités sociales. A l'instar du chercheur, les raisons attribuées aux alcoolisations ne font jamais l'objet d'un rapprochement quant aux difficultés sociales vécues par les personnes à la Sras. En revanche, une fragilité individuelle est toujours invoquée : « *Il s'est fait influencer* », « *Avec son enfance, il y avait un terrain...* » m'ont ainsi affirmé les professionnels.

Un critère intéressant relevé par Sicot que nous pouvons corrélérer à notre étude ethnographique est que les clients du travail social ayant des troubles de santé mentale sont en moyenne des

personnes suivies depuis plus longtemps que les autres, ce que nous avons effectivement constaté au sein de la Sras. Plus encore, ces clients aux troubles « psy » sont également des personnes avec lesquelles « *le travail est devenu impossible, ceux que l'on ne supporte plus, qui remettent en cause l'institution* » (*ibid.*, p. 139), « Sur le plan de l'interaction, le pauvre atteint de troubles mentaux est celui qui pèse sur le travail » (*ibid.*, p. 140). En effet, les professionnels de la Sras considèrent ce public triplement difficile à accompagner, tout d'abord car ils auraient des difficultés à vivre au sein d'un groupe avec des règles établies, également parce qu'ils seraient beaucoup plus difficiles que les autres à orienter et enfin, parce que, du fait même de la maladie mentale, leur pathologie les conduit parfois à récuser toute forme de soin – ce que les professionnels notent comme du « *déni* », alors que nous l'avons montré, c'est par le soin que la Sras justifie de la légitimité de son action professionnelle.

Enfin, Sicot détermine que le triage entre les clients du travail du social sain et ceux présentant une pathologie, s'opère également sur la norme de l'acceptation de la réalité. Les clients n'acceptant pas la « *réalité sociale* » sont en effet plus facilement considérés comme relevant de la santé mentale. Ainsi, lorsque des usagers du travail social « *tentent d'obtenir justice ou attribuent à l'environnement les causes de leur situation* » (*ibid.*, p. 143), ces derniers sont considérés comme n'acceptant pas la réalité et voient leurs propos décrédibilisés. Ainsi, François Sicot analyse qu'il existe, au sein du travail social, une norme « *d'internalité* » (*ibid.*, p. 143), qui caractérise finalement cette acceptation de la situation par la personne. Cette norme d'internalité signifie que la personne doit finalement chercher au sein de son histoire, de son vécu individuel, voir psychique, des raisons à son déclassement social qui le conduit à rencontrer le travail social. L'évocation d'injustices sociales sont considérées comme insuffisantes pour les travailleurs sociaux. Si Sicot n'adopte pas cette analyse, au vu de notre développement, nous comprenons bien pourquoi les travailleurs sociaux réfutent ce discours des

clients qui se présentent à eux. En effet, que peuvent-ils faire concrètement face à des inégalités sociales effectives ? Face à l'invisibilisation politique du public qu'ils accompagnent ? Le registre des réponses possibles des travailleurs sociaux se situe justement dans cette norme de l'internalité, conduisant ainsi à travailler sur un projet personnalisé ou encore consulter à un psychologue.

Ainsi, un certain nombre de variables avancées par François Sicot pour analyser ce triage réalisé par les travailleurs sociaux peuvent nous être utiles, mais d'autres semblent éloignées de la réalité du terrain que constitue la Sras. Nous voyons bien que si son travail est éclairant, il semble intéressant de le poursuivre au prisme de l'étude d'un établissement particulier et de situations précises afin de saisir avec plus de finesse ce qui façonne le fondement de ce triage pour les travailleurs sociaux.

4.1. Le recours à la psychiatrie : quand le travail social est à bout de souffle

Un premier facteur qui est rapidement apparu lors de mon travail de terrain concernant cette catégorisation, est que les travailleurs sociaux font appel à la psychiatrie lorsqu'ils se retrouvent démunis face à une situation. Ainsi, alors qu'un résident quotidiennement alcoolisé posait question à l'équipe du fait de ses chutes répétées au sein de la structure et semblait avoir perdu ses repères spatio-temporels, les travailleurs sociaux ont appelé le service d'addictologie pour avancer le rendez-vous prévu avec son médecin. Les professionnels m'ont alors expliqué que l'objectif était qu'il réalise un sevrage. Leur demandant si le résident y était favorable, un professionnel m'a répondu : « *Oui, mais il n'a pas trop le choix, mais il est partant. Si ça ne marche pas comme ça, il faudra passer par le CHR³⁵* ». Cet exemple éclaire bien que, face à une situation où les travailleurs sociaux se sentent démunis et impuissants, le recours à la psychiatrie prend la forme d'un relais.

Le travail d'Isabelle Coutant (2012) a démontré

que la psychiatrie constituait effectivement une institution relais du travail social, mais également de l'Éducation nationale. Si d'autres institutions relais existent, elle note que la psychiatrie occupe une place particulière, notamment en raison de l'extension du domaine de compétence de la santé mentale que nous avons déjà développée et de sa légitimité sociale et politique.

De manière très éclairante, j'ai ainsi pu constater que la liste des personnes dressée par les professionnels de la Sras qui devaient rencontrer l'EMPP correspondait quasi invariablement aux personnes dont le comportement avait posé un problème lors de la semaine, au sens des travailleurs sociaux. Cette donnée fut d'ailleurs confirmée par mon échange avec l'infirmière de l'EMPP, l'interrogeant sur les situations qui lui sont adressées chaque semaine :

« Il y a deux cas de figure, il y a ou les troubles du comportement récurrents qui font que les collègues finissent par être confrontés à des situations qui les dépassent et quand ils ne savent pas en fait comment s'en sortir, ça, c'est quand même fréquent et l'autre cas de figure c'est généralement des troubles de l'humeur en fait majoritairement la tristesse et puis aussi des demandes de sevrages. »

Infirmière, 42 ans,
1 an d'expérience à l'EMPP

Ces déviances face aux normes de l'institution peuvent être multiples. Elles peuvent tenir à la dégradation physique, comme nous l'avons vu ci-dessus, mais aussi être de l'ordre de la déviance plus manifeste. Ainsi, deux résidents « *se sont échangé des baffes au réfectoire* », est-il noté dans le cahier de liaison. L'un d'eux ayant un rendez-vous avec son psychiatre, les travailleurs sociaux s'accordent à dire qu'il faut « *dire au médecin qu'il a été un peu violent hier soir* », avec l'objectif que son traitement soit revu à la hausse au vu de son comportement. La réaction face à cette situation est donc psychiatisée.

Ainsi, la première hypothèse de ce recours à la

³⁵ Le CHR est l'acronyme de l'hôpital psychiatrique : centre hospitalier régional.

psychiatrie s'explique au vu des situations dans laquelle la Sras cherche à ce que l'institution psychiatrique apporte une réponse, ou un relais, à une situation posant problème au sein de la structure. Les situations où la psychiatrie constitue un relais privilégié sont donc nombreuses. Un extrait de mon carnet de terrain éclaire également cette dimension :

« Ludovic parle ensuite au téléphone de monsieur Legoff, avec la mandataire judiciaire du monsieur. Il dit que c'est quelqu'un de difficile, mais qu'il est maintenant plus agréable. Il dit qu'il a eu des rayons récemment, car il a un cancer. Il est maintenant très amaigri car il a refusé de se faire opérer. Il dit que ça a toujours été un "gars difficile", surtout au niveau des traitements qu'il ne veut pas prendre, qu'il "nous envoie balader quand on lui donne". Il lui dit "enfin tu sais comment ça se passe ce n'est pas le premier qu'on voit ici". "Au début on avait même engagé des soins avec l'HP tellement c'était dur avec nous". Il dit qu'ensuite l'annonce de la maladie a été difficile et qu'il a refusé l'opération. Il dit que c'est quelqu'un maintenant de différent, qu' "on sait l'appivoiser". Il dit qu'au départ il prenait des alcools forts et qu'il était irascible. Il dit "je crois qu'il a été hospitalisé à l'HP, car il ne voulait rien entendre", ils essayaient de l'amener vers des soins mais il refusait tout. Ils avaient pensé à une fin de séjour, mais ils ont finalement préféré passer par les soins ».

Ainsi, on le voit dans cette situation d'échange téléphonique, le recours à la psychiatrie permet de ne pas exclure une personne de l'établissement. Loin d'être un acte apprécié par les professionnels, le recours aux soins est lui plus gratifiant professionnellement.

L'ensemble de ces situations sont des situations liminales, en ce qu'elles représentent une réelle déviance au regard des normes de l'institution : être violent, refuser les soins, se dégrader très rapidement physiquement. Ce sont des situations limites car elles remettent réellement en cause l'ordonnement des normes à la Sras. De fait, le recours à la psychiatrie vient apporter

une réponse qui a pour objectif la réintégration de la personne dans la structure.

Le recours à la psychiatrie par les travailleurs sociaux témoigne donc dans ce cadre combien il s'agit d'une réaction officielle, par le prisme de la santé mentale, à une situation de déviance interprétée comme telle par les travailleurs sociaux. En contre-exemple, un résident, n'ayant, de mon expérience, jamais été catégorisé comme étant en situation de déviance quant aux normes de la structure regrette, lui, que la psychiatrie ne soit pas plus présente à son égard :

« Là j'en veux aux psychologues qui viennent le mardi. Franchement ils sont là... Là ils se sont quand même excusés, mais ouais trois fois qu'elle me pose un lapin, ouais elle doit s'occuper des autres qui ont des problèmes, elle attend quoi, que je saute par la fenêtre ? »

Monsieur Mandida, 53 ans,
présent depuis 4 ans

Ce résident témoigne ainsi de l'envie d'échanger avec l'EMPP, mais le fait que son comportement ne le positionne pas dans une situation de déviance face aux normes définies par les professionnels, fait qu'il ne constitue pas une priorité pour les travailleurs sociaux, qui déterminent quels résidents l'EMPP doit rencontrer. Plus encore, j'ai également pu me rendre compte qu'à trois reprises lors de mes quatre mois d'observation au sein de la structure, la conduite d'un résident au CMP pour son injection avait été oubliée par les travailleurs sociaux. Cette récurrence de l'oubli témoigne également du fait que les travailleurs sociaux n'ont pas identifié la situation du patient comme déviante ou inquiétante. Conforme aux normes attendues de la structure, son suivi par la psychiatrie en devient presque secondaire.

De fait, le recours à la santé mentale dans ces cas-là vient en réalité dire que la situation ne relève plus des compétences des travailleurs sociaux, telle qu'ils l'entendent. L'institution de recours privilégiée est la psychiatrie, mais celle-

ci n'est pas tant sollicitée pour le soin qu'elle propose que pour le relais qu'elle permet.

Toutefois, si la déviance quant aux normes constitue une clé de lecture qui se donne presque d'emblée à la Sras, il semble nécessaire d'affiner cette lecture. En effet, des situations de violences ou encore de refus de soins ne font pas toujours l'objet d'une réaction faisant appel à la psychiatrie. Par exemple, un résident a été vu en train de donner un coup à un autre. Il fut exclu sur le champ de la structure et aucun discours relevant de la santé mentale ne fut employé à son égard. D'autre part, la réflexion concernant un résident en perte de mobilité et refusant globalement toute forme de soins s'est orientée directement sur une « fin de séjour » et n'a fait aucunement référence à l'intervention d'un psychiatre pour venir désamorcer la situation et envisager pour lui l'accès à des soins. Comment saisir ces disparités ? Sur quels fondements se basent les travailleurs sociaux pour opérer ces distinctions dans les prises en charge ?

4.2. Le poids des antécédents psychiatriques

Une variable distinctive que nous avons repérée entre ces situations de déviances, d'apparences similaires, mais qui font finalement l'objet d'un traitement social différent, est celle de l'influence d'une prise en charge psychiatrique antérieure, connue des travailleurs sociaux. François Sicot a d'ailleurs analysé le poids de cette influence : « *Comme le soutiennent les critiques des théories du labelling, la première prise charge en psychiatrie n'est peut-être pas l'assignation d'un nouveau statut social ou d'un stigmate que l'individu portera dans tous les milieux sociaux et qui influenceront durablement sa biographie future. Toutefois, pour tous les acteurs qui seront amenés à connaître cet antécédent, il aura cette conséquence sociale importante de faciliter les admissions ultérieures. Ainsi, un travailleur social qui connaît ce passé, ce qui n'est absolument pas systématique, voit ce jugement conforté et peut le faire partager*

sans difficulté » (2001, p. 195).

Cette variable permet en partie d'expliquer pourquoi le premier résident, « *ayant échangé des baffes* » avec un des autres hébergés, connaît une réaction psychiatisée : le rendez-vous avec son psychiatre était déjà posé depuis un certain temps. En revanche, le second résident impliqué dans une histoire de violence n'a lui pas de suivi par un psychiatre. Pour les travailleurs sociaux, le fait qu'un suivi en psychiatrie soit établi vient finalement alimenter leurs conceptions quotidiennes : s'il est suivi, c'est qu'il a des troubles de la santé mentale. Dans ce processus, il apparaît que le registre d'interprétation par le prisme de la psychiatrie est antérieur au comportement déviant de la personne. Dans ce cadre, la situation déviante en question fait assez peu l'objet d'une réflexion par les travailleurs sociaux. Il n'y a ainsi pas de réflexion collective qui pourrait amener à une traduction du comportement dans un langage psychiatrique, ce dernier est *préexistant* au comportement du résident.

Une situation éclaire bien ce mouvement où le registre d'interprétation est finalement pré-établi au sujet de la situation. Monsieur Martin est un résident présent depuis six ans à la Sras et qui a été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique l'an passé, parce qu'il « *entendait des voix* ». Il nous raconte cet épisode :

Chloé : « *Et vous avez déjà été à Saint-Germain, hospitalisé là-bas ?* »

« *Ouais ça fait trois fois que ça m'arrive. À cause de l'abus d'alcool à mon avis.* »

Chloé : « *Et donc vous entendez des voix dans ces cas-là c'est ça ?* »

« *Oui, oui, j'me mets... bon beh là j'y suis allé dernièrement, à cause de ça, j'entendais des voix, on voulait me faire la peau, je devenais schizophrène. C'est comme ça qu'ils appellent ça, paranoïaque, schizophrène.* »

Monsieur Martin, 62 ans,
présent depuis 6 ans

Lors de mon expérience de terrain, monsieur Martin semble lucide dans ses propos, comme en témoigne cet extrait d'entretien réalisé avec lui et qui a duré environ une heure, dans le cadre d'un échange cohérent. Pour les travailleurs sociaux, la situation du résident est toutefois questionnante, car ils trouvent que ce dernier se dégrade physiquement, qu'il « *est au ralenti* ». Le traitement du résident sera alors diminué et l'infirmière de la structure ainsi que le chef de service, trouveront qu'il « *est beaucoup mieux* » ; « *il est plus vif, plus éveillé maintenant* ». En revanche, les travailleurs sociaux ne partagent pas cet avis. Dans le cahier de liaison, je relève des expressions à son sujet : « *la tête qu'il a* », « *très fatigué* ». Ainsi, alors que nous conduisons monsieur Martin à un rendez-vous avec son psychiatre, Robin, travailleur social, demande au résident ce qu'il compte dire au médecin : « *moi ça va, tout va bien* » répond-il. Robin lui répondra qu'il ne peut pas dire ça, qu'il ne dort pas bien en ce moment et qu'il faut qu'il le dise au médecin psychiatre.

Assistant plus tard à la consultation médicale entre le médecin généraliste et monsieur Martin, j'entends l'infirmière et le médecin dire discrètement qu'ils pensent à un syndrome « *type Parkinson* » et prévoient donc des examens neurologiques. Pour l'infirmière « *c'est sûr, il a quelque chose de neuro* ». Quelques jours plus tard, monsieur Martin est retrouvé par un autre résident avec le pantalon enflammé. Il dit avoir tenté de brûler des fils de son jean qui dépassaient et n'avoir pas su réagir à temps alors que le feu consumait son pantalon. Conduit aux urgences par les pompiers, le chef de service s'empressera de prévenir son médecin psychiatre au sujet du récent incident. Cette dernière lui répondra qu'à son sens, cela ne relève pas de la psychiatrie, mais plutôt de quelque chose de neurologique. Une fois aux urgences, le service a réalisé une évaluation psychiatrique du patient qui n'a rien donné. Il est noté dans le cahier de liaison : « *Rappel du service psy : pas de soucis de ce côté, rien d'alarmant. Problème plutôt neuro cognitif. Robert a un rdv prochain avec le Dr Foret ?* ». Ainsi, il y a un consensus très largement exprimé de l'en-

semble des partenaires du monde de la santé, pour ne pas associer cet acte au registre de la santé mentale. Or, les travailleurs sociaux continuent de défendre une orientation en psychiatrie : le Docteur Foret est son psychiatre et ils souhaitent le réorienter vers elle à son retour de l'hôpital. Le lendemain, je dis aux travailleurs sociaux de la Sras que tous les professionnels de santé se sont accordés à dire que l'origine de son trouble était neurologique et non pas psychiatrique. La réaction des travailleurs sociaux fut alors sans appel : « *Si c'est pas psy, faudra qu'on m'explique ce que c'est !* ». L'ensemble de l'équipe des travailleurs sociaux est donc unanimement convaincue de la dimension psychiatrique de la situation.

La situation de monsieur Martin démontre très largement l'influence de la prise en charge passée par la psychiatrie. Par cette prééminence de la prise en charge psychiatrique passée, il semble impossible pour les professionnels d'envisager une autre vision expliquant le comportement de monsieur Martin. Cette incapacité réside dans le fait que l'interprétation psychiatrique est en réalité antérieure au comportement déviant du résident. Si cette grille de lecture a été validée par le passé, elle fait foi.

En contre-exemple, la situation de monsieur Vincent vient renforcer notre analyse. Monsieur Vincent est un résident qui pose relativement souvent problème au sein de l'institution, au sens des travailleurs sociaux. Sa chambre est très souvent souillée et le résident refuse de la nettoyer. Il tient également parfois des propos racistes et sexistes. Lorsque la déviance de l'hébergé est considérée comme étant devenue trop excessive, ce dernier est exclu quelques jours ou semaines hors de la structure, sans qu'aucun registre tenant à la psychiatrie ne soit convoqué. Un travailleur social lui dit d'ailleurs : « *Tu sais, les animateurs d'ici veulent te déga-ger, donc tu ferais mieux de bien te comporter !* ».

Un soir, le résident annonce aux professionnels la nouvelle qu'il vient d'apprendre : son neveu, un jeune homme, vient de décéder. Suite à cela,

le résident s'est alcoolisé. Les travailleurs sociaux prennent alors la situation avec sarcasme « *Ah, bah, il s'est trouvé une bonne raison de picoler* », disent-ils. La prise en charge de l'hébergé en reste là à ce stade et le résident n'est aucunement dirigé vers l'EMPP ou vers une quelconque institution de santé mentale. Quelques temps plus tard, il disparaît durant plusieurs jours. L'hôpital appelle alors la structure pour prévenir que monsieur Vincent s'est de lui-même rendu à l'hôpital pour « *dépression* ». Échangeant sur cette situation en réunion, le chef de service dit qu'il faut « *prendre au sérieux* » son mal-être et le faire rencontrer l'EMPP. Après discussion, il sera néanmoins considéré par l'équipe que le problème du résident est simplement « *qu'il s'alcoolise trop* », « *S'il buvait moins, il ne serait pas comme ça* ». Loin de considérer que l'alcool constitue une automédication, ce dernier est au contraire considéré comme étant la source de sa tristesse. Il est donc décidé par l'équipe, non pas qu'il rencontre un psychologue, mais que sa somme de retrait d'argent quotidienne soit diminuée. Quelques jours après son retour, l'infirmière de la structure dira qu'elle le trouve tout de même faible et il rencontrera finalement l'EMPP un peu plus tard. Néanmoins, nous voyons bien dans cette situation que lorsque la dimension psychiatrique n'est pas initialement considérée comme la grille de lecture privilégiée, le résident n'ayant jusqu'à présent pas rencontré de psychologue, la tristesse de ce dernier n'est aucunement interprétée dans un registre psychologique.

Il serait cependant bien présomptueux d'affirmer quelle serait la grille de lecture idéale concernant ces situations. De surcroît, cela ne serait pas approprié à une analyse sociologique. Ces situations démontrent plutôt à quel point le poids des interprétations passées peuvent influencer le registre d'action choisi pour les comportements déviants qui se présentent à eux.

4.3. L'injonction aux soins

Si l'on peut partir des déviations pour interpréter ce qui constitue la voie empruntée par les travailleurs sociaux, il est également possible de

partir de ce qui constitue une norme pour l'établissement, afin de déceler des situations qui s'écartent de ce cadre. Nous l'avons vu, la dimension de l'injonction aux soins régit la vie collective de l'institution. De fait, les résidents entrant dans ce cadre attendu de la réalisation de soins courent moins de risques de recevoir l'injonction d'être suivis en psychiatrie.

En effet, l'étude des situations qui ne font pas l'objet d'un recours à la psychiatrie, peuvent, pour certaines d'entre elles, s'expliquer par le fait que ces résidents s'investissent déjà dans d'autres formes de soins valorisées. À ce titre, la situation de monsieur Lyon est éclairante. Monsieur Lyon est un résident arrivé depuis quelques mois à la Sras auquel on a annoncé qu'il avait un cancer du poumon durant ma présence d'observation. Dans le cadre de ses soins, monsieur Lyon est très valorisé par l'équipe des travailleurs sociaux. C'est un résident qui « *s'investit dans ses soins* » aux dires des professionnels. Concrètement, cela signifie que le résident accepte de réaliser les soins, connaît ses prochains rendez-vous et a connaissance d'éléments du suivi de sa maladie. Pour l'équipe des travailleurs sociaux, monsieur Lyon est unanimement considéré comme quelqu'un « *d'honnête et de sincère* ». Le chef de service se dit « *impressionné* » par lui, car il « *verbalise vraiment les choses* », les travailleurs sociaux concèdent également qu'il a « *beaucoup d'humour* » et lui font souvent des compliments tels que « *c'est bien tu suis bien tes traitements* ».

En parallèle de cette valorisation du comportement de monsieur Lyon face à sa santé, il reste que ce dernier témoigne parfois de comportements interprétés comme déviants pour la Sras. Ainsi, plusieurs situations ont été dénoncées comme telles : « *Monsieur Lyon, rentré à deux heures du matin, complètement alcoolisé et agressif* », « *Monsieur Lyon s'alcoolise massivement avec le nouveau monsieur et est agressif quand on lui fait une remarque* ». Face à ces situations, l'équipe réagit invariablement par une sanction, souvent par une exclusion d'une journée ou de quelques jours. À aucun moment, le comportement du résident n'est interprété

dans le registre de la psychiatrie. Le chef de service le félicite ainsi un jour, suite à une sanction, sur le fait qu'il « *a tenu compte des réajustements* » au sujet de son comportement « *malgré son état* ». Le résident a pourtant plusieurs fois mis en discours un certain mal-être. Ainsi, le saluant au moment de partir devant l'équipe des travailleurs sociaux et lui disant « *À demain* », ce dernier me répond « *Bah demain je ne sais pas si je serai encore là, je serai peut-être mort !* ». A d'autres reprises, il a témoigné du fait qu'il se sentait « *très mal* » moralement, qu'il pensait sans cesse à la mort et qu'il avait « *le cafard de l'opération* ».

Pour autant, le registre psychologique ou psychiatrique n'aura pas été employé avec monsieur Lyon. Une hypothèse d'interprétation de cette situation est que finalement, l'hébergé étant déjà inscrit dans des soins, la question des soins de santé mentale ne semble pas prioritaire. En revanche, des situations où les personnes refusent tous les soins font, elles, très souvent l'objet d'une sanitarisation dans le domaine de la santé mentale. Melissa Roy analyse que « *le malade n'est jugé stable et apte au consentement que lorsqu'il accepte les soins* » (2013, p. 233). Ainsi, cette situation révèle le prérequis de la participation à des soins des résidents, le refus de s'y soumettre étant alors une source de sanitarisation dans le registre de la santé mentale et constitue un élément supplémentaire prouvant le caractère pathologique du comportement du résident. En effet, le refus de soins est appréhendé au prisme de la maladie mentale et non pas, comme l'a analysé Boltanski, comme un écart socialement construit à l'attention au corps et aux soins (Boltanski, 1971, p 205-233).

Notons tout de même qu'il existe pourtant des situations de personnes qui ne s'inscrivent pas dans des soins et que l'équipe n'oriente pas vers la santé mentale. Ainsi, les variables repérées ne sont pas valables dans toutes les situations. Ce sont plutôt des tendances que nous nous attelons à énoncer, afin de saisir ce qui peut constituer un fondement à l'adhésion au registre « psy ».

Mais nous pouvons tenter tout de même d'en donner une explication. Monsieur Delamare, par exemple, est un résident qui ne suit aucun soin, n'a pas de traitement ou de suivi et qui ne fait aucunement l'objet d'une traduction dans le domaine de la santé. Toutefois, c'est un résident qui ne présente aucune situation de déviance dans son comportement. Plus encore, monsieur Delamare a un comportement qui correspond très largement au rôle social qui est attendu de lui : c'est un résident qui se rend dans des musées, qui fait les tâches ménagères qui lui sont demandées sans s'y opposer et qui participe aux activités lorsqu'on le lui demande. Ainsi, l'adhésion au rôle social du résident semble constituer un garde-fou à ce processus de sanitarisation dans le registre de la santé mentale. À l'inverse, l'écart avec ce rôle social peut constituer une source de traduction dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie. C'est ce qu'il convient d'étudier maintenant.

4.4. Le rôle social du résident

Au sein de la Sras, une attitude est consensuellement dépréciée par l'ensemble de l'équipe. À plusieurs reprises, il est noté dans les cahiers de liaison que des résidents prennent les choses « à la légère » et semblent ainsi ne pas accorder d'importance aux discours des travailleurs sociaux. Ainsi, concernant un hébergé qui achète de l'alcool pour d'autres résidents, il est dit de lui que « *rien ne semble l'atteindre* ». Il est considéré comme quelqu'un comme désinvolte par les travailleurs sociaux. Le chef de service lui reproche ainsi de dire « *oui monsieur le directeur, oui monsieur le directeur* » à chaque phrase. Plus largement, ce reproche de prendre les choses « à la légère » se retrouve dans de nombreuses situations dans lesquelles finalement, l'autorité des travailleurs sociaux semble être remise en question par l'attitude des résidents concernés.

En creux, ce reproche porté à l'égard de certains résidents nous témoigne du fait qu'ils ont finalement l'injonction d'accepter l'autorité que les travailleurs sociaux formulent à leur égard. Plus

précisément, quand ils accusent les résidents de prendre les choses à la légère, il semble que les professionnels leur reprochent de ne pas accepter la situation de dominé intrinsèque à leur position d'hébergé. Les résidents « *jouant au petit chef* », ou se « *prenant pour des animateurs* » sont également repris par les professionnels, n'appréciant jamais cette confusion des rôles. Ainsi, François me raconte que des résidents lui ont « *proposé un petit coup à boire* » un soir. Cette proposition a été considérablement dépréciée par François, interprétant celle-ci comme un « *réel manque de respect* ». Sociologiquement, on voit bien que ce qui n'est pas respecté dans ce cadre, c'est bien la distance socialement établie entre résidents et professionnels. Certains résidents ayant compris l'agacement que cela provoquait chez les travailleurs sociaux apprécient d'ailleurs de jouer avec cette norme. Ainsi, certains hébergés s'amuse parfois à imiter les travailleurs sociaux, ou encore à inverser les rôles en disant : « *Moi je suis passé chef, je gagne 2 500 par mois ça paye bien !* », « *Je suis animateur maintenant, je contrôle toutes les bouteilles qui passent* ».

Ces situations révèlent en réalité une norme qui est façonnée à l'égard des résidents, celle d'accepter sa position de résident, en somme, de ne pas se prendre pour quelqu'un d'autre qu'un résident de la Sras. Cette norme prend la forme, dans le discours des travailleurs sociaux, de propos tels que : « *Il se croit au-dessus des autres* » notamment. Cette norme s'incarne également au prisme de l'agacement des professionnels quand certains résidents émettent des exigences : « *On n'est pas à votre disposition* » dit ainsi régulièrement l'infirmière. De fait, les plaintes des résidents, sur leur temps d'attente pour certains services par exemple, sont toujours discréditées. À ce titre, Vincent Dubois a également analysé que les bénéficiaires de la Caf montrant des signes de supériorité faisaient également l'objet d'un traitement stigmatisant de la part des professionnels de l'institution (Dubois, 1999).

Ainsi, vivre comme un résident de la Sras signifie que la personne doit s'accoutumer à la vie en

collectivité et à toute l'organisation qui en découle. Lorsque les résidents ont des demandes qui dépassent ces règles de l'institution, la situation est vécue par les travailleurs sociaux comme un comportement quasi-pathologique. Ainsi en témoigne une situation où un résident, récemment arrivé et ayant taché sa chemise, a affirmé ne pas vouloir que son vêtement soit mélangé dans la machine à laver avec le linge d'autres résidents. Les travailleurs sociaux ont alors réagi à cette situation en décrivant un hébergé qui était « *vraiment dur* » et qui, venant de l'hôpital psychiatrique, pourrait bien y être renvoyé s'il ne se conformait pas à la vie en collectivité.

De fait, cette norme du rôle social du résident est à la source d'un traitement stigmatisant. En effet, comme le note Vincent de Gaulejac, « *ce n'est pas la pauvreté qui provoque la honte, c'est une combinaison entre plusieurs sentiments dans le rapport avec autrui : la différence, la condescendance, le sentiment d'injustice, la colère rentrée que l'on ne peut exprimer, parce qu'il faut être reconnaissant* » (1996, p. 111).

Néanmoins, les études sur le sujet ont montré que ces écarts au rôle social qui est attendu des résidents est également un moyen, pour les hébergés, de maintenir une certaine estime d'eux-mêmes. Comme le note Corinne Lanzarini, « *pouvoir dire non ou ne pas se comporter, ni se présenter de la manière dont les autres s'y attendent, crée un effet de surprise et oblige l'autre à le prendre en considération dans son individualité, même négative* » (2000, p. 231). À ce titre, nous voyons bien que les résidents participent à la définition de leur situation, puisqu'ils peuvent l'influencer lorsqu'ils ont acquis les codes sociaux implicites propres à leur rôle social. Comme le note Nicolas Duvoux, « *le consumérisme des usagers, si décrié, peut également apparaître comme une stratégie de retournement du stigmaté* » (2009, p. 163).

Toutefois, ce retournement du stigmaté nécessite la maîtrise et la connaissance de ce rôle attendu, afin de le retourner en une position favorable pour soi. De fait, comme le note Sicot,

« la prise en charge par les services sociaux est une forme d'apprentissage social dont une des modalités est l'acquisition d'une norme d'internalité » (2001 p. 143). Les hébergés font ainsi l'expérience d'une socialisation à leur rôle de résident, mais ce rôle ne se donne pas en soi et nécessite un apprentissage social. Ce dernier est plus ou moins facile à acquérir pour les résidents, s'ils ont ou non connu d'autres institutions d'hébergement social notamment. Par ailleurs, la variation de leur milieu social d'origine joue également un rôle dans cet apprentissage. En effet, plus les résidents de la Sras ont accédé dans leur trajectoire sociale à une position sociale élevée, plus la conformation au rôle du résident qui est attendue d'eux sera complexe. Comme le note Duvoux, « *Les individus les plus dotés de capitaux sociaux sont dépourvus des repères et codes de la pauvreté qu'ils doivent mobiliser à des travailleurs sociaux qu'ils rencontrent et ne peuvent accepter l'image d'eux-mêmes négative, à laquelle ni leur socialisation primaire ni leur socialisation secondaire ne les a préparés socialement* » (2009, p. 21).

Parallèlement, la durée de présence au sein de l'institution favorise également l'apprentissage de ce rôle social. Comme l'a analysé Goffman avec l'hôpital psychiatrique, le reclus « *fait ses débuts* » (1961, p. 202) en arrivant au sein de l'institution totale, c'est-à-dire qu'il adopte progressivement une nouvelle attitude conforme avec le rôle qui est socialement attendu de lui. « *Son destin tend, dans ses grandes lignes, à s'aligner sur celui des gens que l'on trouve dans tous les établissements de réclusion* » (*ibid.*), note-t-il. Néanmoins, cet apprentissage est progressif et demande du temps. De fait, ce sont très souvent les nouveaux résidents qui font l'objet d'un rappel à l'ordre, au sujet de leur attitude. Au contraire, les plus anciens résidents ont, eux, globalement incorporé cette norme. À ce titre, j'ai interrogé un ancien résident de la Sras, vivant à quelques mètres de la structure et dont le parcours symbolise une réelle réussite pour les professionnels de la Sras, dans la mesure où il est devenu abstinent et a pu obtenir un logement individuel. Il me dit ainsi :

« *C'est pour ça que je disais tout à l'heure avec Marine, je suis comme un autre moi, je me considère comme les gars de là-dedans. Pas mieux. (...) Mais je ne me crois pas le boss. Je ne me crois pas le maître, je ne me crois rien. Ici, je ne me crois pas plus fort que les autres hein. Qu'on ne me dise pas... J'ai entendu des gens me dire bah oui mais t'es quand même mieux qu'eux, parce que tu bois pas, tu fais ci, tu fais ça, ah non ! Oui je suis peut-être une marche plus haute qu'eux mais pas plus j'leur dis. Parce que je ne sais pas demain comment je serai.* »

Sylvain, 56 ans ancien résident de la Sras

Cet ancien résident a visiblement intégré cette norme de l'injonction à la position de résident. De cette norme, nous posons l'hypothèse qu'elle peut constituer un fondement pour les professionnels à recourir à un registre tenant à la santé mentale. Prenons l'exemple de la situation de monsieur Durand, un résident récemment arrivé. C'est un hébergé qui est considéré par l'équipe comme quelqu'un qui « paye quand il veut », mais également comme quelqu'un de « fourbe », qui pourrait pousser les résidents à s'alcooliser. Un soir, alors qu'un travailleur social écoutait de la musique lors du repas, monsieur Durand a choisi d'allumer la télévision plutôt que d'écouter la musique que proposait le travailleur social. Se permettant de changer l'animation de la soirée, le professionnel et le résident ont eu une vive altercation, qui a conduit Adama à exclure monsieur Durand du réfectoire. Face à cette réaction, ce dernier a fait le choix d'appeler la police afin de leur expliquer la situation. Écoutons la situation telle que monsieur Durand la raconte lui-même :

« *C'était au moment du repas et il n'y avait pas de télévision et j'dis c'est pas normal qu'on n'ait pas de télévision ici. Donc j'ai demandé à quelqu'un d'allumer la télévision et puis Adama il est arrivé derrière et il a éteint la télévision et c'est là où il m'a traité de connard, enfin de... ainsi de suite et il m'a pris comme ça (montre son col) et il m'a foutu dehors du réfectoire. Donc moi ce que j'ai fait, je ne me suis pas dégonflé, j'ai prévenu les services de police pour agression*

physique et morale et empêchement de manger, donc les services sont venus, donc ils ont relevé sûrement les identités et trois ou quatre jours après j'ai été convoqué avec Arnault et on s'est expliqué. »

Monsieur Durand, 63 ans,
présent depuis 3 mois à la Sras

En l'absence de monsieur Durand, les travailleurs sociaux reprennent la situation lors d'un *briefing*. Adama explique la situation au chef de service et conclut qu'« *il y en a marre qu'il se croit supérieur et au-dessus des autres* ». D'ailleurs, dans le cahier de liaison, la situation n'est pas racontée en elle-même. Il est uniquement indiqué : « *Monsieur Durand : il y en a marre qu'il se mette au-dessus de tout le monde* », ce qui démontre le caractère central de l'attitude perçue comme supérieure du résident. L'infirmière, présente durant le *briefing*, renchérit vivement : elle dit que c'est un résident étonnant, qu'il a parfois des connaissances, mais que parfois son discours est aussi « *au ras des pâquerettes* », elle conclut en disant : « *Il n'est pas au-dessus, il est comme les autres* ». Un professionnel poursuit et ajoute : « *S'il est à la Sras, c'est qu'il a un problème* ». Très clairement, cette situation illustre cette norme, façonnée à l'égard des résidents, de devoir être dans l'acceptation de la position dominée du rôle de résident.

Par ailleurs, le fait qu'il ait appelé la police semble visiblement agacer les travailleurs sociaux. « *Ah bah ça le représente bien !* » disent les professionnels. En effet, faire appel à un tiers pour régler une situation conflictuelle n'est pas chose courante et remet vivement en question la légitimité de l'autorité des professionnels. Le chef de service a d'ailleurs conseillé à monsieur Durand « *d'apprendre à se taire* ». La notion d'apprentissage dans cette expression est intéressante puisqu'elle révèle finalement la nécessaire dimension de socialisation inhérente au rôle de résident au sein de la Sras. Pourtant, le fait de faire appel aux services de police lors de situations conflictuelles est valorisé par les travailleurs sociaux, lorsque cela ne les implique pas. Ce signe d'« *autonomie* » est cependant

largement déprécié lorsqu'il s'exprime contre l'institution et ses professionnels.

Ainsi, face à ce résident ne respectant pas le rôle socialement attendu de lui, les professionnels ont très largement recouru à un registre psychiatisant. Le chef de service lui a suggéré de rencontrer l'EMPP, en expliquant aux travailleurs sociaux qu'il vaut mieux être dans un premier temps compréhensif et « *comprendre qu'il a besoin de repères* », avant de lui « *insuffler le fait que maintenant il n'est pas tout seul* ». Ainsi, l'éloignement des attentes au rôle de résident constitue une déviance de premier plan. À ce titre, la réaction face à cette situation fait l'objet d'une sanitarisation dans le domaine de la santé mentale, monsieur Durand devant rencontrer l'infirmière de l'EMPP la semaine suivante « *sans faute !* », telle que l'information est reportée dans le cahier de liaison.

Cette situation est questionnante car il pourrait sembler, de prime abord, que l'arrivée au sein d'une structure comme la Sras soit une expérience de déclassement notable pour les nouveaux résidents. Effectivement, les nouveaux arrivants témoignent très largement de stratégies de distinction au regard des autres résidents de la Sras : « *Moi je suis pas un clochard comme eux* », « *il y a que des handicapés ici, moi je ne suis pas comme ça* », « *Des fois je me dis qu'est-ce que je fous là quoi* » m'ont ainsi révélé des hébergés en entretien. Néanmoins, au regard des travailleurs sociaux, il ne ressort pas de l'ordre du « normal », mais plutôt du registre du « pathologique », que les résidents peinent à entrer dans ce rôle attendu d'eux, pourtant socialement construit. Une hypothèse pour expliquer le fait que le registre de la psychiatrie s'applique lors de ces situations, est que cloisonner ces déviances au régime de la santé mentale permet finalement de rassurer les travailleurs sociaux dans leur propre rôle. En effet, si les travailleurs sociaux admettaient qu'il était « normal » que ces personnes soient aussi légitimes qu'elles, cela viendrait considérablement remettre en question leur position de domination. Comme le confirme Mélissa Roy, « *La maladie mentale justifie ainsi l'autoritarisme des travailleurs sociaux, puisqu'elle établit une dissension de pouvoir entre l'intervenant, l'ex-*

pert «normal et en santé» et le «malade» » (2013).

Enfin, il est également intéressant de relever que ces personnes, qui n'entrent pas dans le rôle socialement attendu d'eux, sont souvent vouvoyées par l'équipe des travailleurs sociaux, contrairement à la majorité des résidents qu'ils tutoient. Le passage au tutoiement du résident pourrait ainsi signifier, en partie, l'entrée officielle de la personne dans son rôle normé. En effet, les interrogeant sur ce qui fonde cette distinction, il m'a été répondu qu'ils entretenaient le tutoiement avec « *les résidents avec lesquels on peut vraiment parler* », ou encore « *les résidents les plus équilibrés en fait* », ce qui révèle la prégnance de cette ligne de partage. Ces résidents qu'ils évoquent d'ailleurs comme étant « *les plus équilibrés* » sont également ceux qui ont témoigné d'un apprentissage social de leur rôle de résident largement abouti. En revanche, des résidents refusent de se faire tutoyer, témoignant ainsi d'une résistance à entrer dans ce rôle socialement attendu.

Toutefois, un paradoxe persiste puisque ce sont finalement les hébergés qui témoignent le plus d'une proximité avec les attentes que la société façonne à leur égard, comme l'injonction à l'autonomie notamment, qui font l'objet d'une traduction dans le registre de la santé mentale. En effet, le comportement de monsieur Durand constitue une déviance pour les travailleurs sociaux, mais révèle une certaine « autonomie » et indépendance au regard de l'institution. Au contraire, les résidents se conformant au rôle qu'on attend d'eux sont également les hébergés qui s'avèrent être les plus dépendants de l'institution et donc les plus éloignés de l'injonction à l'autonomie. De fait, le paradoxe réside dans le fait qu'adhérer aux normes de l'institution revient à signer son écart effectif avec les standards classiques de l'insertion et plus largement de la vie sociale contemporaine.

À ce titre, il nous faut étudier une dernière variable explicative des situations de sanitarisation dans le registre de la santé mentale, qui éclairera plus précisément comment les travail-

leurs sociaux façonnent des normes spécifiques, qui se révèlent éloignées des attentes sociales contemporaines.

4.5. L'injonction au collectif

Ainsi, si nous avons vu que les travailleurs sociaux considéraient comme pathologique le fait que les résidents n'adhèrent pas au rôle socialement construit de résident, il est également traduit dans le domaine de la santé mentale, certaines situations dans lesquelles les résidents témoignent de leur refus de participer à la vie collective de l'institution. Il est en effet très largement attendu, au sein de la Sras, que les résidents participent « *à la vie collective* » de la structure. Cette adhésion à la vie collective comprend la réalisation de tâches ménagères, la présence aux repas, la participation aux activités et les échanges avec les professionnels. De fait, le comportement des résidents qui mettent à distance ces formes attendues de participation sont traduits dans le registre de la déviance. Avant de démontrer dans quelle mesure la non-participation à la vie collective de la Sras est psychiatisée, démontrons à quel point l'injonction au collectif façonne une norme centrale de la vie de l'institution.

Tout d'abord, le médecin de la structure, en m'expliquant ce qui faisait la spécificité du public pris en charge à la Sras, m'a témoigné du fait que cette participation au collectif constituait à son sens un prérequis à l'admission au sein de l'établissement :

« Il faut qu'il y ait la possibilité chez ces personnes d'une bonne intégration dans une collectivité. C'est vrai qu'il y a une partie un petit peu... je ne saurais pas la décrire... On décrit souvent le profil Srasien... Il faut qu'il y ait voilà, une intégration. »

Médecin généraliste, 54 ans,
intervenant à la Sras depuis 20 ans

Concrètement, au sein de la Sras, la participation aux tâches collectives constitue un enjeu de négociation constant entre les résidents et

les professionnels. Elles sont considérées comme positives et valorisées par les travailleurs sociaux, mais représentent bien souvent une contrainte pour les résidents. Elles sont parfois même appréhendées comme étant constitutives du mieux-être des résidents pour les professionnels. En effet, alors qu'un résident a été absent de la structure pendant plusieurs semaines, il est à son retour attendu de lui qu'il participe à une tâche ménagère afin qu'il puisse « *se poser* » dans la structure et accéder ainsi à nouveau à un style de vie considéré comme « sain » de la part de l'équipe.

À l'instar du fonctionnement de l'hôpital psychiatrique, chaque élément de la vie sociale peut être considéré comme thérapeutique finalement (Goffman, 1961). Les résidents refusant de se plier à cette participation sont alors fréquemment rappelés à la norme, ou font l'objet d'un traitement stigmatisant. Un résident est en effet surnommé comme étant « *la teigne* » et cette qualification se rapporte à l'attitude désinvoltée qu'il témoigne au sein de la structure. Ainsi me dit-il en entretien :

Chloé : « Et vous participez vous à une tâche collective ici ? »

« Participer à quoi ? »

Chloé : « Bah à la vaisselle, ou tout ça, vous ne faites pas ? »

« Ah non, je ne ferai jamais la vaisselle, ça non. Quand tu vas au restaurant tu fais la vaisselle ? Ici on dit qu'on a de la restauration, donc restaurant, pas de vaisselle. »

Chloé : « Donc vous avez refusé ? »

« Donc je ne ferai jamais la vaisselle. Pourquoi les animateurs ne la feraient pas ? »

Chloé : « On vous a demandé de la faire déjà ? »

« Oui, j'ai dit non. »

Monsieur Marble, 81 ans,
présent depuis 7 ans

Cette non-participation aux tâches ménagères est d'ailleurs parfois considérée comme un élément de preuve supplémentaire pour les travailleurs sociaux que la personne a des troubles de santé mentale. Ainsi, un résident refuse fréquemment de nettoyer les tables du réfectoire après le repas, tâche qui lui a été assignée par les travailleurs sociaux. Suivant l'évolution de sa prise en charge, je m'aperçois que les professionnels traduisent progressivement son comportement dans un registre psychiatrique : « *Oui il entend des voix notre Dédé* », « *Il n'a pas l'air comme ça, mais il est dedans aussi* » (la catégorie des personnes qui ont des troubles de la santé mentale).

Dans ce cadre, le fait qu'il refuse de nettoyer les tables constitue un élément supplémentaire de cette opération de traduction dans le registre de la santé mentale. Il est ainsi noté dans le cahier de liaison : « *Très nerveux, ne supporte pas qu'on lui dise quoi que ce soit, comme nettoyer les tables* ». Ce refus de participation constitue donc une preuve précise pour les travailleurs sociaux du caractère pathologique du comportement du résident.

Parallèlement aux tâches ménagères, les résidents ont également l'injonction de participer aux activités collectives proposées au sein de la Sras. À ce titre, un groupe de parole est organisé chaque semaine, ainsi qu'un atelier dessin. Il fut alors intéressant pour moi de constater que les travailleurs sociaux employaient parfois le registre de la menace, souvent de manière ironique, pour inciter les résidents à y participer : « *Si tu ne viens pas au groupe de parole tu n'auras pas tes sous !* ». Ou encore, alors qu'une sortie à la campagne est prévue, les travailleurs sociaux avaient dressé une liste de volontaires pour cette activité. Le matin de la sortie, la plupart des résidents se sont finalement désistés, ce qui témoigne bien des capacités de résistance qu'ont les résidents face à cette norme de l'injonction au collectif. Dans cette situation, une stagiaire mime d'inscrire le nom des résidents qu'elle croise sur la liste en leur affirmant « *Oui il faut y aller !* ».

Ces situations où les travailleurs sociaux sont à la limite de contraindre les résidents, même si cela est fait de manière ironique, révèle finalement l'incorporation de leur part de cette norme de l'injonction au collectif. Si les travailleurs sociaux sont prêts à employer ce registre de la menace, c'est parce qu'ils sont en réalité intimement convaincus du bienfait de cette participation collective. À ce titre, cet extrait d'entretien nous révèle l'importance de cette norme pour les travailleurs sociaux :

« Et puis il y aurait quand même une troisième chose intéressante à la Sras, c'est quand même tout ce qui est vie collective, l'animation tout ce qui est la socialisation, les activités, ça à la Sras c'est quand même fondamental, parce qu'avec ça on recrée du lien, on recrée du plaisir, on recrée de la vie. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Ainsi, cette injonction au collectif est tout d'abord une valeur professionnelle, dans laquelle les travailleurs sociaux se sentent compétents et experts. En effet, s'appelant eux-mêmes des « animateurs », ils témoignent de leur adhésion à une vision de l'accompagnement social basé sur les apports du collectif et du groupe. De ce fait, la participation aux activités collectives est considérée comme ayant des vertus thérapeutiques. À ce sujet, les travailleurs sociaux notent souvent des phrases telles que « *ça lui a fait un bien fou* », « *il était vraiment bien* » dans le cahier de liaison lorsque les résidents participent à des activités collectives, sous-entendant le fait que c'est la participation au groupe qui est constitutive du bien-être observé chez le résident.

Dans ce cadre moral partagé par les travailleurs sociaux, les activités collectives sont donc investies de valeurs. À ce titre, le groupe de parole est considéré comme un lieu où se disent parfois des « *choses exceptionnelles* ». En les questionnant plus encore sur ce groupe de parole, durant lesquels j'ai pu constater que finalement assez peu de résidents prenaient la parole, ces

derniers m'ont dit qu' « *au moins ils écoutent, c'est déjà ça* ». De même, j'ai pu remarquer lors d'un conseil de vie sociale (CVS) de la structure que la plupart des résidents avaient eu l'injonction de rejoindre le réfectoire pour prendre part à ce conseil. À nouveau, la majorité des résidents sont restés silencieux, mais ceux qui se sont exprimés contre les mesures proposées par les travailleurs sociaux (décaler l'horaire d'ouverture de la permanence administrative), ont été en réalité peu écoutés. J'ai ainsi entendu des phrases de résidents telles que « *Bah, de toute façon on n'a pas trop le choix que de dire oui* ». Ces deux temps qui constituent un collectif sont néanmoins très valorisés dans le discours des professionnels, affirmant que leur CVS est celui de l'association qui a le plus fort taux de participation des résidents. Ainsi, ce qui fait sens pour les professionnels, c'est en réalité que les résidents soient présents et fassent groupe, plus qu'ils n'y participent réellement par leurs interventions orales, comme il l'est pourtant attendu par la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette importance accordée au groupe est ainsi centrale dans l'ensemble de la vie de l'institution. Ainsi, même les partenaires de la structure qui interviennent ponctuellement reproduisent cette importance accordée au collectif. Alors même que les professionnels médicaux témoignent le plus souvent d'une approche individualisée dans leurs pratiques, les professionnels de santé venant au sein de la Sras ont tendance à exercer leur métier dans une approche collective. La kinésithérapeute, qui d'ordinaire fait des séances individuelles avec ses patients « classiques », réalise des séances collectives au sein de la Sras. De même pour la pédicure qui regroupe en cercle l'ensemble des résidents qui attendent leur tour, autour de l'hébergé qui est en train de se faire couper les ongles des pieds à la vue de tous les autres. Plus encore, l'action de l'infirmière de la structure elle-même, dans certaines situations, s'apparente à une injonction au collectif. J'ai ainsi pu observer qu'une séance de vaccination contre la grippe organisée « à la chaîne », où les résidents se plaçaient en file d'attente devant l'infirmier et se faisaient

vacciner et peser à la vue de tous les autres. Dans ce cadre, l'intérêt n'est pas de critiquer cette pratique, mais de saisir que le contact avec la population de la Sras semble induire la nécessité d'une approche par le groupe plutôt qu'au prisme de l'individu, bien que les pratiques professionnelles ordinaires des travailleurs du champ de la santé s'en trouvent modifiées.

En interrogeant d'ailleurs une professionnelle exerçant dans un Ehpad ayant répondu à un appel à projet afin d'accueillir des « personnes en situation de précarité », l'éducatrice m'apprend qu'elle a mis en place des actions collectives, auparavant inexistantes, en raison de l'arrivée de ce public en situation de pauvreté :

Chloé : « Mais à la base ces actions collectives elles ont été pensées... »

« Pour le groupe oui. Ça s'est élargi tant mieux, mais à la base c'était pour le groupe (les personnes issues des places « précarité »), pour leur permettre de s'intégrer, pour leur permettre de donner des idées en termes de qualité de vie, de conditions de vie... »

Éducatrice spécialisée, 32 ans,
travaillant dans l'Ehpad depuis 3 ans

Les formes d'injonction au collectif sont d'ailleurs multiples et nombreuses au sein de l'institution. Par exemple, les papiers d'identité des résidents sont tous gardés au sein d'un classeur collectif. Même si les personnes ne bénéficient d'aucune mesure de protection juridique, les professionnels demandent aux résidents de leur laisser leurs documents d'identité, que ce soit leur carte d'identité, leur carte vitale ou même parfois leur carte bancaire. Il est également attendu de la part des résidents qu'ils participent le plus possible aux repas au sein de la structure, ou encore qu'ils ne sortent pas à l'extérieur à partir d'une certaine heure, bien que le portail de la structure ne ferme qu'à vingt-deux heures. En effet, lorsqu'il est dix-huit heures, les travailleurs sociaux demandent parfois explicitement aux résidents de ne pas sortir de l'institution et de manger au sein du réfectoire. Cet extrait d'entretien montre d'ailleurs comment cette

injonction a été intégrée par ce résident :

« Quelle heure il est ? »

Chloé : « Il est 14h. Vous pensez aller faire un petit tour, vous ? »

« Non non. Non parce que Lynda elle a dit hop, le matin, je vais chercher mon litre, puis l'après-midi je ne le cherche pas, je reste ici, j'écoute de la musique ou la télé. »

Monsieur Noé, 51 ans, présent depuis 1 an

Toutefois, l'entreprise de disciplinarisation des classes populaires n'est en réalité jamais complètement réalisée. Les résidents de la Sras ont à ce titre des marges de manœuvre qu'ils savent mobiliser afin de lutter contre cette norme. Les résidents disent parfois qu'ils vont participer à quelque chose puis s'absentent juste avant, sortent au milieu des séances de discussion de groupe pour aller fumer une cigarette ou encore arrivent au dernier moment lors du repas. Ce jeu qu'ils opèrent avec les normes de l'institution témoignent de leur connaissance de cette norme. À ce titre, les résidents participant peu à la vie collective de l'institution me témoignent que leur position leur est parfois reprochée :

« Je reste un peu... je reste passif, ça je le ressens et ça je veux m'en défaire, le plus vite possible. »

Chloé : « C'est vous qui voulez vous en défaire ou ici ça vous est reproché ? ou pas du tout ? Comment ça se passe ? »

« Euh... on me l'a.... On me l'a fait comprendre. C'est-à-dire qu'on me l'a fait comprendre, pas savoir, mais on m'a posé la question, du style «ça va monsieur Durand» ou «ça va Thomas ?», ça dépend quelle est la personne... »

Monsieur Durand, 63 ans, présent depuis 3 mois à la Sras

Chloé : « Et du coup comment ça se passe votre vie ici un petit peu, qu'est-ce que vous faites ? »

« Bah, c'est bien, je ne fais pas d'activités, mais bon ça va quoi. »

Chloé : « Et on vous le reproche ça ? »

« Un petit peu ouais. Je vais retourner à l'hôpital de jour. Après les fêtes, je vais y retourner. »

Chloé : « Et vous là vous avez envie d'y aller ou c'est plus les animateurs qui vous poussent ? »

« C'est le médecin et les animateurs qui me poussent à y aller. Et le médecin aussi. »

Chloé : « Et il y a des choses que les animateurs vous ont proposées que vous avez déjà refusées ou pas ? »

« Euh, (silence) ouais, je n'aime pas aller le dessin tout, la peinture... »

Chloé : « Ça vous n'aimez pas ? »

« Non. »

Chloé : « Et puis on vous demande d'y aller quand même ? »

« Ouais. »

Monsieur Garrot, 43 ans,
présent depuis 2 ans

Les résidents ont donc une claire conscience de ce qui est attendu d'eux au sein de l'institution, même si cela ne signifie pas qu'ils vont adhérer à cette attente. Cette injonction à la participation a parfois été formulée à l'égard de certains résidents lors à ma recherche. Leur proposant des entretiens individuels avec moi, il est arrivé que les travailleurs sociaux, lorsqu'ils entendaient ma conversation avec le résident concerné, intervenaient en avançant que ce serait « positif » qu'il « participe un peu de temps en temps ».

Unanimement, il est ainsi partagé par les travailleurs sociaux que, pour que la personne « s'en sorte », c'est-à-dire qu'elle puisse accéder à une autre structure par exemple, il est nécessaire

« qu'elle s'occupe ». De fait, à plusieurs reprises lors de consultations avec des psychiatres auxquelles j'ai pu assister, j'ai pu m'apercevoir que les travailleurs sociaux présentaient cette non-participation comme symptomatique de la maladie mentale. Par exemple, alors qu'une psychiatre demande au travailleur social comment va le patient, ce dernier répond : « Niveau comportemental, il n'y a rien à dire, à part qu'il ne veut rien faire quoi ». La participation à des activités est entendue comme la condition *sine qua non* pour que la personne puisse aller mieux. La situation de monsieur Duforest est très éclairante à ce sujet.

Monsieur Duforest est présent au sein de la structure depuis trois ans et demi. Dès mon arrivée en tant qu'observatrice, le résident est considéré comme « n'allant pas bien du tout » par les travailleurs sociaux. Amaigri et faible physiquement selon les professionnels, les travailleurs sociaux amèneront le résident aux urgences, désarçonnés par la situation. Si pour les urgences, cette situation semble correspondre à celle d'un patient trop alcoolisé, pour la Sras, la situation de monsieur Duforest est extrêmement problématique. Les travailleurs sociaux n'hésitent pas à employer des termes tels que « Si on ne fait rien, il va y passer ! », « Il ne va tenir encore longtemps notre petit monsieur ». La situation observée de dégradation physique du résident est considérée comme étant une situation extrême pour les travailleurs sociaux. Néanmoins, les urgences ne le garderont pas et ce dernier réintégrera la structure le jour-même. À la suite de cet épisode, son accompagnement va être traduit dans le registre de la psychiatrie, duquel il était jusqu'à présent éloigné. Une première lecture de cette orientation vers la psychiatrie s'explique par une variable que nous avons déjà présentée, qui est celle du recours à la psychiatrie quand les travailleurs sociaux rencontrent une impuissance dans leurs pratiques. Néanmoins, une seconde variable propre à l'injonction au collectif est également repérable dans cette situation.

De tous les professionnels, monsieur Duforest est considéré comme un hébergé « triste », en

raison du fait qu'il ne semble intéressé « par rien », selon les travailleurs sociaux. « *C'est triste à dire, mais sa vie est vide, remplie d'alcool* », explique ainsi Ludovic. Cette tristesse est perçue de tous comme le résultat d'un manque d'investissement dans les activités de l'établissement et du fait qu'il n'ait ni loisirs, ni occupation. De fait, la situation de monsieur Duforest inquiète l'équipe et est comparé à d'autres situations, dans lesquelles les personnes ont « *des projets* », « *une vraie envie de s'en sortir* ». Passant la majeure partie de sa journée dans sa chambre, monsieur Duforest est donc appréhendé comme un résident passif au regard de sa situation, face à laquelle les travailleurs sociaux se sentent démunis, puisqu'ils n'ont pas de « *prise* » pour intervenir. Il est dit de lui dans les cahiers de liaison qu'il « *s'isole beaucoup* », « *s'enferme* », ou encore qu'il a constamment « *sa porte fermée* ». Nous pouvons alors analyser cette situation comme problématique pour les travailleurs sociaux, justement parce que le résident n'est pas volontaire pour cette participation à la vie collective. D'ailleurs, les travailleurs sociaux vont finalement l'y contraindre : le résident doit consommer son alcool au bureau des professionnels. Si l'objectif est effectivement que sa consommation soit mise sous surveillance, l'intérêt de cette injonction à la consommation devant les travailleurs sociaux est d'une part qu'ils puissent échanger avec monsieur Duforest et d'autre part que celui-ci « *sorte un peu de sa chambre* ».

C'est sur cette base de l'éloignement à la norme de la participation à la vie collective de l'institution que la traduction du comportement de monsieur Duforest vers un registre psychiatrique va s'opérer. L'infirmière le qualifiera ainsi de « *dépressif* » et s'étonnera même que jusqu'à présent le résident n'ait eu aucun antidépresseur. Après ce constat, ce dernier sera rapidement pris en charge par l'EMPP.

Au-delà de cette situation, j'ai pu repérer lors des entretiens avec les travailleurs sociaux de la structure que le critère de la non-participation à la vie de l'institution constituait bien un facteur uniformément partagé par l'équipe indi-

quant la maladie mentale :

« *Une personne qui vient nous voir régulièrement au bureau pour nous dire ses besoins et qui d'un coup ne vient plus, qui est un peu replié sur lui, ou en tout cas qui passe sa journée à l'extérieur, ou il est dans une espèce de limite : on ne le voit pas de la journée parce qu'il est à l'extérieur ; nous c'est des indicateurs qui sont importants.* »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

« *Donc s'il y a consommation excessive d'alcool, dénutrition, malnutrition, déjà c'est des signes. Après oui enfin le discours de la personne si elle parle plus du tout, qu'elle s'éteint, qu'elle ne vient plus nous solliciter, qu'elle reste enfermée dans sa chambre, ça, ça nous alerte.* »

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

« *Tu vois, Papi Goujon, euh lui euh... mais Papi Goujon il recommence hein, son traitement à mon avis il ne fait plus effet à Papi Goujon. Il est en train de... je ne sais pas, il est en train de se délabrer ... L'autre jour c'était avec Pierre Marchand on a dansé, on a fait son anniversaire vendredi avec Adama et tout ça. Papi Goujon, l'année dernière il dansait hein, c'est-à-dire il allait te faire sa danse du début jusqu'à la fin, donc là je l'ai pris et puis là cinq minutes il a tenu, au bout de cinq minutes il en a eu marre et il est parti. C'est là que tu te dis... en un an de temps, il ne supporte plus, il n'a plus la patience tu vois... donc Papi Goujon quand même... mais après on a perdu des cas psy lourds, euh Lionel, c'était un cas lourd quand même.* »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

De ces trois extraits, nous voyons que plusieurs critères que nous avons relevés sont mis en avant dans le discours des travailleurs sociaux comme des éléments qui façonnent une inquiétude à leur sens : lorsque la personne s'isole ou

est trop tournée vers l'extérieur, en somme, qu'elle n'adhère pas à la norme de participation à la vie collective de l'institution. La dernière citation est peut-être encore plus éclairante, car elle démontre réellement en quoi le fait qu'un résident n'ait pas envie de danser, alors qu'il le faisait les fois précédentes, va pouvoir être interprété comme un argument légitimant ce processus de sanitarisation dans le registre de la santé mentale.

Ce facteur de participation à la vie collective de l'institution semble être partagé par l'ensemble des travailleurs sociaux comme une grille de lecture de la santé mentale. Pourtant, le fait que des résidents refusent de participer à la vie de l'institution et d'échanger avec les travailleurs sociaux, peut être un moyen pour les hébergés de maintenir une forme de maintien de soi, en dehors de l'emprise de l'institution. Goffman note ainsi que « *du point de vue du malade, le refus d'échanger un seul mot avec le personnel ou avec ses camarades peut constituer la preuve qu'il récuse l'opinion de l'institution sur son caractère et son identité ; mais le personnel supérieur de l'hôpital peut fort bien interpréter cette attitude de repli sur soi comme relevant précisément de la symptomatologie pour les besoins de laquelle on a créé l'établissement et y voir la meilleure justification de la situation actuelle du malade* » (1961, p. 359).

Cette analyse nous permet ainsi de saisir plus finement pourquoi certaines situations, d'apparence similaires, font finalement l'objet d'un traitement différent, tantôt psychiatrisant, tantôt répressif au regard des déviances. La situation de monsieur Lyon, qui n'est aucunement interprétée dans le registre de la psychiatrie, tient à la fois au fait que le résident est déjà inscrit dans des soins, mais est redoublée du fait que l'hébergé participe à la vie collective de l'institution et entretient des échanges réguliers avec les travailleurs sociaux.

Au sein de la Sras, deux situations sont fréquemment comparées : celle de monsieur Mathys et de monsieur Legoff, tous deux atteints d'un cancer du poumon et recevant des

soins en même temps. Ces situations se retrouvent souvent opposées car monsieur Legoff aurait « *la dépression en plus* », dans le cadre de sa maladie, contrairement à monsieur Mathys. Nous le voyons bien, ces situations sont d'apparences similaires : deux personnes inscrites dans des soins, mais dont le comportement fait l'objet d'une traduction différente par les professionnels. L'observation révèle que monsieur Mathys est un résident qui participe à la vie collective de l'institution, il vient au groupe de parole, effectue une tâche ménagère, entretient des relations cordiales avec son aide à domicile et échange quotidiennement avec les travailleurs sociaux.

En revanche, la situation de monsieur Legoff révèle un résident beaucoup moins participant à la vie de l'institution. Il a tout d'abord, dès son arrivée, demandé à être vouvoyé par l'équipe d'animation, un souhait qui a été interprété de manière négative par les travailleurs sociaux, assimilant cette demande à une distance qu'il voulait instaurer entre les professionnels et lui. Il est également considéré comme « *difficile* », car il semble refuser toute forme de participation à la vie collective de l'institution. À ce titre, il est intéressant d'avoir pu observer qu'il arrivait toujours au repas lors des dernières minutes du temps alloué au service, comme pour témoigner de sa non adhésion aux autres des résidents de la Sras. Par ailleurs, l'hébergé refuse de participer à toute activité collective et même parfois d'échanger avec les travailleurs sociaux. Les professionnels ont donc progressivement traduit son comportement dans le registre de la santé mentale. Ils ont tout d'abord commencé, j'ai pu l'observer, par ne pas ouvrir sa chambre sans qu'il ait répondu. C'est ainsi qu'un des rares résidents qui bénéficie de cette intimité. La plupart du temps, les professionnels frappent et entrent dans les chambres sans attendre de réponse. Mais plus largement, son comportement va être traduit dans le registre de la psychiatrie et il sera finalement hospitalisé sous contrainte à l'hôpital psychiatrique.

À l'instar de la situation de monsieur Duforest, cette traduction s'appuie en réalité sur un dou-

ble registre. Concernant monsieur Legoff, les travailleurs sociaux sont premièrement démunis et impuissants, ce dernier refusant parfois de prendre ses traitements ou encore de prendre des douches. Ainsi, sa situation entre dans le cadre des situations face auxquelles les professionnels se sentent en nécessité de passer le relais. Mais le fait que ce relais soit la psychiatrie et non pas l'exclusion de la structure par exemple, tient au fait que la personne n'adhère pas au collectif. En effet, en parallèle, monsieur Mathys a parfois, lui, été renvoyé de la structure pour des actes commis, considérés comme déviants. Toutefois, ces derniers n'ont pas été traduits dans le registre de la santé mentale.

Ainsi, s'il semblait de prime abord complexe de saisir pourquoi certaines situations faisaient l'objet d'une sanitarisation dans le registre de la santé mentale, quand d'autres bénéficiaient d'autres registres d'intervention, les éclairages de cette partie émettent l'hypothèse que la sanitarisation dans le registre de la santé mentale s'opère en réalité quand plusieurs facteurs – que nous avons présentés – se rejoignent. C'est l'articulation de ces facteurs qui tend à fonder l'adhésion des travailleurs sociaux à un registre de la santé mentale. Prenons l'exemple de monsieur Poisson, exemplaire à ce sujet :

Monsieur Poisson est récemment arrivé à la Sras, il vient d'une résidence sociale, à la suite de laquelle il n'a pu accéder à un logement individuel. Il a donc été orienté à la Sras, alors qu'il ne le souhaitait pas. Ainsi me dit-il en entretien :

Chloé : « Et qu'est-ce que vous pouvez me dire là sur la Sras, qu'est-ce que vous en pensez ? »

« Bah, je ne suis pas bien ici. »

Chloé : « Vous n'êtes pas bien ici ? »

« Non, non. Je préférais où c'est qu'étais avant. (...) Oh j'étais bien là-bas. »

Chloé : « Et pourquoi vous êtes venu ici alors ? »

« À cause de Claude (travailleur social), (rit

nerveusement). J'sais pas il m'a dit qu'on n'avait pas le droit de rester plus de deux ans... »

Monsieur Poisson, 46 ans, présent depuis quelques semaines

Au départ, la situation de monsieur Poisson n'est pas interprétée dans un registre particulier par les professionnels. Un travailleur social dit même que sa situation « *est globale* », qu'elle tient à la fois « *à l'addiction, au déni, au repli sur soi et aux problèmes d'argent* ». Néanmoins, monsieur Poisson, récemment arrivé et n'ayant donc pas intégré les codes sociaux attendus du rôle de résident spécifique à la Sras – ou souhaitant volontairement s'en distancier, va en plusieurs points s'en éloigner : il refusera de prendre ses traitements, « *mettra tout par terre* » dans sa chambre quand il est « *en colère* », ou encore se mettra à pleurer relativement souvent. Face à cette situation, les travailleurs sociaux se sont initialement demandé si le résident n'avait pas « *trop de sous* », ce qui signifie qu'ils se sont interrogés au départ pour savoir si le problème posé par monsieur Poisson tenait à l'addiction à l'alcool.

Progressivement, le résident va être considéré comme quelqu'un de « *manipulateur* », qui « *joue avec les animateurs* ». Les émotions dont il témoigne, comme la tristesse, ou la colère sont sous-entendues par les travailleurs sociaux comme n'étant pas authentiques, mais plutôt mises en scène. Cette mise en doute des émotions de monsieur Poisson va être redoublée du sentiment pour les travailleurs sociaux que le résident se sentirait « *supérieur* ». À ce titre, il lui est ainsi reproché de vouloir s'acheter trop d'objets, « *Un lecteur DVD, en a-t-il vraiment besoin ?* ». Il lui est également reproché de tenir à distance les autres résidents de l'institution. « *Il les terrorise* » est-il dit de lui, plus encore, il lui est reproché que le bruit des autres le dérange et qu'il s'en plaigne constamment. Ainsi, lorsqu'il dit que son voisin fait du bruit et le gêne, les travailleurs sociaux lui répondent qu'il ne peut pas continuer comme cela à ne pas supporter ses voisins. Enfin, il est également noté que le résident refuse l'accompagnement

à l'hygiène qui lui est proposé : « *Il claque la porte à l'intervenant* » est-il noté dans le cahier de liaison.

Au-delà de l'écart avec le rôle social qui est attendu de lui, monsieur Poisson témoigne également progressivement d'une distance avec la participation à la vie collective qui est attendue. Il me le confirme lui-même en entretien :

Chloé : « *Et donc là qui est votre référent du coup ?* »

« *Euh... Henri.* »

Chloé : « *Et du coup vous lui avez fait part du fait que vous ne vouliez pas rester ?* »

« *Ouais, j'en parle un peu plus mais bon il m'a dit qu'il faut attendre. Mais pff... moi je ne tiens plus ici. Je ne tiens plus.* »

Chloé : « *Qu'est-ce qui vous pèse ?* »

« *Les personnes.* »

Chloé : « *Ah oui ?* »

« *Hum. Je n'arrive pas à m'adapter avec eux, j'suis tout seul, j'suis enfermé dans la chambre, je sors pour aller chercher des cigarettes quoi puis c'est tout, mais j'suis pas bien ici. J'ai du mal à dormir pff...* »

Chloé : « *Mais vous avez quand même des échanges avec les résidents d'ici ?* »

« *Non non, j'suis tout seul, j'suis tranquille. Qu'on me foute la paix quoi.* »

Monsieur Poisson, 46 ans,
présent depuis quelques semaines

De plus, les travailleurs sociaux me témoignent également eux-mêmes du fait qu'il ne « *supporte pas la collectivité* » :

« *Je me dis aussi que la détestation qu'il a de la collectivité, des bruits en collectivité, des autres, l'image que ça lui renvoie, soit ça se travaillera sur le long cours, soit on a eu d'autres personnes, bah qui étaient en détestation de la collectivité, je pense à Paul,*

on a toujours essayé de faire le tampon et voilà et malheureusement je crois qu'il n'y a pas de solutions miracles à ça. Donc ça se travaillera sur le long terme. »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Chloé : « *Et tu penses que c'est qu'il ne supporte pas la vie en groupe ?* »

« *Ah oui je suis sûre que c'est ça il ne supporte pas la collectivité.* »

Chloé : « *Et dans ces cas-là, est-ce que c'est la Sras qui est vraiment faite pour lui ?* »

« *Ce monsieur-là il vient de la résidence hein, donc il était habitué à tout gérer tout seul et là il nous a un peu sur le dos et encore il ne nous a pas beaucoup, parce que moi je vais le voir seulement une à deux fois la semaine hein. Je lui ai dit l'autre fois, tu ne peux pas dire que je t'embête, parce que moi je viens pas pour t'embêter, je suis là pour que tu sois bien donc, j'y dis je suis pas là derrière toi tout le temps.* »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Mais il est intéressant de constater que si le résident est éloigné de la vie collective de l'institution, ce n'est pas l'institution qui se remet en cause. En effet, face à cette non-adaptation de la structure au souhait de la personne, une orientation vers une structure plus adaptée aurait pu être imaginée. Il n'en est rien : le référent de monsieur Poisson lui a dit lui-même qu'il « *fallait attendre* » et les travailleurs sociaux disent bien que le « *temps* » peut jouer pour qu'il finisse par s'y adapter. Ainsi, les professionnels cherchent à ce que le résident s'adapte à l'institution.

Pourtant, ne pourrait-on pas considérer que c'est une réaction normale d'être distant face à cette imposition d'une vie en communauté, qui n'a en réalité rien de naturel au regard des normes sociales classiquement promues, où l'individualisation prime dans toutes les

parcelles de la vie sociale ? Ainsi, le fait que les travailleurs sociaux fondent en partie la traduction des situations qu'ils observent dans le registre de la psychiatrie, quand ces derniers sont éloignés de la norme de participation à la vie collective, signifie tout de même qu'il y a une psychiatisation exercée sur des situations qui, au contact d'un autre public, ne feraient pas l'objet de cette traduction. François Sicot le note bien dans son ouvrage. La condition de pauvreté conduit à l'interprétation de certains comportements dans le registre de la psychiatrie, mais s'ils avaient été le fait d'une personne issue d'une autre classe sociale, la réaction aurait vraisemblablement été différente. Effectivement, on voit bien qu'à la Sras, il est attendu que les résidents se conforment à une vie en communauté, alors même que l'ensemble de la société formule des normes inverses à ce qui se passe dans cette institution. Cet écart, même s'il n'est pas conscientisé comme tel par les travailleurs sociaux, fait l'objet d'une sanitarisation dans le registre de la santé mentale.

En effet, lors d'un recadrage suite à son comportement, le chef de service demande à monsieur Poisson de quoi il « *aurait le plus besoin* ». Ce dernier lui a répondu : « *qu'on me foute la paix* ». Suite à cette réponse, le chef de service a interprété que monsieur Poisson avait trop d'intervenants autour de lui, qu'il devait se sentir « *envahi* » et qu'il valait mieux désormais désigner un interlocuteur privilégié pour faciliter la relation. Ainsi, la lecture de cette réponse témoigne du registre psychologique qui est emprunté.

De surcroît, monsieur Poisson tient également à distance les soins. Il refuse fréquemment de prendre ses traitements et refuse parfois de se rendre à ses rendez-vous médicaux. L'éloignement avec la sphère des soins constitue un argument pour la traduction du comportement de la personne dans le registre de la psychiatrie. En parallèle, monsieur Poisson a déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique. L'importance du passé est également centrale dans l'orientation choisie des travailleurs sociaux.

De fait, monsieur Poisson a fait l'objet d'une lecture de plus en plus psychiatisée, jusqu'à être considérée par le chef de service comme une situation « *emblématique* » de cette transformation du public présentant davantage de troubles de la santé mentale : « *Il est un cas d'école qui explique bien ce passage des gens dans l'errance et dans la clochardisation aux profils d'aujourd'hui, avec de plus en plus de troubles psychiatriques* ».

Le passage par la psychiatrie devient une orientation considérée comme nécessaire : « *De toute façon, il va falloir* », « *On ne va pas pouvoir l'éviter* » disent les travailleurs sociaux au sujet de l'hospitalisation en psychiatrie. À l'issue d'une négociation, monsieur Poisson va donc être emmené à l'hôpital psychiatrique. Suite à la rencontre avec les médecins, monsieur Poisson va parvenir à échapper à l'hospitalisation d'office qui était initialement anticipée par les travailleurs sociaux. Néanmoins, ce dernier aura l'injonction expresse de prendre ses traitements et d'avoir un « *comportement adapté* », selon le chef de service, faute de quoi il risquera d'être hospitalisé d'office, « *pour son bien* ».

Au fur et à mesure, monsieur Poisson a également repris contact avec son ex-femme et ses fils. À l'instar de toutes les réactions du résident, qui vont donc tendre à être psychiatisées, le fait qu'il renoue des liens avec sa famille va être considéré comme possiblement « *traumatisant* » et « *difficile à vivre psychologiquement* ». Ainsi, alors qu'il serait souhaité dans un cadre de vie classique qu'une personne renoue des liens avec sa famille, au sein de la Sras, c'est avec une réelle méfiance que les travailleurs sociaux envisagent ces contacts. Il semble donc qu'il faudrait poursuivre l'hypothèse que dans cette structure particulière, en certains points, les normes avancées par l'institution semblent divergentes des normes sociales façonnées de manière plus large au sein de la société.

En effet, que nous révèle cette propension à recourir au collectif, alors même que la société témoigne plus largement du mouvement inverse ? Nicolas Duvoux analyse que « *le collectif*

est le principal support social de ceux qui ne disposent pas de capitaux économiques, culturels ou sociaux. Il permet de résister à la marginalisation et à l'isolement » (2009, p. 150). Par ailleurs, Corinne Lanzarini a également démontré qu'il s'opérait une injonction des pauvres au collectif (2000). Mais si Duvoux analyse le collectif comme une ressource, notre recherche empirique nous révèle plutôt que ce recours au collectif entérine en réalité le stigmate et la distance sociale avec les groupes sociaux plus insérés au sein de la société, au prisme de cette application différenciée des normes selon leur position sociale.

Cette situation permet ainsi de voir que c'est finalement l'articulation d'un certain nombre de variables qui fonde l'orientation vers la psychiatrie. En effet, la situation de monsieur Poisson note bien que si au départ, le registre d'intervention n'était pas déterminé, la multiplication des facteurs que nous avons présentés, que ce soit le refus des soins, le non-respect du rôle social de résident, la non-participation à la vie de l'institution, le poids des antécédents psychiatriques ainsi que le fait que la structure se sente démunie et impuissante a conduit invariablement le résident vers la psychiatrie. De surcroît, cette combinaison exemplaire de l'ensemble des facteurs que nous avons identifiés a conduit le chef de service à parler de la situation de monsieur Poisson comme un « *cas d'école* ». Cette multiplication des facteurs permet ainsi de comprendre pourquoi certaines situations, où par exemple les personnes refusent de s'inscrire dans la norme de l'injonction au collectif, ne font parfois pas l'objet d'une lecture dans le registre de la psychiatrie.

Toutefois, il faut tout de même nuancer notre propos en rappelant qu'il ne s'agit là que de tendances que nous avons pu repérer et que celles-ci ne sont à ce stade pas généralisables à d'autres situations ou établissements. Cependant, notre analyse révèle tout de même que face à une souffrance ressentie et exprimée, le processus de choix des usagers du travail social semble d'autant plus réduit que les personnes qui n'ont pas d'accompagnement par des tra-

vailleurs sociaux. En effet, une personne classique peut par exemple faire le choix de recourir à divers thérapeutes et plus largement, elle a le choix d'interpréter sa souffrance dans un registre autre que celui de la santé mentale. Il semble que ce choix du tiers pour résoudre une situation problématique est largement réduit pour les usagers du travail social. Ainsi, tous les résidents voient globalement les mêmes psychiatres. De surcroît, le choix de s'orienter vers d'autres registres que la santé mentale ne semble, pour le moment, pas même pensé par les travailleurs sociaux.

5. Les résidents et la psychiatrie

Dans le cadre de ce processus de sanitarisation dans le registre de la santé mentale, il serait néanmoins faux d'imaginer que les travailleurs sociaux sont seuls décideurs dans cette entreprise, même s'ils y contribuent largement. Serge Paugam a ainsi analysé que les bénéficiaires de l'action sociale participaient également à la construction de leur statut (1991) et plus précisément, Isabelle Parizot a justement effectué une recherche sur la manière dont les personnes en situation de précarité envisagent leur prise en charge par le monde de la santé (2003). Ainsi, les résidents, à l'instar d'autres acteurs d'ailleurs, participent également à ce processus de construction sociale de la maladie.

François Sicot a montré que les clients du travail social étaient souvent opposés à ce genre de prise en charge. Il note que les « *pauvres résistent à l'interprétation psychologique ou symptomatologique de leur situation. (...) Dans leur langage, les malades sont des frapadingues, les psychiatres sont plus fous que leurs malades, les diagnostics ne sont que les mots de Diafoirus* » (Sicot, 2001, p. 181) ; « *Ils ne se considèrent pas comme malades, ils jugent les psychiatres dangereux, les traitements inadaptés à leurs problèmes. Nous comprenons pourquoi certaines prises en charge avortent : les psychothérapies sont jugées ridicules, on pense y perdre son temps, on ne veut pas être intoxiqué, on ne*

s'y sent pas respecté » (*ibid.*, p. 184). Notre ethnographie confirme en partie cette observation de François Sicot. Ainsi un résident nous explique :

« J'ai vu l'autre fois le psychiatre et au début j'étais pas trop... je n'étais pas pour. Je pensais que c'était pour les cinglés moi. Tu vois et les animateurs ils me disent mais non ce n'est pas pour les cinglés, lui il va t'écouter et il va essayer de voir ce qu'il peut faire au niveau de toi et c'est tout quoi. »

Monsieur Bonnet, 50 ans,
présent depuis 2 ans

Dans mes observations j'ai également retrouvé ce discours méfiant quant à la psychiatrie. Monsieur Bernard me confie un jour qu'il ne souhaite pas aller à l'hôpital psychiatrique, il dit qu'il y a déjà été et que cela l'a « *rendu encore plus fou* ». Dans ces situations où les résidents expriment des réticences face à la psychiatrie, cela joue dans le registre d'action des professionnels. Dans la situation de monsieur Poisson, j'ai pu constater que le fait qu'il ne souhaite en aucun cas être hospitalisé a conduit les travailleurs sociaux à « *le laisser gagner pour cette fois* », c'est-à-dire à ne pas l'hospitaliser contre son gré.

En outre, l'expérience de la psychiatrie, qu'elle ait été vécue par le résident, ou qu'elle soit racontée par d'autres résidents de la structure en ayant fait l'expérience, conduit les hébergés à développer des connaissances précises qui peuvent leur permettre d'échapper à cette prise en charge. Monsieur Bichon ayant ainsi un rendez-vous avec son psychiatre quelque temps après notre entretien me dit s'inquiéter au sujet de cette rencontre : « *Vous pensez qu'ils vont me dire de rester là-bas ?* ». Il me dit alors :

« Faut pas que je signe la fiche d'hospitalisation. »

Chloé : « *Vous pensez qu'ils vont vous demander de rester ?* »

« Oh on ne sait jamais. Parce que le docteur m'a pas vu depuis longtemps, alors euh... »

Comme je sais que quand on va à l'Unacor, euh je ne suis pas obligé de signer la feuille d'hospitalisation. »

Chloé : « *Vous avez appris ça au fur et à mesure ?* »

« Ouais, ouais ouais. Ouais parce qu'ils nous font signer une feuille. »

Chloé : « *Et si vous ne signez pas qu'est-ce qu'il se passe ?* »

« Bah je reviens là. Logiquement c'est comme ça que ça marche hein. Non et puis là je suis en forme en ce moment, j'avais des tremblements, je tremble plus, j'entendais des voix, j'entends plus des voix, j'entendais des voix là quand il y avait des grues à côté quand c'était en construction, maintenant ça va. »

Monsieur Bichon, 67 ans,
présent depuis 10 ans

Ainsi, on voit bien que ce résident a acquis de son expérience que les patients sont en droit de ne pas signer le document de leur hospitalisation libre. Bien sûr, il est possible pour les travailleurs sociaux de recourir à une hospitalisation sous contrainte, mais cela leur complique considérablement la tâche puisqu'ils doivent réunir l'avis favorable d'un médecin, la signature d'un tiers et également faire venir les services de police si le résident ne parvient pas à être conduit volontairement au service des urgences.

La lecture de François Sicot ne présente que peu de nuances quant à l'avis des clients du travail social au regard de la psychiatrie. Si cette vision méfiante existe, on l'a vu, il faut aussi noter qu'elle est parfois appréciée d'autres résidents, dans d'autres situations. Écoutons monsieur Guénot à ce sujet :

Chloé : « *Et donc vous voyez un psychiatre aussi c'est ça ?* »

« Ouais, un psychiatre ouais ouais. »

(...)

Chloé : « Et ça fait longtemps que vous le connaissez ? »

« Bah depuis 2004. »

Chloé : « Depuis que vous êtes ici à la Sras ? »

« Voilà, ouais, avant je n'en avais pas. »

Chloé : « Donc comment ça s'est passé, c'est la Sras qui a pris contact avec eux ? »

« Non non, c'est moi parce que je n'étais pas bien dans ma tête, ça allait pas et je pétais un peu les plombs quoi. Donc il m'a évité, le psychiatre, de faire de la prison. Parce que j'étais agressif, j'agressais les gens dans la rue. Alors un mec qui me regardait de travers, j'y tapais dedans. Donc voilà, donc le psychiatre m'a défendu il a dit non, il n'est pas apte à aller en prison. Sinon le procureur il demandait six mois de prison, donc grâce au psychiatre bin j'ai pas fait de prison quoi. Non le psychiatre a dit non il n'est pas apte à faire de la prison, il sait pas ce qu'il fait, il faut qu'il prenne des cachets, il faut qu'il se calme (...) Ouais j'ai des médicaments pour les nerfs, parce que moi je suis hyper nerveux, là ouais si j'ai pas ça, ouais je crois que j'aurais plus d'une fois... ah ouais j'ai des cachets pour les nerfs. Ah il n'y aurait pas les cachets je crois que je taperais sur les gens. Ouais. Arnault il me l'a dit aussi il m'a dit tu serais peut-être plus à la Sras, tu n'aurais pas ton traitement, tu serais plus à la Sras. Tu serais peut-être dehors actuellement ouais. »

Monsieur Guénot, 50 ans,
présent depuis 12 ans

De fait, cette situation nous éclaire sur le fait que le recours à la psychiatrie peut également être vécu positivement de la part des résidents. Le traitement par la santé mentale comporte effectivement une dimension, dans son cas extrême, d'enfermement sous contrainte. En revanche, relever du registre de la psychiatrie peut également permettre aux résidents de bénéficier de traitements plus cléments. On l'a vu, lorsque les travailleurs sociaux empruntent

le registre de la sanitarisation dans le domaine de la santé mentale, par le biais de rencontres avec des psychologues par exemple, les résidents échappent alors parfois à une exclusion de la structure. Il semble d'ailleurs probable que des résidents aient intégré cette dimension et surjouent « la folie » lorsqu'ils ont un comportement qui s'est éloigné de la norme. Ainsi, un résident ayant déserté la Sras plusieurs semaines, lors de son retour semble réellement éloigné de la réalité : il désire se procurer un passeport pour aller en Picardie et prétend également être parti la veille au Brésil... Il est impossible de savoir dans quelle mesure le comportement dont le résident témoigne relève d'une mise en scène ou non, mais il est simplement possible de supposer que c'est parfois le cas. D'ailleurs, ce même résident, lors d'une consultation avec son psychiatre, se voit questionner sur sa consommation d'alcool. Il répond alors qu'il consomme un verre à chaque repas. Cette conception très normée de la consommation d'alcool nous laisse ainsi supposer que le résident a tout intérêt à se faire passer pour « fou » devant les travailleurs sociaux et « normal » devant son psychiatre.

Cette pluralité de visions quant à la maladie peut être interprétée au regard de la classification qu'a établie Claudine Herzlich et que Lise Demailly (2011) a repris au sujet de la maladie mentale. Certains patients ont ainsi une conception de la maladie comme « métier », c'est-à-dire que les personnes ont une connaissance fine des institutions, de leurs traitements et leur maladie est une préoccupation quotidienne pour celle-ci. Bien qu'elles n'en recouvrent pas tous les aspects, les deux dernières situations pourraient en partie se rattacher à cette trajectoire sociale de malade. Autrement, Lise Demailly catégorise également la maladie « euphémisée », dans laquelle les patients seraient dans un évitement de toute forme d'hospitalisation, revendiquant leur autonomie et leur indépendance au regard des institutions hospitalières. En ce sens, de nombreux résidents de la Sras pourraient entrer dans cette catégorisation réalisée par la sociologue. Enfin, la maladie « sens » est la dernière catégorisation qui a été

établie. Elle postule du fait que ce serait la « réalité » qui aurait conduit la personne à tomber malade. La maladie est en quelque sorte la suite logique et explicative d'un parcours de vie. À ce titre, des résidents de la Sras témoignent également de cette vision de la maladie :

Chloé : « Et vous avez déjà été à Saint-Germain, hospitalisé là-bas ? »

« Oui parce que j'entendais des voix. Ça c'est parce que j'ai fait trop d'abus d'alcool. À mon avis j'ai les neurones qui sont un peu abîmés. Parce que j'ai consommé trop d'alcool dans ma vie. »

Chloé : « Et du coup vous avez été plusieurs fois là-bas ? »

« Ouais ça fait trois fois que ça m'arrive. À cause de l'abus d'alcool à mon avis. »

Monsieur Martin, 62 ans,
présent depuis 6 ans

Ainsi, attribuer la maladie mentale à un style de vie contribue à développer une maladie « sens », puisque cela permet au résident de trouver une rationalité dans cette apparition de symptômes de la maladie mentale. Toutefois, il aurait fallu d'autant plus analyser ces visions différenciées de la maladie, ainsi que leurs fondements. Isabelle Parizot, par la recherche qu'elle a menée, nous suggère d'analyser cette conception différenciée du recours au soin au regard de la « *capacité à faire face au discrédit de l'assistance* » (Parizot, 2003, p. 252). Appliquant ses résultats à notre recherche, nous pouvons emmener l'hypothèse que le recours aux soins, lorsqu'il est réalisé par la médiation de travailleurs sociaux, ou encore dans des services spécifiquement liés aux personnes en situation de précarité, signe davantage l'inscription des personnes dans des dispositifs spécifiques et assistanciels, plutôt que dans un recours aux soins à la visée égalitaire. De fait, l'opposition à la participation aux soins est potentiellement une poursuite de la résistance à l'assignation au rôle du résident.

Enfin, au-delà de la vision de la maladie mentale

dont témoignent les résidents de la Sras, il semble intéressant de relever une certaine constance dans la manière de parler de ces troubles. Tous les résidents, ou presque, parlent de la maladie mentale par le terme de « nerveux », comme le révèlent ces extraits d'entretien : « *Avant j'étais un grand nerveux* », « *Je prends un traitement pour calmer mes nerfs* ». Il est central de revenir sur le fait que les travailleurs sociaux eux-mêmes, dans les années 1980, parlaient de la maladie mentale en ces termes, tout du moins dans les rapports d'activité. Ainsi parlent-ils de « *névropathes* » dans le rapport d'activité de 1982.

Les apports de Luc Boltanski (1971) nous permettent finalement de comprendre que les catégories médicales mettent en réalité beaucoup de temps à se diffuser au sein de la population et que ces dernières se diffusent graduellement plus rapidement dans les classes sociales les plus proches des psychiatres. Ainsi, ce sont d'abord les catégories issues des classes sociales supérieures qui ont délaissé le registre des « nerfs » pour parler de la maladie mentale, puis, ce nouveau discours s'est progressivement répandu aux classes plus inférieures. Le fait que les résidents de la Sras témoignent encore d'une vision basée sur les « nerfs » démontre bien que ce processus de diffusion des catégories médicales est extrêmement long, notamment en ce qui concerne les classes sociales les plus dominées au sein de la société. Comme l'affirme Boltanski, « les individus, situés au bas de la hiérarchie sociale, possèdent en conséquence le vocabulaire de la sensation le plus sommaire mais aussi le plus archaïque – car le langage des sensations porte en lui les acquis successifs de la science médicale » (*ibid.*, p. 216).

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons démontré que les travailleurs sociaux avaient une lecture privilégiée des situations qu'ils rencontrent dans le registre de la psychiatrie et de la psychologie. Comme le note Thérèse Levené : « *La signification que confère un travailleur social au compor-*

tement d'un client semble être déterminant de son propre comportement d'aide » (2006, p. 107). Ce registre a donc des impacts concrets sur les prises en charge. Pour autant, si ce registre est dominant, il n'est pas omniprésent et appliqué à l'ensemble des résidents. Nous avons donc étudié une pluralité de facteurs qui expliquent les fondements du recours à la psychiatrie pour les travailleurs sociaux.

Dans ce contexte, nous pourrions ainsi penser que les travailleurs ont une lecture largement individualisée au vu de l'importance de la sanitarisation dans le registre de la santé mentale qui s'opère au sein de la structure. Néanmoins, la centralité de la participation au collectif dont témoignent les professionnels démontre également que le phénomène de sanitarisation dans le registre de la santé mentale n'est pas nécessairement associé à une individualisation dans les prises en charge opérées par les travailleurs sociaux. Psychiatisation et individualisation sont ainsi souvent associées dans les recherches sociologiques comme allant de pair. Cette importance accordée à la participation à la vie en groupe révèle finalement que le travail social

connaît des lieux où la norme n'est pas à l'individualisation, mais plutôt au collectif.

Par ailleurs, il faut également revenir dans cette conclusion sur le fait que le travail social ne se limite pas à cette psychiatisation et psychologisation. Stéphanie Boujut et Hélène Minova notent ainsi que : « *le travail social ne se limite pas à la psychologisation des situations dont il a la charge, dans la mesure où son orientation est double : aider et contrôler. Le contrôle social marque ainsi, chez les assistants sociaux français, la limite des références à la psychologie et leur pertinence* » (2006, p. 103). Mais il faut aller plus loin que cette opposition entre traitement répressif et traitement par la psychiatrie. Des situations que nous avons peu étudiées révèlent que les travailleurs sociaux ont parfois un traitement compassionnel à l'égard de certains résidents, sans que ceux-ci ne fassent référence à la psychologie. En outre, d'autres référentiels peuvent également faire sens pour les travailleurs sociaux. Dans le dernier chapitre, nous allons ainsi revenir sur une interprétation des pratiques des travailleurs sociaux, au-delà de l'unique perspective du contrôle social.

CHAPITRE 5 : AU-DELÀ DU CONTRÔLE SOCIAL

Dans ce dernier chapitre, il nous faut désormais réfléchir à la manière dont nous pouvons interpréter cette omniprésence de la santé au sein de cette institution du travail social. Nous explorerons plusieurs pistes d'analyse à ce sujet, en nous prononçant tout d'abord sur les limites d'une analyse de cette sanitarisation au prisme d'une interprétation en termes de contrôle social. Nous explorerons ensuite la piste de ce recours à la santé comme une appréhension contemporaine de la gestion des risques par les travailleurs sociaux. En montant en généralité, nous nous intéresserons ensuite à l'étude de cette structure comme révélatrice de multiples injonctions contradictoires, au prisme d'un contexte économique et politique façonnant de multiples attentes normatives face auxquelles la structure se doit de composer. Enfin, nous explorerons la piste d'une appréhension différenciée de cette sanitarisation par les professionnels eux-mêmes. En effet, tous les travailleurs sociaux ne témoignent pas de pratiques similaires par rapport à cette sanitarisation de l'espace social dans lequel ils évoluent. Dans quelle mesure le genre, le diplôme ou encore la trajectoire sociale des travailleurs sociaux jouent-ils un rôle dans ce processus ? Dans le cadre d'une réflexion d'ouverture, nous étudierons alors les conditions de travail de ces travailleurs sociaux et nous établirons une corrélation entre la vulnérabilité du public accueilli au sein de la structure et la précarité des travailleurs sociaux qui y exercent.

1. Les limites d'une lecture classique en termes de contrôle social

1.1. La théorie critique du contrôle social

Longtemps, les travaux sociologiques portant sur le travail social ont pris l'orientation d'une analyse critique. Ce courant critique a notamment pris

consistance dans les années 1970, dans la poursuite des revendications de l'année 1968. Le travail social y est alors appréhendé comme une institution façonnant un contrôle social permanent et invariable auprès des publics qu'il rencontre. Des chercheurs comme Jeannine Verdès-Leroux ou Jacques Donzelot avancent ainsi le fait qu'il serait naïf de penser le travail social tel qu'il se donne dans son discours, soit comme une institution bienveillante et émancipatrice à l'égard des pauvres³⁶.

Les travaux de cette théorie du contrôle social se basent principalement sur une lecture marxiste de la société, avançant ainsi que les professionnels du travail social seraient le produit des attentes et normes des classes dominantes, exerçant une normalisation à l'égard des usagers du travail social. Comme le note Jean-Yves Dartiguenave : « *Ce qui est ici principalement dénoncé, c'est précisément le manque de distanciation critique du travail social, pour ne pas dire la complicité des travailleurs sociaux, à l'égard des mécanismes de domination.* » (Dartiguenave, 2010, p. 30). Dans cette perspective se rapprochant d'une sociologie marxiste, il est également reproché aux travailleurs sociaux d'euphémiser les inégalités sociales de classes et de freiner le processus de prise de conscience collectif de la classe prolétaire. Les travailleurs sociaux seraient des agents de pacification du social, dont l'entreprise tendrait au quotidien à ce que les pauvres acceptent leurs conditions sociales pourtant liées à une stratification sociale inégalitaire.

Plus précisément, Jeannine Verdès-Leroux (1976) a analysé la construction du métier d'assistante de service social au début du XX^e siècle. Son analyse fait l'hypothèse que l'intervention des professionnelles va initialement se baser sur une volonté politique ayant l'intention de décourager l'engagement des ouvriers dans des actions de lutte des classes. Ainsi, une partie des actions des assistantes sociales seront dominées par la peur d'un « *péril social* », jugé imminent. Cette peur va également façonner le comportement et les jugements des assistantes sociales, qui se veulent en partie compréhensives et

³⁶ À ce sujet, les références notables sont : Verdès-Leroux Jeannine (1978), *Le Travail social*, Paris, Minuit et également Donzelot Jacques (1984), *L'Invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*. Paris, Fayard.

tolérantes, tentant de ne pas provoquer cette classe ouvrière inquiétante. Selon Verdès-Leroux, les assistantes sociales, à cette époque nommées surintendantes ou visiteuses, reproduisent dans leur travail de nombreux préjugés moraux, avec notamment la rhétorique du laisser-aller à l'immoralité ou encore le goût pour le vice qu'auraient les classes populaires. Par ces biais, il faut noter qu'elles condamnent également très sévèrement les femmes, en exaltant à leur égard des valeurs de souffrances et de sacrifices.

En outre, les travaux de la perspective critique se basent également sur une lecture des travaux de Michel Foucault. Le numéro de la revue *Esprit* intitulé « Pourquoi le travail social »³⁷ en 1972 constitue ainsi une référence notable au sujet de cette théorie critique concernant le travail social. Toutefois, les travaux questionnant la théorie critique révèlent rarement que Foucault lui-même a participé aux réflexions de ce numéro, lors d'une table ronde. Appliquée au travail social, la poursuite des analyses de Foucault conduit les chercheurs de la théorie critique à analyser les professionnels du travail social comme des agents participant très largement de cette extension des formes de pouvoir au sein des « moindres interstices de la vie sociale » (Dartiguenave, 2010, p. 33).

En parallèle de la théorie du contrôle social, il se développe également à la fin du XX^e siècle une pluralité de travaux dénonçant à la fois l'individualisation de notre société ainsi qu'un recours de plus en plus systématique à la psychologie. À ce titre, Robert Castel et Alain Ehrenberg constituent les chercheurs de référence de ces analyses (1991). Cette psychologisation du monde social qui touche toutes les strates de la société conduirait à « dépolitiser » la question des inégalités sociales. En effet, en fournissant un registre psychologisant à des situations de pauvreté, le travail social participerait d'une euphémisation des conditions socioéconomiques et politiques qui les déterminent.

Jeannine Verdès-Leroux prend également part à cette question dans un article rédigé dans le

milieu des années 1970 (1976). À son sens, cette euphémisation s'appuie sur l'accroissement des disciplines psychologisantes qui, pour elle, permettent la réintroduction de jugements moraux sous une apparence scientifique. Ainsi, dans la continuité d'une inspiration Foucauldienne et Bourdieusienne très importante à cette époque, Verdès-Leroux postule que l'activité majeure des services sociaux est finalement de fournir une représentation des dominés et de travailler à réduire leurs résistances en invalidant toute conscience de classe par des processus aiguisés et déguisés d'individualisation des inégalités sociales.

Ainsi, la question des inégalités sociales se retrouverait dépolitisée, dans le sens où elle ne serait pas rapportée aux conditions macrosociologiques qui les influencent, mais serait traitée, notamment par les travailleurs sociaux, dans un registre compassionnel, qui tend à rendre les clients du travail social individuellement responsables de leur situation par le biais de ce recours à la psychologie (Fassin, 2004). François Choibeaux note ainsi : « *On parle de la souffrance psychique des exclus, de celle des salariés maltraités ou pressurés, de celle des mères isolées... (...) C'est l'excuse d'une société de la performance devenue excluante du non-conforme* » (2009, p. 39).

Concernant notre recherche, il pourrait être tentant de recourir à ces théories critiques. En effet, dans une certaine mesure les travailleurs sociaux, en traduisant un certain nombre de comportements des résidents qu'ils rencontrent dans le registre de la santé, participent finalement à cette recherche des causes individuelles et internes à la situation sociale des résidents. Fassin note à ce titre que la « *tension est grande d'affirmer que l'écoute et la souffrance instituent un nouvel art de gouverner les pauvres et les déviants* » (2004, p. 55). La psychologisation ambiante dans le discours des professionnels pourrait conduire à penser que les travailleurs sociaux contribuent inconsciemment à dépolitiser la question des inégalités sociales. À ce titre, il est d'ailleurs remarquable de constater, à l'instar de François Sicot (2001), que jamais les travailleurs sociaux n'expliquent

37 *Esprit*, Pourquoi le travail social, n° 413, avril-mai, 1972.

le regain de situations psycho-sanitaires par le fait que la précarité serait de plus en plus psychiatisée. Cette théorie de la « *psychiatisation du social* » est parfois rencontrée chez les psychiatres, qui se défendent alors de cette entreprise (Sicot, 2006, p. 75-84). Néanmoins, les travailleurs sociaux semblent unanimement inconscients de processus. Cette analyse, si nous la poursuivions, viendrait alors asseoir les propos de la théorie du contrôle social et plus particulièrement de Jeannine Verdès-Leroux qui affirmait regretter la non prise de conscience des travailleurs sociaux quant à la réalité des impacts de leurs pratiques professionnelles.

Parallèlement, Bertrand Ravon analyse que la psychologisation dans le travail social intervient notamment dans des structures où l'horizon de l'insertion est flou, à l'instar de la Sras. Il note ainsi : « *La question de la psychologisation de l'intervention sociale me semble renvoyer aux incertitudes de l'action sociale, lorsque sans programme institutionnel fort, sans offre réelle d'insertion et sans horizon éducatif précis, les travailleurs sociaux n'ont plus que l'écoute à proposer aux personnes qu'ils tentent d'aider* » (Ravon, 2006, p. 241). Toutefois, au sein de la Sras, l'écoute n'est pas l'unique registre d'action des professionnels, puisqu'ils encouragent davantage les actions de participation au collectif, comme nous l'avons vu.

Ainsi, l'analyse du travail social par le biais de ces théories critiques nous semble réductrice. Jean-Yves Dartiguenave note qu'en adoptant cette perspective, l'autonomie du travail social se trouve niée (2010). En effet, cette théorie induit que le travail social est entièrement dépendant des conditions sociopolitiques qui l'encadrent, sans qu'aucune marge de manœuvre des travailleurs sociaux ou même de ses usagers ne soit envisagée. Comme l'analyse Marcel Jaeger : « *Les propos tenus sur le contrôle social de la déviance, qui visaient les travailleurs sociaux dans les années soixante-dix, ont fait l'économie d'un examen précis des stratégies d'évitement ou de résistance à ce supposé contrôle* » (1998, p. 156). Or, nous avons pu voir que les résidents de la structure témoignaient

d'un certain nombre de ressources dans la négociation de la construction sociale de leur état pathologique. Par ailleurs, les travailleurs sociaux ont également une marge de négociation et d'interprétation dans leur travail. C'est d'ailleurs une donnée qu'a analysé Michel Autès, puisque, pour lui, le travail social « *est une profession qui se donne ses propres normes de travail et qui, tout en exerçant dans le cadre d'une relation salariale avec un employeur, privé ou public, garde une large autonomie dans la définition de ses objectifs, de ses tâches, de son organisation de travail* » (1999).

Ainsi, se cantonner à une analyse en termes de contrôle social semble réducteur. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une piste intéressante, de laquelle nous pouvons tirer un certain nombre de perspectives enrichissantes. De plus, cette perspective critique, si nous en montrons les limites aujourd'hui, ne doit pas être considérée comme un travail simpliste pour l'époque où il a été mené. Ces travaux étaient liés à un contexte social et économique qui n'est plus similaire aujourd'hui. À ce titre, les avancées de la sociologie, mais surtout les évolutions de la société elle-même, ont conduit à postuler que la théorie des classes sociales ne pouvait plus être appliquée de manière aussi binaire qu'elle l'était précédemment. La réalité sociale s'est complexifiée et les analyses sociologiques qui en découlent également. De plus, notons que si les théories du contrôle social sont aujourd'hui critiquées, elles ont toutefois eu pour effet de constituer le travail social comme un objet de recherche digne d'intérêt (*ibid.*). Ainsi, au-delà de la critique portée par ces chercheurs, ils vont finalement, par leurs enquêtes, tendre à unifier un secteur que nous regroupons aujourd'hui sous le terme de travail social, auparavant largement diffus et éclaté.

Ainsi, il nous faut nuancer cette perspective critique, en prenant en compte les régulations microsociologiques des enquêtés. Par notre étude ethnographique, inspirée des apports de l'interactionnisme, nous avons pu constater que les travailleurs sociaux étaient tout d'abord loin d'ignorer les processus de domination auxquels

ils participent. Un professionnel me dit d'ailleurs un jour qu'il trouve qu'« *historiquement, on est passé de l'assistantat à l'aide sociale* », mais trouve qu'actuellement ses pratiques relèvent beaucoup plus de l'assistantat, considérant souvent faire « *à la place de la personne* ». En outre, d'autres professionnels m'ont témoigné d'une réelle réflexivité quant à leurs pratiques professionnelles concernant le processus de sanitarisation dans le registre de la santé mentale repéré au sein de la structure :

« Après nous notre généraliste actuel il en donne pas mal quand même (des traitements). Il fait partie des médecins qui en donnent pas mal. Après... c'est nous qui demandons aussi, parce qu'on voit bien que cette personne, tu vois une personne dépressive, elle est dans sa chambre, toute la journée, complètement repliée sur elle-même bon voilà, la question d'un médicament antidépresseur se pose tout de suite. On devrait voir les choses plus globalement. C'est-à-dire oui, mais aussi comment on pourrait essayer de le faire sortir plus de sa chambre, en lui donnant des nouveaux centres d'intérêt. La réponse du tout chimique, elle est un petit peu facile. C'est la réponse facile (...) Enfin moi il y a quelques années j'ai vu une infirmière remplaçante (...) qui dit tiens je vais lui remettre un petit demi Seresta de plus, parce qu'il est un peu énervé ce matin. Voilà, donc, il n'y avait même pas d'ordonnance hein, c'était comme ça tiens je lui en remets un petit parce que là il est un petit peu chiant ce matin, il va nous casser les pieds. Voilà, je trouve que ça, à la Sras, ça ne doit pas être notre pédagogie. Si cette personne est un petit peu fatigante tout ça, il y a autre chose sûrement à travailler, voilà. (...) Et mon point de vue est peut-être très hypocrite aussi parce que tu vois, la dernière fois on abordait une situation d'une personne à qui le médecin avait justement baissé un petit peu le traitement, bon cette personne du coup s'est pris la tête avec une autre personne au réfectoire, on a remonté un peu, mais on voit qu'il continue à avoir quand même un comportement un petit peu nerveux, alors moi-même je me dis on va remonter encore un petit peu. Mais baisser ne veut pas dire qu'on ne réajuste pas

quand même si besoin, mais voilà, peut-être un petit peu dans ce questionnement perpétuel, de se dire est-ce qu'on pourrait peut-être diminuer, ou aménager, ou voir les choses de manière différente ? Après un gars qui marche toute la nuit, oui il faut faire quelque chose pour qu'il puisse dormir, donc après, il faut quand même un médicament qui va lui permettre de trouver le sommeil, voilà, je ne suis pas contre les traitements médicaux. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

De plus, un extrait d'un rapport d'activité témoigne également de cette réflexivité : « *La difficulté voire l'impossibilité d'imposer des soins à des personnes qui ne veulent pas se soigner : se pose ici la question du risque de toute-puissance des intervenants médico-sociaux : il faut savoir être capable de renoncer à désirer pour l'autre même si celui-ci a des difficultés à décider ce qui est bon pour lui, y compris dans les situations où le pronostic vital est en jeu ce qui peut s'avérer extrêmement difficile à vivre pour les professionnels* » (rapport d'activité, 2003).

Ces extraits démontrent que les travailleurs sociaux sont en réalité réflexifs quant à leurs pratiques professionnelles. Si leur réflexivité ne les conduit pas à penser cette réalité sous l'angle de la « *psychiatisation de la misère* », comme le dénoncent certains psychiatres et certains travaux sociologiques, les travailleurs sociaux réfléchissent pour autant quotidiennement aux implications de leurs pratiques. En cela, Michel Autès affirme que les professionnels du social sont dans un « *doute permanent* » (199, p. 75), qui témoigne de la réflexivité constante de ces professionnels. Ce doute, Michel Autès note qu'il est finalement constitutif de la profession. C'est dans cet équilibre entre contrainte et émancipation que le travail social se construit. Afin de mieux comprendre comment cette tension s'opère au quotidien, développons quelques données empiriques à ce sujet.

1.2. La pluralité des facettes de l'accompagnement

Mes observations m'ont largement démontré une double dynamique dans les pratiques des professionnels, parfois même désarçonnante pour ma position d'enquêtrice. Les travailleurs sociaux témoignent ainsi de pratiques qui visent aussi bien à contraindre qu'à émanciper les résidents. Le chantage est ainsi une pratique professionnelle à laquelle ils recourent fréquemment. Pour autant, même si l'ensemble des professionnels utilisent cette technique, ils disent également unanimement « *avoir horreur* » de procéder ainsi. Il nous faut ainsi étudier les multiples aspects que recouvrent les accompagnements réalisés par les travailleurs sociaux.

Ainsi, j'ai pu remarquer que l'hygiène des résidents constituait un enjeu dans lequel se cristallisait cette tension entre contrainte et accompagnement. J'ai ainsi pu observer des travailleurs sociaux recourir au chantage envers les résidents afin qu'ils prennent leur douche : « *Bon si tu y vas, je te donne une cigarette* », ou encore à la menace : « *Si tu ne fais pas ta douche, tu n'auras pas de sous !* ». Dubitatif quant à ces pratiques, un remplaçant a affirmé à un travailleur social titulaire que, pour lui, ces pratiques relevaient de la « *maltraitance et du harcèlement* ». Observatrice de l'échange, le travailleur social a déclaré qu'ils n'avaient « *pas trop le choix* », avançant qu'ils avaient une « *responsabilité épidémiologique par rapport à l'hygiène* » et qu'à son sens, laisser une personne dans un état de saleté avancé était également quelque chose de maltraitant.

Dans ce cadre, le fait de « contraindre » est intégré par les professionnels comme un recours parfois nécessaire pour finalement favoriser l'émancipation de la personne. La fin justifierait en quelque sorte les moyens pour les travailleurs sociaux de la Sras. Écoutons une professionnelle à ce sujet :

« *J'y dis écoute Christophe je veux pas t'embêter, mais ça me fait mal au cœur, je vais te raser la tête. Ça va repousser, parce que là t'as plein de poux ça va te gratter et tout ça. On avait ramé pour parler de ça et il m'avait dit ok. Et donc une fois que je l'avais bien rasé et tout il me dit t'es trop gentille toi, t'es trop gentille toi, pourquoi t'es gentille avec moi comme ça ? C'était son truc. Il ne comprenait pas pourquoi. Ah qu'est-ce qu'il était mignon.* »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Contraindre la personne à une certaine hygiène est ainsi un « moindre mal » au sens des travailleurs sociaux, puisque le résident lui a ensuite affirmé qu'elle avait bien agi en qualifiant la professionnelle de « *gentille* ». Ainsi, pour les professionnels, la contrainte s'avère parfois moins maltraitante que la situation elle-même :

« *Bon ce n'est pas le plus beau du travail, mais à la Sras, tous les matins c'est un peu ça hein, faut pas avoir peur d'aller dans la chambre à Michel hein. J'en ai lavé hein, cinq ans que je suis là³⁸, j'en ai mis sous la douche. Je n'ai pas peur parce que je me dis je vais l'aider, je vais pas le laisser comme ça le monsieur, je me suis mis en tenue, je voulais pas le laisser plein de merde le monsieur, mis à poil, il était content que je m'occupe de lui et je l'ai lavé. Je l'ai lavé, je l'ai lavé. Vous ne vous sentez pas mieux monsieur ? Oh oui, merci beaucoup, merci beaucoup. Mais pas besoin de me remercier à ce point-là, mais moi ça me fait plaisir d'aider les gens en détresse.* »

François, travailleur social non diplômé, 42 ans, récemment embauché

En parallèle, les travailleurs sociaux s'accordent d'ailleurs pour affirmer qu'ils sont désormais beaucoup moins dans une dynamique de contrainte qu'autrefois. À ce sujet, le chef de service dit ainsi un jour lors d'un *briefing* : « *Aujourd'hui on se chatouille beaucoup plus avant de mettre quelqu'un à la rue !* ». Cette évolution

38 François a été embauché en CDI au moment de ma recherche, toutefois, il est présent comme remplaçant au sein de la Sras depuis cinq ans.

qu'il note constitue ainsi, au sens des professionnels, un gage de la bienveillance qu'ils exercent auprès des résidents. À ce titre, le travail de « relais » effectué avec l'hôpital est considéré comme faisant intégralement partie de cette plus grande bienveillance des résidents. Les soins constituent une alternative qui est valorisante pour les travailleurs sociaux, car ceux-ci ne sont pas considérés comme relevant de l'ordre de la contrainte, comme pourrait l'être une exclusion. Puisqu'il s'agit de soin, l'accompagnement est nécessairement bienveillant pour les professionnels. Malgré les hospitalisations parfois réalisées sous contrainte à l'hôpital psychiatrique, cet aspect de la contrainte par le soin, qui existe en réalité, est entièrement invisibilisé par les travailleurs sociaux. En effet, comme nous l'avons vu, la santé constitue une symbolique contemporaine très largement valorisée socialement, mais également politiquement. À ce titre, Marcel Jaeger note que les interventions au nom de la santé, au nom de sa valeur suprême, « *abolit toute référence à la demande du sujet. Son accord est supposé évident* » (Jaeger, 1998, p. 153). Ainsi, puisque l'accord des résidents est supposé évident, ou tout du moins que l'intervention contre la volonté de la personne est au final souhaitable, les travailleurs sociaux édulcorent la dimension contraignante que revêtent les injonctions aux soins.

Quant aux mises à pied, si elles sont appréhendées par les travailleurs sociaux comme une pratique éthiquement difficile, elles sont tout de même considérées comme étant parfois nécessaires. D'ailleurs, les réflexions à leur sujet portent bien plus souvent sur la durée elle-même de l'exclusion que sur sa nécessité, qui fait l'objet d'un accord préalable indiscuté par les travailleurs sociaux. Présente lors d'un *briefing*, il est question de l'exclusion d'un résident qui a été agressif, selon les professionnels. Un travailleur social avance alors qu'une sanction d'une semaine ne serait pas suffisante et qu'il « *vaudrait mieux partir sur une exclusion de trois semaines* », afin que ce dernier revienne « *plus faible et moins pénible* ». Gêné par cette phrase alors que je suis présente, le chef de service ajoutera : « *attention on a une étudiante*

de l'Ehess qui travaille sur la santé », puis m'affirmera être d'accord sur la proposition présentée par le travailleur social, concédant que « *C'est vrai que c'est une technique qu'on emploie* ». Ainsi, lorsqu'il est question d'une sanction se voulant contraignante par les travailleurs sociaux, une réflexion est posée par les professionnels afin de savoir ce qui gênera le plus le résident. Concernant la mise à pied d'un hébergé, un travailleur social dira que l'exclusion « *est trop facile pour lui, il va à l'hôtel et ça lui fait limite des vacances* ». De fait, le résident sera exclu « *à la journée* », avec la consigne de revenir à la Sras manger le soir et se lever le matin pour partir de l'établissement, ce qui s'avère d'autant plus contraignant pour le résident, car il est considéré par l'équipe qu'il « *aime bien se lever tard, donc ça va bien le saouler* ».

Mais si nous pouvons, à l'issue de ces observations, présenter des situations de contraintes exercées par les travailleurs sociaux, il faut aussi noter que nombreuses sont les situations où les professionnels témoignent d'une volonté de symétrisation de la relation d'accompagnement (Gardella, 2017), classiquement dominante à l'égard de usagers du travail social. En cela, les analyses en termes de contrôle social sont insuffisantes, car elles ne permettraient pas de révéler que les professionnels, en parallèle de la contrainte et de la domination qu'ils exercent effectivement, témoignent de pratiques tendant à revaloriser la place des résidents comme des sujets à part entière. Plus encore, comme l'analyse Édouard Gardella, les intervenants sociaux tiennent également compte des effets de leurs actions, en cela ils ont parfois des regrets, ou réajustent leurs pratiques (*ibid.*). Dans nos observations, nous avons effectivement pu analyser cette volonté de symétrisation dont témoignent les travailleurs sociaux.

À ce titre, j'ai tout d'abord pu relever des situations de confiance. Ainsi, à la suite d'une exclusion, un hébergé vient chercher sa monnaie à « la caisse ». Le travailleur social ne sait plus si le résident est toujours sous le joug de la sanction qui l'empêche également d'avoir accès à son argent, mais il lui donne tout de même en lui

disant « C'est bon, je te fais confiance ». Par ailleurs, j'ai également pu constater une pratique unanimement partagée de la part des travailleurs sociaux : ils n'ouvrent jamais le courrier des résidents, même s'ils en sont les « référents ». Les professionnels appellent ainsi les hébergés afin qu'ils ouvrent leur courrier ou le leur portent parfois dans leur chambre. Les résidents n'ont pas l'obligation ni l'injonction de révéler la nature de leur courrier. Certains gardent ainsi leur courrier pour eux et n'informent pas les professionnels de son contenu. Enfin, j'ai également pu observer que les travailleurs sociaux informaient toujours les résidents des démarches réalisées pour eux, à l'inverse de ce dont témoigne Goffman concernant les institutions totales (Goffman, 1961). De surcroît, les professionnels souhaitent « ne pas forcer » les résidents à être orientés dans des démarches qu'ils ne souhaitent pas, comme faire une demande d'AAH ou encore faire une demande de protection juridique de majeur. À ce titre, l'assistante sociale de la structure m'explique qu'il existe des procédures pouvant se passer de l'accord de la personne mais elle me dit ne jamais procéder ainsi, à la fois parce que les démarches réalisées sous contrainte se révèlent fréquemment inutiles, n'aboutissant que rarement, mais surtout parce que cela est contraire à son éthique professionnelle. Écoutons-la :

« Moi je ne le fais jamais dans le dos des référents, clairement pas et encore moins dans le dos des résidents, je ne suis pas du tout pour ça enfin... Là il y a quelques situations où le résident n'était pas d'accord, moi je n'ai pas forcé, même si la direction me disait lui faut l'orienter, faut l'orienter, moi je laisse le temps, le temps que le référent discute, moi aussi. Là pour le coup je faisais des entretiens avec le résident pour lui expliquer, si le gars n'est pas d'accord, je laisse le temps. »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

Ainsi, les professionnels font acte d'une réflexivité constante. Ils m'ont parfois même demandé mon avis sur leurs interventions : « Tu ne crois pas que j'y ai été un peu fort ? » me demande

ainsi François après une situation conflictuelle avec un résident. Dans ce cadre, nous pouvons donc supposer que les travailleurs sociaux prennent en compte les effets de leurs actions dans leurs interventions à venir.

De plus, si nous avons vu que participer à des soins constitue une attente très largement façonnée par les travailleurs sociaux, il nous faut également nuancer notre propos au regard de situations qui relatent une tolérance à l'égard de résidents refusant de réaliser des soins. Écoutons les travailleurs sociaux à ce sujet :

« Il le refuse toujours (le traitement), il le refuse toujours, c'est son droit. C'est son droit, il est libre. Il a le choix de se soigner, de se laisser mourir s'il le veut, il faut qu'on fasse avec et voilà. »

Henri, conseiller en économie sociale
et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

« C'est pour ça que lorsque j'accompagne monsieur Lepage à Saint-Charles pour voir un médecin pour préparer une endoscopie pour son estomac et qu'il refuse catégoriquement, bon là, j'en parle à mon chef, je dis "oui il refuse", il me dit bah François tu fais comme tu es en train de faire, tu essaies de le persuader, s'il ne veut pas, on ne va pas l'obliger non plus, bon voilà, il y a pas mort d'homme-là. Il n'y a pas mort d'homme-là, donc oui il y a une tolérance. On ne va pas dire "fin de séjour" ! »

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

Nous constatons ainsi une pluralité de facettes dans l'accompagnement qui est réalisé par les travailleurs sociaux. De plus, des actes pouvant être considérés comme contraignants d'un regard extérieur, comme prendre la carte bancaire d'une personne, ou contraindre à ce que tous les résidents payent l'ensemble des repas, qu'ils mangent dans la structure ou non, sont présentés par les travailleurs sociaux comme protecteurs : « Ça les incite à venir manger, à ne pas se dénourrir », « Ça empêche qu'ils se retrouvent avec des découverts énormes qui les mettraient

vraiment en difficulté ». D'ailleurs, certains résidents eux-mêmes révèlent même que ce traitement a pu s'avérer bénéfique pour eux :

« Bah Habib, je buvais encore, à cette époque-là quand il m'a fait faire ma carte d'identité. Il a téléphoné un matin, il m'a dit ta carte d'identité elle est prête elle est à la mairie, tu vas chercher ta bouteille à l'épicerie et pour midi je veux la carte d'identité sur le bureau. J'étais comme ça (mime de trembler), je me tenais au mur pour descendre. Il ne m'a pas fait de cadeaux Habib et puis ça réussissait hein. »

Sylvain, 56 ans Ancien résident de la Sras

Il existe donc une tension fondamentale, constatée dans les pratiques des travailleurs sociaux. Loin d'être représentative de cette seule structure que nous observons, Michel Autès note que cette tension est omniprésente au sein du travail social (1999). Mais pour le sociologue, la tension entre la contrainte et l'émancipation des personnes accompagnées n'est en réalité pas si contradictoire que cela. Au contraire, cette double tension est finalement ce qui serait au fondement de l'efficacité même du travail social.

Cette tension nous permet ainsi de saisir que la frontière entre prendre soin et contraindre est parfois fine. Les enjeux de l'accompagnement social sont ainsi plus complexes qu'ils n'y paraissent. Cette bienveillance souhaitée par les professionnels nous permet également de postuler que si nous avons jusqu'à présent tracer une ligne distinctive entre ce qui relève des pratiques soignantes et des pratiques d'accompagnement social, il reste que certaines pratiques professionnelles n'entrent pas clairement dans cette ligne de partage. En cela, la notion de *care* nous permet de saisir l'ensemble de ces pratiques à la fois dans les tensions qu'elles révèlent, mais également dans le fait que prendre soin ne relève pas uniquement de la sphère sanitaire. Une pluralité d'acteurs y participent, les résidents eux-mêmes se montrant également parfois attentifs et aidants entre eux.

Ainsi, analyser le travail social dans toute sa complexité nous éloigne de la théorie du contrôle social comme seule piste explicative des pratiques professionnelles rencontrées sur le terrain. De fait, la sanitarisation que nous observons révèle vraisemblablement autre chose qu'une seule emprise de plus en plus perfectionnée du contrôle social. En effet, si de la théorie du contrôle social, il a découlé une théorie critique de la psychologisation, analysant ce recours à la santé mentale comme un processus plus aiguisé et sournois du contrôle social, plusieurs travaux ont montré les limites de ces interprétations.

À ce titre, Anne Lovell et Alain Ehrenberg disent d'ailleurs regretter le faible nombre de travaux questionnant la santé mentale en dehors des perspectives du contrôle social, oubliant de chercher « *ce qu'elle fait et ce qu'elle est* » (Ehrenberg et Lovell, 2001, p. 12). Pour Marcel Jaeger, « *Il importe assez peu de reproduire l'idée déjà ancienne qu'une des tendances lourdes de la psychiatrie est de déborder de son territoire institutionnel. Il s'agit plutôt d'essayer de comprendre comment cette sortie s'opère, à quel prix, comment elle est réfléchie et par qui* » (2009, p. 136). Il nous faut ainsi appliquer cette déconstruction au processus de sanitarisation que nous avons constaté.

Didier Fassin a ainsi montré que si les lieux et dispositifs d'écoute se développent considérablement et que de nombreux psychologues interviennent dans ces structures, ces derniers ne sont en réalité pas embauchés pour faire de la psychologie, mais plutôt pour intervenir sur des actions sociales : « *«les psys», quand ils sont présents dans les lieux d'écoute, se défendent – ou se voient défendus – de faire de la psychologie* » (Fassin, 2004, p. 56), note-t-il. De surcroît, François Sicot affirme que certains psychiatres refusent de travailler avec des travailleurs sociaux, par peur de la « *dissolution de leur objet* » (Sicot, 2006, p. 191), en plus de la non volonté de ces derniers à ne pas contribuer à « *psychiatriser le social* ». Didier Fassin révèle ainsi que : « *la majorité des spécialistes de santé mentale répugnent à prendre en charge des patients dont ils estiment*

que les troubles comportent une dimension sociale » (Fassin, 2006, p. 153). Ainsi, la dynamique de psychologisation ou de psychiatrisation du social n'est pas si évidente que cela.

De plus, la critique centrale ayant été adressée à ce processus de psychologisation est que cela reviendrait à dépolitiser les rapports sociaux. Face à cette critique, Richard Rechtman et Didier Fassin (2007) ont analysé le fait que cette vision de la dépolitisation des rapports sociaux tient en réalité à une vision restrictive de ce qui constitue « le politique ». En effet, cette vision de la dépolitisation repose sur une conception du politique basée sur une vision militante et collective de ce dernier. Or, cette vision du politique est historiquement récente et n'englobe en réalité pas toutes les formes de ce qui peut l'alimenter. Richard Rechtman et Didier Fassin affirment ainsi que la souffrance psychique, loin d'être un agent de la dépolitisation des rapports sociaux, constitue au contraire un enjeu intense de politisation de multiples groupes sociaux, qui parviennent justement à s'inscrire sur la scène politique par la mise en avant de cette souffrance. Empiriquement, nous l'avons d'ailleurs constaté, loin que la sanitarisation dans le registre de la santé mentale ne soit uniquement le témoin d'un processus d'individualisation de l'accompagnement, nous avons au contraire analysé les formes de participation collective que ce processus induit. De plus, la santé étant un registre politique légitime, le recours à l'argument de la santé permet justement cette politisation des problèmes sociaux plus qu'elle ne les freine.

De fait, la réalité de la psychologisation du social est bien plus complexe qu'il n'y paraît. Il a d'ailleurs été montré que la dimension de la psychologie, présentée comme un paradigme nouveau dans les théories critiques de la psychologisation, est en réalité très ancienne au sein du travail social. Ses origines remonteraient au *case work*, qui est une technique d'écoute et d'entretien développée par la psychologie et par la psychiatrie largement reprise par les assistantes de service social depuis les années 1950 (Blum, 2002, p. 83-94). Considérer la psychologisation

comme un processus récent est donc une erreur. De surcroît, Bertrand Delaunay (2006, p. 177-190) a démontré que le registre de la psychologisation était parfois excessivement analysé comme central au sein des pratiques professionnelles. À ce titre, il a mis en avant que les savoirs juridiques étaient finalement d'autant plus centraux que ceux tenant à la psychologie au sein des formations d'assistantes de service social.

Il serait ainsi faux de laisser penser au lecteur que le registre de la psychologisation et de la psychiatrisation serait le seul en vigueur au sein de l'institution que nous étudions. Face à des situations de tristesse des résidents, les professionnels n'adoptent ainsi pas nécessairement le registre de la psychologisation, préférant parfois recourir à l'humour par exemple. Enfin, il faut également noter que si nous avons opposé le traitement par la psychiatrie au traitement répressif dans le chapitre précédent, nous avons, à de rares occasions, constaté des situations où les comportements des résidents faisaient l'objet d'un traitement compassionnel, sans recourir à la psychologie ou à la psychiatrie.

Ainsi, monsieur Gousset fut sanctionné pour avoir été non respectueux avec son aide à domicile, l'ayant insultée et lui ayant donné un coup de pied. Néanmoins, le résident, relativement âgé, a fait l'objet d'un traitement compassionnel au vu de son acte. Il a été mis à pied une journée, bien que les travailleurs sociaux eussent initialement prévu une sanction de plusieurs jours. Les travailleurs sociaux n'ont finalement pas voulu le faire « *dormir dehors* ». La sanction a d'ailleurs pris plusieurs jours à se mettre en place, l'aide à domicile ayant plusieurs fois rappelé que ce geste était resté impuni. De surcroît, alors que sa clé devait théoriquement lui être confisquée durant sa sanction, elle lui a en réalité été volontairement laissée, le résident est donc resté dans sa chambre et dans l'institution la majorité du temps de sa sanction. Toutefois, à aucun moment le registre de la psychologisation n'a été employé, ce qui révèle que le registre compassionnel existe en partie, indépendamment de la psychologisation.

Ainsi, étudier la sanitarisaiton et la psychiatrisation sous l'angle critique du contrôle social et des théories qui en découlent s'avère réducteur au vu de la complexité des pratiques professionnelles. Mais au-delà de l'apparente ambivalence des pratiques des professionnels que nous avons déconstruite comme étant en réalité constitutive de l'efficacité du travail social, nous allons voir dans la partie suivante en quoi le recours à cette sanitarisaiton peut s'interpréter, au-delà de ces perspectives classiques, en termes de gestion du risque.

2. La gestion des risques

Si le recours aux théories critiques s'avère insuffisant pour analyser ce mouvement de sanitarisaiton, une piste d'analyse complémentaire a émané du terrain lui-même. Il m'a en effet bien souvent semblé que ce parti pris de la santé des professionnels résultait plutôt d'un non choix que d'une volonté explicite de leur part. Les interrogeant à ce sujet, les travailleurs sociaux m'ont souvent témoigné du fait qu'ils n'avaient pas d'autres options que de recourir à la sphère de la santé ou à la psychiatrie face au risque que représentaient un certain nombre de situations au sein de l'établissement.

Revenons sur la situation de monsieur Poisson. Il est appréhendé par les professionnels comme posant un réel problème au sein de la Sras. Selon les travailleurs sociaux, il ne supporte pas le moindre bruit, se montre agressif envers les autres et est identifié selon les professionnels comme étant réellement « *en souffrance* ». Les craintes formulées par les professionnels tiennent à la fois à la peur que le résident se révèle violent avec d'autres hébergés ou envers eux, mais également à ce qu'il soit violent envers lui-même et tente notamment de mettre fin à ses jours. Face à cette situation identifiée par les travailleurs sociaux, ils se retrouvent face à une difficulté supplémentaire car le résident refuse d'être hospitalisé librement. Le chef de service pose alors la situation en ces termes : « *Soit on attend que ça pète pour agir, soit on a effecti-*

vement bien identifié que ça n'allait pas et on agit ».

Nous voyons là qu'il s'agit d'une économie des risques qui est mise en avant dans ce discours. Mais précisons notre propos : Robert Castel (1981) analyse que la gestion par le risque, devenue un mode de gestion contemporain des populations, se base essentiellement sur le fait de tenter d'anticiper, de prévenir de manière prophylactique, une situation de danger. Nous nous éloignons par cette vision d'une définition du risque par les acceptations épidémiologiques qui lui sont fréquemment attribuées. Nous posons alors l'hypothèse que les professionnels se trouvent ainsi dans une position où ils identifient certaines situations comme potentiellement problématiques, qui amène ainsi à une gestion quotidienne des risques.

Dans ce cadre, la situation de monsieur Poisson, considérée risquée, va conduire les professionnels à adopter un ensemble de pratiques spécifiques. Ainsi, une négociation va être employée avec monsieur Poisson. Le chef de service présentera le fait d'aller à l'hôpital psychiatrique sous un aspect édulcoré afin qu'il accepte de s'y rendre : il lui dit ainsi que puisqu'il est fatigué, ce que monsieur Poisson ne cesse de dire, cela va lui faire du bien de pouvoir être au calme, auprès de personnes présentes pour l'écouter. Le chef de service lui affirme également que nous l'y accompagnons uniquement afin qu'il rencontre quelqu'un, mais pas pour qu'il y soit hospitalisé. Le résident finit donc par accepter. Présente lors de cet accompagnement aux urgences psychiatriques, le chef de service déploiera une pluralité de techniques de symétrisation, afin de persuader monsieur Poisson d'accepter une hospitalisation libre. Le chef de service tente en effet de faire passer son acte comme bienveillant. À ce titre, il lui demande si : « *on a l'air de tortionnaires ?* » et tente par ailleurs d'effacer la distance entre le travailleur social en position de domination et le résident contraint et forcé dans cette situation. « *Ce n'est pas parce que tu es un résident de la Sras que je t'emmène ici, c'est parce que j'ai vu que tu n'allais pas bien et j'aurais aussi*

bien emmené mon frère ou ma mère s'ils avaient été dans la même situation que toi », lui dit-il. Il tente donc de réduire l'écart de cette domination, afin de susciter l'adhésion du résident, qui est l'objectif recherché de la négociation.

A ce stade, nous pourrions facilement recourir au registre de la théorie critique de la psychologisation. En effet, le chef de service tente par ce procédé d'euphémiser les origines sociales de ses « troubles », qui sont peut-être dues au fait que le résident ne parvienne pas à se socialiser à une forme de vie collective. Toutefois, il nous semble pouvoir aller plus loin au prisme de ce cette notion d'économie du risque. En effet, le résident ne sera pas gardé à l'hôpital psychiatrique puisque le chef de service aura fait le choix de ne pas recourir à une hospitalisation sous contrainte, afin de laisser au résident la possibilité de « se ressaisir ». Mais alors que nous sommes en voiture lors du retour, le chef de service dit au résident : « *Maintenant, il n'y a plus le choix* » et lui explique qu'il doit prendre son traitement et s'« *apaiser* », faute de quoi il devra le renvoyer de la structure ou l'hospitaliser sous contrainte. Ainsi, le degré de contrainte semble être à la mesure du risque encouru par le résident.

Au sein de la structure, j'ai pu considérablement remarquer que le recours à la santé était souvent pensé comme une alternative réelle et concrète à l'exclusion de l'hébergé hors de l'établissement. Cette alternative entre les soins ou « la rue » fait réellement sens pour les travailleurs sociaux et est au fondement de leur pratique professionnelle. Les professionnels recourent donc à une gestion des risques telle qu'ils semblent perçus par les résidents, selon les travailleurs sociaux. Dans ce cadre, « la rue » est considérée comme bien plus délétère pour la personne que l'accès aux soins.

Mais au-delà d'une gestion des risques perçue par les travailleurs sociaux pour les résidents, celle-ci s'applique également aux professionnels. En revenant à la Sras avec monsieur Poisson, j'explique la situation aux travailleurs sociaux. Robin, agacé par la position de l'hôpital

psychiatrique, dit que nous aurions dû demander au médecin « *S'il se suicide ce soir, qui est responsable ?* ». Par cette phrase, ce travailleur social met bien en avant la sensation de risque avec laquelle exercent les travailleurs sociaux. Dans quelle mesure sont-ils effectivement responsables des personnes qu'ils accompagnent ? Juridiquement, il semble que ce soit surtout la notion de « *non-assistance à personne en danger* » qui prévaut. Cette conception juridique du risque est bien présente dans les discours des travailleurs sociaux. Cela explique également combien l'anticipation du risque est importante dans les observations des professionnels et à quel point le recours à l'institution médicale s'avère également central afin qu'ils se prémunissent eux-mêmes. Robert Castel pointe ainsi, au sujet des psychiatres, une analyse que nous pouvons transposer aux travailleurs sociaux : « *En termes de logique, le diagnostic de dangerosité rabat la catégorie du possible sur celle du réel, sous prétexte que le possible est plus ou moins probable. (...) Il est toujours permis de penser qu'il aurait pu passer à l'acte s'il n'en avait pas été empêché. Au contraire, si l'on n'intervient pas et que le passage à l'acte a lieu, l'erreur de diagnostic devient manifeste et le psychiatre en est responsable* » (Castel, 1981, p. 144).

La question du risque fait donc sens à la fois pour le résident et le professionnel. Mais il est entendu que cette notion de risque peut également être un réel argument au contact du monde hospitalier, lui aussi tenu par sa propre économie du risque. Les travailleurs sociaux renvoient ainsi parfois la responsabilité de mettre le résident « à la rue » à l'institution médicale. Cette pratique qui tend à déplacer le risque est même courante au sein de l'institution. Ainsi, les travailleurs sociaux m'ont rapporté qu'il leur arrivait d'exclure un ancien résident, puis d'appeler l'hôpital une fois celui-ci mis à pied afin qu'ils l'acceptent. « *Comme ça, ils n'avaient pas trop le choix* » ajoutent les professionnels. À la suite d'une situation dans laquelle un résident avait brûlé des objets dans sa chambre, j'ai pu moi-même constater cette opération. Cette situation a rapidement été considérée comme

risquée, nécessitant la mise à l'écart du résident de la structure. Le conduisant à l'hôpital psychiatrique, le discours avait été répété à l'avance : « *S'ils ne veulent pas le garder, il faut leur dire que la Sras ne le garde pas* ».

Ainsi, une troisième variable dans cette économie du risque peut être introduite. En plus de la gestion du risque pour le résident et pour le professionnel, c'est la structure qui tente elle-même de déplacer et de déléguer le risque vers une autre institution. À ce titre, François Sicot note que : « *La nouvelle gouvernamentalité repose moins sur la contrainte que sur la gestion anticipée des risques que représentent pour l'ordre social des comportements ou des situations* » (2006, p. 76). Dans ce cadre, le recours aux professionnels du psychisme comme gestion des risques au sein de l'institution revient à recourir à l'institution hospitalière pour une autre raison que le soin : « *La psychiatrie n'est donc pas requise pour soigner ou psychiatiser et c'est là un élément central de toute gestion des risques* » (*ibid.*, p. 79).

Ainsi, au-delà de l'apparente contrainte à laquelle sont soumis les résidents par cette sanitisation qui est opérée, ces situations révèlent en réalité que c'est une réelle économie du risque qui règne dans l'ordonnancement des situations gérées par les professionnels. Ainsi, lors de ma présence, j'ai pu constater que l'ensemble des résidents avaient l'injonction d'être vaccinés contre la grippe. L'objectif étant que le plus grand nombre de résidents possible soient vaccinés. L'infirmière a alors comparé cette position par rapport à d'autres institutions de l'association : « *Ils leur laissent le choix ailleurs, mais du coup en général la plupart ne se font pas vacciner* ». Cette injonction à la vaccination ressort alors à la fois du registre de la contrainte, nous ne pouvons le nier, mais revêt également une dimension de gestion du risque. Elle ajoute que, face à la vulnérabilité sanitaire du public de la Sras, une épidémie de grippe au sein de l'institution pourrait avoir des conséquences mortelles.

Malgré tout, cette économie du risque n'est pas

immuable. Au contraire, la notion de risque n'induit pas une frontière nette entre les situations relevant d'un danger précis et celles qui sont sans risques. La notion de risque intègre dans sa définition une certaine graduation. Les professionnels ont donc des marges de manœuvre et une réflexivité dans ce cadre. Écoutons un travailleur social, regrettant une prise de risque trop grande pour la structure à son sens :

« Et sinon tout ce qui est appareillage lourd oui, pendant longtemps, oui on a pris des risques, avec quelqu'un avec un appareillage et qui risquait s'il fumait dans sa chambre (...). Enfin ça ne se passe pas comme ça mais on risquait gros quoi et on a été très très tolérant hein. On a même peut-être pris des risques à ce moment-là, ça ce n'est pas à refaire. »

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

J'ai également pu rencontrer la réflexion inverse de travailleurs sociaux, regrettant qu'une plus grande prise de risque ne soit pas assumée par la structure :

« Le nombre de résidents qui prennent un traitement médical journalier ici, augmente et le nombre de personnes qui avaient leur pilulier et qui le prenaient de manière autonome, ou semi-autonome, n'a pas augmenté, il a même un peu diminué... Ce qui ne veut pas dire qu'ils sont moins autonomes. Mais c'est parce que l'institution Sras ne veut pas forcément que la personne gère son pilulier parce que c'est une prise de risque pour nous. En donnant le traitement matin midi et soir on a le contrôle. En donnant le pilulier pour la journée ou pour la semaine, c'est une confiance forcément, mais c'est une prise de risque. Et cette prise de risque à mon sens elle doit être repensée, parce que je pense qu'il y a plusieurs personnes qui pourraient très bien soit prendre leur barrette de traitement pour la journée, on leur donne le matin, ou pour trois jours, ou bien pour une semaine. Et ça, ça doit être repensé dans sa globalité. Et ça nous allège-

rait énormément notre travail et ça nous permettrait de respecter l'autonomie des personnes. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

De cette situation, nous pouvons affiner la pertinence de la notion de risque pour expliquer cette sanitarisaiton que nous avons pu relever. Si l'institution témoigne d'un nombre de résidents avec des traitements médicamenteux de plus en plus importants, c'est également parce que la prise de risque de l'institution quant à la prise de traitements des résidents sans le contrôle des professionnels se réduit. Robert Castel (1981) pointe en effet que le paradigme du risque augmente et prend de l'ampleur, il serait « *en voie de prendre le pas sur celle de dangerosité* » (*ibid.*, p. 7) écrit-il en 1981. Ainsi, la pensée prophylactique qui consiste à supposer qu'un danger pourrait probablement arriver et qu'il convient donc d'en mesurer sa probabilité devient, au sens de Castel, un nouveau « *mode de gouvernementalité* » (*ibid.*, p. 7). Cette concomitance de l'évolution du paradigme du risque, également démontrée par Ulrich Beck (2001), en parallèle au mouvement de sanitarisaiton de l'établissement que nous étudions, semble constituer une piste intéressante.

Cette gouvernementalité par le risque a effectivement été constatée dans notre ethnographie. Nous avons en effet identifié que le paradigme du risque était un fin régulateur des pratiques professionnelles microsociologiques. Danièle Carricaburu, Dominique Lhuillier et Véronique Merle (2008) ont ainsi démontré, concernant les professionnels de santé, que malgré le caractère chiffré et rationnel qui est souvent associé au risque, les études portant sur celui-ci révèlent en réalité un grand nombre de représentations socialement construites associées aux risques. Ulrich Beck note d'ailleurs : « *Lorsqu'il s'agit de définir les risques, la science perd le monopole de la rationalité. Les différents acteurs de la modernisation et les différents groupes exposés au risque ont toujours des objectifs, des intérêts et des points de vue concurrentiels et conflictuels* » (Beck, 2001, p. 52). Il est donc légitime de s'inter-

roger sur les représentations professionnelles qui façonnent la conception du risque.

S'adonnant à l'exercice, Danièle Carricaburu a alors démontré que la dangerosité associée au risque était hiérarchisée et faisait également l'objet d'une catégorisation entre les patients. En effet, au sein de la Sras, certains résidents font l'objet d'une plus grande méfiance de la part des professionnels quant au risque encouru qu'induit leur proximité. De ce fait, face à certains résidents jugés particulièrement « sales », les professionnels usent de stratégies d'évitement pour leur serrer la main, ou les accompagner dans leur hygiène, au regard de cette prise de risque sanitaire supposée pour les professionnels. À ce titre, il y a ainsi une claire ligne de partage entre les résidents avec lesquels les professionnels vont intervenir sans gants et ceux avec lesquels les gants vont s'avérer nécessaires pour accompagner la personne. Ce recours différencié aux gants démontre bien l'intériorisation du paradigme du risque pour les professionnels.

Mais si l'usage des gants varie en fonction des résidents, il varie également en fonction des professionnels. Ainsi, j'ai pu constater que les professionnels positionnés plus bas dans la hiérarchie de l'institution, comme les aides à domicile par exemple, recouraient beaucoup moins aux gants que les travailleurs sociaux. Pourtant, la proximité avec le corps du résident est beaucoup plus accentuée pour les aides à domicile qui réalisent souvent des douches, contrairement aux travailleurs sociaux qui n'en font en réalité que rarement puisqu'ils délèguent ce sale boulot aux catégories professionnelles inférieures. Ainsi, même si les travailleurs sociaux n'entretiennent qu'une proximité relative avec le corps des résidents, leur recours aux gants est beaucoup plus systématique que celui des aides à domicile. Comment expliquer cette appréhension différenciée du risque ? Une hypothèse que nous pouvons poser est que les travailleurs sociaux s'emploient peut-être plus vigoureusement à se distinguer des résidents qu'ils accompagnent. Le risque d'être infecté d'une quelconque maladie par un résident semble

pouvoir constituer, à leur sens, une remise en question de la ligne distinctive qui les sépare. Dans la conception des travailleurs sociaux, nous l'avons vu, l'ensemble des résidents gravitent plus ou moins autour de la sphère du pathologique. À contrario, les travailleurs sociaux appartiennent donc à la sphère du « sain », qu'il faut à tout prix préserver pour maintenir leur identité professionnelle.

À ce titre, j'ai pu constater dans le discours de la majorité des professionnels qu'une expérience de cette remise en question de la distance établie entre le normal et le pathologique avait constitué une épreuve collective pour les travailleurs sociaux. Il y a quelques années, un résident a été suspecté d'avoir contracté la tuberculose. Les professionnels ont donc dû réaliser des radiologies, de manière préventive. Si le risque est considéré par l'infirmière de la structure comme modéré, puisque les professionnels ont été pris en charge dès le début de l'évolution de la maladie du résident, le risque encouru semble considérable aux travailleurs sociaux, notamment parce que la ligne de partage entre résidents et professionnels menaçait d'être franchie. À ce titre, Danièle Carricaburu note que : « *Le risque est aussi celui de se voir transformé en « soigné » et donc d'une indifférenciation par contamination, alors même que la différenciation est un processus symbolique d'ordonnement des rôles et des places* » (Carricaburu, Lhuillier et Merle, 2008, p. 562). De fait, le paradigme du risque semble être une variable incorporée par les travailleurs sociaux qui se révèle dans une pluralité de pratiques microsociologiques.

De manière beaucoup plus macrosociologique, cette omniprésence du risque dans notre société contemporaine peut également contribuer à notre analyse. François Sicot a poursuivi cette piste, en postulant que des institutions au carrefour du sanitaire et du social avaient progressivement été créées dans un contexte d'élargissement de la psychiatrie. Il note ainsi : « *Après avoir été originellement séparés, pauvreté et maladie mentale, soin et assistance sont à nouveau confondus (...)* Des prises en charge

globales dans des lieux ni tout à fait sanitaires, ni tout à fait sociaux et dont la qualité serait d'abord d'être dans la communauté » (Sicot, 2006, p. 83). Cette description semble globalement correspondre à l'institution que nous analysons. Il ajoute alors que « *Les évolutions actuelles représentent moins une psychologisation au sens d'un travestissement d'un traitement adapté, mais une reconfiguration que l'on qualifierait plutôt de gestion des risques. Soit un traitement pragmatique, gestionnaire des populations, sans visée thérapeutique ou éducative* » (*ibid.*, p. 84).

Ainsi, avec François Sicot et Robert Castel, nous pouvons voir que la gouvernementalité par le risque de manière beaucoup plus large conduisait également au déploiement de structures intermédiaires, dans des interstices entre le social et le sanitaire, en raison de l'élargissement du secteur de la psychiatrie et de l'affaiblissement de ses ressources économiques. Ainsi, recourir au social dans ce contexte s'expliquerait en partie par une économie du risque ; entre sortir les malades de l'hôpital et les laisser sans accompagnement quotidien, la prise en charge quotidienne par des travailleurs sociaux s'avère être un compromis social qui a été posé.

3. La Sras, une structure interstitielle

Que révèle en effet plus largement l'existence d'une structure comme la Sras ? A quelles injonctions politiques et économique l'institution est-elle soumise ? Il nous faut dans cette partie nous interroger dans quelle mesure la sanitarisation que nous avons constaté dans la structure est corrélée à des conditions macrosociologiques qui la façonne.

3.1. Une structure au creux des politiques sociales

Comme l'a montré François Sicot, l'élargissement et la sectorisation de la psychiatrie a

conduit à la création de structures aux interstices du social et du sanitaire : « *On observe que la déspecialisation et le décloisonnement (de la psychiatrie) s'accompagnent d'autres formes de cloisonnement et de rebureaucratiation – donc aussi, de respécialisation, suivant des modalités qui resteraient à analyser, mais avec une dimension locale des partenariats et peut-être, la constitution de « systèmes locaux » bousculant et redessinant les frontières, historiquement mouvantes, entre santé, santé mentale et social* » (Bresson, 2006, p. 148). Et en effet, à la suite de la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, les maisons d'accueil spécialisées pour adultes ont par exemple été créées, proposant une prise en charge médico-sociale.

Mais le déploiement des structures médico-sociales est particulier en France. Il concerne des établissements précis, duquel la Sras, en tant que centre d'hébergement et de réinsertion sociale ne fait pas partie. Ainsi, si nous nous cantonnons à une analyse macrosociologique, ce n'est théoriquement pas dans les CHRS que nous allons trouver une porosité entre le sanitaire et le médical, mais plutôt dans les établissements médico-sociaux. Néanmoins, notre travail empirique a réfuté cette proposition. Si le CHRS que nous étudions ne dispose ni des moyens ni de la reconnaissance propre à la catégorie du médico-social, il reste que les situations rencontrées se situent bien à la frontière entre les deux institutions.

Dès la création de la structure, la Sras a été pensée pour une population qui était justement à l'écart des attentes des politiques sociales. En effet, alors que le paradigme de l'insertion par l'emploi bat son plein et que parallèlement l'insertion par le logement se développe considérablement, le Fam se retrouve avec une population éloignée de ces attentes politiques normatives, avec lequel il peine à « travailler ». Grâce à une opportunité associative, le Fam se sépare alors de ce public qui n'entre pas dans les catégories classiques des politiques sociales. De fait, le public qui est accueilli à la Sras se révèle distant des formes d'emplois et de logements classiques.

Ce public reste donc en dehors du champ de vision des politiques sociales françaises qui focalisent très largement les actions publiques sur les pauvres employables et insérables. Pourtant, la catégorie des pauvres éloignée de ces normes n'est pas nouvelle. Robert Castel a en effet démontré que face à ce public éloigné de l'emploi, il existe deux figures qui ont traversé l'histoire : les mauvais pauvres, oisifs et refusant de travailler par fainéantise et les bons pauvres, éloignés de l'emploi en raison d'une vulnérabilité sanitaire (Castel, 1995). Nous pouvons alors supposer que l'action de traduction des situations des résidents dans un registre médical réalisé par les travailleurs sociaux de la Sras se base sur cette distinction entre « bons et mauvais pauvres », leur créant de ce fait un « alibi » qui permet d'expliquer leur écart avec la sphère de l'emploi. Mais éloignons-nous du constructivisme dans cette partie. Il est probable que le public des personnes effectivement éloignées de l'emploi ait traversé l'histoire. Cette catégorie de personnes pauvres par leur absence de ressources liée au salariat ressort alors de la compétence des travailleurs sociaux, depuis qu'ils se sont professionnalisés durant la seconde moitié du XX^e siècle et qu'ils sont progressivement devenus compétents dans la prise en charge de la pauvreté. Dans cette lecture, ce ne serait alors pas tant ce public qui a évolué, mais plutôt les modalités d'encadrement de ce public par les politiques publiques. En effet, se recentrant essentiellement sur l'injonction à l'emploi et au logement, les récentes politiques sociales semblent réellement mettre à distance ce public qui y échappe alors qu'il faisait pourtant l'objet d'une attention considérable lorsque les premières lois sociales ont été formulées (Brodiez-Dolino, 2013, p. 9-29).

Pourtant, le public présent à la Sras constitue bien une réalité du travail social, même s'il n'entre pas dans le champ de vision des politiques de lutte contre la pauvreté. C'est en effet bien parce que ce public était présent et questionnant au sein de l'association que la création de la Sras s'est avérée nécessaire afin de pouvoir regrouper dans une structure spécifique des personnes présentant ces mêmes caractéristiques.

Il serait d'ailleurs très intéressant de s'interroger sur la régulation de ce public dans d'autres régions. Sont-ils intégrés au sein de structures non spécifiques ou bien des structures interstitielles telles que la Sras ont-elles été créées ? Il reste que la Sras a été créée et se trouve désormais identifiée comme cette structure accueillant ce public spécifique. À ce titre, un travailleur social dit d'ailleurs que la Sras constitue « *la dernière roue du carrosse* », ajoutant ensuite au sujet des résidents que « *C'est toujours quand personne n'en veut qu'on nous les envoie* ». En effet, la Sras accueille depuis son origine des personnes non désirables des autres structures d'hébergement, au regard de leur trop grand éloignement des prérogatives politiques. Dans ce cadre, les travailleurs sociaux sont donc pris dans des injonctions contradictoires, sur lesquelles il faut revenir.

3.2. Des injonctions contradictoires

Tout d'abord, les travailleurs sociaux se retrouvent face à l'injonction de prendre en charge le public qui s'adresse à eux. En effet, au sens d'Autès, le travail social est un filet, un garde-fou, une institution qui fait le lien entre de grandes institutions socialisatrices, comme la justice et la santé (Autès, 1999). De fait, le travail social ne dispose que de rares marges de négociations pour sélectionner son public. De plus, si le public que prend en charge la Sras se situe hors des cadres des standards de l'insertion, la visibilité urbaine de cette population constitue également un intolérable pour la société. Le travail social est donc au moins en partie soumis aux reformulations que la société façonne à son égard.

De fait, la Sras se retrouve donc avec des résidents aux multiples problématiques sociales et sanitaires. Les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux s'éloignent pourtant d'une prise en charge sanitaire. À ce titre, j'en réfère à ma propre expérience professionnelle. En formation de travail social, il est classiquement considéré comme « anormal » le fait de distribuer des médicaments par exemple. Néan-

moins, face à la réalité des financements et de l'organisation de la structure qui ne bénéficie pas d'une présence médicale constante, les travailleurs sociaux ont reçu l'injonction de tout de même distribuer ces traitements. Écoutons une infirmière remplaçante à ce sujet :

« Ça a été des grandes discussions, en disant que ce n'était pas leur travail, qu'ils n'avaient pas le droit (de distribuer les médicaments), qu'on leur disait dans leur formation que c'était pas vrai et donc il y a une jurisprudence qui dit que les médicaments préparés par une infirmière peuvent être donnés par un animateur, par une aide-soignante, par une éduc, à partir du moment où ils sont préparés. Et que de pas les donner finalement, c'est pire que de les donner. »

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans,
fait des remplacements depuis 3 ans

Cette position reste néanmoins contradictoire avec leur formation ou leurs expériences professionnelles passées. Ainsi, les situations où les travailleurs sociaux ont dû recourir eux-mêmes à des pratiques sanitaires ou faire appel à des tiers sont récurrentes au sein de l'institution. En effet, il s'est avéré progressivement nécessaire pour les travailleurs sociaux de faire appel à des tiers médicaux ou paramédicaux car, ne pas le faire, aurait pu entraîner une situation « maltraitante » pour les résidents. Ainsi, Adama m'explique qu'il devient nécessaire d'entamer des procédures pour qu'un résident reçoive une aide à l'hygiène quotidienne parce qu'actuellement, sa protection n'est pas changée pendant tout week-end.

Ainsi, de ces quelques pratiques, nous voyons bien que les travailleurs sociaux se doivent de faire avec, de composer avec la réalité sanitaire de leur public. Mais il reste que les travailleurs sociaux tentent tout de même d'orienter ces résidents à la prise en charge sanitaire trop lourde pour un établissement social, vers un établissement médico-social ou médical. Néanmoins, les orientations des résidents s'avèrent extrêmement complexes. À ce titre, le chef de service m'a appris qu'en dix ans, aucune orientation en

établissement médico-social n'avait pu être réalisée. Un certain nombre de résidents figurent bien sur des listes d'attente de maisons d'accueil spécialisée par exemple, mais les délais d'attente, extrêmement longs, n'ont à ce jour pas abouti.

Si les orientations dans des établissements pour les personnes vieillissantes sont plus fréquentes, elles sont également complexes, en raison de la durée d'attente pour intégrer ces structures. Toutefois, un Ehpad public a ouvert un certain nombre de « places précarité », spécifiquement dédiées au public issu de la Sras, du Fam ou de la rue. À ce jour, les places dédiées à ce public sont toutes occupées. De fait, la liste d'attente s'allonge et les autres Ehpad, du fait qu'une filière spécifique ait été créée, se déchargent peut-être de l'accueil de ce public. Nous avons souhaité rencontrer la personne travaillant dans cet Ehpad particulier. Cette dernière nous a alors témoigné de la multitude des étapes par lesquelles doit passer le résident pour être intégré au sein de l'Ehpad, ce qui révèle en creux les nombreuses occasions dans lesquelles la demande du résident peut se trouver refusée :

« Il y a une liste d'attente mais pas forcément que pour ce public-là, c'est une liste d'attente de toute façon qui est en moyenne de deux voire trois ans. Il n'y a pas une réponse immédiate, il y a un conseil d'admission qui est mis en place et qui donc suite à la CHR³⁹, les demandes sont renvoyées à l'Ehpad, donc il y a une commission d'admission qui est faite avec les médecins, le cadre, l'assistante sociale qui valident donc la candidature ou pas et une fois que la candidature est validée nous avec ma collègue assistante sociale on va rencontrer le résident, donc soit la Sras, soit Michel, ou l'hôtel enfin peu importe, ou à l'hôpital parce que c'est aussi possible qu'ils soient à l'hôpital, on fait une pré-évaluation, un diagnostic social et éducatif, voilà, on fait surtout connaissance, parce que entre les papiers et puis, voilà, donc on prend le temps de faire connaissance. On a déjà été une deuxième fois avec le médecin chef de service et l'in-

firmière parce que eux aussi ils ont une autre vision et ça leur permet aussi de retransmettre à leurs différentes équipes et puis après on demande à la personne de venir. Alors dans tout ça il se passe du temps, là je vous le fais rapidement mais il se passe des mois et donc on demande à la personne de venir, de faire une visite de pré-admission et donc elle rencontre encore le médecin, le cadre, enfin voilà, le corps médical, soignant, avec nous, service social et puis après, si ça correspond, si le résident est d'accord, on rediscute du règlement intérieur on fait le tour, on fait visiter, on lui montre les chambres, la chambre éventuelle qu'il pourrait avoir et puis après ben il y a un temps d'attente. Voilà. »

Chloé : « Et le temps d'attente c'est à l'issue de toutes ces démarches là ? »

« Bah il y a toutes ces démarches là et puis après l'admission est validée, ou pas, après tout dépend, il faut qu'il y ait un consentement et de la personne et d'ici et puis après c'est à partir de là qu'il y a un réel temps d'attente, donc le temps d'attente, il y a une personne, là, qui est rentrée mais elle a mis, deux ans et demie à rentrer. »

Éducatrice spécialisée, 32 ans,
travaillant dans l'Ehpad depuis 3 ans

Ainsi, les travailleurs sociaux sont confrontés à un public présentant de nombreuses problématiques sanitaires, mais peinent considérablement à les orienter vers les structures adaptées en raison d'un contexte économique réduisant également les moyens de ces institutions sanitaires et médico-sociales. Par ailleurs, bien que nous n'ayons pu le constater, les travailleurs sociaux m'ont souvent témoigné du fait que dans ces orientations, les résidents souffraient du « *stigmatisme de la Sras* ». Ainsi, ces derniers sont inscrits sur les listes d'attente des structures, mais sembleraient attendre plus longtemps que les personnes « classiques » pour pouvoir l'intégrer :

« Comme on en a déjà parlé plusieurs fois, le public de la Sras il est orienté difficile

³⁹ La CHR est la commission d'harmonisation et de réorientation qui émet des réflexions sur les prises en charge effectuées par les établissements sociaux et médico-sociaux.

parce que tu as l'étiquette alcool, sdf, crade... fin je caricature mais c'est ça clairement. Donc le jour où on arrivera à orienter un peu plus facilement le public de la Sras ça sera une petite victoire. »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

Face à cette difficulté, les travailleurs sociaux ont incorporé dans leur discours le fait que la Sras était donc également une structure pour « *la fin de vie* », dans laquelle les résidents peuvent décéder. Cette spécificité de la structure constitue, aux dires des plus anciens travailleurs sociaux de la structure, la « *philosophie de départ* » de l'institution. Ce discours s'appuie sur le fait que des résidents eux-mêmes souhaiteraient finir leur vie au sein de la structure et qu'il serait du ressort de la Sras de s'adapter à leur demande :

« Ici vu que c'est le lieu de vie des résidents, c'est normal qu'on essaye. Ils veulent mourir chez eux comme nous on pourrait vouloir mourir chez nous si on avait un diagnostic qui était posé. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Il y a donc une éthique de l'adaptation des travailleurs sociaux à la demande des résidents. Un travailleur social m'explique ainsi comment la structure s'est adaptée, en fonction d'une situation particulière, à cette prise en charge de la fin de vie :

« On a quand même mis en place pour un monsieur qui était en fin de vie, on a essayé de faciliter cette fin de vie avec un matelas, en mousse avec une barre pour qu'il puisse... bon ce qu'on ne faisait pas avant. Avec aussi pour la nuit un... au cas où il se sentirait mal qu'il puisse appeler. »

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

Néanmoins, cette dimension du lieu de vie fait considérablement débat au sein de l'institution

et divise même les professionnels entre eux. Pour certains, il s'agit d'être en cohérence avec la philosophie de départ et le souhait des personnes, pour d'autres, il s'agit de dénoncer les limites d'une structure sociale dans le cadre de cette pratique à laquelle ils ne sont pas formés. Les partisans de la seconde proposition, c'est-à-dire ceux qui ne souhaitent pas accompagner les personnes jusqu'à leur décès, sont globalement les professionnels les plus récemment arrivés et parallèlement les plus diplômés. En effet, leurs expériences diversifiées et la socialisation professionnelle transmise en formation les conduisent à postuler qu'un fonctionnement tel est problématique pour une structure sociale.

Au-delà de cette opposition, la plupart des professionnels de la Sras postulent tout de même que les résidents eux-mêmes souhaitent rester au sein de la structure. Or, notre rencontre avec un partenaire extérieur nous témoigne du contraire :

« Eux ils espèrent à autre chose après la Sras. (...) Ils ont conscience de leur état de santé, ils savent très bien que ce ne sera pas mirobolant après et ils se disent mais qui va vouloir de nous quoi. Ils se disent voilà j'ai cinquante-deux ans, je ne peux pas monter un escalier tout seul, l'état de santé, ils sont très abîmés quand même malgré leur jeune âge. Mais eux, ils espèrent quand même à autre chose, mais comme ils disent ouais, on va là où on nous dit d'aller, on n'a pas le choix... Mais ils pourraient prétendre à autre chose. »

Chloé : « Mais la plupart pour toi n'espèrent pas rester à la Sras jusqu'à la fin ? »

« Ah bah, alors ça, ça se dit quand on est en petit comité, quand on est seul à seul avec eux, oui ils espèrent pouvoir trouver autre chose que la Sras. Alors il y en a qui disent oui je veux rester là, mais il y aussi je dirais certains collègues qui leur disent, mais tu n'es pas bien ici ? Et qui leur disent de toute façon tu n'auras rien d'autre qu'ici, quoi, alors je trouve ça un peu dur, de leur balancer des choses comme ça, de leur dire de

toute façon toi tu resteras à la Sras ad vitam aeternam, je dis non ils peuvent prétendre à autre chose aussi. (...) Et puis après ce n'est pas évident de dire à son animateur référent oui j'aimerais partir ailleurs etc... Mais quand t'es extérieur à la structure et que tu leur dis bon bah voilà, c'est vrai qu'il existe autre chose et de leur dire, bon bah on pourrait faire ça et ça, ils sont prêts. »

Daniel, Travailleur social non diplômé,
Intervenant Alcool, 49 ans,
15 ans d'expérience à Envol

En interrogeant moi-même les résidents à ce sujet, il est vrai qu'une majorité de ceux avec lesquels j'ai pu m'entretenir m'ont confié espérer quitter un jour la Sras :

Chloé : « Et donc vous à terme vous voulez partir de la Sras ? »

« Ah bah oui oui ! Moi mon but c'était celui-là au départ. Pour moi comme j'ai dit c'était un tremplin, bon le tremplin il existe toujours, c'est de partir. Ce n'est pas que j'aime plus la Sras, attention, c'est de façon toute simple, Pascal, tu as soixante-trois ans, tu as encore quelque temps à vivre, profite encore de ta retraite et il faut te reconstruire et repartir normalement. »

Monsieur Durand, 63 ans,
présent depuis 3 mois à la Sras

Chloé : « Vous avez envie de rester là dans le futur ? »

« Oui, oui oui. Pour l'instant oui. Pour le futur non, j'espère bien avoir un petit truc quoi. Un petit studio. »

Monsieur Lemaitre, 61 ans,
présent depuis 3 ans à la Sras

« Mon but c'est pas de rester ici non plus indéfiniment. Mais bon pour l'instant, je suis un peu paumé, mon appartement, tout seul, je ne saurais pas y retourner, j'irais faire des courses mais je saurais pas y retourner. »

Monsieur Bernard, 45 ans,
présent à la Sras depuis 2 ans

Chloé : « D'accord mais c'est vous qui avez décidé de partir en maison de retraite ? »

« Non non on me l'a dit. »

Chloé : « On vous a dit que vous ne pouviez plus rester ici ? »

« Ici... ils préfèrent que j'aille en maison de retraite. Mais ça peut demander deux ans. »

Chloé : « Et vous vous êtes d'accord ou vous préféreriez rester ici ? »

« Ah je préférerais rester ici moi. Ici je suis habitué moi... »

Monsieur Bichon, 67 ans,
présent depuis 10 ans

Ainsi, excepté ce dernier extrait d'entretien qui révèle bien que le résident souhaiterait rester à la Sras pour vieillir, les résidents de la structure que j'ai interrogés souhaitent effectivement la quitter à un moment donné. Pour autant, il faut noter que les discours que j'ai pu recueillir comportent un biais méthodologique. Il est en effet probable que les résidents ayant accepté de participer aux entretiens soient davantage dans une dynamique d'évolution vers une autre structure que la Sras.

Mais au-delà du choix des résidents de rester ou non dans la structure, il nous semble finalement que ce débat entre professionnels masque une réalité plus complexe. J'ai ainsi demandé à l'ensemble des professionnels en entretien s'ils estimaient que certaines personnes ne devraient plus être accueillies à la Sras. À l'exception d'une professionnelle, tous m'ont effectivement répondu que certains résidents devraient à leur sens être accueillis dans d'autres structures plus adaptées. Dans leur raisonnement, ils évoquent ainsi à la fois le souhait des résidents, mais mettent surtout en avant qu'il s'agit d'une situation par défaut en réalité :

Chloé : « Et est-ce que pour toi il y a des personnes ici qui relèvent plus de la mission de la Sras, qui devraient être dans d'autres structures ? »

« Bah il y a certains cas ouais bien sûr, mais sauf que comme tu as pu le voir, les Ehpad ne prennent pas forcément ce public qui pourrait accéder en Ehpad, les maisons de retraites c'est pareil, les Mas c'est compliqué, tout est bloqué quasiment, donc les délais d'attente sont hyper longs... Il y en a certains qui relèvent même peut-être de Saint-Germain, de séjours plus longs, mais bon voilà c'est comme ça et c'est bloqué et ces gens-là on ne va pas les mettre à Michel... enfin il n'y a pas de solution quoi. »

Ludovic, travailleur social non diplômé,
53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

En effet, dans ce débat qui semble opposer les conceptions éthiques et morales des travailleurs sociaux individuellement, se joue en réalité la position interstitielle de la structure. Cette réalité de l'impensé du public par les politiques sociales conduit les travailleurs sociaux dans de nombreuses injonctions paradoxales, qui se retrouvent renvoyées à des débats et conflits interindividuels alors même qu'ils sont très largement façonnés par le paradoxe de la position de la structure elle-même.

À ce titre, nous pouvons analyser que la question du vieillissement des populations en situation de grande précarité est une question sociale qui n'émerge pas comme un problème public. Si la question de la prise en charge des personnes âgées et en situation de grande précarité constitue effectivement une réalité sociale problématique, il reste qu'elle ne fait pas l'objet d'une attention de la part des autorités publiques. À l'instar de ce que Marion Seibert (2014) a démontré au sujet du déni de grossesse, nous sommes face à un problème social qui n'émerge pas sur la scène politique. Ainsi, comme l'analyse Fassin (1998) au sujet de la santé publique, il y a bien un double mouvement qui s'opère dans le processus de sanitisation. Tout d'abord, la sanitisation se réalise, comme nous l'avons démontré, dans le fait que les situations sociales sont retranscrites dans leurs aspects sanitaires. Toutefois, le processus d'inscription de cette question sur la scène politique correspond à un autre processus que

Fassin conceptualise comme un processus de politisation. À ce titre, nous constatons très largement que si le premier critère est assurément effectif, la politisation de cette situation n'émerge pas. En cela, il semble bien que la mort soit cantonnée aux « coulisses de la vie sociale » comme l'analyse Michel Castra (2015, p. 12). De fait, cette situation tout autant problématique que silencieuse produit des injonctions paradoxales aux acteurs qui y participent.

3.3. Une position ambivalente des interlocuteurs de la structure

Ces injonctions paradoxales subies par la structure se retrouvent également dans la position du financeur de la structure. En effet, les travailleurs sociaux ont à plusieurs reprises témoigné de ces tensions qu'ils vivent au quotidien à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), qui finance actuellement la Sras, souhaitant ainsi mettre le financeur face aux contradictions de la position de la structure. Le chef de service m'explique ainsi :

« À un moment j'ai été amené à parler dans je ne sais plus quelle commission de la réalité de la Sras et de dire que pour moi il y a la moitié des gens qui sont là, c'était déjà il y a longtemps, il y a la moitié des gens qui sont là comme dans un lieu de vie et l'autre moitié qui sont là en transit, comme dans un CHRS, ils sont en train de reconstruire leur parcours. Voilà et bah oui parfois j'avais des réactions de la DDCS en disant « lieu de vie, lieu de vie, c'est quand même un CHRS machin ! ». Bah ouais sauf que si on ne part pas de la réalité du public qu'on a et qu'on veut pousser tout le monde dehors dans des appartements, bon là je pousse un peu le propos, m'enfin c'est mieux de partir de la réalité quoi. »

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Ainsi, parler de « lieux de vie » aux financeurs est « un tabou », m'apprend un travailleur social. Par « lieu de vie », les travailleurs sociaux entendent le fait que les résidents sont présents au

sein de la structure de manière durable sans qu'un projet d'insertion classique et rapide soit instauré avec les résidents. Comme l'analyse une recherche sur les personnes vieillissantes en situation de précarité, « Le « lieu de vie », c'est, pour les professionnels, une manière de mettre l'accent sur le fait qu'il ne s'agit pas d'abord de lieux de passage dans lesquels le public ne fait que transiter en attendant d'être réorienté vers des structures plus adaptées, mais de lieux où il est possible de vivre dans la durée, voire de décéder » (Eliçabe et al., 2013, p. 19). Ainsi, la notion de lieu de vie, qui constitue un terme de jargon pour les travailleurs sociaux vient en réalité mettre des mots sur cet écart entre les injonctions politiques et la réalité du public. Armés de ce terme, les travailleurs sociaux tentent ainsi de faire reconnaître cet écart à leurs financeurs. Toutefois, cette dimension de « lieu de vie » m'a été présentée par les travailleurs sociaux comme niée par les pouvoirs publics :

« Non non, après ça devient effectivement un lieu de vie, mais ça c'était, c'était aussi un peu prévu à la base, nos financeurs forcément n'aimeraient pas ce mot-là, vu que ce n'était pas le but de la Sras, vu que c'est la reconquête de l'autonomie sociale donc si c'est pour que ça se transforme en lieu de vie, c'était pas non plus ça mais nous en tant qu'équipe on savait qu'il y a des personnes qui allaient vivre ici et sans doute mourir ici. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

« Peut-être pour une bonne partie des résidents c'est un lieu de vie, ce n'est pas reconnu. Puisque la Sras est un CHRS, donc on ne peut pas être un CHRS et un lieu de vie, c'est pas possible. Et la convention, ne le permet pas, enfin le conventionnement. Tout ça c'est pareil, donc la Sras est en demande de reconnaissance sûrement, parmi les pouvoirs publics, parmi les partenaires et même parmi la propre association dont la Sras dépend qui ne reconnaît pas ça (rire). »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

À juste titre, ce travailleur social note que cette position ambivalente de la structure conduit les professionnels à être en attente de reconnaissance sociale sur sa fonction, qui seule permettrait de résoudre des conflits pensés comme étant liés aux personnalités des travailleurs sociaux. Cette position des financeurs vient ainsi renforcer le paradoxe dans lequel les travailleurs sociaux se trouvent pris. Ils ont ainsi l'injonction de mener des orientations, alors même que ces dernières s'avèrent impossibles à réaliser. Dans ce cadre, les travailleurs sociaux tentent donc d'objectiver la réalité de la prise en charge sanitaire qu'ils effectuent afin de dénoncer celle-ci. Le chef de service me dit ainsi :

« Je voulais faire un petit point là-dessus, moi je fais pas une étude mais ce qui m'intéresse quand même c'est de pouvoir renvoyer aux financeurs, à ma direction et conforter l'équipe, parce que c'est pire de ne pas savoir même si la réalité est un peu dure à entendre, mais au moins on se sent conforté sur son ressenti, sur ses difficultés, on peut les nommer. »

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Nous voyons alors que la mise à distance des travailleurs sociaux des diagnostics médicaux officiels constitue une difficulté supplémentaire pour les professionnels. N'ayant pas accès à des données chiffrées objectives, leurs observations restent cantonnées « à du ressenti », « de la subjectivité » de la part des instances plus larges. Bien loin d'avancer le fait qu'il s'agirait d'une machination à l'encontre des travailleurs sociaux et des résidents de cette structure spécifique, il s'agit tout de même de pointer le fait que l'interstice dans lequel se situe l'institution est profondément ancré.

En revanche, si les pouvoirs publics semblent clairement contre cette position de « lieu de vie », l'ensemble des partenaires de la structure que j'ai rencontrés sont eux convaincus par cette dimension de la structure :

« C'est ça hein aujourd'hui la Sras. Ils ont des

publics qui meurent avant 60 ans, forcément faut qu'ils travaillent à la fin de vie. Ça fait partie du truc. »

Jean-Baptiste, travailleur social non-diplômé, sociologue, chef de service adjoint du Fam, 41 ans, 10 ans d'expérience.

« C'est vraiment un lieu de vie, il y a des gens qui meurent là-bas et tant mieux quoi, enfin tant mieux, tant mieux qu'ils aient un lieu, voilà, qu'ils ne soient pas à la rue, qu'ils soient accompagnés, qu'ils soient pas tout seuls. »

Médecin addictologue, 42 ans, travaillant avec la Sras depuis 12 ans

Ce consensus des professionnels qui interviennent fréquemment au sein de la Sras démontre la réalité de la fonction de l'institution telle qu'elle est pensée par les acteurs locaux. Cette vision des partenaires semble pourtant écarter toute réflexion à la fois sur la difficulté qu'induit cette réalité pour les professionnels sociaux et sur la prégnance des injonctions paradoxales que cette situation revêt. Tous mettent ainsi en avant le fait que les résidents sont « *attachés à la structure* », « *à l'ambiance, aux locaux* » ou encore que la Sras « *est un peu comme une famille* ». Le médecin de la structure regrette même ce changement qu'il a pu constater dans la prise en charge des fins de vie :

« Ça a été un de mes différends avec l'équipe, c'est que moi je trouvais que c'était normal qu'on puisse mourir à la Sras et l'équipe ne trouvait pas, notamment dans les fins de vie. »

Chloé : « *Cette équipe récente ?* »

« Oui, ça leur posait problème, souvent ils disaient que ça déstabilisait aussi les autres résidents. En même temps dans les autres structures, enfin à Michel c'est parfois violent, il y a des gens voilà, ils se retrouvent à l'hôpital ils voient aussi des gens mourir et puis ils seraient dans un logement ils seraient peut-être leur voisin etc, quand on va en Ehpad c'est aussi l'endroit pour mourir donc je trouvais que c'était plus... Enfin pour

moi on en avait pas mal discuté (...) c'est plus rare de mourir à la Sras, je pense que aujourd'hui ça sera beaucoup plus dur, alors que Arnault lui il l'intégrait parfaitement, son équipe à l'époque l'intégrait assez facilement, enfin me semblait-il, on avait les gens et on ne se voyait pas envoyer les gens à l'hôpital pour mourir, ils mourraient à l'hôpital, ou alors ils allaient à l'hôpital mais vraiment pour les dernières heures, c'était vraiment pour la partie peut être la plus difficile. »

Médecin généraliste, 54 ans, intervenant à la Sras depuis 20 ans

Il y a donc une inadéquation très large entre la position des financeurs de la structure et celle des partenaires de l'institution. Ces tensions dues aux discours divergents des interlocuteurs que la Sras rencontre, entérinent finalement l'injonction paradoxale dans laquelle ils se trouvent pris.

3.4. Un contexte économique

Au-delà des divergences de discours et des injonctions paradoxales, il faut également noter que la Sras est prise dans un climat de rationalisation économique, à l'instar du milieu hospitalier et médico-social. Comme l'a analysé Frédéric Viguier, l'État, qui est le financeur principal des CHRS « *est particulièrement mauvais payeur* » (2013, p. 70). Le sociologue analyse ainsi que ces structures sociales exercent une mission sociale avec une insuffisance réelle de moyens. À ce sujet, Michel Autès parle lui d'un « *repli du social sur des logiques marchandes* » (1999, p. 217).

Empiriquement, j'ai ainsi pu observer que les professionnels étaient tenus de débarrasser rapidement la chambre d'un résident venant de partir, afin de pouvoir au plus vite accueillir une autre personne. Si le fait que des personnes sont en attente pour entrer au sein de l'institution joue dans cette injonction à la rapidité, ce remplacement rapide des résidents est également porté par une volonté de l'association que

le taux d'occupation et donc de participation financière des résidents, soit le plus élevé possible. Ainsi, si une chambre est vacante, l'association ne perçoit pas de participation financière. D'ailleurs, le chef de service m'a appris que la DDCS, devenue progressivement le seul financeur de la structure, attendait une participation des résidents au fonctionnement de la structure de plus en plus élevée. Ainsi, leur participation financière chaque année s'élevait historiquement à 100 000 euros sur la ligne comptable de l'association. Cette participation attendue a récemment été augmentée à 150 000 euros, ce qui induit que la structure a l'injonction expresse de ne pas laisser de places vacantes, mais également que le taux de participation financière des résidents a augmenté. Rappelons par ailleurs que les résidents règlent en plus de ces participations financières à l'association leur loyer auprès du bailleur. Ainsi, selon le chef de service, les autres structures d'hébergement de l'association demanderaient une participation à hauteur de 25 % des ressources des personnes, quand la Sras leur en demanderait 40 %.

Cette exception de la Sras tiendrait justement au fait que le bailleur serait une association différente de celle qui assure l'encadrement des personnes. L'impensé de cette exception laisse, une fois de plus, la possibilité que cette structure fonctionne sur un mode différent des autres CHRS. Néanmoins, les répercussions sur les résidents sont notables. Il est ainsi connu de beaucoup de personnes fréquentant les CHRS de la ville que la Sras est une structure « *trop chère* ». Ainsi, de potentiels résidents refusent de venir s'y installer et en parallèle, certains partent au bout de quelques mois à cause de ce motif.

Parallèlement, le chef de service m'a également expliqué que lorsque les personnes sont hospitalisées, pour une durée supérieure à un mois, ces dernières ne règlent pas leur participation pour les repas auprès de l'association. De fait, les trop longues hospitalisations sont une réelle perte économique pour la structure. Si je n'ai jamais remarqué que cet argument entrait dans le discours des professionnels ou du chef de ser-

vice lors du choix d'orienter une personne vers une hospitalisation ou non, il faut tout de même le prendre en compte. Toutefois, si cet impératif économique semble peu jouer dans le choix de conduire les résidents vers une institution de santé, j'ai pu constater qu'une règle a été établie au sein de la Sras, qui conduit à exclure de la structure une personne hospitalisée durant plus de quatre mois, afin que la chambre du résident hospitalisé ne reste pas vacante.

De ce fait, les responsables de l'association semblent souhaiter qu'il y ait de plus en plus d'orientations à la Sras, afin que les personnes en situation de vulnérabilité sanitaire ne s'installent pas durablement au sein de la structure. En effet, ces situations conduisent au risque qu'il y ait une sorte d'alternance de la personne entre la Sras et l'hôpital, qui n'est pas souhaitable économiquement pour la structure. Ainsi, le chef de service, comme les responsables de l'association, semblent réellement appuyer la dynamique de l'orientation des résidents de la Sras et notamment de ceux qui présentent un état pathologique. Au sens d'un travailleur social, il y a ainsi une volonté de « *fluidifier* » la structure. Cette position de l'association expliquerait alors la volonté de la structure d'avoir embauché une assistante sociale sur un poste justement qualifié d'« *orientation* ».

La multitude de ces injonctions paradoxales façonnées à l'égard de cette structure témoigne de la situation particulière du CHRS et de sa position interstitielle. En effet, étant en réalité au creux du sanitaire et du social, cette structure dont la finalité réelle est non dite, semble malléable au gré de ses différents interlocuteurs et décideurs. Plus largement, la position de la Sras révèle ainsi que les évolutions politiques et économiques conduisent le travail social et le médical à spécifier de plus en plus leurs actions, à créer des modalités d'accompagnement très ciblées, comme c'est le cas à la Sras. Toutefois, Castel pointe que « *plus un système d'assistance et de soins est écartelé entre divers services bureaucratiques qui découpent les bénéficiaires en catégories abstraites, plus il en appelle à la psychologisation comme la contrepartie nécessaire de son fonctionnement, l'élaboration d'une*

causalité interne, intra-physique fournissant alors le seul principe de totalisation possible » (1981, p. 141). En effet, la Sras étant située à la périphérie à la fois du social et du sanitaire, il est nécessaire pour la structure de trouver un compromis pour rationaliser cette distance et donner un sens à son action globale. La sanitation semble à ce titre jouer un rôle de liant afin de tenir ces compromis impossibles.

Il reste néanmoins que les acteurs de la structure ont tout de même un certain nombre de marges de manœuvre et témoignent de résistances au quotidien, que nous allons désormais analyser.

4. Des limites de l'exercice professionnel

Notons tout d'abord qu'au sujet de cette volonté du financeur d'augmenter les participations financières des résidents, le chef de service a affirmé son refus de mettre cela en place. Il a même baissé de vingt-cinq euros les participations des personnes titulaires du RSA, soit les résidents qui ont les ressources financières les plus basses. Les professionnels ont ainsi intégré le fait qu'ils devaient « se défendre » et surtout défendre les intérêts des résidents qu'ils accompagnent. Un travailleur social me dit ainsi :

« C'est-à-dire que nous on doit se positionner contre l'institution parfois et je ne le sors pas de ma poche, c'est des recommandations de l'Anesm⁴⁰, des choses légales, où le travailleur social il doit se positionner dans l'intérêt de la personne et même parfois contre l'institution, puisqu'on doit faire des signalements si la situation est maltraitante. »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

Michel Autès a en effet analysé cette situation d'apparence paradoxale, notant que les travailleurs sociaux sont à la fois mandatés par les insti-

tutions mais tirent leur légitimité des usagers, de leurs besoins et de leurs droits. Mais à son sens, cette « *duplicité est structurelle et vient de son rapport à l'objet et de l'injonction paradoxale qui l'informe* » (Autès, 1999, p. 240). Ce qui signifie que pour le sociologue, la situation paradoxale dans laquelle se trouvent les travailleurs sociaux est par essence en tension. Toutefois, nous nous demandons si cette analyse ne vient pas naturaliser les compromis impossibles que doit tenir le travail social, alors que nous avons démontré que ces injonctions paradoxales sont issues d'une construction à la fois sociale, politique et économique. Pour poursuivre cette interrogation, revenons sur les ressources que déploient les professionnels pour pallier cette situation.

Comme nous l'avons vu, la position interstitielle de la structure entre le sanitaire et le social peut conduire à des situations « maltraitantes » au sens des professionnels. Nous avons évoqué le fait qu'un résident incontinent gardait ainsi la même protection pendant tout le week-end, les professionnels sanitaires de la structure n'étant pas présents. Ceux-ci tentent pourtant de mettre des limites à ces situations liminales au sein de l'institution. Ainsi, cet enquêté nous révèle sa position de défense quant à l'emprise de la sphère médicale au sein de la structure :

« Parce que je pense que si on avait été médicalisé, il y aurait eu des protocoles, tu vois, qui auraient été mis en place et qui auraient peut-être... Là je pense que le public qui vient est un public entre guillemets sauvage si tu veux, donc il faut essayer plein de trucs. Il n'y a pas tellement de règles ici à la Sras. Il y a des minimums. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Dans ce cadre, le monde médical est considéré comme un pourvoyeur de contraintes. Pour freiner concrètement cette dimension médicale au sein de la structure, les professionnels ont alors décidé d'interdire l'accueil des personnes porteuses d'une sonde gastrique dont le nettoyage aurait incombé au travailleur social, notamment le week-end.

40 Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Mais au-delà du refus formel de ce type d'accueil, les professionnels font preuve de résistances, de « *techniques de freinage* » (Cartier, 2005, p. 40) au sein de la structure, en réaction notamment à ces injonctions contradictoires dans lesquelles ils se trouvent pris. À ce titre, les travailleurs sociaux tentent constamment de déléguer les tâches liées à l'hygiène. Si nous avons analysé cette délégation au regard de la notion de sale boulot, nous pouvons aussi considérer que cette relégation des tâches liées à un accompagnement sanitaire peut également tenir au fait que les travailleurs sociaux y voient un outrepassement de leurs fonctions « sociales ». Ainsi, dès qu'ils en ont l'occasion, les travailleurs sociaux préfèrent échapper à cette tâche :

Chloé : « Et pourquoi ils n'aiment pas la collectivité tu crois ? »

« Bah ça les fait chier, ça les fait chier de débarrasser une chambre, ça les fait chier d'obliger un gars à aller à la douche, d'obliger un gars à nettoyer, tu vois, ça les fait chier. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

« On voit avec la collectivité, ça ne crée pas un enthousiasme chez beaucoup d'animateurs, on va pas se voiler la face, on n'est pas nombreux à y courir, hein, elle nous le rappelle assez souvent. »

Ludovic, travailleur social non diplômé, 53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras

D'une certaine manière, les travailleurs sociaux sont également réticents quant aux accompagnements médicaux qu'ils réalisent. Ils m'ont ainsi formulé à plusieurs reprises : « *On n'est pas des ambulanciers, on est des travailleurs sociaux* » ou encore exprimer le regret de « *faire le taxi* ». Ces accompagnements, bien qu'ils soient suivis d'une consultation avec un médecin, ne sont pas vécus comme un travail valorisant par les travailleurs sociaux, qui tentent alors de déléguer cette tâche. Ainsi, dès lors qu'un remplaçant est présent, il lui est demandé de réaliser ces transports aux rendez-vous mé-

dicaux. Cette délégation m'a de prime abord légèrement surprise. En effet, je m'attendais plutôt à ce que cette participation à la dynamique de soin du résident soit valorisée au sein de l'exercice professionnel. Néanmoins, les professionnels m'ont très largement témoigné du fait que cette activité était pour eux loin d'être au cœur de leur métier : « *Ce sont des moments où on ne peut pas s'occuper des résidents* » me dit ainsi Adama. Ce propos démontre bien que les professionnels établissent une ligne de partage entre ce qui tient du rôle du travailleur social et celui d'un professionnel du sanitaire ou du paramédical, ce qui explique le freinage exercé quant à cette activité.

Ainsi, les tâches « sanitaires » tendent à être reléguées par les travailleurs sociaux. Plus finement, j'ai observé empiriquement des situations où ces freinages s'opéraient. Ainsi, trois personnes suivaient un traitement contre un cancer lorsque j'étais présente. Les trois résidents avaient un classeur recensant un certain nombre de documents sur leur suivi, ainsi que les dates de leurs prochains rendez-vous. Les travailleurs sociaux, lors d'un *briefing*, se plaignent alors de ne pas toujours connaître les dates et le lieu des rendez-vous et d'être alors mis devant le fait accompli lorsqu'ils doivent les accompagner. Il est alors conclu que les classeurs des résidents doivent être systématiquement récupérés par les professionnels lorsque les hébergés reviennent à la Sras. Néanmoins, cet exercice d'organisation est considéré par les travailleurs sociaux comme ne relevant pas de leur mission : « *Ça c'est pas à nous de le faire, c'est le travail de l'infirmière !* » ont-ils alors décrié. Dans une autre situation, un résident est hospitalisé et il est décidé d'appeler le service afin d'avoir des nouvelles de l'hébergé. Le *briefing* terminé, les travailleurs sociaux délégueront cette tâche à l'infirmière, car elle aurait « *le langage médical* » pour mieux comprendre. Mais assistant à la scène qui suit, l'infirmière étant partie, les travailleurs sociaux se mettent alors à critiquer l'injonction qui leur est faite de travailler autour du soin : « *Ce n'est pas à nous de passer ces coups de fil aux médecins, nous on n'y connaît rien* », « *Moi, j'ai pas de diplôme d'infirmier hein* » affirment-ils.

Ainsi, ces techniques de freinage s'exercent principalement au sujet du travail médical ou sanitaire qui leur est demandé. Néanmoins, cette structure située dans un interstice spécifique, la frontière de la Sras avec d'autres institutions, distinctes du monde de la santé, est parfois poreuse. Ainsi regrettent-ils parfois le fait de « *jouer le rôle* » du mandataire judiciaire des résidents :

« Souvent on remplace un mandataire judiciaire qui n'est pas désigné, ou pas encore ou pas du tout et ça se seraient des choses sûrement à travailler, des fois on remplace le propriétaire, quand il remplit pas sa mission non plus, comme quand on encaisse les loyers à sa place, du coup ça nous met dans un rôle financier, en tout cas d'encaissement, qui n'est plus éducatif, donc voilà, moi j'estime que ça, on ne devrait pas le faire et malheureusement on le fait et pour plein de raisons. Et parfois c'est aussi parce que sinon l'argent va être dépensé et tout ça. Mais je pense que ces questions devraient être revisitées, parce que ce n'est pas anodin d'encaisser de l'argent, on se met dans une relation commerciale, je trouve que ça dénature un petit peu la relation éducative qu'on devrait avoir. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Fréquentes sont effectivement les situations dans lesquelles les professionnels se retrouvent à travailler avec les ressources financières des personnes. Face à cela, ils témoignent également de techniques de freinage. Henri refuse par exemple de « *courir après les résidents* » et m'affirme : « *Je lui ai dit qu'il devait payer, moi mon boulot s'arrête là. S'il ne vient pas, c'est pas mon problème.* » Au sujet des mandataires judiciaires également, les travailleurs sociaux usent de stratégies pour redéfinir les limites de leur exercice professionnel. Alors que la police appelle la Sras concernant un hébergé qui est « *perdu* » à quelques dizaines de kilomètres, le chef de service demande à ce que les travailleurs sociaux rappellent les services de police et qu'ils leur communiquent le contact du mandataire judiciaire du résident, légalement respon-

sable de la personne. Il affirme alors que : « *C'est l'occasion de déléguer* ».

Mais si nous avons vu ce qui constitue les tâches qu'il s'agit de déléguer pour les professionnels, il nous faut également nous intéresser aux tâches qui sont, à leur sens, professionnellement valorisées et qui font ainsi sens dans le cadre de leur exercice professionnel.

Tout d'abord, les travailleurs sociaux apprécient de rendre visite aux résidents hospitalisés, contrairement aux conduites des résidents lors des rendez-vous médicaux. En effet, rendre visite aux résidents à l'hôpital ne positionne pas le professionnel dans une situation dans laquelle il doit nécessairement rencontrer et échanger avec le médecin et le dispense ainsi de se retrouver, comme souvent dans ces situations, renvoyé à sa position de dominé par rapport au médecin. En effet, les travailleurs sociaux sont réticents à ces accompagnements aux rendez-vous médicaux notamment parce qu'ils sont souvent l'occasion, pour le monde médical, de renvoyer la Sras face à ses difficultés. Robin m'a ainsi dit : « *Tu sais ce n'est pas un exercice facile d'aller comme ça à l'hôpital, moi ça ne fait pas longtemps que je suis à l'aise avec ça* ». Henri m'a également témoigné de la difficulté de l'exercice de la manière suivante :

Chloé : « Et est-ce que tu sais toujours l'objet du rendez vous ? »

« Non il y a des fois c'est obscur, des fois tu sais pas exactement, donc des fois tu as l'impression de débarquer un peu, « mais vous n'avez pas emmené ça ? » bah je savais pas qu'il fallait l'emmener, la préparation des rendez-vous elle est à revoir... »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

En revanche, rendre visite aux malades hospitalisés ne cantonne pas le travailleur social dans la même position. En effet, il peut tout d'abord se faire passer pour un proche lambda du résident et taire son rôle d'accompagnateur social. De surcroît, même si les travailleurs sociaux se

présentent comme tels, il ne leur est pas demandé dans cette rencontre d'assurer un certain « relais sanitaire ». En effet, il ne leur est demandé ni leur avis, ni d'être participant dans le soin au quotidien, comme cela leur est souvent demandé lors des consultations médicales auxquelles ils assistent. De fait, les visites aux malades hospitalisés sont une tâche valorisée car elle leur permet de garantir l'intégrité « sociale » de leur profession.

Du reste, les professionnels m'ont fait part du fait qu'ils appréciaient notamment « *le contact avec les résidents* », « *l'animation, la collectivité* » et parfois même « *l'administratif* » et « *les dossiers* », même si la plupart ont concédé que l'administratif était loin d'être leur priorité. Leur connaissance des résidents fait l'objet d'une valorisation professionnelle. Les professionnels de santé les revalorisent ainsi souvent sur ce point : « *Vous connaissez souvent mieux les résidents que leur psychiatre* ». Le « relationnel » est véritablement au fondement de la valorisation des pratiques des travailleurs sociaux. Ainsi, lorsque des remplaçants sont présents, il leur est souvent demandé de faire la permanence administrative, afin que les professionnels titulaires puissent, eux, faire « *la tournée des popotes* », comme le dit Henri, soit avoir un échange avec les résidents avec lesquels ils travaillent.

Mais, en m'interrogeant plus spécifiquement sur ce qui est valorisé pour les professionnels, il s'avère que cette mise à distance des activités « sanitaires » par les travailleurs sociaux doit en partie être nuancée. Ainsi, le chef de service est souvent très valorisant avec les travailleurs sociaux ou les remplaçants lorsqu'ils ont identifié une « problématique sanitaire ». Le chef de service félicite ainsi vivement un remplaçant qui a noté qu'un résident était la veille en « *détresse respiratoire* » dans le cahier de liaison. De surcroît, des travailleurs sociaux m'ont également témoigné du fait que ce travail « sanitaire » était aussi une source de valorisation professionnelle, au moins pour certains :

« Mais bon après tu reçois aussi des gens qui sont malades mentalement, dépression, tout ce que tu veux, on a aussi des schizo-

phrènes, on en a un qui est là d'ailleurs. Mais tout, c'est vraiment formateur si tu veux en même temps. C'est formateur parce que moi je savais pas ce que c'était un schizo, aujourd'hui je fais la différence entre un dépressif et un schizophrène, tu vois, c'est des choses qu'on apprend sur le terrain, on n'a pas de formation en psychiatrie, c'est pour ça je disais à un moment bah écoutez, je sais pas, est-ce que on embaucherait pas un professionnel de psychiatrie, puisqu'on a reçu les deux premiers lits halte soins santé c'est la Sras qui a commencé (...) donc c'est toujours les deux chambres qui sont là, le premier accueil. Alors ouais c'était des pionniers, c'était des pionniers, bon je crois qu'on est pionnier dans beaucoup de domaines, donc c'est aussi vachement valorisant pour nous. »

Habib, travailleur social non diplômé,
55 ans, 19 ans d'expérience

Quant à François, il me dit à la suite d'une entrevue avec un médecin qu'il considère que « *c'est ça le métier d'éducateur* » ; « *écouter et retransmettre les informations aux collègues parce que le résident lui-même n'aurait pas pu tout comprendre* ». Je l'ai donc questionné plus largement sur les accompagnements médicaux qu'il réalise souvent et il m'a exprimé qu'il appréciait beaucoup cette partie de son travail, qu'il la trouvait intéressante. De fait, le rapprochement de leurs pratiques à une dimension « sanitaire » – bien que les accompagnements aux rendez-vous médicaux ne soient pas réellement des pratiques relevant du soin – n'est pas unanimement dépréciée. Malgré tout, François m'a affirmé que « *le cœur de son métier* » était quand même d'être auprès des résidents, « *sur le terrain* ». J'ai cependant noté que, si davantage d'accompagnements étaient réalisés par François en rendez-vous médicaux, c'est parce que ce professionnel venait d'être recruté. Ainsi, à nouveau nous pouvons remarquer que cette dimension de rapprochement avec le sanitaire est, au moins en partie, déléguée.

J'ai d'ailleurs pu constater ce mouvement de manière amplifiée dans mes observations

auprès des aides à domicile. En passant une journée à leur côté, je me suis aperçue de cette valorisation de leur activité par le soin. Ainsi, elles m'ont dit « *détester* » l'appellation « *femme de ménage* » dont témoignent parfois les résidents, parce « *déjà on fait des douches !* » m'ont-elles affirmé. Par ailleurs, ces temps auprès d'elles m'ont permis d'apprendre un certain nombre de leurs d'expériences passées, notamment une situation, extérieure à la Sras, dans laquelle une aide à domicile avait pris le rôle d'une aide-soignante, voire d'une infirmière auprès d'une personne dont les professionnels de santé s'étaient considérablement désinvestis. Elle m'a dit qu'à la suite du décès de cette femme, elle avait été citée dans un journal comme « aide-soignante » et remerciée par la famille pour la qualité de son travail. Ainsi, la dimension sanitaire de sa fonction est donc une source de valorisation professionnelle.

Dans ce cadre, les aides à domicile revendiquent à la fois de « *très bien connaître les messieurs* », « *mieux que personne ici* » ajoutent-elles et par cette connaissance, de pouvoir identifier des problèmes sanitaires. Une d'elle m'a ainsi assuré avoir repéré qu'un résident de la Sras était « *très mal* », mais après en avoir fait part aux travailleurs sociaux, ces derniers lui ont retourné qu'elle n'était pas compétente sur ce sujet. Le résident a pour autant été hospitalisé quelques jours après et c'est avec une certaine fierté que cette professionnelle m'a affirmé : « *Au final j'avais raison ! Ils sont même venus s'excuser après* ».

Ainsi, si les injonctions paradoxales dans lesquelles sont pris les travailleurs sociaux semblent les conduire à tenter de déléguer et de freiner leur participation à des activités sanitaires, cette hypothèse se heurte à la spécificité de chaque professionnel, François et Habib valorisant justement la dimension sanitaire de leur pratique professionnelle. Ainsi, il semble nécessaire d'étudier en quoi les travailleurs sociaux ont eux-mêmes une approche différenciée de ce travail autour du soin.

5. Une approche différenciée selon les travailleurs sociaux

Selon leur métier, les professionnels intervenant à la Sras réagissent différemment quant aux injonctions contradictoires qui sont formulées au sein de cette structure. Nous l'avons en partie vu avec l'exemple des aides à domicile ci-dessus ; certains professionnels revalorisent l'aspect sanitaire de leurs pratiques quand d'autres tentent de le déléguer. Mais au sein de la même profession que nous étudions plus spécifiquement, en l'occurrence les travailleurs sociaux, il existe des appréhensions différenciées du soin qu'il nous faut étudier.

Il existe une pluralité de travaux qui révèlent que les travailleurs sociaux, malgré un regroupement de leur métier sous une dénomination commune, témoignent de pratiques bien différentes. Dans sa thèse, Delphine Serre (2004) démontre ainsi comment des assistantes sociales ayant une trajectoire sociale ascendante sont d'autant plus sujettes à adopter un point de vue méritocratique quant aux familles et aux individus qu'elles accompagnent, diffusant par ce biais une morale d'épanouissement, alors que les assistantes sociales connaissant un déclassement social en accédant à ce métier se réfèrent davantage à une morale d'autorité.

De plus, la catégorie de « travailleur social » est extrêmement mouvante et poreuse. Cette dernière intègre en effet aussi bien les assistantes maternelles que les conseillers conjugaux, en passant par les métiers classiques que constituent les assistantes sociales et les éducateurs spécialisés. Il y a une extension des professionnels associés au social, note Michel Autès (199). Par ailleurs, le métier de travailleur social, excepté celui d'assistante sociale, peut s'exercer sans être titulaire d'un diplôme. Nous l'avons bien constaté à la Sras, puisque de nombreux professionnels ne sont pas diplômés. Ainsi, les travailleurs sociaux de la structure exercent la même mission, quelle que soit leur formation. À ce titre, Jean-François Gaspar (2012) note une

plasticité et une élasticité des postes occupés par ces professionnels. Parallèlement, de nombreux travaux démontrent la très large majorité féminine de ces métiers (2009). En revanche, la Sras est une structure majoritairement masculine et nous en avons tiré un certain nombre d'analyses explicatives dans le premier chapitre. Jean-François Gaspar pointe néanmoins que l'étude des rapports sociaux et en particulier de genre, est restée largement silencieuse et est peu questionnée par les professionnels du travail social. La dimension genrée de l'accompagnement ne fait effectivement pas l'objet d'une réflexivité par les professionnels de la Sras. Elle est pourtant présente, notamment en ce qui concerne le recours aux soins.

5.1. Le genre comme explication du recours différencié à la sanitarisation

Si les femmes sont minoritaires au sein de la structure et rattachées à des tâches spécifiques comme l'infirmerie, l'hygiène ou encore l'orientation, il reste que nous avons pu percevoir une certaine division des rôles entre les professionnels au prisme de leur genre. Ainsi, j'ai pu observer sur le long terme qu'en l'absence de l'infirmière, c'était très souvent Lynda qui s'occupait de la distribution des médicaments. À plusieurs reprises, alors qu'il n'y avait pas d'infirmière et que Lynda était absente, les travailleurs sociaux ont oublié la distribution des médicaments. J'ai alors pu constater que ce fut une fois un résident qui a rappelé aux travailleurs sociaux d'effectuer la distribution et une autre fois, c'est la cuisinière qui s'en est inquiétée. Par ailleurs, c'est également souvent Lynda que j'ai vue se préoccuper de l'alimentation des résidents. En effet, certains ont des régimes, mixés ou sans sel par exemple. La plupart des travailleurs sociaux ne sont néanmoins pas au courant ou peu regardants sur ces prescriptions, alors que Lynda y est bien plus attentive.

Marine, l'assistante sociale de la structure, est bien moins présente sur les temps « *quotidiens* » pour que nous ayons pu observer finement, au prisme de sa pratique, une division

genrée des tâches liées aux soins. Néanmoins, lors des *briefings*, nous avons constaté que se sont toujours les femmes qui appuient le maintien des rendez-vous médicaux des résidents lorsqu'il semble difficile pour la structure de les honorer : « *Ah non c'est important ce rendez-vous, il faut qu'il y aille impérativement* » a ainsi soutenu Lynda, contre ses collègues hommes désirant le reporter. Marine est également intervenue plusieurs fois à ce sujet. Concernant un résident qu'il n'était pas possible d'accompagner, l'ensemble des travailleurs sociaux ont dit « *Il va se débrouiller, il rentrera à pied* ». Marine a alors émis le fait que le résident ne connaissait absolument pas la ville et qu'il lui serait donc impossible de rentrer par ses propres moyens. Un certain nombre d'éléments nous permettent ainsi de supposer que les femmes auraient une appréhension différenciée quant au bien-être des résidents. Ainsi, alors que l'ensemble des professionnels trouvent qu'un résident « *va mieux* », les femmes s'opposent pour dire qu'elles trouvent qu'« *au contraire, il s'éteint* ».

À première vue, il semblerait ainsi que les travailleuses sociales soient d'autant plus vigilantes quant aux problématiques sanitaires des résidents. Des recherches sur le genre ont en effet démontré que l'expansion des savoirs « *psys* » au sein du travail social contribuait à reproduire les rôles sexués, les femmes étant plus largement « *appelées à s'activer dans la sphère familiale ou à consolider leurs fragilités psychiques* » (Bessin, 2009). En effet, au sein de la structure, les femmes semblent avoir l'injonction d'être dans un registre compassionnel et bienveillant. Au-delà de la Sras, les femmes exerçant dans les CHRS sont ainsi souvent qualifiées de « *maman* » : « *Marie elle donne des bains elle coupe des cheveux, elle est extraordinaire hein Marie, Marie c'est une fille, c'est une maman pour tous les gens de la rue* », me dit un ancien travailleur social de l'association au sujet de sa collègue.

Lynda est effectivement considérée comme telle, elle-aussi, : « *C'est vraiment une maman pour eux* » me dit ainsi Ludovic. Ce statut, exclusivement réservé aux femmes, les cantonne alors à un registre compassionnel à l'égard des

résidents. J'ai en effet pu constater que face à une situation dans laquelle un résident avait fait le choix de refuser une intervention chirurgicale, il avait été décidé d'attendre le lendemain, que Lynda puisse aller lui parler et le convaincre. Par ailleurs, c'est très souvent Lynda qui se charge de rendre visite aux malades hospitalisés.

Au-delà d'une prescription genrée aux tâches sanitaires, il faut noter que la division sexuée des tâches au sein de la structure ne se cantonne pas au seul aspect de la santé, même s'il est celui qui nous intéresse en premier lieu. Lynda m'a ainsi témoigné du fait que les travailleurs sociaux faisant les nuits « *comptaient sur elle* » pour changer les draps et les mettre à laver, ce qu'elle a décidé de ne pas faire. Toutefois, les travailleurs sociaux faisant les nuits laissent leurs draps gésir dans le couloir sans prendre la peine de les ranger ou de les laver. Lynda, travaillant essentiellement dans les étages au vu de sa fonction associée à l'hygiène, finit ainsi régulièrement par laver les draps de ses collègues, dans la mesure où cela la dérange qu'ils s'entassent progressivement dans son espace de travail.

En outre, j'ai également appris qu'au-delà de leurs tâches classiques, les travailleurs sociaux avaient tous une « mission » supplémentaire. Ces missions sont alors très largement genrées : quand les hommes se doivent d'entretenir les véhicules et de classer les archives, les femmes sont inscrites sur la tâche du rangement et du nettoyage du bureau des travailleurs sociaux pour Marine et Lynda doit, elle, réaliser les commandes de produits d'hygiène. Écoutons-la à ce sujet :

Chloé : « Et justement, sur tout ce que tu fais, est-ce qu'il y a des trucs qui ne devraient pas rentrer dans tes missions, que tu fais et qu'avec ta formation tu ne devrais pas faire à ton sens ? »

« Tu vois comme Simone elle est partie, qui a pris le relais de Simone pour les commandes ? Bah c'est moi, ça m'est retombé dessus, bah voilà, parce que je fais la collectivité, donc la commande de sopalin, de

papier cul, tout ça. Donc ça m'est retombé aussi dessus, donc il y a plein de petites choses qui se sont rajoutées et il y a eu une fois la médecine du travail elle était venue, c'était la psychologue de la médecine du travail et quand j'avais énuméré ce que je fais, elle m'avait dit mais comment vous faites quoi ? Elle me dit il va peut-être falloir que vous arrêtiez, vous ne pouvez pas faire tout ! J'dis j'm'en rends compte que je ne peux pas faire tout. Tu vois là par exemple la commande de sopalin, j'y pense depuis ce matin, mais je n'ai pas encore eu le temps de la faire, j'ai pas fait. Bah je la ferai demain. Il n'y aura pas de sopalin pendant deux jours et puis c'est tout. Tu vois ? Mais plein de petites choses comme ça et il faut que tu penses à tout. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Cette délégation des tâches ne s'avère néanmoins pas équitable. Lynda me révèle ainsi qu'elle fait une pluralité de choses que ses collègues ne font pas, « parce que sinon personne ne le fait » souligne-t-elle. Souvent, les hommes se montrent réticents pour débarrasser la chambre d'un résident sur le départ. De fait, ils mettent fréquemment en avant que la personne n'était pas leur référence⁴¹ et que ce n'est donc pas à eux de s'en occuper. Ainsi, les travailleurs sociaux hommes recourent à des stratégies d'évitement concernant cette tâche ingrate, même si bien sûr, ils l'effectuent parfois. Néanmoins, Lynda, malgré qu'elle ne soit pas nécessairement référente de la personne concernée se retrouve face à l'injonction de débarrasser elle-même les chambres, faute de quoi il lui sera reproché de ne pas avoir libéré assez rapidement une chambre vacante. Par ailleurs, l'évitement par les hommes des tâches liées à l'hygiène conduit Lynda à être cantonnée à des tâches ingrates. Ainsi me dit-elle :

« Mais des fois j'en ai marre. Parce que c'est toujours moi qui doit aller... c'est pour ça que Marcel Grandin, ce matin, ça fait une semaine que j'y dis Marcel, je lui ai sorti ses fringues il ne s'est toujours pas changé, hier il s'était fait dessus, hier il avait fait caca

41 Chaque résident se voit attribué un professionnel référent à son arrivée à la Sras.

partout et donc j'ai dit à Habib ce matin, j'ai dit écoute Habib, va t'occuper de Marcel, parce que moi là c'est bon, je veux bien gérer, m'occuper après de ses fringues tout ça et faire un peu sa chambre avec lui, mais j'dis là, moi, j'en ai ras-le-bol. Y a des fois où j'en ai ras-le-bol. Y a des fois où je dis non, basta quoi. C'est toujours moi qui doit aller au casse-pipe. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Ainsi, une partie du travail de l'hygiène qu'exerce Lynda relève du sale boulot, comme nous l'avons déjà montré. Mais nous constatons, à l'instar d'Anne-Marie Arborio qui a travaillé sur ce sujet, qu'une facette notable du sale boulot est qu'il tend à être tout autant nécessaire qu'invisibilisé (Arborio, 2009, p. 51-61). En effet, Lynda m'a, à plusieurs reprises, témoigné du fait qu'elle avait informé le chef de service de cette situation, demandant à ce que ses collègues masculins prennent le relais sur la multitude de tâches qui lui incombent, au-delà de sa fiche de poste. Ses revendications ne portent néanmoins pas sur le caractère genré de cette assignation différenciée des tâches lorsqu'elle les formule, notons-le. Les travailleurs sociaux sont en effet peu à l'aise avec ces réflexions sur le genre, dans la mesure où ils revendiquent en parallèle une éthique de la neutralité dans leur pratique (Gaspar, 2001). Face à ses requêtes, Lynda s'est alors vue qualifiée « d'emmerdeuse » et de « râleuse ». Cette répartition genrée des tâches se retrouve donc invisibilisée et rapportée à des caractéristiques individuelles de la professionnelle.

En revanche, si Lynda se dit peu soutenue par ses collègues masculins, elle m'a témoigné du fait qu'elle se sentait très entourée par les aides à domicile qu'elle nomme « les filles ». Écoutons-la :

« Les filles, encore heureux que je les ai, parce que t'façon je ne les aurais pas, j'en aurais eu marre, j'aurais arrêté. Parce que c'est un sacré soutien, parce que je n'aurais pas de soutien avec elles et bah basta Lynda,

c'est pas marqué prune ici hein c'est bon, ras-le-bol. »

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience

Nous le voyons bien, cet entourage par les aides à domicile qui s'avère essentiel pour Lynda l'est en partie parce que cela lui permet de déléguer un certain nombre de tâches, liées au sale boulot, à ces professionnelles moins qualifiées qu'elle. Par ailleurs, qualifier les aides à domicile par l'appellation « les filles » démontre au moins en partie dans quelle mesure les tâches liées à l'hygiène, auxquelles elles sont cantonnées, s'avèrent très largement considérées comme féminines.

À l'opposé des « filles », se trouvent alors « les gars » dans le langage de l'institution. Les « gars » sont les résidents de la structure. Parallèlement, j'ai ainsi pu m'apercevoir que les travailleurs sociaux entretenaient parfois une certaine conception masculiniste de leur rapport aux résidents. Plusieurs fois, j'ai ainsi entendu des professionnels dire « Allez viens mon gars, on va parler d'homme à homme », ou encore, « Il avait ses défauts mais c'était un bonhomme, un vrai bonhomme... ».

Pour autant, si les femmes sont plus fréquemment cantonnées à la sphère des soins que les hommes, il faut nuancer le fait qu'elles seraient les seules porte-parole du registre compassionnel. À plusieurs reprises, j'ai pu constater que les femmes s'opposaient au registre compassionnel. Une aide à domicile m'a ainsi témoigné du fait qu'elle trouve que le chef de service « excusait » trop facilement les résidents : « Ce ne sont pas des enfants, des fois il faut être ferme » me dit-elle. Elle me dit également, concernant un hébergé qui vole, que les travailleurs sociaux le considèrent comme cleptomane. Mais elle dit regretter ce recours au registre psychologique, qui à son sens « l'excuse ». Parallèlement, Lynda a également plusieurs fois fait part du fait qu'« on est trop cool » avec certains résidents. Ainsi, alors que la majorité des travailleurs sociaux s'accordaient à penser que la situation

du résident devait être traitée dans un registre psychiatrique, elle avançait, elle, que son comportement était surtout dû à ses alcoolisations. « *Il fout le bordel et il est peinard* », me dit-elle. Plus encore, alors qu'Henri explique que monsieur Bernard a un « *comportement en miroir* » et qu'il faut être compréhensif à son égard, Lynda lui rétorque : « *mais ce n'est pas pour autant qu'on peut le laisser tout faire, on doit le sanctionner* ».

Une hypothèse à ce sujet est que, plus justement qu'assignation genrée aux soins, ces situations révèlent plutôt une assignation des femmes à la proximité avec les résidents. Ce sont ainsi quasi exclusivement des femmes qui réalisent les toilettes des résidents et qui passent ainsi le plus de temps avec eux. La question de la proximité et de la distance avec le corps du résident joue-t-elle un rôle quant au recours à la sanitarisation ? Il semble en effet que moins les résidents sont au contact de certains professionnels, plus ceux-ci recourent à un registre tenant à la santé mentale. À ce titre, le chef de service témoigne d'un discours constamment empreint de psychologisation. Nous manquons néanmoins d'éléments pour étayer cette piste et formuler une réponse. En revanche, une autre variable sur laquelle nous pouvons nous questionner est celle du diplôme.

5.2. L'influence du diplôme et de la trajectoire sociale

En effet, Marine est une femme, diplômée assistante de service social, mais elle recourt largement au registre de la psychologisation. Ainsi, il m'est apparu, qu'au-delà de la variable du genre, celle du diplôme pouvait être éclairante pour saisir les appréhensions différenciées du soin. Nous l'avons d'ores et déjà quelque peu évoqué, il semble ainsi que les professionnels moins diplômés soient plus enclins à tolérer le vieillissement des personnes et les problématiques sanitaires qui en découlent au sein de la structure au contraire des professionnels diplômés, qui sont également les professionnels les plus récemment arrivés. Cette opposition se fonde en réalité sur des socialisa-

tions professionnelles différentes. En effet, les professionnels ayant eu une formation en travail social, ont été socialisés aux limites symboliques de l'exercice de leur métier, contrairement aux non diplômés. De fait, nous pouvons comprendre pourquoi François, travailleur social non diplômé, est finalement plus enclin que ses collègues diplômés à trouver des sources de valorisation dans les accompagnements sanitaires qu'il mène.

À ce titre, il est intéressant d'analyser les réponses que m'ont formulées les travailleurs sociaux à la question posée en entretien : « *Quelles sont les personnes qui selon vous ne devraient plus relever de la Sras ?* ». J'ai ainsi constaté que les professionnels diplômés avaient plus largement tendance à considérer les personnes vieillissantes comme devant être accueillies dans une autre structure, quand les non diplômés avançaient davantage les difficultés posées par les résidents ayant « des troubles psys ». Écoutons-les.

« Bah monsieur Bernard, monsieur Gérard, Gousset, forcément il a fait son temps, Morand, au niveau neuro, il commence à bien se dégrader, donc six, Poupeux, Bourland Morgan, moi je pense que sa place elle n'est plus ici, enfin en fait à Morgan, je ne sais plus le nom de sa pathologie, mais il a un vieillissement prématuré. »

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

« Moi je trouve qu'il y a des questionnements, je pense à monsieur Gérard, je pense à monsieur Gousset, je pense que dès qu'il y a les problèmes liés à l'incontinence qui arrivent parce que ce n'est pas une question de «le caca c'est pas bien, que le pipi c'est pas bien», c'est surtout, la décence de l'accueil. On sait que la Sras c'est pas possible, il n'y a pas de... on ne peut pas les changer, donc il peut macérer un moment, donc dès qu'il y a le problème d'incontinence, pour moi il y a un gros souci. »

Henri, conseiller en économie sociale et
familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

« Oui bah les grands psychotiques c'est vrai que... (soupir), là, la question de leur place ici, elle se pose c'est sûr. Un trouble psychotique qui est quand même bien dans son monde, avec tous les troubles autistiques etc, une collectivité, ou on fait des activités ensemble, oui, ça lui ne parle pas, ou en tout cas pas dans la manière où c'est proposé. Oui, pour eux oui, la question de leur place ici se pose. »

Robin, travailleur social non diplômé,
44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras

Ainsi, il semble qu'au regard des socialisations professionnelles différentes qu'ont les travailleurs sociaux, ces derniers ne mettent pas exactement en cause les mêmes profils de personnes lorsque je leur ai posé la question. Ainsi, les non-diplômés semblent plus enclins à prendre en charge dans le cadre de leur pratique les personnes vieillissantes, avec les pathologies sanitaires qui y sont associées. Mais peut-on aller jusqu'à dire que les diplômés seraient au contraire plus enclins à travailler avec le registre de la psychiatrie ? Si cette question doit rester au stade d'hypothèse, il me semble tout de même que les professionnels non-diplômés restent globalement moins à l'aise avec les personnes présentant, à leur sens, des troubles de la santé mentale. Ainsi, alors que Marine, assistante sociale et Ludovic, ayant pourtant vingt ans d'expérience se rendent à l'hôpital psychiatrique pour négocier l'admission d'un hébergé, j'entends Ludovic confier à Marine : « *C'est toi qui parles hein !* ». Genre ou diplôme ? Il semble que la pluralité des rapports sociaux peut jouer dans des situations aussi concrètes.

Néanmoins, j'ai pu constater que les approches des professionnels diplômés et non diplômés différaient au regard de ces personnes considérées comme porteurs de troubles de la santé mentale. Accompagnant Marine dans la « collectivité », elle me dit que Monsieur Garrot est un « *psychotique* » et qu'il ne faut donc pas réagir de la même manière avec lui qu'avec d'autres résidents. Elle me dira même en entretien à son sujet :

« Si sa chambre elle est dégueulasse, je ne vais pas aller le titiller pour qu'il la fasse, si je vois que c'est trop stressant pour lui trop angoissant, bah tu reportes, mais voilà, je sais qu'il est psychotique donc ça me permet de d'adapter ma manière d'être avec eux ».

Marine, assistante de service social,
28 ans, 3 ans d'expérience

Parallèlement, j'ai également accompagné François sur plusieurs matinées de « collectivité ». Rencontrant le même résident, il lui enjoint alors de prendre sa douche et de changer ses draps. Ce dernier, habitué à effectuer ces tâches à des jours précis lui rétorque que « *Ce n'est pas le jour François* ». Agacé, François lui renvoie que « *Normalement, on prend sa douche tous les jours* ». Il me dira ensuite qu'il ne comprend pas pourquoi monsieur Garrot est « *si borné* » et « *fermé* ».

Sans postuler de l'approche qu'il conviendrait avec monsieur Garrot, il semble néanmoins que Marine soit moins en difficulté au regard de cette situation. Par ailleurs, j'ai pu apprendre dans les entretiens réalisés avec les professionnels, que Marine avait fait plusieurs années de psychologie à l'université. Arnault également a étudié la psychologie et les sciences de l'éducation. Ainsi ces expériences connexes semblent également jouer dans le recours ou non au registre de la psychiatrie.

De fait, le genre et le diplôme semblent à ce stade jouer un rôle quant au recours au registre sanitaire ou psychiatrique au sein de la structure. Néanmoins, des situations restent non éclairées et notamment le fait qu'Henri, travailleur social diplômé, recoure à la fois au registre de la santé mentale, mais témoigne également d'une grande valorisation professionnelle par le biais des connaissances médicales acquises par son expérience à la Sras. Il se fait même parfois surnommer « *docteur Henri* », tant il met en avant ses connaissances à ce sujet. Il connaît ainsi tous les médicaments des résidents et use régulièrement du jargon médical. Nous avons montré que ce recours à cette forme de valori-

sation professionnelle était principalement l'apanage des non-diplômés, comme François et Habib en témoignent par exemple, mais le fait qu'Henri soit le professionnel employant le plus fréquemment le jargon médical et témoignant d'une connaissance extrêmement fine des traitements distribués, me pousse à nuancer cette hypothèse. À cet égard, il me semble que la trajectoire sociale du professionnel soit également éclairante. Nous manquons également de données à ce sujet, mais les quelques éléments recueillis nous permettent de poser l'hypothèse que les professionnels ayant acquis une stabilité et une ascension professionnelle en accédant au métier de travailleur social soient plus enclins à être valorisés professionnellement par ces connaissances sanitaires. Écoutons à ce titre le parcours d'Henri.

« Alors j'ai fait des études pour le bac, un bac de commerce et communication, après j'ai fait du droit, mais pas obtenu, j'ai commencé à travailler à Carrefour, au groupe Carrefour dans le même temps, comme caissier et puis après j'ai été employé en polyvalence à peu près sur tous les rayons. Après je suis passé cadre, mutation à Poitiers puis à Dieppe, Dieppe j'ai été licencié, j'ai repris mes études, après un bilan de compétence j'ai fait un BTS en économie sociale et familiale, j'ai galéré à trouver du boulot donc j'ai été embauché en tant que marin pêcheur, j'ai passé un brevet de mécanicien marine et puis après j'ai fait des petits boulots, j'ai fait un peu factotum, j'ai trouvé un premier poste dans le social au centre social, où je suis resté pendant deux ans plus un contrat d'un mois, voilà. Et après je suis arrivé dans la foulée par réseau, parce qu'on travaillait avec le foyer des Lilas, au centre social. Donc depuis décembre 2012, je travaille, j'ai travaillé aux Lilas, à Michel, à la Sras et je suis pleinement à la Sras depuis mars 2013, je crois, ou avril 2013, un truc comme ça et puis j'ai été titularisé en 2015 il me semble. À plein temps, animateur social, voilà. »

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience

À l'inverse, Ludovic, initialement disqualifié et

ayant accepté un poste au sein de l'association presque par défaut – « *C'était alimentaire* », me dit-il – ne recourt aucunement à ses connaissances sanitaires pour valoriser son métier. La trajectoire que ce poste lui a fourni est ainsi plutôt « descendante », tout du moins au regard de sa propre conception de la stratification professionnelle, contrairement à Henri qui après avoir « *fait ses armes* » à la Sras, souhaite désormais accéder à un autre emploi dans le travail social.

De fait, il semble que les rapports sociaux que nous avons tenté d'analyser dans cette partie expliquent dans une certaine mesure les appréhensions différenciées des professionnels quant au recours au soin et au registre de la psychiatrie. Il faut bien noter qu'une pluralité d'autres rapports sociaux pourraient jouer un rôle dans ce cadre, comme l'âge des professionnels, leur religion, ou encore leur origine ethnique par exemple. Enfin, notons également que nous n'envisageons pas ces rapports sociaux comme opérant individuellement. Dans les situations de la vie sociale que j'ai pu observer, il ne s'agit pas de constater qu'à cet instant, ce fut le genre qui entra en ligne de compte, puis que ce fut la trajectoire sociale du professionnel qui prit le pas concernant le registre employé dans la situation. Les rapports sociaux s'imbriquent de manière bien plus fine, ils s'articulent, se renforcent et parfois même s'annulent. Ainsi, les rapports sociaux ne sont pas juxtaposés ou additionnés, ils se combinent ensemble.

5.3. Le recours aux idéaux-types

Enfin, des recherches connexes permettent également de comprendre qu'au-delà des rapports sociaux, les travailleurs sociaux peuvent également avoir un rapport différencié à leurs pratiques au regard de leur adhésion morale à certaines valeurs. Thérèse Levené a ainsi démontré qu'il existait plusieurs postures morales des travailleurs sociaux dans le rapport qu'ils entretiennent à « *l'exclusion* ». Elle note alors que la posture la plus partagée par les travailleurs sociaux est celle de l'« *individualisation*

décontextualisée » (Levené, 2006, p. 108), qui conduit à considérer la personne exclue comme un individu ayant un problème spécifique. La posture humaniste renvoie elle à l'idée que la personne exclue serait une victime. Enfin, la posture la moins partagée est celle de la posture critique, envisageant l'exclusion de la personne comme étant le résultat d'inégalités sociales. D'ailleurs, Jean-François Gaspar (2012), en établissant lui aussi une typologie des travailleurs sociaux entre les cliniques, les normatifs et les militants, démontre que les travailleurs sociaux militants sont effectivement les moins présents au sein de son enquête. Il est vrai, nous concernant, que nous avons d'autant plus rencontré des travailleurs sociaux s'apparentant au registre « clinique » ou « normatif ».

Les travailleurs sociaux cliniques sont des professionnels qui tendent à faire référence dans leurs pratiques et leur discours à des préoccupations psychologiques. La demande de la personne constitue ainsi un prétexte pour travailler des éléments plus « profonds » avec l'usager. Gaspar note que ces travailleurs sociaux sont souvent des professionnels qui font eux-mêmes référence à une souffrance passée dans leur histoire et voient dans l'accompagnement avec le résident, une sorte de « *miroir du passé* » (*ibid.*, p. 42). À cet égard, la trajectoire et la position de François est très révélatrice de ce mouvement :

« Bon j'ai une vie hein, une expérience, des gens en détresse on en voit même dans sa vie privée, j'ai vécu des choses difficiles, je ne te cache pas que j'ai eu un frère schizophrène. Et bon il faut le dire, j'ai été choqué par la schizophrénie soudaine que mon frère a eue à vingt-cinq ans. Tu vois je suis passé par là, mes parents machin, voilà et puis il en est décédé. Il en est décédé et la première fois que je suis allé au CHR⁴², c'était pour mon frère. C'est dur. Et sous une hospitalisation d'office, forcée, mon frère se débattait. Voilà j'ai connu ça et aujourd'hui c'est bizarre je me retrouve au CHR, ça fait déjà cinq ans que je me le dis, tiens le destin, c'est bizarre. Voilà j'ai eu une vie aussi, je sais ce que c'est, mon père buvait, voilà, mais je ne lui ne jette pas la pierre à mon père, c'était

un gars bien, mais il buvait et puis bah des fois il dépassait les limites et puis ma maman elle a divorcé quoi. On s'est retrouvés seuls avec ma maman et mon père dans son appartement, qu'il n'a pas pu tenir. On a toujours été derrière lui, j'ai vécu ça, j'ai vécu ça hein. C'était une séparation mais on a toujours été là et ma mère la première. Voilà mais bon il a déconné c'est vrai qu'il a déconné, c'était plus possible. Et puis voilà on allait ranger sa maison parce que sa maison il avait pas la force de la ranger, quand il cuisinait, voilà. Bon écoute, moi je dis, ça peut arriver à tout le monde hein. Je comprends hein... »

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

Travailleur social non diplômé, François éclaire également le fait que pour les travailleurs sociaux cliniques, l'accès au métier procède généralement d'un mouvement d'ascension ou de déclassement social. En l'occurrence, concernant François et Henri, il s'agit plutôt d'un mouvement social ascendant, qui les conduit alors à être dans la valorisation de la dimension sanitaire, clinique, de leur travail. Ils voient ainsi les apports acquis au sein de cette structure comme utile pour gravir les échelons au sein du travail social. Ni François ni Henri ne m'ont à cet égard masqué leur intérêt pour accéder à des emplois plus valorisés au sein du travail social.

« Mais mon but quand même ce n'est pas de finir en nuit. Voilà, à terme je veux continuer à faire de l'accompagnement social. En journée. Ce que je fais aujourd'hui, ça me convient bien. Bon il a bien fallu que je fasse une reconversion professionnelle, j'avais eu un objectif, c'était celui-là. J'en suis fier, j'ai réussi, aujourd'hui je suis embauché en tant qu'animateur social. Mais il a fallu, comme un jeune, que je fasse mes preuves, donc j'ai occupé tous les horaires et puis ça s'est bien passé la preuve ! Et puis pour moi je suis toujours en train de compléter ma formation. Je monte en puissance, c'est ça qui est intéressant. »

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

42 CHR est l'abréviation de centre hospitalier régional, ici l'hôpital psychiatrique.

Jean-François Gaspar note ainsi qu'au prisme de cette trajectoire ascendante, la référence à la clinique tend à valoriser le travail effectué au quotidien. Ainsi, en s'y référant, les travailleurs sociaux s'emploient à anoblir, à leur sens, le travail social. Mais Gaspar a également noté que le recours à la clinique pour les travailleurs sociaux était également le fait des professionnels ayant subi un déclassement social en accédant à ce métier. Concernant le chef de service, cette position est nettement éclairante :

« J'étais attiré par le métier d'éducateur spécialisé, mais voilà dans mon milieu c'était pas trop valorisé donc je n'avais pas donné suite mais je suis retombé là-dessus entre instituteur, éducateur et donc le bilan de compétences m'a confirmé que le cinéma ça m'allait bien et que le social ça m'allait très bien aussi, l'insertion par l'économique, les différentes choses... »

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Ces références sanitaires permettent ainsi aux travailleurs sociaux cliniques d'être dans une position réflexive quant à leur travail et ainsi de s'éloigner des considérations quotidiennes, souvent peu valorisantes, que le métier induit. Le recours à la clinique leur permet considérablement d'intellectualiser leur travail. Gaspar note ainsi que : *« la tentation est parfois grande pour les travailleurs sociaux de recourir à des méthodes et à des langages psys comme si ceux-ci étaient plus crédibles que les leurs »* (2012, p. 62).

Arnault, Henri et François sont ainsi très souvent dans cette dynamique. Alors que monsieur Bernard s'est alcoolisé la veille et *« a foutu le bordel »* au dire de Lynda, Henri lui rétorque qu'il est dans *« une phase cyclique avec sa maladie »* et qu'il trouve positif que les cycles soient de plus en plus éloignés dans le temps. Cette intellectualisation se trouvera rapidement rattrapée par l'aspect concret du quotidien, porté par les travailleurs sociaux normatifs : Lynda lui dira : *« Oui d'accord, mais qu'est-ce qu'on lui met comme sanction ? »*. Arnault, le

chef de service se fera d'ailleurs souvent critiquer par l'équipe qui lui reprochera de *« tout intellectualiser »*, ou encore de *« se prendre pour un psy »*. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les professionnels qui sont valorisés par le chef de service lors de notre entretien sont exactement les travailleurs sociaux cliniques que nous avons identifiés.

« Je souhaite que le prochain recrutement ce soit un éducateur spécialisé justement pour remettre un peu plus de rigueur, qu'il n'y ait pas seulement mon poste, celui de Henri et un ou deux autres, ou quelqu'un comme François, mais on voit que François il est rigoureux mais il n'a pas la formation, derrière, bon mais voilà je pense quand même que c'est quelqu'un qui est structurant. Bon donc voilà je te dis les choses franchement, de renforcer un peu parce que c'est quand même des métiers où il y a une part de technique, où il y a quand même beaucoup de monde et si on est sans arrêt en train de réinventer le fil à couper le beurre parce que le chef de service trouve que c'est bien qu'il y ait de l'improvisation, y a un moment où ça ne va plus. »

Arnault, chef de service, 51 ans,
chef de service de la Sras depuis 10 ans

Ainsi, cette part de « technique » à laquelle fait référence le chef de service semble être le socle commun que constitue la dimension clinique de leur travail. Au contraire, les travailleurs sociaux plus normatifs ou militants semblent beaucoup moins valorisés par le chef de service.

Les travailleurs sociaux militants sont des professionnels qui, à l'instar de la classification de Thérèse Levené (2006), tendent à considérer la situation des usagers du travail social comme le résultat d'inégalités sociales. Les difficultés des usagers sont ainsi rapportées à une pluralité de causes, contrairement aux travailleurs sociaux cliniques qui se réfèrent essentiellement à l'histoire individuelle de la personne pour trouver des explications. Les travailleurs sociaux militants sont souvent des professionnels syndiqués ou exerçant dans des actions militantes. Gaspar

note que cet investissement dans la sphère politique s'explique par la promotion sociale qu'a permis l'accès au métier de travailleur social. Ce sont ainsi fréquemment des professionnels en voie d'ascension sociale qui se réfèrent au militantisme. Gaspar note effectivement que « *plus la pente ascendante de la trajectoire sociale est forte, plus la surface d'exposition militante semble grande* » (Gaspar, 2012, p. 188). À ce titre, le sociologue note que ce sont souvent des profils de professionnels qui ont été écartés des voies scolaires classiques, l'école ayant souvent constitué un facteur d'échec pour ces professionnels. L'investissement dans le militantisme constitue ainsi une « *seconde école* » au sens de Berlivet et Sawicki (1994, p. 111-142), puisqu'il permet une socialisation secondaire valorisante. Au regard de leurs pratiques, les travailleurs sociaux militants témoignent souvent d'une très grande disponibilité à l'égard des usagers et cloisonnent peu leur vie professionnelle de leur vie sociale. Prenons l'exemple de la situation d'Adama, travailleur social militant au sein de la structure qui révèle très bien la pluralité de ces dimensions du travail social militant.

Adama est délégué du personnel à l'heure actuelle. Il est arrivé de Côte d'Ivoire en 2004. Il m'explique son parcours lors d'un entretien :

« Je suis arrivé en France en octobre 2004, donc en février 2006 j'avais mes papiers, donc j'ai fait une formation, un Bafa, que je n'aimais pas, c'était l'animation, moi je ne voulais pas être animateur. Après j'ai fait une préqualification en BPJEPS (brevet professionnel jeunesse, éducation populaire), toujours en animation, donc je ne voulais pas, moi je voulais être éducateur, forcément éducateur, parce que quand je suis arrivé en France, ici j'ai été pris en charge par des éducateurs. Donc j'ai vu que ça... la fibre sociale est née à partir de là, donc du coup en juin 2006 toujours, après avoir fait trois mois de préqualif, j'ai été appelé par José Morange pour faire des remplacements de nuit aux Platanes. Donc j'ai commencé là-bas le 4 Juillet 2006 et depuis je suis à Envol. Donc j'ai commencé en tant que veilleur de nuit, après un mois comme j'avais dit que moi veilleur de nuit c'était pas ce que je vou-

lais, moi je voulais être éducateur, donc du coup un mois après j'ai été appelé pour faire des remplacements en journée comme animateur, aux Platanes hommes, donc faut savoir que j'ai eu la chance de travailler dans toutes les structures d'Envol, j'ai travaillé aux Platanes hommes, j'ai travaillé aux Platanes femmes, j'ai travaillé à la Sras, j'ai travaillé à Michel, j'ai travaillé aux Lilas, j'ai travaillé à Saint-José, qui est aujourd'hui le Bolbec, donc j'ai eu la chance de travailler dans toutes ces structures qui m'ont permis de me former et puis je suis entré en formation de moniteur éducateur en septembre 2008, deux ans après je sortais en 2010 comme moniteur éducateur et je restais toujours comme remplaçant à la Sras. Donc après cinq années de remplaçant j'ai été titularisé à la Sras ici en 2011. En avril 2011. Donc depuis 2011, je suis à la Sras. Je m'occupe du quotidien des gars. »

Adama, Moniteur-éducateur, 38 ans,
6 ans d'expérience à la Sras

Ainsi, l'accès au métier d'éducateur témoigne en l'occurrence d'une réelle ascension sociale pour Adama. Au quotidien, Adama est un professionnel qui se montre disponible pour les résidents, qui n'hésite pas à donner son numéro de téléphone personnel aux résidents ou aux partenaires qu'il rencontre. Le caractère militant de son activité se transpose également dans le fait qu'il souhaite faire accéder les résidents à plus d'« *autonomie* », mais surtout que ces derniers soient revalorisés dans leurs droits et bénéficient d'un traitement égalitaire. Adama est ainsi le seul travailleur social de la structure à s'offusquer parfois sur le fait que les résidents soient sanctionnés sur leurs propres ressources financières. « *De quel droit on garde leur argent ?* », m'a-t-il dit à plusieurs reprises. Ainsi, le droit des usagers constitue une ligne directrice notable des travailleurs sociaux militants. À ce titre, l'accès à la santé est valorisé, mais se situe au sein d'une pluralité d'accès aux droits, dans lequel le sanitaire n'est pas nécessairement dominant. De fait, Adama n'opère que peu de traductions dans le registre du sanitaire, notamment dans le registre de la santé mentale, mais semble globalement respecter cette grille de lecture qu'il

n'emploie que peu lui-même.

Mais si Gaspar note que les travailleurs sociaux cliniques et normatifs travaillent globalement en harmonie, il faut noter que les arguments d'Adama sont, par le chef de service à dominance clinique, sans cesse décrédibilisés. Défendant lors d'une réunion en présence de partenaires le fait qu'accueillir des personnes en fin de vie représente une réelle difficulté pour le reste du groupe des résidents, le chef de service en vient à s'excuser auprès des partenaires des propos d'Adama.

Enfin, les travailleurs sociaux normatifs, qui sont, selon Gaspar, les plus nombreux de son échantillon, sont des professionnels qui revendiquent ne pas être travailleur social pour « *changer le monde* » (Gaspar, 2012, p. 192) et se dégagent de l'idée de vocation que portent les deux premiers idéaux-types de professionnels. Ils considèrent ainsi leur travail comme étant un métier comme un autre et retracent leur entrée dans le métier comme tenant globalement du hasard. Gaspar note ainsi que « *le hasard est un élément permettant de présenter comme secondaires les contraintes objectives qui ont pesé sur leur orientation aussi bien scolaire que professionnelle* » (*ibid.*, p. 202).

Ludovic constitue de manière exemplaire un travailleur social normatif. Il se défend sans cesse « *d'avoir la vocation* » et affirme exercer « *un travail alimentaire* ». Pour les travailleurs sociaux normatifs, le respect des règles, du cadre et de la hiérarchie est un facteur d'intégration, mais constitue aussi la première attente qui est formulée à l'égard des résidents. Au sujet des hébergés, il considère que ces derniers ne sont ni ses « *amis* », ni sa « *famille* ». Il me dit ainsi que s'ils ne respectent pas les « *règles* » qu'on leur pose, ça ne l'« *empêchera pas de dormir s'ils sont mis dehors* ».

Par ailleurs, les travailleurs sociaux normatifs se disent impuissants pour modifier des inégalités structurelles que rencontrent leurs usagers. Ils trouvent ainsi des raisons individuelles aux résidents qu'ils rencontrent afin d'assurer l'écono-

mie symbolique de leur métier. Ils se considèrent également comme étant souvent les derniers intervenants prenant en charge ces personnes et malgré de minces possibilités d'amélioration, le fait de jouer un rôle de garde-fou leur permet de tenir au quotidien dans ce métier.

Si un certain désenchantement quant au métier semble effectivement se manifester dans le discours de ces professionnels, il n'empêche que ces derniers peuvent également apprécier le travail qu'ils font. À ce titre, Ludovic me dit « *adorer* » son métier, notamment parce qu'il le connaît « *par cœur* ». Au regard du processus de sanitarisation, les travailleurs sociaux normatifs semblent perplexes devant les considérations des travailleurs sociaux cliniques. « *Lui faire rencontrer un psy c'est mettre un pansement sur une jambe de bois !* » dit Ludovic. Ainsi, sans être dans la psychologisation ou la psychiatrisation, les travailleurs sociaux normatifs sont plutôt enclins à trouver des explications individuelles face aux difficultés des personnes. Ludovic est ainsi un fervent défenseur des vertus occupationnelles des activités. Si monsieur Duforest est mal, c'est parce qu'il n'y a « *rien qui l'intéresse* » selon lui.

Ces idéaux-types, que nous reprenons au sociologue Jean-François Gaspar, lorsqu'ils sont transposés au registre de la sanitarisation, nous permettent ainsi d'avoir une variable explicative supplémentaire dans ce recours différencié à ce registre. Il reste que la catégorisation proposée par le sociologue a ses limites. Certains professionnels rencontrés semblent jongler entre plusieurs typologies présentées par le chercheur. Ainsi, recourir à ce triage des professionnels permet d'ajouter une variable explicative supplémentaire à celles que nous avons déjà explorées que constituent le genre et le diplôme notamment. Aucune variable n'est exclusive et explicative de l'ensemble des situations empiriquement rencontrées. Il semble bien que ce soit sur la base de l'ensemble des variables que nous avons développées que la réalité sociale, qui se donne à voir au sein de cette institution, peut être en partie décryptée. Comme le note Gaspar,

« leurs pratiques relèvent de l'ajustement, de la conjugaison de leurs dispositions avec leur formation, de leur trajectoire, des (im)possibilités associées au contexte local et aux politiques sociales » (2012, p. 272). C'est en effet ce que nous avons tenté de démontrer tout au long de ce chapitre ; en quoi les pratiques des professionnels ne peuvent se réduire à une seule variable explicative unique. À ce titre, le recours à la sanitisation ne tient pas seulement à une réactualisation plus aiguisée du contrôle social. Si nous avons étudié à la fois les conditions macrosociologiques, politiques et économiques qui peuvent y conduire ainsi que des variables individuelles qui peuvent expliquer l'appréhension différenciée de ce registre, il nous faut maintenant proposer une dernière analyse mettant en lien la situation de vulnérabilité des résidents, au prisme de la situation de précarité de ces travailleurs du social.

6. Travailleurs précaires pour public vulnérable

Pour clore nos explications, il nous semble pouvoir analyser de cette structure particulière le fait qu'il y ait une corrélation entre la vulnérabilité des résidents et la situation précaire des travailleurs. À l'instar de l'hypothèse qu'a posée Delphine Serre dans sa thèse, nous postulons que les travailleurs sociaux sont à la fois des agents de la domination, mais également des professionnels dominés (2004). Cette précarité des professionnels que nous analysons n'est pas à entendre comme une précarité financière, mais plutôt comme un ensemble d'éléments qui font que l'exercice du métier de travailleur social au sein de la Sras est déclassé au regard d'autres professions du travail social notamment au regard des conditions de travail qui y règnent.

En effet, les conditions de travail de la Sras sont peu intéressantes professionnellement pour des travailleurs sociaux. Les professionnels du social aspirent globalement à ne pas travailler dans des institutions d'hébergement, mais à réaliser des accompagnements en « milieu ouvert ». Le

dispositif de l'hébergement entraîne en effet des horaires décalés, comme réaliser des nuits ou encore travailler le week-end. À ce titre, les professionnels de la Sras travaillent en moyenne un week-end sur trois et réalisent environ six nuits par mois, sans compter les soirées jusqu'à vingt-deux heures. Ces conditions de travail sont donc éprouvantes pour les professionnels, qui aspirent, pour certains d'entre eux, à aller dans une institution « où il n'y a pas les nuits ! ». Écoutons François au sujet de ses horaires.

« Ouais moi le samedi je fais dix heures du matin et puis je finis à dix heures et demi dimanche matin hein, ouais c'est long, c'est costaud, je reconnais que c'est costaud. »

François, travailleur social non diplômé,
42 ans, récemment embauché

Il faut néanmoins noter que ces conditions de travail ne sont pas une contrainte pour tous les professionnels et qu'elles sont parfois un choix revendiqué de certains travailleurs sociaux. Il s'avère toutefois que la majorité des professionnels de la Sras se disent plutôt fatigués par ce travail de nuit, qui se prolonge souvent d'une journée de travail.

De plus, Didier Fassin note que : « *Des modalités aussi indéçises et des positions aussi contradictoires génèrent nécessairement à la fois de l'hétérogénéité dans les dispositifs et les pratiques et une précarité des intervenants et de leurs interventions* » (2004, p. 39). Ainsi, le fait que la Sras soit une structure qui se situe dans l'interstice entre le social et le sanitaire et dans un impensé des politiques sociales contribue également à rendre les interventions des professionnels précaires, notamment parce qu'elles ne font pas l'objet d'une reconnaissance sociale et financière pour la structure et ses intervenants.

En effet, alors que la vulnérabilité des résidents n'est plus à prouver, notons que les professionnels du travail social, n'ayant bénéficié d'aucune formation sanitaire sont seuls la nuit auprès des résidents, parfois en situation de soins palliatifs. De surcroît, l'organisation même de la structure

et son manque de professionnels conduisent à ce que les travailleurs sociaux ne sachent jamais exactement quels sont les résidents présents au sein de l'institution, même la nuit. L'infirmière s'est plusieurs fois outrée de ce fonctionnement, affirmant qu'il n'était pas normal qu'en cas d'incendie, les travailleurs sociaux ne puissent pas même dire aux urgentistes combien de résidents sont présents dans le bâtiment. Néanmoins la configuration actuelle de la Sras rend impossible le recueil de cette information, pourtant importante.

En rencontrant un psychologue intervenant au sein de la Sras, il me raconte son premier *a priori* sur la structure, révélateur de la précarité dans laquelle interviennent les professionnels au regard du profil de personnes qu'ils accueillent.

« Quand je suis allé voir la Sras la première fois, je suis sorti de là j'étais complètement estomaqué. Je me dis mais comment c'est possible ? Moi juste avant je travaillais dans un service de patients chroniques c'est-à-dire il y avait pour je sais pas combien de soignants à l'époque, il y avait encore des grandes équipes, c'était vraiment intéressant, il y avait une vingtaine de patients, pour un lieu qui était médicalisé avec des gens qui venaient pour les toilettes, des gens qui venaient pour filer des médicaments, des gens qui faisaient des activités avec les patients, des visites du médecin régulièrement, une réflexion sur je sais pas quoi, des réunions d'équipe tout ça structuré comme un service médicalisé. La Sras, bon à l'époque il y avait cinquante personnes, donc ça faisait plus du double du nombre de personnes, enfin de travailleurs sociaux présents, je sais plus combien c'était enfin sept peut-être huit et encore pas tout le temps voilà et puis il y avait un veilleur de nuit. Le veilleur de nuit il était agriculteur dans sa vie normale et puis le soir il était veilleur de nuit à la Sras, c'est-à-dire sans aucune formation, avec des gens qui avaient plein de problèmes de tout genre, dangereux éventuellement dangereux pour nous, mais surtout dangereux pour eux, c'est-à-dire un type qui fait une crise d'épilepsie le soir il peut très bien claquer dans la nuit et puis vu les calibres qu'il

y a... ça s'est produit. Donc pour un soignant qui est habitué à son petit confort bourgeois j'allais dire de service médical, je me dis mais comment ils font les mecs, c'est des cobayes c'est pas possible et ça tient en plus ! »

Psychologue, 54 ans,
travaillant depuis 21 ans à l'EMPP

Par ailleurs, la précarité des conditions de travail des professionnels de la Sras que présente ce psychologue, se retrouve aussi dans un certain nombre de violences dont ont été victimes les professionnels. J'étais présente lorsque Lynda a reçu un coup de la part d'un résident, mais elle m'a ensuite raconté que ce n'était pas la première fois que cela lui arrivait. Un travailleur social a également été poignardé à la main il y a plusieurs années et plusieurs autres situations révèlent un certain climat de dangerosité comme des jets de pierres, ou encore de bouteille en verre. Loin de considérer les résidents de la Sras comme étant eux-mêmes des personnes dangereuses en soi, il s'agit plutôt de pointer que la précarité de l'encadrement et de l'accompagnement qui est effectué auprès de ces personnes en situation de vulnérabilité, conduit à des situations extrêmes comme celles-ci. À ce titre, les professionnels m'ont parfois fait part d'un discours politisé à ce sujet. Le directeur général est en effet venu au sein de la structure apporter son « soutien » à l'équipe, suite à la violence dont a été victime Lynda. Dans son intervention, ce dernier a pointé la recrudescence de violences et de situations limites au sein de l'association et plus particulièrement au sein de la Sras. Son intervention a alors considérablement exaspéré les travailleurs sociaux, ne comprenant pas pourquoi de meilleures conditions de travail ne pouvaient pas être fournies aux professionnels, se mettant à leur sens quotidiennement en danger.

Ainsi, il est étonnant de constater que ce public, qui est sans doute le plus « difficile » à accompagner, dans la mesure où il est le plus éloigné des formes classiques d'insertion, est encadré par des professionnels globalement peu qualifiés. À ce titre, Ludovic note ironiquement que la Sras sont les « Qataris du social » et que

chaque année ils « *négoient le mercato pour avoir les meilleurs joueurs* ». Cette métaphore footballistique, souvent utilisée au sein de la structure, témoigne bien du fait que les professionnels accompagnent effectivement le « pire » public pourrait-on dire, ou tout du moins, les individus dont les CHRS classiques se séparent. Par effet de miroir, il apparaît que ce ne sont pas les professionnels les plus armés et diplômés qui interviennent auprès de ce public « difficile », mais à l'inverse, les travailleurs sociaux les moins diplômés. Ce phénomène est par exemple inverse à la médecine, dans laquelle plus les professionnels de santé vont travailler avec des pathologies rares et graves, plus ils vont être valorisés socialement et professionnellement. Au contraire, à la Sras, même si l'accompagnement est bien plus complexe et incertain à réaliser qu'au sein d'un CHRS classique, la reconnaissance sociale et la valorisation professionnelle n'y est pas adjointe. En ce sens, il existe ainsi un certain « effet miroir » entre les conditions de vulnérabilité des résidents et la précarité professionnelle des travailleurs sociaux.

Cet effet miroir n'est d'ailleurs pas nouveau au sein de l'association. Interrogeant un infirmier psychiatrique ayant effectué sa carrière au sein de l'association, ce dernier m'a rapporté qu'à son époque, le directeur général de l'association et les travailleurs sociaux étaient tout autant alcoolodépendants que les résidents de l'association.

« Ça fait partie de la CHN le directeur il était bourré tout le temps, à l'époque et la CHN ne lui a pas rendu service, moi j'étais le seul à lui dire par respect quand il venait dans mon bureau, je faisais, Jean-Marie, (renifle) ça sent ! Il sentait... je lui disais barre toi, par respect pour les gens. Mais par contre, le président, il n'avait plus de permis et bah ils ont aménagé pour qu'il puisse conduire tu vois, ils ne lui ont pas rendu service, il en est mort Jean-Marie, il est mort parce qu'ils n'ont pas respecté le travailleur social ou le collègue parce qu'on le laisse picoler, mais il faut être cohérent... »

Richard, infirmier psychiatrique retraité,
65 ans, 37 ans d'expérience à Envoy

Le travail social s'étant progressivement profes-

sionnalisés, ces situations ne sont désormais plus d'actualité, mais il existe toujours un certain nombre d'éléments qui mettent en miroir les professionnels et les travailleurs sociaux. Michel Autès a ainsi analysé que les éducateurs spécialisés partageaient souvent des éléments de vie communs avec les personnes qu'ils accompagnent (1999). Dans notre ethnographie, ces points communs se sont surtout révélés dans le registre de la souffrance.

Didier Fassin note ainsi que : « *La souffrance devient un enjeu dans les pratiques. Souffrance contagieuse, au demeurant, qui n'affecte pas seulement les jeunes des banlieues ou les adultes sans emploi, mais qui contamine aussi les intervenants qui les prennent en charge. Autrement dit, de l'injustice sociale que représente l'exclusion, on souffre à la première personne (la victime précaire) et à la troisième personne (le témoin intervenant)* » (2006, p. 152). Ainsi, les travailleurs sociaux, par le contact avec le public souffrant qu'ils accompagnent, se trouvent également en situation de souffrance.

C'est bien ce qu'avait d'ailleurs initialement pointé le rapport Strohl-Lazarus (1995) comme prioritaire : la souffrance des intervenants. Ainsi, en rencontrant l'EMPP, ces derniers m'ont confirmé avoir une mission « *d'aide aux aidants* » dans leur fiche de poste. De fait, il est considéré que les souffrants sont donc aussi bien les usagers du travail social que les professionnels. Cette homologie tend ainsi à renforcer cet effet de miroir.

À ce titre, nous pourrions d'ailleurs intervertir notre logique et analyser en quoi cette structure est également révélatrice de travailleurs vulnérables, exerçant auprès d'un public précaire. En effet, les travailleurs sociaux m'ont pour beaucoup rapporté qu'ils étaient en situation de souffrance psychique, prenant ainsi pour certains des antidépresseurs, ou bien rencontrant régulièrement un psychiatre. Plus encore, des situations d'insomnies, de stress, de *burn-out* m'ont également été rapportées.

Cette homologie semble intéressante par l'effet

d'homologie qu'elle nous renvoie dans notre analyse. Cette souffrance mise en avant par les professionnels, lorsqu'elle est rapportée à la précarité professionnelle et la vulnérabilité des résidents, nous permet de saisir que ces difficultés des travailleurs sociaux sont loin d'être le reflet de fragilités interpersonnelles. Au contraire, éclairer cette souffrance des professionnels au prisme de la position interstitielle dans laquelle les professionnels interviennent nous permet de mesurer à quel point cette souffrance est d'origine sociale.

Conclusion

Dans ce dernier chapitre, il a été question de plusieurs pistes d'analyses pour saisir ce mouvement de sanitarisation. Nous avons constaté l'insuffisance de la seule théorie classique du contrôle social, mais également de la théorie critique de la psychologisation. Nous avons donc complété ces analyses par d'autres approches. Tout d'abord, nous avons démontré que la sanitarisation qu'opèrent les travailleurs sociaux se base également sur une certaine économie du risque. Ainsi, la sanitarisation

vient en partie pallier un risque à la fois perçu pour le résident, pour le professionnel ainsi que pour l'institution. Ensuite, nous avons démontré que ce processus mis en lumière peut également être rapporté à la position interstitielle de la Sras, le recours à la santé venant alors remédier à la confusion qu'entraîne la position paradoxale dans laquelle se trouvent pris les professionnels. Nous avons ensuite poursuivi notre analyse en montrant que les travailleurs sociaux faisaient également actes de résistances, de freinages sur certaines dimensions sanitaires que cette position leur incombe. Plus encore, notre analyse s'est portée sur les variations interindividuelles entre les professionnels que nous avons constatées au regard de cette sanitarisation. Dans ce cadre, nous avons étudié la propension du genre, du diplôme ainsi que de la trajectoire sociale à influencer ce recours à la santé. Enfin, notre analyse s'est soldée par une réflexion sur le rapprochement que nous avons constaté entre la précarité des travailleurs sociaux de la Sras et la vulnérabilité des personnes qui y sont accueillies. Alors, dans quelle mesure, la création de structures interstitielles telles que la Sras contribue à la précarisation des conditions de travail des professionnels ? Peut-on généraliser ce postulat ?

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'enquête que nous avons menée nous a permis de venir interroger les frontières qu'une structure d'hébergement entretient avec le monde de la santé. Des recherches socio-historiques, notamment celle de Robert Castel (1995) et d'Axelle Brodier-Dolino (2013, p. 9-29), ont déjà éclairé l'ancienneté de la porosité entre les prises en charge des « malades » et des « pauvres » depuis le Moyen Âge. Toutefois, il existe peu de travaux sociologiques empiriques sur la manière dont le travail social négocie actuellement ses frontières avec le monde de la santé. Cette question se trouve pourtant réactualisée par les évolutions récentes des politiques sociales qui orientent considérablement leurs actions vers l'insertion par l'emploi et par le logement. Malgré des injonctions à l'autonomie et au logement individuel, des structures d'hébergement collectif perdurent et présentent souvent des listes d'attente. Cette recherche a fait l'hypothèse qu'en accueillant des personnes éloignées de ces injonctions normatives, les travailleurs sociaux utilisent le recours à la santé comme l'ultime registre possible pour mettre du sens aux prises en charge qu'ils effectuent.

En effet, notre ethnographie a révélé que, face au constat qu'une partie de la population s'est progressivement retrouvée éloignée des standards des politiques sociales, notamment suite à la création du RMI, l'association étudiée a développé une structure spécifique, que nous avons conceptualisée comme étant une structure interstitielle. Ce terme nous a permis de saisir la position de la structure dans toute sa complexité. La Sras se révèle ainsi accueillir un public qui se situe dans un interstice des politiques sociales, puisque l'objectif d'autonomie de ces personnes accueillies est, au sens des travailleurs sociaux, largement illusoire. Mais le concept de l'interstice nous permet également de saisir que la structure étudiée n'est également pas totalement étrangère aux injonctions des politiques sociales. En effet, nous avons pu analyser que les agents de l'institution réali-

saient une traduction de ces attentes en les appliquant au public spécifique qu'ils accueillent. Nous avons ainsi relevé que la traduction de l'injonction à l'emploi prenait globalement la forme d'une injonction aux soins.

Dans un contexte social dans lequel la santé revêt une importance majeure, nous avons constaté qu'il constituait le seul registre employable par les travailleurs sociaux pour justifier de la légitimité de leur action. À ce titre, le travail sur la santé fut la première réponse recueillie en entretien à la question portant sur le sens de leur travail auprès de ce public. De fait, les travailleurs sociaux de la Sras témoignent au quotidien d'un parti pris sanitaire dans les accompagnements qu'ils réalisent, en se basant sur un savoir profane qu'ils acquièrent progressivement. Ce savoir profane est majoritairement issu de deux socialisations, à la fois issu du contact répété avec des professionnels de santé et également issu de leur socialisation primaire et familiale. Ce parti pris de la santé est parfois exacerbé au point que l'institution est elle-même considérée comme étant thérapeutique. De fait, les frontières avec le monde de la santé qu'entretient cette structure se sont avérées poreuses, dans un premier temps. Néanmoins, nous avons constaté que les relations avec le milieu sanitaire n'étaient pas si harmonieuses que le terme de porosité le laissait supposer. Des enjeux de domination sont en effet très largement sous-jacents aux négociations qu'opèrent les travailleurs sociaux et les professionnels de santé. Ainsi, nous avons pu constater que, loin de la perspective classique de la médicalisation qui induit que les médecins tentent d'accroître leur pouvoir en prenant sous leur coupe de nouvelles catégories de populations, les professionnels de santé que rencontre la Sras délèguent volontiers aux travailleurs sociaux leur mission de soin auprès de cette population peu valorisante. De fait, il s'avère que ce sont bien plus les travailleurs sociaux qui sollicitent des acteurs du champ médical pour intervenir au sein de la Sras et non l'inverse. En ce sens, nous avons donc analysé que les professionnels étaient des agents d'une certaine sanitarisation, un concept que nous entendons comme le fait que les tra-

vailleurs sociaux en viennent à transposer les accompagnements qu'ils effectuent dans le registre de la santé, du bien-être ou encore de la santé mentale.

Nous avons alors analysé plus spécifiquement la sanitarisation dans le registre de la santé mentale qui est effectuée par les travailleurs sociaux. S'il s'est avéré de prime abord qu'un registre psychologisant semblait unanimement employé par les travailleurs sociaux, nous avons affiné notre analyse en précisant quelles situations faisaient ou non l'objet d'une traduction dans le registre de la santé mentale. À ce titre, il est apparu que les travailleurs sociaux recouraient à la psychiatrie comme un relais. Dans ce cadre, l'institution soignante est requise pour une fonction autre que celle du soin : elle vient soulager un travail devenu impossible. De plus, nous avons analysé que la régulation des situations déviantes par le prisme de la santé et notamment de la santé mentale, constituait une issue valorisante et valorisée. Toutefois, toutes les situations ne font pas l'objet d'une traduction dans le registre de la santé mentale. Il a ainsi été intéressant d'analyser les situations qui y échappent. Nous avons alors étudié le poids des antécédents des prises en charge par la santé mentale comme une source d'influence dans le recours à ce registre pour les travailleurs sociaux. De plus, le fait que le résident ne veuille aucunement se soigner constitue un argument supplémentaire de cette traduction du comportement du résident dans le registre de la santé mentale dans la mesure où le recours à la santé constitue le gage de la légitimité de l'action des professionnels. Enfin, il est apparu que le non-respect du rôle social qui est assigné au résident, pouvait également constituer un fondement à l'adhésion au registre de la santé mentale pour les travailleurs sociaux, à l'instar de la non-participation au collectif du résident, qui est largement attendue de lui.

Pour analyser cette sanitarisation, il s'est avéré que la perspective critique du contrôle social ainsi que la « légende noire » (Aïach, 1998, p. 21) de la médicalisation étaient insuffisantes pour expliquer l'ensemble des pratiques obser-

vées. En effet, ce processus ne résulte pas d'une stratégie de la profession médicale mais résulte plus précisément d'une évolution plus fine des catégories de pensée de l'ensemble de la société. Ainsi, une piste d'analyse complémentaire à cette question a été d'éclairer ce mouvement de sanitarisation au regard des variations que nous avons observées entre les travailleurs sociaux eux-mêmes. À cet égard, il est apparu que le genre jouait un rôle puisque les femmes s'avèrent associées à certaines missions sanitaires. Plus précisément, elles sont assignées à davantage de proximité corporelle avec les résidents que les hommes. En outre, plus les intervenants sont éloignés de cette proximité corporelle avec les résidents, plus ils semblent recourir au registre de la santé mentale. En parallèle, l'étude de l'influence du diplôme nous a permis de révéler que les travailleurs sociaux diplômés avaient une cartographie mentale plus fine des limites de leur exercice professionnel que les non-diplômés. De fait, les non-diplômés se révèlent plus à même de recourir au registre de la santé pour valoriser leur travail. Enfin, il s'est avéré que les travailleurs sociaux ayant une trajectoire professionnelle ascendante ou descendante en accédant à ce métier avaient également une plus large tendance à recourir au registre de la santé pour légitimer leur travail.

Au-delà de l'influence des rapports sociaux, nous avons développé une analyse de ce recours à la santé au prisme d'une gestion des risques à la fois tels qu'ils sont perçus pour les résidents, pour les travailleurs sociaux, ainsi que pour l'institution. De manière plus macrosociologique, il est apparu que l'interstitialité de cette structure contribuait largement à la sanitarisation de cet espace. En effet, les injonctions contradictoires formulées aussi bien par les politiques sociales que par les interlocuteurs locaux de l'institution, conduisent les professionnels à reformuler leur action dans le seul registre qu'ils peuvent légitimement employer : la santé. Ainsi, le recours à la santé vient en quelque sorte pallier la position paradoxale dans laquelle se trouve la structure et ses agents. Le fonctionnement de cette institution nous a par ailleurs révélé un certain effet de mi-

roir entre la vulnérabilité des hébergés et la précarité des conditions de travail des travailleurs sociaux. Un effet miroir dont nous avons par ailleurs supposé qu'il pouvait s'inverser, puisqu'à la précarité des hébergés s'adjoint également une vulnérabilité des travailleurs sociaux qui les encadrent.

Mais dans quelle mesure ces analyses sont-elles généralisables ? La recherche que nous avons menée est seulement révélatrice du fonctionnement particulier d'une structure spécifique. Toutefois, nous pouvons tout de même supposer que le contexte politique et économique qui évolue conduit à une plus grande spécification dans les publics accueillis, comme le notent Marcel Druhle et Serge Clément, qui décrivent « *un social de plus en plus ciblé par catégories de populations* » (1998, p. 89). En effet, il semble que les évolutions contemporaines des politiques publiques, qu'elles touchent le champ de la santé ou du travail social, en réduisant les moyens et en induisant de fait une sélectivité croissante des usagers de ces institutions, conduisent à ce que des structures interstitielles soient créées. Dans ce cadre, il semble que l'écart entre les dispositifs assurantiels et assistanciers se creuse d'autant plus, tel que l'a analysé Frédéric Viguier (2013, 51-75). Ainsi, malgré les injonctions des politiques sociales à l'employabilité et à la réinsertion, il s'avère que des dispositifs éloignés de ces standards perdurent considérablement.

Plus encore, il semble que des dispositifs interstitiels précisément dédiés à ces catégories de personnes distantes de ces standards, se créent parallèlement. Car si cette population du travail social demeure en dehors du champ de vision des politiques sociales, le travail social a parallèlement l'injonction d'accueillir le public qui se présente à lui. Plus précisément, le fait qu'une pauvreté visible, dans la rue, perdure dans notre monde contemporain constitue un intolérable – qui reste toutefois en partie saisonnier. De fait, des dispositifs spécifiques se développent pour répondre à cette injonction paradoxale. À ce sujet, nous pensons à l'expansion du dispositif des maisons relais⁴³. Ce dispositif est à la fois

peu coûteux, comme la Sras et effectue une traduction spécifique de l'injonction au « logement d'abord », ce qui rend donc son fonctionnement légitime. Ces structures aux faibles moyens accueillent pourtant des personnes très précarisées. En effet, ces structures interstitielles sont créées justement dans le but d'y accueillir les personnes les plus éloignées des attentes en termes d'employabilité et d'insertion. De fait, ce sont les personnes qui en sont paradoxalement les plus démunies qui se retrouvent avec les professionnels les moins formés et diplômés, au sein des structures les plus précaires.

Notre recherche a ainsi montré, s'il en était nécessaire, qu'au sein même du travail social et du champ de l'insertion, il perdure des formes de catégorisations et de triages dans les personnes prises en charge. Toutefois, l'hébergement social est une thématique qui ne fait l'objet que de rares travaux sociologiques. Cependant, l'étude du fonctionnement des institutions d'hébergement nous semble digne d'intérêt. De fait, il semble nécessaire de s'intéresser aux régulations et pratiques concrètes qui s'opèrent dans ces structures. En effet, nous avons étudié que la position paradoxale dans laquelle étaient placés les travailleurs sociaux, les conduit à redéfinir le champ initial de leur compétence, en l'occurrence dans le champ de la santé. Mais qu'en est-il ailleurs ? Quels sont les compromis qu'opèrent ces autres structures interstitielles ? Plus encore, qu'en est-il pour les personnes hébergées ?

Il semble en effet central de saisir plus finement quelles sont les influences des fonctionnements de ces structures interstitielles sur les parcours des personnes accueillies. Il semble que leur entrée dans ce dispositif interstitiel que constitue la Sras signe leur éloignement avec les normes façonnées par les politiques sociales, mais également avec les valeurs sociales contemporaines. Nous avons en effet examiné que, si les normes des politiques sociales étaient traduites dans un registre spécifique à leur égard, les valeurs sociales semblaient elles considérablement reformulées. Ainsi, si l'individualisation fait office de valeur dans notre monde contem-

porain, c'est la valeur du collectif qui prime dans cette structure. De plus, si l'entretien de liens familiaux et amicaux sont socialement valorisés, ceux-ci sont appréhendés avec une réelle méfiance au sein de la structure étudiée. Il en est de même pour la mixité, qui est souhaitée et favorisée dans notre monde contemporain mais face à laquelle la Sras se montre largement hostile.

Comment analyser ce redéploiement particulier des valeurs contemporaines au sein de cette structure interstitielle ? Le contact d'une population à ce point éloignée des standards de notre société contemporaine conduit-elle à une mise à distance des normes et valeurs dans cet espace ? Il reste que pour les hébergés, le vécu de ces institutions spécifiques mériterait d'être largement plus étudié.

En effet, si nous l'avons brièvement analysé dans ce mémoire, il reste que le vécu des hébergés reste globalement un point aveugle de cette recherche. Quelle est l'influence de cette structure sur la trajectoire sociale des personnes ? Les quelques données recueillies sur cette question sont sujettes à un biais épistémologique puisqu'elles ont été recensées au prisme d'une seule institution. Or, l'ensemble de la vie sociale d'une personne n'est jamais réductible à la seule définition qu'autorise une institution. Ainsi, interroger plus largement les trajectoires sociales des personnes qui fréquentent ces lieux, permettrait de dépasser ce risque d'essentialiser la vie sociale des hébergés au prisme de leur seul rôle de « résident », dont nous avons vu combien il était socialement construit. Ainsi, si nous avons travaillé dans cette recherche avec ce terme de résident, il ne s'agit pas de considérer que cette appellation entend englober l'ensemble de l'identité des personnes qui y vivent. Reconsidérer ce point semble une poursuite nécessaire de ce travail.

Plus précisément, dans la mesure où nous avons démontré que les travailleurs sociaux participaient largement à la définition de l'état pathologique des personnes qu'ils accompagnent, il nous semble qu'il serait intéressant d'analyser

comment les personnes hébergées négocient ce statut avec les travailleurs sociaux. Potentiellement, la redéfinition sanitaire de leur situation comporte de multiples facettes qu'il faudrait étudier. En effet, dans quelle mesure permet-elle aux résidents de se construire une identité fixe, mais également d'avoir accès à des droits sociaux plus intéressants ? Quelles sont les résistances à cette redéfinition de leur identité ? Ainsi, il faudrait analyser comment les hébergés participent ou résistent à cette définition de leur état pathologique.

Approfondir cette réflexion permettrait également de questionner jusqu'à quel point cette sanitarisation que nous avons décrite permet également à des personnes éloignées des dispositifs médicaux d'accéder aux dispositifs classiques d'accès aux soins. Encore une fois, loin de la vision unilatérale de la médicalisation telle qu'elle a souvent été théorisée, adopter cette perspective permettrait d'approfondir une facette supplémentaire que recouvre la sanitarisation. En effet, des aspects clairement positifs qu'il ne faudrait pas négliger sous-tendent ce processus. Les soins dentaires, ophtalmologiques ou encore dermatologiques dont j'ai pu observer qu'ils étaient encouragés et favorisés au sein de la Sras contribuent à réduire l'écart que les personnes en situation de grande précarité accusent avec la sphère médicale. De plus, cette double situation de « pauvre » et de « malade » m'a même été présentée comme favorisant pour les personnes concernées par une éducatrice spécialisée travaillant dans un Ehpad. En effet, elle me dit en entretien qu'au sein de l'Ehpad « *on dit qu'il vaut mieux être précaire* », dans la mesure où la situation sociale de la personne lui garantit un accompagnement spécifique, que les personnes classiquement hébergées en Ehpad ne peuvent solliciter.

Toutefois, cette double étiquette de « pauvre » et de « malade », a sans aucun doute également des effets délétères qu'il faudrait approfondir. En étant à la frontière de ces deux institutions, certaines personnes n'échappent-elles pas à l'intervention de ces secteurs ? Dans ces mouvements d'allers-retours entre le travail social et

l'hôpital, certaines situations ne finissent-elles pas par être mises à l'écart des deux secteurs qui se renvoient ces personnes dont la situation n'entre dans le cadre attendu d'aucune des deux institutions ? De plus, nous l'avons vu dans cette recherche, les stigmates semblent se combiner. Ainsi, lorsque la pauvreté se redouble de la santé mentale, ou encore du vieillissement, l'individu voit ses possibilités d'accéder à une autre structure que la Sras considérablement diminuer.

Ainsi, le processus de sanitarisation que nous avons démontré, contribue à analyser la pluralité des enjeux que sous-tendent ce recours à la santé. À ce titre, ce travail a révélé en creux le public dont l'hôpital tend également à se détacher. Pour poursuivre cette recherche, il serait intéressant d'analyser dans quelle mesure cette analyse de la sanitarisation se trouve confirmée, ou nuancée, au sein d'autres institutions d'hébergement du travail social. Mais en poursuivant cette réflexion, il faudrait sans doute adopter une analyse moins unilatérale au regard de la notion de soins. Dans ce travail, nous n'avons, en effet, pas tenu compte de toutes les variations dont l'aspect du soin lui-même témoigne. Il faudrait ainsi repérer plus précisément quelles sont les tâches sanitaires qui sont déléguées aux profanes et lesquelles ne le sont pas par exemple. Nous postulons ainsi qu'à l'instar des pratiques d'accompagnement que nous avons démontrées comme étant plurielles, le travail autour du soin est lui aussi chargé de multiples facettes. Une limite de ce mémoire est donc de ne pas avoir suffisamment déconstruit ce que sous-tend la pluralité des facettes du travail sanitaire. Ainsi, le concept de sanitarisation que nous employons n'a pas vocation à considérer que tous les aspects sanitaires sont délégués aux travailleurs sociaux. Affiner ce point semble également nécessaire pour la continuité de ce travail.

Cette réflexion sur les tâches sanitaires pourrait alors venir poser une limite au processus de sa-

нитарisation. En effet, si la rhétorique de la santé est très largement présente dans le discours des professionnels, les tâches sanitaires que les travailleurs sociaux effectuent en réalité sont relativement modestes puisqu'elles concernent essentiellement la distribution des traitements et l'accompagnement des résidents dans leur hygiène. Il semble ainsi y avoir un écart entre l'omniprésence du discours de la santé et la réalité des pratiques des professionnels qui ne semblent finalement pas tant modifiées au regard de cette sanitarisation. La sanitarisation n'est-elle qu'un registre ? Ainsi, déconstruire plus finement ce que constitue le soin semble nécessaire pour affiner cette analyse.

Ce travail de recherche a aujourd'hui pour vocation d'être poursuivi dans un travail de thèse. En étudiant plusieurs structures d'hébergement social, il s'agira de saisir comment s'y opère localement ce processus de sanitarisation. Le recours à la santé prend vraisemblablement d'autres formes au sein d'institutions différentes. Il s'agira donc d'en étudier toutes les poursuites et nuances afin de saisir jusqu'à quel point analyser les centres d'hébergement au prisme de la notion de sanitarisation s'avère pertinent. Dans quelle mesure la santé est-elle (re)devenue le « *dernier langage du social* » (Fassin, 1998, p. 40) ? Dans le cadre de cette recherche, nous prendrons en compte les faiblesses de ce travail de master que nous avons identifiées dans cette conclusion ainsi que les critiques plus larges qui seront portées à l'égard de ce travail lorsqu'il sera soutenu. Mais à l'instar de ce travail de mémoire, notre travail de thèse prendra appui sur les apports croisés des champs de la sociologie de la santé, du travail social et des politiques sociales dans une approche de l'action publique « par le bas ». La pluralité et la confrontation de ces apports sociologiques semblent nécessaires pour l'examen de cet objet de recherche qui se situe au carrefour des institutions tout autant que des disciplines de la sociologie.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

A	AAH	Allocation adultes handicapés	E	EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	
	AAVA	Ateliers d'adaptation à la vie active		EMPP	Équipe mobile psychiatrie-précarité	
	ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	F	FAM	Foyer de l'abbé Michel (nom fictif)	
	APA	Allocation personnalisée d'autonomie		FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale	
	API	Allocation parent isolé	H	HAD	Hospitalisation à domicile	
	APL	Allocation personnalisée au logement				
	ARS	Agence régionale de la santé				
B	BPJEPS	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport	L	LHSS	Lits halte soins santé	
C	CADA	Centres d'accueil de demandeurs d'asile	M	MAS	Maison d'accueil spécialisée	
	CAF	Caisse d'Allocations familiales				
	CCAS	Centre communal d'action sociale				
	CHN	Charité hospitalière de nuit (nom fictif de l'association)				
	CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale				
	CHR	Commission d'harmonisation et de réorientation				
	CHR	Centre hospitalier régional				
	CI-RMA	Contrat d'insertion - revenu minimum d'activité				
	CMP	Centre médico-psychologique				
	CTA	Commission territoriale d'admission				
D	CVS	Conseil de la vie sociale	R	RMI	Revenu minimum d'insertion	
	V	VAE		Validation des acquis de l'expérience		
					DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
					DEFA	Diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation
					DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
					DSM	Diagnostic and stational manual of mental disorder

BIBLIOGRAPHIE

- Aïach P., 1998, Les voies de la médicalisation, in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, *Economica*, p. 15-36.
- Anderson N., Schwartz O., 2011, *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin.
- Antoine D., Che D., 2008, Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 10-11, p. 69-72.
- Arborio A.-M., 2007, L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier, *Recherche en soins infirmiers*, vol. 90, n° 3, p. 26-34.
- Arborio A.-M., 2009, Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot », in Demazière D., Gadéa C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, p. 51-61.
- Autès M., 1999, *Les paradoxes du travail social*, Paris, Dunod.
- Bachimont J., 1998, Les « soins hospitaliers à domicile » entre démedicalisation hospitalière médicalisation du domicile, in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, *Economica*, p. 175-210.
- Barbier J.-C., 2011, Activer les pauvres et les chômeurs par l'emploi ? Leçon d'une stratégie de réforme, *Politiques sociales et familiales*, n° 104, p. 47-58.
- Bayer V., 2013, Les cadres dans le travail social : le déni du genre, in Amistani C., Guélamine F. Mounir H. (dir.), *Chef de service dans le secteur social et médico-social. Enjeux, rôles et stratégies d'encadrement*, Paris, Dunod, p. 113-128.
- Bec C., 2007, *De l'État social à l'État des droits de l'homme ?*, Presses universitaires de Rennes.
- Bec C., 2014, *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard
- Beck U., 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- Becker H. S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- Beliard A., Biland É., 2008, Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus, *Genèse*, n° 70, p. 106 - 119.
- Berlivet L., Sawicki F., 1994, La foi dans l'engagement. Les militants syndicalistes CFTC de Bretagne dans l'après-guerre, *Politix*, vol. 27, n° 3, p. 111-142.
- Bessin M., 2009, La division sexuée du travail social, *Informations sociales*, n° 152, p. 70-73.
- Bessin M., Gaudart C., 2009, Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ?, *Temporalités*, n° 9 [En ligne] mis en ligne le 30 septembre 2009. Site internet : <http://journals.openedition.org/temporalites/979> ; DOI : 10.4000/temporalites.979
- Blum F., 2002, Regards sur les mutations du travail social au XX^e siècle, *Le mouvement social*, n°199, p. 83-94.

- Boltanski L., 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 26^e année, n° 1, p. 205-233.
- Borelle C., 2015, Le traitement de la subjectivité du destinataire de soin comme opérateur micro-politique. Le cas des enfants diagnostiqués autistes, *Sciences sociales et santé*, vol 33, n° 3, p. 43-64.
- Bouquet B., 2009, Du sens de l'évaluation dans le travail social, *Informations sociales*, n° 152, p. 32-39.
- Bourdieu P., 1987, *Choses dites*, Paris, Minuit-Seuil.
- Bourdieu P., 1993, *La misère du monde*, Paris, Seuil.
- Bourdieu P., 1998, *Contre-feux. Propos pour servir à la résistance contre l'invasion néolibérale*, Paris, Raisons d'agir.
- Brégeon P., 2008, Histoire du réseau des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'hébergement social, in Vilbrod A., *Le travail social, A quoi servent les professionnels de l'insertion ?*, Paris, L'harmattan.
- Bresson M. (dir.), 2006, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan.
- Bresson M., 2006, L'ouverture de la psychiatrie vers la ville : quels enjeux pour l'intervention sociale ?, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris, L'Harmattan, p. 141-150.
- Bresson M., 2013, *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin.
- Brodiez-Dolino A., 2013, Entre social et sanitaire : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XX^e siècle, *Le Mouvement Social*, n° 242, p. 9-29.
- Burgener M., 2004, Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins, in Fassin D., Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 109-133.
- Carricaburu D., Lhuillier D., Merler V., 2008, Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, *Santé publique*, vol. 20, n° HS, p. 57-67.
- Cartier M., 2005, Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold, *Le Mouvement Social*, vol. 211, n° 2, p. 37-49.
- Castel R., 1981, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Minuit.
- Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- Castel R., 1995, Les risques de l'exclusion, *Lien social et politiques*, n° 34, p. 13-21.
- Castra M., Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines, *Empan*, n° 97, p. 12-18.
- Cefaï D., Gardella É., 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.
- Chobeaux F., 2009, La souffrance psychique : un concept qui échappe, *Vie sociale et traitements*, n° 101, p. 37-40.
- Colin J., Jacob Suissa A., 2007, Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, vol 19, n° 2, p. 25-33.

- Concq N., Vilbrod A., 2006, La recombinaison permanente de la psychologie et des méta-savoirs. L'exemple de la formation des éducateurs spécialisés, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris, L'Harmattan, p. 191-207.
- Conrad P. 1992, Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, n° 18, p. 209-232.
- Coutant I., 2012, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute.
- Dartiguenave J.-Y., 2010, *Pour une sociologie du travail social*, Presses universitaires de Rennes.
- De Gaulejac V., 1996, *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Declerck P., 2003, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Terre Humaine.
- Delanoë D., Alach P. (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Economica
- Delaunay B., 2006, Évolution d'un savoir de référence en service social : la psychologie, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris, L'Harmattan, p. 177-190.
- Delsaut Y., 1975, L'économie du langage populaire, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 4, p. 33-40.
- Demailly L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La découverte.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2017, Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution, Édition 2017.
- Donzelot J., 1984, *L'Invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard.
- Dozon J.-P., Fassin D., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, éditions Balland
- Druhle M., Clément S., 1998, Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie, in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p. 69-97.
- Dubet F., 2006, *Injustices, l'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil.
- Dubois V. 2009, Le paradoxe du contrôleur. Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 178, p. 28-49.
- Dubois V., 1999, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, collection Études politiques.
- Dumont D., 2011, Activation rime-t-elle nécessairement avec stigmatisation ? Une mise en perspective critique du procès de l'État social actif, *Droit et société*, n° 78, p. 447-471.
- Duvoux N., 2009, *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses universitaires de France.
- Ehrenberg A., 1991, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.
- Ehrenberg A., 1995, *L'individu incertain*, Paris, Hachette Littératures.

- Eliçabe R., Guilbert A., Overney L., Haeringer A.-S., 2013, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, *in Jusqu'à la mort, accompagner la vie*, Presses universitaires de Grenoble, n° 112, p 11-25.
- Eydoux A., Tuchszirer C., 2011, Du RMI au RSA : la difficile mise en place d'une gouvernance décentralisée des politiques d'insertion, *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 90-113.
- Eyraud B., 2013, *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Érès.
- Faizang S., 1994, Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité, *Sciences sociales et santé*, vol. 12, n° 3, 1994, p. 69-99.
- Fassin D. (dir.), 1998, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- Fassin D., 1998, Avant-propos. Les politiques de la médicalisation, *in Delanoë D., Aiach P. (dir.), L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, *Economica*, p. 1-14.
- Fassin D., 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Fassin D., 2004, Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité, *in Fassin D., Memmi D. (dir.), Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 236-266.
- Fassin D., 2005, L'ordre moral du monde. Essai d'anthropologie de l'intolérable, *in Fassin D., Bourdelais P. (dir.), Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte, p. 17-50.
- Fassin D., 2006, Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique, *Politix*, n° 73, p. 137-157.
- Fassin D., Bourdelais P. (dir.), 2005, *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte.
- Fassin D., Memmi D. (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Faure O., 1998, La médicalisation vue par les historiens, *in Delanoë D., Aiach P. (dir.), L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, *Economica*, p. 53-68.
- Foucault M., 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- Franssen A., 2005, État social actif et métamorphoses des identités professionnelles. Essai de typologie des logiques de reconstruction identitaire des travailleurs sociaux, *Pensée plurielle* n° 10, p. 137-147.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Furtos J., 2009, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, éditions Rue d'Ulm.
- Gardella É., 2017, Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale, *Sociologie du travail* [en ligne] vol. 59, n° 3, mis en ligne le 2 août 2017.
- Gardella É., Cefaï D., 2011, La morale de l'urgence sociale. Une enquête au Samu-social de Paris, *Empan*, n° 4, p. 18-24.
- Gardella É., Laporte A., Le Méner E., 2008, Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des

sans-abri, *Sciences sociales et santé*, (n° 26), p. 35-46.

Gaspar J.-F., 2012, *Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Goffman E., 1961, *Asiles, Étude sur les conditions sociales des malades mentaux*, Paris, Minuit.

Grignon C., Passeron J.-C., 1989, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Seuil.

Guillou J., 2006, Y a-t-il une tentative de « putsch » du corps médical sur les SDF, les exclus ?, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 151-165.

Hamzaoui M., 2005, Émergence et logiques de la politique d'activation du social et de l'emploi, *Pensée plurielle*, n° 10, p. 19-28.

Herzlich C., 1973, Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière, *Revue française de sociologie*, XIV, numéro spécial, p. 41-59.

Hughes E. C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Jacques P., 2004, Souffrance psychique et souffrance sociale, *Pensée plurielle*, n° 8, p. 21-29.

Jaeger M., 1998, La médicalisation psychiatrique la « peine à vivre », in Delanoë D., Aïach P. (dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, *Economica*, p. 135-158.

Jaeger M., 2009, La formation des travailleurs sociaux : nouvelles configurations, nouveaux questionnements, *Informations sociales*, n° 152, p. 74-81.

Langlard G., 2017, Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale, thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie, sous la direction de Pascal Le Maléfan et de Évelyne Bouteyre, École doctorale homme, sociétés, risques, territoire (Caen).

Lanzarini C., 2000, *Survivre dans le monde des sous-prolétaires*, Paris, Presses universitaires de France.

Lazarus A., Strohl H., 1995, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail Ville, santé, précarité et exclusion sociale, Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain – Délégation interministérielle au RMI, Paris, La Documentation française, collection Rapports publics.

Lemieux C., 2010, Problématiser, in Paugam S. (dir.), *La posture sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 27-49.

Levené T., 2006, L'image de l'exclu et rapport à l'utilisateur en éducation spécialisée, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris, L'Harmattan, p 107-118.

Lovell A., Ehrenberg A., 2001, *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob.

Marpsat M., Firdion J.-M., 1996, Devenir sans domicile : ni fatalité ni hasard, *Populations et sociétés*, n° 313.

Milova H., Boujut S., 2006, La psychologisation en travail social. Assistants sociaux et éducateurs français, allemands et russes, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 93-106.

- Moreau N., Vinit F., 2007, Empreintes de corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19 n° 2, p. 34-45.
- Orianne J.-F., 2006, Le traitement clinique du chômage, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 131-140.
- Parizot I., 2003, *Soigner les exclus*, Paris, Presses universitaires de France.
- Parsons T., 1951, *The social system*, New-York, Free Press.
- Pascal H., 2014, *Histoire du travail social en France. De la fin du XIX^e siècle à nos jours*, Presses de l'EHESS.
- Paugam S., 1991, *La disqualification sociale*, Paris, Presses universitaires de France.
- Pelchat Y., Gagnon É., Thomassin A., 2006, Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale, *Lien social et politiques*, n° 55, « La santé au risque du social », p. 55-66.
- Presse P., 2006, l'évolution prévisible de la notion de handicap après la mise en place du RSA, *Vie sociale et traitements*, n° 98, p. 110-113.
- Ravon B., 2006, Y a-t-il une sociologisation de l'intervention psychologique ?, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 241-250.
- Rechtman R., Fassin D., 2007, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- Roy M. 2013, L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale », *Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, n° 1, p. 226-237.
- Secrétariat d'État à la lutte contre la Précarité et l'exclusion auprès du ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2003, *Souffrance psychique, exclusion sociale*, sous la direction de Philippe Jean Parquet, 2003.
- Seibert M., 2014, *Le déni de grossesse. Enjeux et acteurs de la publicisation d'une cause « secondaire »*, Paris, L'Harmattan.
- Serre D., 2004, *Désordres familiaux et pratiques d'encadrement : Les assistantes sociales face aux enfants « en danger »*, thèse doctorat en sociologie, sous la direction de Rémi Lenoir, Paris, EHESS.
- Serre D., 2008, *Une écriture sous surveillance : les assistantes sociales et la rédaction du signalement d'enfant en danger, Langage et société, la Maison des sciences de l'homme*, vol. 4, n° 126, p. 39-56.
- Sicot F., 2001, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan.
- Sicot F., 2006, La santé mentale comme mode de gestion politique de l'exclusion, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 75-84.
- Simmel G., 2011, (2011), *Les pauvres*, Paris, Presses universitaires de France (1^{re} éd.1907).
- Vassy C., 2004, L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire, *Mouvements*, n° 32, p. 67-74.
- Verdes-Leroux J., 1976, Pouvoir et assistance : cinquante ans de service social, *Actes de la*

recherche en sciences sociales, vol. 2, n° 2-3, p. 152-172.

Verdes-Leroux J., *Le travail social*, Paris, Minuit.

Viguié F., 2013, Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France, *L'année sociologique*, vol. 63, p. 51-75.

Ville I., Fillion E., Ravaut J.-F., 2014, *Introduction à la sociologie du handicap : histoire, politiques et expériences*, Paris, De Boeck

Supérieur, collection Ouvertures politiques.

Vrancken D., 2006, Psychologisation ou transformation des modes de traitement social de la « question sociale » ?, in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 25-34.

Wresinski J., 1987, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, *Journal officiel*, 28 février 1987, Avis et rapports du conseil économique et social n° 6.

ANNEXES

Annexe 1
Guides d'entretien

Annexe 2
Entretiens réalisés

Annexe 3
Photographie des filets de sécurité entre les étages

Annexe 4
Photographie d'un pilulier collectif

ANNEXE 1 - GUIDES D'ENTRETIEN

Grille d'entretien à destination des usagers

Je me présente, puis présentation de la recherche, de mon rôle et du caractère anonyme de l'entretien. Demande d'enregistrement de l'entretien, qui sera détruit une fois la retranscription effectuée. Rappel que toutes les informations sont confidentielles et que rien ne sera divulgué aux travailleurs sociaux.

- **Le rapport à l'institution fréquentée actuellement**

Depuis quand êtes-vous à la Sras ?
Comment vous y sentez-vous ?
Comment êtes-vous arrivé dans cette structure ?
Quelles institutions avez-vous fréquenté avant de venir ici ?
Quelles sont les différences avec la Sras ?
Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé pour vous depuis que vous êtes ici ?

- **Le parcours de vie global et familial**

Avez-vous déjà eu un appartement / une maison ?
Avec qui viviez-vous ?
Avez-vous des contacts avec votre famille ?
Où avez-vous travaillé ?
Est-ce que vous avez des diplômes ?
Que faisaient vos parents ? Vos enfants ?

- **Le rapport aux soins**

Avez-vous déjà été hospitalisé ? Pour quelle raison ? Combien de fois ?
Avez-vous des problèmes de santé ? depuis quand ? des ruptures ?
Avez-vous un suivi régulier ?
Comment avez-vous sollicité ces personnes ?
Avez-vous des médicaments ? Savez-vous combien ?
Connaissez-vous votre traitement ?
Vers qui vous tournez vous quand vous sentez que ça ne va pas ?

- **Le bien être**

Vous dormez bien, mangez bien ?
Consommation alcool, tabac, autre ?

- **Rapports aux travailleurs sociaux**

Qui est votre référent ? Que fait-il pour vous ?
Qu'est-ce qu'ils font par rapport à vos problèmes de santé ?
Avez-vous déjà été en conflit avec eux ?
Avez-vous des rendez-vous fréquents avec eux ?
Qui d'autres voyez-vous comme professionnels ? (tutelle ?)
Vous sentez vous soutenu ? Par qui ?

- **Vie sociale**

- Avez-vous des amis ?
- Avez-vous déjà été en conflit avec eux ?
- Est-ce que vous participez à la vie collective (tâches ménagères, sorties, activités, CVS) ?
- Est-ce vous qui souhaitez participer à cela ?
- Sortez-vous tous les jours de la structure ?
- Comment vous sentez vous ici ? dans le quartier, la ville ?

- **L'avenir**

- Connaissez-vous votre « projet personnalisé » ?
- Souhaitez-vous resté à la Sras ?

Grille d'entretien à destination des professionnels

- **Présentation du parcours de formation**

- Diplôme (date)
- Depuis combien de temps dans la structure ?
- Quelle institution / service auparavant ?
- Un métier avant celui-ci ?
- Au niveau du poste, est-ce que tu peux me parler de tes missions ?
- Quelle est la plus importante ?
- Est-ce qu'il y a des choses que tu fais mais qui ne devraient pas faire partie de tes missions ?
- Est-ce qu'il y a des tâches avec lesquelles tu es plus à l'aise ?
- Qu'est-ce qui est difficile en revanche ?

- **Le public**

- Comment tu définirais le public de la Sras ?
- As-tu vu des évolutions depuis que tu es là ?
- En tant que référant, est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles tu es particulièrement attentif ?
- Qu'est ce qui pour toi fait qu'une situation devient alarmante ?
- Est-ce qu'il y a des personnes qui, à ton sens, ne relèvent pas des missions de la Sras ?
- Certains résidents sont opposés aux soins, est-ce que vous les avez toujours acceptés à la Sras ?
- Comment vous faites avec eux ?

- **Pratiques professionnels**

- J'ai pu voir que tu employais le TU / VOUS, est-ce que ça a toujours été comme ça ? Avec tous les résidents ?
- Pour revenir sur la santé, est-ce que vous avez toujours distribué les médicaments ?
- Y a-t-il une évolution du nombre de traitements ?
- Comment se faisait la distribution de médicaments dans la structure où tu travaillais avant ?
- Concernant les rendez-vous médicaux, comme je n'en ai pas fait beaucoup avec toi comment tu procèdes ? Tu entres dans la salle ? Tu échanges avec les professionnels ?
- Est-ce que tu connais toujours l'objet du rendez-vous ?
- Au niveau des pathologies des personnes, est-ce tu les connais ?
- Est-ce que certaines maladies sont plus difficiles que d'autres à prendre en charge à la Sras ?
- Quelles sont les limites d'accueil de la Sras par rapport à ça ? Et concernant la maladie mentale ?

- **Le rapport aux professionnels de santé**

Quels sont les partenaires les plus importants ?

Comment travaillez-vous avec ? (fréquence, partenariat qui a toujours existé ?)

Des partenaires qui ont existés qui n'existent plus ? Des partenariats en projets ?

Est-ce qu'il y a des secteurs ou des services avec lesquels il est difficile de travailler ?

- **Ouverture**

Envisages-tu de rester à la Sras ?

Quelles sont les perspectives de la Sras à l'avenir ?

J'ai entendu plusieurs fois le terme de lieu de vie pour qualifier la Sras, pour toi est-ce que ça en est un ?

Grille d'entretien à destination des partenaires

- **Présentation**

Parcours scolaire

Parcours professionnel

Age

Intervention à la Sras depuis quand ?

- **Le rapport à la Sras**

Comment avez-vous connu la Sras ?

Quel a été votre premier avis sur la structure ?

Comment s'est créé le partenariat avec la structure ?

A quelle fréquence intervenez-vous ?

- **Le rapport au public de la Sras**

Combien de personnes suivez-vous de la Sras ?

Comment définiriez-vous le public de la Sras ?

Est-ce que ce public de la Sras évolue à votre sens ?

Est-ce que pour vous certaines situations devraient pas relever de la Sras ?

Expliquez-moi ce que vous faites concrètement avec les personnes de la Sras.

- **Le rapport avec les professionnels**

Quelles sont les difficultés de votre travail quand vous venez à la Sras ?

Comment travaillez-vous avec les animateurs ? Transmettez-vous des informations aux professionnels ? lesquelles ? et eux ?

Avez-vous déjà eu des situations conflictuelles avec la Sras ? Racontez.

Le partenariat avec la Sras as-t-il déjà été remis en cause ?

Comment faites-vous avec le secret médical ?

- **Ouverture**

Comment voyez-vous l'avenir de la Sras ?

ANNEXE 2 - ENTRETIENS RÉALISÉS

1. Avec les usagers (21)

Monsieur Depaille, 55 ans, présent depuis un mois.

Monsieur Pic, 64 ans, présent depuis 6 ans.

Monsieur Noé, 51 ans, présent depuis 1 an.

Monsieur Bonnet, 50 ans, présent depuis 2 ans.

Monsieur Martin, 62 ans, présent depuis 6 ans.

Monsieur Poisson, 46 ans, présent depuis quelques semaines.

Monsieur Mathys, 58 ans, présent depuis 1 an et demi.

Monsieur Delamare, 63 ans, présent depuis 2 ans.

Monsieur Gousset, 67 ans, présent depuis 10 ans.

Monsieur Lyon, 48 ans, présent depuis 3 mois.

Monsieur Marssaut, 61 ans, présent depuis 6 ans.

Monsieur Trapin, 53 ans, présent depuis 3 ans.

Monsieur Durand, 63 ans, présent depuis 3 mois à la Sras.

Monsieur Garrot, 43 ans, présent depuis 2 ans.

Monsieur Bichon, 67 ans, présent depuis 10 ans.

Monsieur Guénot, 50 ans, présent depuis 12 ans.

Monsieur Lemaitre, 61 ans, présent depuis 3 ans à la Sras.

Monsieur Bernard, 45 ans, présent depuis 2 ans à la Sras.

Monsieur Marble, 81 ans, présent depuis 7 ans.

Monsieur Mandida, 53 ans, présent depuis 4 ans.

Sylvain, 56 ans, ancien résident de la Sras.

2. Avec les professionnels (11)

François, travailleur social non diplômé, 42 ans, récemment embauché.

Marine, assistante de service social, 28 ans, 3 ans d'expérience.

Henri, conseiller en économie sociale et familiale, 38 ans, 4 ans d'expérience.

Adama, moniteur-éducateur, 38 ans, 6 ans d'expérience à la Sras.

Robin, travailleur social non diplômé, 44 ans, 8 ans d'expérience à la Sras.

Lynda, conseillère en économie sociale et familiale, 52 ans, 10 ans d'expérience.

Habib, travailleur social non diplômé, 55 ans, 19 ans d'expérience.

Ludovic, travailleur social non diplômé, 53 ans, 22 ans d'expérience à la Sras.

Arnault, chef de service, 51 ans, chef de service de la Sras depuis 10 ans.

Hélène, infirmière, 65 ans, 6 ans d'expérience à la Sras.

Marie, infirmière remplaçante, 67 ans, fait des remplacements depuis 3 ans.

3. Avec les partenaires (9)

Richard, infirmier psychiatrique retraité, 65 ans, 37 ans d'expérience à Envol.

Jean-Baptiste, travailleur social non-diplômé, sociologue, chef de service adjoint du Fam, 41 ans, 10 ans d'expérience.

Daniel, travailleur social non diplômé, intervenant alcool, 49 ans, 15 ans d'expérience à Envol.

Infirmière, 42 ans, 1 an d'expérience à l'EMPP.

Psychologue, 54 ans, travaillant depuis 21 ans à l'EMPP.

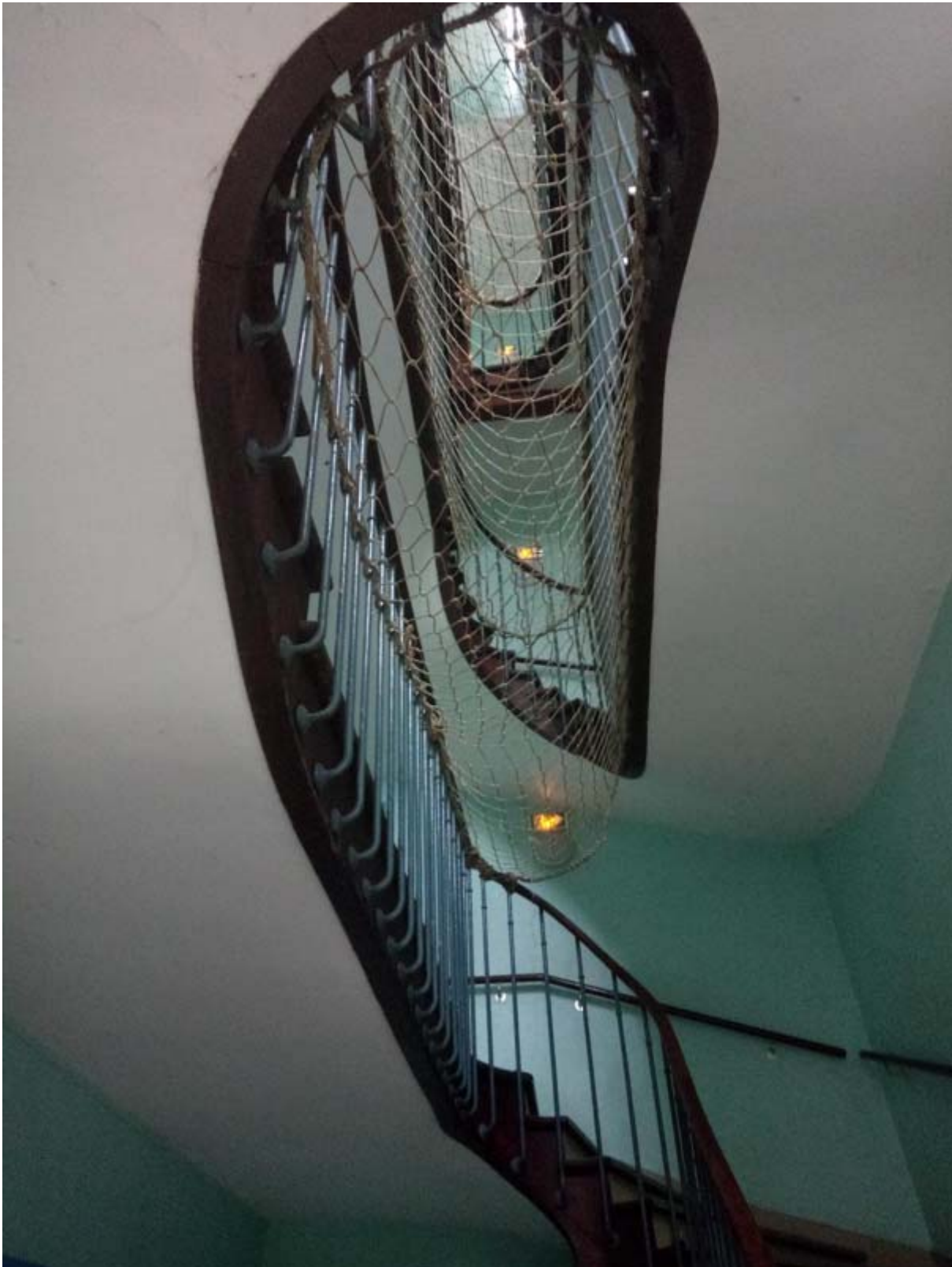
Infirmier, 36 ans, cadre du service des urgences psychiatriques, anciennement cadre de l'EMPP.

Éducatrice spécialisée, 32 ans, travaillant dans l'Ehpad depuis 3 ans.

Médecin addictologue, 42 ans, travaillant avec la Sras depuis 12 ans.

Médecin généraliste, 54 ans, intervenant à la Sras depuis 20 ans.

ANNEXE 3 - PHOTOGRAPHIE DES FILETS DE SÉCURITÉ ENTRE LES ÉTAGES



ANNEXE 4 - PHOTOGRAPHIE D'UN PILULIER COLLECTIF



Numéros récents

n° 203
2019

Taux de couverture territorialisé de l'accueil du jeune enfant
Méthodologie, interprétations et limites
Brigitte Debras, Bernard Pelamourgues Cnaf - Dser

n° 202
2019

Évaluation de la préfiguration des schémas départementaux
des services aux familles
Cécile Ensellem, Véronique Dessen-Torrès avec Liane Dessigne, Sabine Mengin - Geste

n° 201
2018

Familles et société - Sondages 2017
BVA, CSA, Ifop, Ipsos, Opinion Way, Sofres
Lucienne Hontarrede Cnaf-Dser

n° 200
2018

Étude qualitative sur l'accompagnement socio-éducatif effectué dans les Foyers de jeunes
travailleurs (FJT) **Ariane Albergini, Juliette Baronne, Alice Best, Florence Brunet** avec la collaboration
de **Thibault Devillard** Fors - Recherche sociale

n° 199
2018

Second prix Cnaf - mémoire de Master 2 - Recherche en sociologie
La maïeutique du genre. Assigner le fœtus à une classe de sexe
Gaëlle Larrieu Institut des études politiques de Paris

n° 198
2018

1^{er} prix Cnaf - mémoire de Master 2 - Recherche en sociologie
Temporalités du travail et du care. Les employé-e-s de banque en agence
Marianne Le Gagneur École en Hautes Études en Sciences sociales

n° 197
2017

Revue de littérature sur les assistantes maternelles
Position sociale, conditions de travail et d'emploi et quotidien
Anne Unterreiner Cnaf - Dser

n° 196
2017

Le Bafa et les jeunes
Étude évaluative
Jeanne Moeneclay Cnaf - Dser

n° 195
2017

Revue de littérature critique :
l'accompagnement social et ses effets sur les bénéficiaires
Melaine Cervera, Céline Émond, Renaud Hourcade, Céline Jung, Rémi Le Gall Apex

n° 194
2017

RSA - Prestations familiales - Accueil de la petite enfance
État de l'opinion en 2016
Patricia Croutte, Sandra Hoibian, Sophie Lautié Crédoc

n° 193
2017

Familles et société - Sondages 2016
BVA - CSA - Ifop - Ipsos - LH2 - Opinion Way - Sofres
Lucienne Hontarrede Cnaf - Dser

Pour toutes correspondances
Frédérique Chave – 01 45 65 68 41
frederique.chave@cnaf.fr
Maquettiste *Ysabelle Michelet*

Les dossiers d'études ne peuvent être vendus,
ils sont téléchargeables directement sur le www.caf.fr
► Presse et Institutionnel ► Recherche et statistiques
► **Publications**

**Cnaf – 32, avenue de la Sibelle
75685 Paris cedex 14**

