

UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)
Président Pr G. CREMER

DEA d'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE
(directeurs Pr Y. PELICIER et Dr C. HERVE)
(promotion 1991 - 1992)

Titre du mémoire :

**PROBLEMES ETHIQUES MEDICO-SOCIAUX POSES
PAR LES POPULATIONS SANS TOIT STABLE**

Présenté par : Monsieur Jacques HASSIN

Le 17 septembre 1992

Directeur de mémoire : Pr Michel MAFFESOLI

REMERCIEMENTS

à

- Monsieur le Professeur **Michel MAFFESOLI**, Directeur du Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien (C. E. A. Q., PARIS V - SORBONNE).

Vous avez bien voulu accepter de diriger ce mémoire. La richesse de votre enseignement m'a été tout à fait précieuse dans la mise en perspective sociologique de la problématique.

- Monsieur le Docteur **Patrick HENRY**, Créateur de la Consultation Médicale des Personnes Sans Abri.

Votre concours tout au long de ce travail, m'a été indispensable, tant pour les données du C. H. A. P. S. A., que pour celles de la R. A. T. P., entre autre pour l'Opération "Coup de Pouce".

- Monsieur **Patrick DECLERCK**, Ethnologue et Psychanalyste.

Votre connaissance du terrain et vos conseils m'ont été précieux.

- Monsieur le Docteur **Jean-Pierre PICHON**, Responsable du Département d'Information Médicale de l'Hôpital Max FOURESTIER.

Votre aide, dans la réalisation matérielle de ce mémoire, m'a été indispensable.

- Monsieur **Christian KOZAR**, Directeur du Département Environnement et Sécurité de la R. A. T. P. et son équipe.

Vous avez bien voulu m'autoriser à reproduire un certain nombre de documents, ce dont je vous remercie.

- Mademoiselle **Lila TAIBI** et Madame **Emmanuelle JORE**, Secrétaires du Service d'Anesthésie-Réanimation, qui m'ont apporté sans compter leur contribution dans la réalisation de ce travail.

PROBLEMES ETHIQUES MEDICO-SOCIAUX POSES PAR LES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

-I- INTRODUCTION

-II- LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE

2-1 HISTORIQUE

2-2 PERIODE ACTUELLE

2-3 AVENIR

-III- APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

3-1 DEFINITION SEMANTIQUE DE LA POPULATION

3-2 EVALUATION QUANTITATIVE

3-3 EVALUATION QUALITATIVE

**-IV- APPROCHE DES PROBLEMES MEDICO-CHIRURGICAUX POSES
PAR CES POPULATIONS**

**4-1 ETUDE COMPARATIVE SUR LEUR PATHOLOGIE
CHIRURGICALE**

**4-2 ETUDE SUR LA CONSULTATION MEDICALE
DU C.H.A.P.S.A.**

**-V- APPROCHE DES PROBLEMES ETHIQUES POSES
PAR CES POPULATIONS**

**5-1 PROBLEMATIQUE ETHIQUE ENVISAGEE SOUS
L'ASPECT BIO-MEDICAL**

**5-2 PROBLEMATIQUE ETHIQUE ENVISAGEE SOUS
L'ASPECT SOCIO-POLITIQUE**

-VI- CONCLUSION

PROBLEMES ETHIQUES MEDICO- SOCIAUX POSES PAR LES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

*" Pauvres, ils ne le sont pas; ils ne sont privés que
de biens essentiels,
Et livrés au hasard, sans force et sans volonté,
Ils sont marqués du sceau d'une angoisse sans nom
Et dépouillés de tout, même du sens de la pauvreté".*

Rainer Maria Rilke
Cité par René Lenoir (1 : p 50)

- I - INTRODUCTION

Ce mémoire se veut un point de départ à une réflexion et à une recherche sur les problèmes éthiques posés en France par des populations exclues, particulièrement défavorisées. Ces populations, je les qualifierai de populations sans toit stable ou encore sans domicile certain.

L'établissement, dans lequel j'exerce mon activité professionnelle comme Praticien Hospitalier, temps plein, Spécialisé en Anesthésie-Réanimation, représente une plateforme d'étude particulièrement intéressante pour une partie de ces populations. Mon étude se limitera, en fait, à la population des sans domicile fixe de la région parisienne.

Ce travail se veut une recherche à travers une double approche :

- D'une part, un travail de lecture bibliographique et de réflexion transdisciplinaire sur les problèmes de bioéthique posés par ces populations. Cette approche que Nicole Léry (2 : pp 2161-2166) qualifierait de "penseux", est une éthique en dehors des choses, mais dont l'intérêt est fondamental dans la formalisation des principes et des valeurs.

- D'autre part, un travail d'observation de terrain, issu de la réalité quotidienne, que l'on pourrait appeler de "besogneux".

Le médecin qui avait créé la consultation médicale des personnes sans abri a été appelé à d'autres fonctions (au Département Environnement et Sécurité de la R.A.T.P.). Aussi, j'assume, depuis avril 1992, la responsabilité de cette consultation médicale de dépistage et de soins aux personnes sans abri. Quarante à cinquante patients sont vus, tous les jours, et ce travail représente un terrain de "stage" tout à fait riche en observations à la fois médicale, sociologique, et de fondement pratique à la réflexion éthique. D'ailleurs, en accord avec Michel Maffesoli, je lui emprunterai son analyse (3 : pp 239-240) : *"Vécu et proxémie. Ce sens de la concrétude de l'existence peut dès lors être considéré comme une expression de bonne santé, comme l'expression d'une vitalité propre. Vitalisme qui secrète en quelque sorte une pensée organique, avec bien sûr les qualités propres à ce genre de pensée, à savoir l'insistance sur la pénétration intuitive : vue de l'intérieur, sur la compréhension : saisie globale, holistique des divers éléments du donné et sur l'expérience commune : ce qui est ressenti avec d'autres comme constitutif d'un savoir vécu..."* *"Même si cette approche ne constitue pas un grand récit de référence, une théorisation surplombante, ce "vitalisme", cette concrétude est souvent considérée avec peu d'intérêt voire avec dédain car peu scientifique à tort me semble-t-il. Il contient une part de vérité qui si elle est moins quantifiable n'en est pas moins le témoin d'un savoir vécu. Ce "sens commun" non normatif, plus descriptif qu'explicatif, moins centrifuge, ne va pas au-delà de l'objet étudié."*

En ce sens, je n'essayerai pas dans ce mémoire, de gommer les contradictions nombreuses qu'il contient par une tentative illusoire de synthèse un peu surplombante. L'éthique n'est pas, me semble-t-il, synthèse et consensus mais choix de la moins mauvaise solution. C'est-à-dire du moins mauvais compromis entre les valeurs en jeu dans la situation concrète où l'on se trouve. Ce vécu, cette proxémie, permet un certain savoir qui est un pré-requis lorsque l'on veut parler des sans abri. Par ailleurs, il est intéressant de constater que la recherche bibliographique à travers trois banques de données (Medline, Pascal et Ethics) ne retrouve aucune référence bibliographique sur les problèmes éthiques posés par les populations S.D.F. On retrouve des références bibliographiques sur le plan médical, sur leur morbidité, sur des données statistiques ou sur les problèmes de santé publique qu'ils posent. Par ailleurs, on ne retrouve pas de données spécifiques concernant leur pathologie chirurgicale. Aussi, après une tentative de description de ces populations, ce travail de recherche va consister, à défaut d'apporter des réponses, à essayer bien modestement de mettre en évidence les "bonnes" questions éthiques qui se posent.

Il essaiera également de montrer que ces questions éthiques sont, pour certaines, spécifiques à ces populations et méritent une réflexion et un approfondissement particulier.

Dans une première partie de ce travail, nous allons présenter notre établissement et voir comment sa légitimité historique, ses missions actuelles et son devenir, conduisent à valider notre groupe d'étude par le nombre de sujets qui y transitent. Nous essayerons de voir pourquoi la spécificité de cette population peut conduire, lorsque l'on veut bien y réfléchir, à des interrogations éthiques spécifiques.

Dans la deuxième partie, une esquisse d'approche socio-anthropologique essaiera de savoir si une qualification particulière de ces populations est possible, voire souhaitable. Nous tenterons de repérer si un certain nombre de traits communs, de données groupales, de caractérisation plus fine sont susceptibles de déboucher sur des concepts plus élaborés. Cette recherche permettrait, peut-être à défaut, de sensibiliser le Politique représentant l'ensemble de la société vis à vis de ces groupes d'exclus, particulièrement marginalisés, de favoriser la réflexion dans une structure où un grand nombre de vagabonds est emmené.

Dans une troisième partie, nous verrons leurs pathologies médico-chirurgicales, et nous essayerons de voir si ces pathologies sont différentes de celles du reste de la population.

Enfin dans la quatrième partie, nous tenterons de formaliser les problèmes éthiques particuliers rencontrés.

- II - LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE : OBSERVATOIRE PRIVILEGE DES POPULATIONS DEFAVORISEES

2-1 HISTORIQUE

Le nombre de mendiants augmentant sans cesse, en 1657, un an après la destruction de la grande cour des miracles, Louis XIV ordonne "le grand renfermement". Après que les crieurs publics eurent annoncé que la mendicité était interdite, une messe solennelle fut célébrée à l'église de la Pitié. Ensuite, on enferma les quatre mille malheureux qui n'avaient pas fui Paris avant. Les femmes furent conduites à la Salpêtrière, les enfants à la Pitié, et les hommes à Bicêtre. Plus que des hôpitaux au sens contemporain, il s'agissait en fait d'établissements de Force, où l'on faisait découvrir par la contrainte les vertus du travail aux vagabonds enfermés. Outre la "réinsertion" par le travail, on s'occupait également activement du salut de leur âme. Cette ébauche historique, empruntée pour l'essentiel à Jean-Luc Porquet (4 : pp 172-183), nous montre que dès cette époque, on retrouvait les attitudes que l'on rencontre encore aujourd'hui :

- L'attitude coercitive, répressive, qui vise à un enfermement et à une réinsertion de force par le travail.

- L'attitude caritative, qui sublime le pauvre, et déjà à cette époque, Saint Vincent de Paul, refusant l'enfermement, continua à secourir les pauvres dans la rue.

La Maison de Nanterre a une justification historique clairement coercitive. La prison de Saint-Denis construite sous le Premier Empire en application du Décret Impérial du 5 juillet 1808 sur l'extirpation de la mendicité, s'avérait trop petite. Aussi un décret du 25 février 1873 décida de l'édification d'un dépôt de mendicité à Nanterre : La Maison de Nanterre. L'édifice d'après le cahier des charges devait accueillir dans des bâtiments séparés trois catégories d'hommes et de femmes. D'une part, des détenus condamnés pour mendicité et vagabondage, d'autre part, des personnes libérées sous surveillance et enfin des indigents infirmes ou peu valides. Le concours d'architecte fût remporté par Achille Hermant.

L'article 274 du Code Pénal (5 : p 163), encore en vigueur le 8 juillet 1992, précisait que *"Toute personne qui aura été trouvée mendiant dans un lieu pour lequel existera un établissement public organisé afin d'obvier à la mendicité, sera punie de trois à six mois d'emprisonnement, et sera, après l'expiration de sa peine conduite au dépôt de mendicité."* Je relève au passage le terme d'extirpation qui n'est pas neutre.

Il correspondait tout à fait aux données médico-socio-politiques de l'époque où l'on essayait d'extirper la folie, les mauvaises moeurs, la pauvreté et la mendicité d'un individu comme on en extirperait une tumeur ou un abcès. Devant l'échec et la mauvaise volonté

manifeste et intolérable de l'individu, on extirpait alors l'ensemble de l'individu de la société en l'excluant complètement. On retrouve ce "traitement" pour les femmes de mauvaise vie avec l'hôpital Saint-Lazare, pour les aliénés avec les hôpitaux psychiatriques, et donc pour les vagabonds avec la Maison de Nanterre. Toutes ces institutions avaient en commun leur caractère répressif, coercitif, le but premier étant de protéger la société contre ces "déviant". L'ouverture de la Maison de Nanterre eu lieu le 7 juin 1887, et un décret du 13 septembre 1887 l'institue en dépôt de mendicité. Les bâtiments à caractère carcéral reçurent les 400 détenus condamnés pour vagabondage et mendicité transférés de la prison de Saint-Denis. L'ensemble des bâtiments accueillit près de 5000 vagabonds et indigents.

Les articles 269 à 281 du Code Pénal (5 : pp 161-165) indiquaient que "*Le vagabondage était un délit*" (art 269) et que "*les vagabonds ou gens sans aveu qui auront été légalement déclarés tels seraient pour ce seul fait punis de trois à six mois d'emprisonnement*" (art 271). Il était également prévu que "*Les individus déclarés vagabonds par jugement pourront, s'ils sont étrangers, être conduits, par les ordres du gouvernement, hors du territoire de la République*" (art 272).

Les poursuites sont en diminution constante. En effet, si en 1899 on procédait à près de 50.000 arrestations, en 1961 il y a eu 9.100 condamnations pour vagabondage, et 95 en 1987. Mais ces délits figuraient toujours dans notre Code Pénal jusqu'à la très récente réforme de ce code, définitivement adoptée par le Sénat le 8 juillet 1992, et qui doit entrer en vigueur le premier mars 1993. Il faut remarquer que, s'il est vrai que les poursuites n'existaient plus, ces articles néanmois soutenaient légalement le travail de la Brigade spécialisée qui "ramasse" les clochards dans Paris et les conduit parfois contre leur gré à Nanterre. Cette "atteinte" à la liberté individuelle était possible en raison de cette pénalisation du vagabondage. La suppression de ces articles dans le nouveau Code Pénal peut sembler en première analyse une bonne chose puisqu'ils étaient tombés en désuétude. Ce Code Napoléonien, hérité de l'Assemblée Constituante de 1791, et réformé, en 1810, par les Jurisconsultes, ne comptait plus qu'un cinquième environ des articles d'origine. Mais on pouvait encore voir précisé, dans l'article 278 par exemple, qu'on "*punissait de 6 mois à deux ans d'incarcération tout mendiant et vagabond trouvé porteur d'un ou plusieurs effets de valeur supérieure à un franc*".

C'était en partie grâce à cette "couverture" légale, que les services de la Préfecture de Police pouvaient emmener parfois contre leur gré des vagabonds dans un état de misère physiologique effroyable ou de maladie présentant pour eux un risque vital à très court terme. Ils étaient ainsi conduits, sans contestation possible, dans une Maison où ils recevaient les soins nécessités par leur état. Ces soins peuvent aller jusqu'à une hospitalisation dans le service de réanimation de l'hôpital si cela est nécessaire. Alors, cette suppression d'articles répressifs est, certes, une bonne chose pour eux. Mais le vagabondage n'étant plus un délit, ils quittent le Code Pénal, et cela peut augmenter encore leur "transparence". D'ailleurs, dans le Code de la Santé Publique (6 : pp 1238-1239), quatre lignes sur 1350 pages sont consacrées aux vagabonds.

Une autre justification au ramassage est donnée par l'arrêté du conseil des Consuls du 12 Messidor an VIII. Cet arrêté permet encore aujourd'hui un soutien légal au travail de ramassage de la Brigade d'Assistance Aux Personnes Sans Abri (B. A. P. S. A.). En application de cet arrêté, le Préfet de Police de Paris, avait reçu mission de recueillir sur la

voie publique les personnes sans abri, afin de préserver la salubrité dans le département de la Seine. Cet arrêté donne la deuxième justification légale au ramassage des vagabonds dans Paris et cette mission perdure. En effet, à l'heure actuelle, des cars (des anciens bus de la R. A. T. P.) de la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri (B. A. P. S. A.) sont chargés de conduire, tous les jours, plusieurs centaines de personnes ramassées sur les trottoirs de Paris, dans un état évident de clochardisation, de misère physiologique ou de maladie. Cette vocation de la Maison a d'ailleurs été confirmée par la loi du 13 janvier 1989 qui a érigé la Maison de Nanterre en Etablissement Public (7).

La gestion de l'institution relevait de la Préfecture de Police. Malgré cet aspect répressif, la Maison Départementale de Nanterre, avait également un rôle de Maison d'accueil et d'hébergement pour les personnes sans abri et sans ressources de l'ancien Département de la Seine. Le décret du 13 septembre 1887 l'institue en dépôt de mendicité. De grands dortoirs et un très grand réfectoire assuraient vivre, couvert et toit aux plus démunis, et toute personne admise à la Maison de Nanterre était certaine de ne pas mourir de faim et de froid. La seule condition était de se rendre utile par un travail adapté à ses capacités. Ce travail avait d'ailleurs, plus pour objet, l'entretien et le fonctionnement de l'institution qu'une éventuelle réinsertion. La Maison de Nanterre fut ainsi une des institutions, caritative, publique et laïque, parmi les plus importantes, destinée à accueillir les personnes sans abri. Il est apparu assez vite que, plus que d'autres, ces malheureux accueillis étaient des malades en puissance. Entre 1893 et 1898, un très grand bâtiment fut aménagé en infirmerie dans lequel quelques religieuses étaient chargées des soins. Un autre bâtiment contenait de grandes salles qui abritaient des hébergés malades, grabataires ou incurables. Il est tout à fait remarquable de noter que le coercitif était laïque, alors que le médical, entré lui dans un deuxième temps dans l'institution, était confessionnel.

La Maison de Nanterre qui était donc une prison pour mendiants et un asile pour personnes sans ressources, va se voir doté d'une mission supplémentaire par l'Arrêté du 16 juin 1907 du Préfet de la Seine. Cet arrêté autorisait l'accueil des personnes bénéficiant d'une décision d'hospitalisation au titre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire. Assez rapidement, l'infirmerie qui comportait un nombre important de lits va se transformer en véritable hôpital. Certaines salles furent spécialisées en Chirurgie, d'autres en Pneumologie, d'autres enfin en Médecine. Une délibération du Conseil Général du 24 décembre 1929, suivie de l'arrêté du 9 avril 1930, donne à l'infirmerie de la Maison de Nanterre la possibilité de donner des soins médicaux à la population des sept communes environnantes dépourvues d'hôpitaux. Par le décret du 22 décembre 1967, la Maison de Nanterre est classée parmi les services non personnalisés de la Préfecture de Police, inscrite au budget de la Ville de Paris. Par le décret du 8 janvier 1970, les biens, obligations et droits de la Maison de Nanterre sont transférés à la Ville de Paris.

En 1976, par arrêté du Préfet de Police, l'ancien Service Sanitaire de la Maison de Nanterre prend officiellement le nom d'Hôpital de la Maison de Nanterre et se voit assimilé aux hôpitaux de 2^e catégorie, premier groupe. L'ensemble constituait un service non personnalisé de la Préfecture de Police.

2-2 PERIODE ACTUELLE

En 1989, la loi du 13 janvier 1989 (7) introduit une mutation juridique essentielle. La Maison de Nanterre qui avait été dévolue à la Ville de Paris après le partage de l'ancien département de la Seine, est érigée en un établissement public autonome et spécifique, à vocation sanitaire et sociale : le C.A.S.H. de Nanterre (Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre).

Ses missions exercées au sein d'unités distinctes comprennent :

- 1°) l'accueil, la réadaptation sociale des personnes sans abri orientées par le Préfet de Police de Paris, ainsi que l'hébergement et la réadaptation sociale des personnes visées à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale. Ceci dans les limites de capacités autorisées par le représentant de l'Etat dans la région, conformément aux dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- 2°) Le service Public hospitalier tel que défini au chapitre 1° de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (remplacée actuellement par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991).

- 3°) L'hébergement et les soins des personnes âgées et handicapées y résidant.

Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (C.A.S.H.) est donc constitué de trois unités différentes :

- L'Hôpital Max Fourestier
- Le Centre d'Accueil et de Réinsertion (C.H.R.S.)
- La Maison de Retraite accueillant essentiellement d'anciens

hébergés de la Maison. Elle comprend une section de cure médicale.

1°) L'Hôpital Max Fourestier

L'hôpital est doté de 530 lits de court séjour. Il a réalisé, par exemple en 1990, 8.337 entrées, 15.657 accueils aux urgences, et 75.138 consultations. Comme nous l'avons déjà montré, au départ infirmerie destinée aux indigents, petit à petit au cours de son histoire, l'individualisation en services médicaux a abouti à une structure hospitalière complète. Celle ci dispose de tous les services médico-chirurgicaux indispensables à tout hôpital général et particulièrement à ces populations démunies. Toutes les pathologies peuvent y être traitées à l'exception de la Neurochirurgie et de la Cardiochirurgie. Il est intéressant de noter que, lorsqu'on interroge le personnel travaillant dans la structure hospitalière sur la répartition des malades entre population S. D. F. et population "stable", une grande majorité du personnel surévalue de façon très importante la proportion des ces exclus. Si l'on regarde réellement les chiffres pour la Chirurgie, par exemple, plus de 75% des entrées proviennent de populations non-S. D. F. comme l'a montré Patrick Audouy (8 : pp 107-110). Cette idée d'une importance surévaluée de cette "clientèle", qui est perçue intuitivement de façon plus importante qu'elle ne l'est en réalité,

est très significative. Cela doit être pris en compte lorsque l'on veut aborder les problèmes éthiques au niveau des personnels ayant en charge cette double population : clochards et population socialement insérée. Un questionnaire qui essaierait d'évaluer l'image du clochard par rapport à la population "normale", ainsi que les nuisances ressenties ou réelles créées par eux trouverait tout à fait sa justification dans cette institution employant 1200 personnes.

2°) Le Centre d'Accueil et de Réinsertion

Ce centre d'accueil comprend 1113 places, les hébergés sont pour la plupart d'anciens vagabonds. Ils exercent une activité en principe adaptée à leurs possibilités et sont domiciliés au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. La majorité d'entre eux perçoit le R.M.I. Ce centre comporte également un foyer de réinsertion sociale de 45 lits.

Par ailleurs, le centre d'accueil comporte un centre d'urgence, le C. H. A. P. S. A (Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri). Il s'agit d'une petite structure où l'on compte 150 à 200 passages quotidiens, soit environ 60.000 passages annuels (68.642 en 1990, et 68.603 en 1991). Il comprend 298 lits.

Là arrivent les vagabonds amenés plus ou moins volontairement par :

- Les cars autrefois gris et récemment bleus de la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abris de la Préfecture de Police. Cette brigade de la Sécurité Publique : la B. A. P. S. A. est dirigée par un commissaire, et la cinquantaine de fonctionnaires de Police de cette brigade, vêtus de combinaison bleue sont dénommés familièrement "les Bleus". Il y a trois arrivées à Nanterre (10h00, 16h00, 22h00). Ces cars sont en fait des cars de ramassage ayant un trajet et des arrêts bien déterminés dans Paris (La Villette, Saint-Lazare, Gare de l'Est, Châtelet). Mais leur trajet est adaptable en fonction des besoins, lors de mauvaises conditions climatiques par exemple. Cela signifie que n'importe quel vagabond peut chaque jour, s'il le désire, prendre le car pour être emmené, puis douché, blanchi, nourri et hébergé pour la nuit.

- Les cars de la R. A. T. P. Des personnels spécialisés, accompagnés d'un gardien de la paix du Service de Protection et Surveillance du Métropolitain (S. P. S. M.), conduisent à Nanterre les vagabonds ramassés dans le métro. Il y a quatre arrivées quotidiennes en moyenne, mais variables selon les saisons (04h00, 11h00, 15h00, 20h00).

- Les cars de Police-Secours. Un petit nombre de vagabonds est conduit directement par ces cars. Généralement, il s'agit d'appels de particuliers aux Services de Police.

- Un nombre non négligeable d'entre-eux vient par ses propres moyens jusqu'à Nanterre, de façon tout à fait volontaire, sachant qu'ils trouveront là accueil, gîte et couvert, et éventuellement soins médicaux et infirmiers.

A la sortie des cars, les personnes ramassées prennent une douche. Ensuite, ceux qui le souhaitent, peuvent bénéficier d'une consultation médicale et/ou des soins d'une infirmière. Cette consultation constitue un véritable observatoire des problèmes médico-sociaux de ces populations S. D. F. En effet, cette consultation de dépistage dispense des soins à près de 9.000 personnes par an (50 par jour environ), ce qui sur 63.000 passages au C. H. A. P. S. A. représente environ 14% des passages (et non des usagers).

Dans tous les cas, un repas leur est servi. Ceux, venus le matin, repartent l'après-midi, et ceux, arrivés en fin d'après-midi ou dans la nuit, sont hébergés jusqu'au lendemain matin. Pour le retour, les mêmes cars les reconduisent dans Paris où ils sont "libérés".

3°) La Maison de Retraite

Elle comprend 441 places et est destinée essentiellement aux anciens hébergés de la maison. Il est parfois possible, en fonction des places disponibles, de faire passer, à sa demande, un vagabond directement de la rue à la Maison de Retraite si l'âge requis est atteint (60 ans). Par ailleurs il existe une section de Cure Médicale de 96 lits.

Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre représente ainsi une structure tout à fait originale et à ma connaissance unique. En effet, on va trouver dans cette structure, dans un même lieu, un centre d'hébergement transitoire, un centre d'accueil et de réinsertion et un hôpital où les S. D. F. sont soignés à même hauteur que n'importe quel citoyen. Dans les autres structures existantes, on va trouver :

- Soit des consultations spécialisées : Médecins du Monde, Remède.
- Soit des centres d'hébergement temporaires : Nicolas Flamel, la Péniche.
- Soit des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C. H. R. S.).

Ici, les patients S. D. F. sont accueillis de façon transitoire au C. H. A. P. S. A., mais aussi dans la structure hospitalière en cas de besoin, ou bien encore à leur demande et en fonction des places disponibles, au centre d'accueil.

Aussi dans l'hôpital, va-t-on retrouver une triple population :

- Des patients "normaux", correspondant à la population hospitalière courante d'un hôpital général, soignés dans un hôpital moderne, doté d'un important plateau technique.

- Mais aussi des patients du Centre d'Accueil qui sont d'anciens S. D. F. hébergés dans la Maison et qui y travaillent avec un apport non négligeable pour l'ensemble de la structure : Jardins, cuisine, buanderie, entretien, services techniques, menuiserie, boulangerie, brancardage, coursiers.

- Enfin, des sans domicile fixe hospitalisés.

Il s'agit donc d'un observatoire tout à fait intéressant permettant de comparer les pathologies de ces diverses populations.

2-3 L'AVENIR

1°) L'hôpital Max Fourestier

Le Programme d'Etablissement (9) et en particulier le Projet Médical (10) souhaitent faire de l'hôpital une structure moderne. Un nouveau service d'Imagerie Médicale vient d'y être inauguré, et le projet médical prévoit la reconstruction, en dehors de la structure existante, d'un bloc médico-technique permettant de doter cet hôpital d'un plateau technique de très haut niveau.

2°) La Maison de Retraite

Elle doit voir ses conditions matérielles s'améliorer permettant d'assurer aux personnes qui y sont accueillies des conditions de fin de vie plus décentes.

3°) Le Centre d'accueil et de réinsertion

Il voit se porter l'essentiel de cette réflexion. Des solutions et un travail renforcé des travailleurs sociaux devraient essayer de développer la partie insertion qui trop souvent vient au deuxième plan. Pour ce qui concerne l'accueil des sans domicile fixe, cette étude y étant consacrée, les solutions et améliorations possibles y seront discutées ensuite. Signalons simplement dès à présent, qu'un projet d'établissement spécifique pour les cinq ans à venir a été élaboré (11). La rénovation d'un bâtiment entier devra doter cette structure d'un cadre adapté et fonctionnel. Réservé à ces populations, il permettra d'y héberger des S. D. F. sortant des services d'hospitalisation, ne nécessitant pas une hospitalisation en service de long ou moyen séjour, mais ne pouvant pas être remis à la rue.

L'accueil et la consultation médicale du C. H. A. P. S. A. pourront se faire dans un cadre plus adapté, plus vaste, plus humain. La création d'un service de Psychiatrie, la présence renforcée de travailleurs sociaux, tout ceci contribuera à faire de ce vaste bâtiment rénové un service de prise en charge globale et spécialisée prenant en compte à la fois :

- l'aspect médical,
- l'aspect social,
- l'aspect psychologique voire psychiatrique,
- l'aspect dépistage, suivi, orientation et réinsertion.

L'abord de ces différents aspects dans une même structure représentera un endroit unique, véritable sas d'observation et de prise en compte de ces populations. Le "regard" éthique doit intervenir à tous les niveaux pour que cette structure remplisse son rôle et ne débouche pas sur un effet contraire qui serait de majorer l'exclusion tout en donnant malgré tout bonne conscience à l'institution et à travers elle, à la société tout entière. Ce mémoire d'éthique essayera bien modestement d'y contribuer.

- III - APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DE CES POPULATIONS

Il est clair que la sociologie apporte un éclairage très important sur ces populations. Mais le sociologue ne peut ni ne doit complètement se substituer au politique ni au professionnel de terrain quotidiennement confronté à la pratique du sujet. C'est peut-être un des intérêts de ce travail de recherche par un praticien de terrain guidé et éclairé par le regard d'un sociologue. La notion de dialogue entre chercheurs et praticiens de terrain paraît essentielle. Cette recherche résulte donc d'une expérience de travail à une consultation médicale spécialisée pour les sans abri. Il s'agit d'une consultation de médecine générale, de dépistage, et de tri pour éventuellement les orienter, soit vers les Urgences, soit vers une consultation spécialisée (Oto-Rhino-Laryngologie, Stomatologie, Ophtalmologie) ou encore vers une hospitalisation.

Je n'ai sollicité en tant que "chercheur" ni entretien, ni confidence, ni observation. Etant en contact avec eux en tant que médecin praticien, il me semblait peu pertinent de me présenter en même temps comme effectuant une étude sur eux. Par contre, j'ai écouté avec attention ce que eux voulaient bien me dire, et j'ai observé avec peut-être plus d'acuité un certain nombre de traits me semblant caractéristique et notable. Il s'agit donc là essentiellement d'une étude de terrain.

L'image qu'ont de nombreuses personnes sur Paris est, qu'en dehors de ses monuments, indissociable de la ville, une place existe pour le vagabond, le clochard, le sans abri ou le S. D. F. L'étude de la représentation sociale du clochard dans l'espace public est à cet égard tout à fait démonstrative. Cette représentation sociale, archétypique est celle du clochard Parisien souvent âgé, amusant, peu agressif, "philosophe" et ayant choisi la "cloche" un peu par refus de socialisation, un peu par paresse, un peu par manque de chance. Ce cliché, immortalisé par quelques films (Boudu sauvé des eaux), chansons, ou sketch (Coluche) est malheureusement lointain par rapport à la réalité. Ce clochard est assez souvent dans ces représentations un médecin alcoolique rayé de l'ordre, un prestigieux universitaire déchu, qui par rejet de la société se retrouve dans "la cloche." On peut également parler du fameux cadre moyen en costume cravate qui se retrouve du jour au lendemain dans la rue et dont le portrait nous est brossé tous les hivers. Ce sont là des représentations que je n'ai pour ma part jamais retrouvées dans ma pratique et qui si elles existent, dans la réalité, doivent être plus que rarissimes.

3-1 DEFINITION SEMANTIQUE DE LA POPULATION

La première approche est celle de leur définition car comment définir cette population ? Représente-t-elle un groupe social cohérent et homogène ? Sur un simple problème de terminologie, comment les qualifier ?

Sous le terme de vagabond ?

L'article 269 du Code Pénal (5) indiquait : "*Le vagabondage est un délit*".

L'article 270 : "*Les vagabonds ou gens sans aveu sont ceux qui n'ont ni domicile certain ni moyen de subsistance et qui n'exercent habituellement ni métier ni profession*". La notion d'aveu date du 12^e siècle, il correspondait à l'engagement écrit du vassal à son seigneur. Il contenait donc explicitement la notion d'identité. La forme moderne de l'aveu est l'acte de naissance. Les arrêtés d'application datent de 1870-1890, et le vagabondage était établi sur quatre critères : L'absence de domicile certain, l'absence de ressources, l'absence d'exercice habituel d'un métier ou d'une profession, le vagabondage intentionnel. Cette notion permettait à l'époque de différencier les vagabonds de personnes en situation précaires, au bord de la désocialisation (ouvriers agricoles, sous-prolétariat ouvrier). Si l'on prend ce terme de vagabond sous l'idée commune de vagabondage, d'errance, il ne correspond pas à notre population étudiée. Nombre de ces clochards ne sont pas des vagabonds et on les retrouve dans les endroits où ils "zonent", où ils occupent l'espace au besoin pour et par l'activité de la manche. Il existe même pour certains une sédentarité marquée et les places sont souvent bien déterminées. Les personnels travaillant pour ces populations savent très bien, par exemple, que Mr X se trouve toujours gare du Nord, et Mme Y au Châtelet, endroit où ils ont leurs habitudes.

Sous le terme de Sans Domicile Fixe (S. D. F.) ?

Il s'agit là d'une catégorisation administrative et juridique. Celle-ci permet une localisation fictive pour l'établissement de certains actes administratifs : R. M. I., établissement d'une Carte Nationale d'Identité. Le Code Civil montre bien que la détermination du domicile est délicate car on se trouve non pas en situation de droit, mais en situation de fait. Un certain nombre de non-sédentaires : les forains en caravanes, les tziganes, les bateliers par exemple, sont stricto sensu des S. D. F. sans être pour autant des clochards ou des vagabonds. L'invitation, à un Congrès International en Grèce pour une communication sur les S. D. F., du responsable de la consultation médicale des personnes sans domicile fixe, (en fait "spécialiste" des sans-abri et des clochards) a posé un gros problème diplomatique. En effet, ce congrès concernait en fait des bateliers et des forains tout à fait surpris et choqués qu'on les assimile aux clochards. Ce fait quelque peu anecdotique, traduit bien l'ambiguïté sémantique de la qualification. On pourrait aussi faire une distinction entre sans domicile fixe et sans domicile certain, ce qui permettrait de différencier les non-sédentaires, des vagabonds et des clochards.

Sous le terme de sans-abri ?

Comme on l'entend dans les bilans après un séisme ou une catastrophe naturelle. Mais cette terminologie ne définit qu'un état instantané ne permettant pas de les qualifier. Un certain nombre d'entre eux a parfois des possibilités d'abri précaire ou provisoire : squats, hébergements d'urgence, centres d'accueil divers, et ne sont donc plus à un instant "T" des sans abri alors qu'ils rentrent parfaitement dans notre population.

Sous le terme de mendiant ?

L'activité de la manche représente une partie visible de ces populations, mais un certain nombre de "mendigots" ne sont pas des sans domicile fixe. Quelques uns ayant trouvé un travail à temps partiel continuent à faire la manche le week-end pour ne pas "perdre la main" et surtout pour ne pas perdre la place lorsque celle-ci est intéressante ("à la priante" devant une église fréquentée), au "cas ou."

Sous le terme de clochard ?

Ce terme désignait ainsi le vagabond comme celui qui marche à cloche-pied. Lorsque l'on voit l'importance pour eux de la marche, du pied et de la chaussure, on comprend pourquoi ce terme. Il est vrai que ce sont des populations qui marchent vraiment beaucoup même si c'est dans un environnement restreint. L'importance des lésions des pieds que l'on rencontre en témoigne. Il est vrai que pour eux, la perte ou le vol d'une paire de chaussures, une simple ampoule aux pieds qui se surinfecte, est quelque chose de dramatique. Le fait de ne plus pouvoir marcher équivaut à une condamnation à mort pour un clochard, surtout l'hiver, sauf s'il est pris en charge par une aide extérieure. Mais l'ensemble de ces populations récuse ce terme de clochard qui lui sert de repoussoir. C'est pour eux la fin du chemin, et on entend de façon constante lorsqu'on les écoute "je ne suis pas un clochard, je ne comprends pas pourquoi on me met avec les clochards, c'est une erreur, j'ai un domicile, je veux partir", même si l'on revoit cette personne régulièrement pendant quelque temps, quotidiennement ramassée par la B. A. P. S. A. Le terme de clochard est pour eux une référence très prégnante. En s'en différenciant, ils expriment l'idée d'une réversibilité de leur situation alors que le clochard est lui dans une position terminale irréversible. Il y a là, quelque chose qu'on peut qualifier de "bon sens populaire". Mais je pense, à l'image de Michel Maffesoli (3 : p 10), que ce bon sens ne doit pas être considéré avec mépris et n'est pas d'évidence antinomique avec la "pensée savante." Il comporte une vérité et une réalité qu'il est nécessaire de prendre en compte dans une discussion éthique. Nous verrons s'il n'est pas "éthique" d'abandonner le mythe d'une réinsertion au profit de solutions moins glorieuses mais peut-être plus proches de leurs besoins réels.

Sous le terme de population du Quart-Monde ?

Mais on voit bien que ce terme ne s'applique pas uniquement aux errants, même s'ils peuvent être contenus dans ces populations.

L'instauration du R. M. I. a servi de révélateur et d'étude sérieuse grandeur nature, permettant au politique et à la société entière, qui semblait l'ignorer (?), à quel point cette population du Quart-Monde était une réalité, mais aussi quelle était l'ampleur du problème.

Sous le terme de routard ou de zonard ?

Un petit nombre se reconnaît volontiers dans ces qualificatifs. Le routard, à travers le mythe du départ, connaissant "toutes les ficelles", représente pour certains une référence. On retrouve toute la mythologie symbolique du voyage exotique, de celui qui fait la route, de la liberté totale du vagabond, du nomade qui a le ciel pour maison et qui est libre comme l'air, par rapport au socialisé enchaîné à sa maison, à sa famille, à son travail et à sa vie de labeur. On retrouve peut-être, implicitement contenue l'image du juif errant. On peut rechercher dans cette symbolique une part d'explication au traitement appliqué au vagabond. Cette symbolique recouvre des notions que l'on trouve plus ou moins enfouies mais assez présentes.

Par leur mode de vie ?

L'absence de domicile, l'absence d'hygiène, la malnutrition, l'alcool-tabagisme majeur, tout ceci représente des caractéristiques fréquemment retrouvées. Mais un certain nombre de sujets non-clochards répondent à ces critères, et l'ensemble des clochards ne présentent pas de façon constante l'ensemble de ces caractéristiques. De plus, 100% des clochards ne sont pas alcooliques.

Ainsi se pose une première difficulté qui est celle de leur définition. Lorsque l'on travaille sur ces populations, on sait bien de quoi l'on parle, mais il est difficile sur un plan sémantique de les qualifier. Les états frontières sont extrêmement flous et surtout, l'histoire personnelle dans la "carrière" est particulière à chaque individu. S'il fallait les désigner, je les appellerai volontiers les sans toit stable, terme qui me paraît à la fois matériellement recouvrir leur réalité, mais aussi symboliquement, faire référence à l'absence de toute protection familiale, amicale, sociale, en bref à tous les réseaux et critères d'appartenance sociaux. Ces traits semblent les caractériser, pour ne pas dire les stigmatiser, à tel point qu'on a pu parler d'eux comme de grands célibataires ou encore comme des célibataires illégitimes, terme employé par Dan Ferrand-Bechmann pour définir les S. D. F. : Des hommes qui ont perdu leur statut de travailleur, leur famille, leurs ressources et leur identité (**12**). Mais ce terme me gêne un peu, car il peut aussi faire référence à une sexualité marginale et non accomplie et là, il y a, semble-t-il, stigmatisation. Sur cet aspect, je voudrais insister sur un point qui me semble assez paradoxal dans une étude de terrain : au premier abord, lorsqu'on les côtoie "de loin" ou superficiellement, on trouve logique que leur vie sexuelle soit quasi inexistante. De fait, lorsqu'on considère les ratios hommes/femmes dans cette population (92% et 8%), ou lorsque l'on connaît leur alcoolisation importante responsable d'impuissance fréquente chez l'homme, ou d'aménorrhée secondaire chez la femme (carences alimentaires, neuroleptiques, alcool), on le comprend bien. Il est effectivement étonnant, étant donné l'âge moyen, que les grossesses soient rarissimes.

Mais peut-être, s'agit-il là, d'autorégulations démographiques un peu à l'image des observations des camps de concentration durant la dernière guerre, ou à l'image des phénomènes de régulation démographique bien étudiés dans certaines espèces animales et décrits par Edgar Morin (**13** : pp 68-72) ou Louis Vincent Thomas (**14** : pp 73-74). Il est vrai également qu'il existe un facteur psychologique important. Il y a souvent une telle auto-dévalorisation, un rapport de séduction à l'autre faussé, et pour beaucoup une

grande honte d'eux-mêmes, et cela explique parfois leur absence de sexualité. Alors, ce côté de leur vie paraît être négligeable. Mais je dirai plutôt que cet aspect n'est pas visible ; qu'ils ne le donnent pas à voir. Si, en bien portant socialisé, on essaye de se mettre à leur place, on se dit que quand l'on ne sait plus où manger, dormir, loger, cela doit effectivement passer en dernier impératif. Il est donc logique qu'ils n'en parlent jamais et que, lorsque l'on parle d'eux, cela soit comme des êtres asexués. Pourtant, il s'agit en majorité d'hommes et de femmes en période d'activité génitale, et pour conclure qu'il n'y ait pas de sexualité chez eux, il faudrait admettre que leur état de vagabond induit une physiologie particulière mettant en sommeil toute vie sexuelle, même si l'on a vu les raisons qui expliquent son appauvrissement. De fait, on sait bien que cette sexualité existe. Des études de terrain par des chercheurs ayant vécu quelque temps à leur côté et on peut voir ce qu'en dit par exemple Patrick Declerck, ethnologue et psychanalyste (**15** : pp 134-137 et **16** : pp 27-28), nous montrent bien que s'il ne le donnent pas à voir, cet aspect là de leur vie n'est pas forcément inexistant, même s'il est parfois quelque peu déviant par rapport aux normes. Par ailleurs, il existe "dans le circuit" quelques couples stables. Mais de toute façon, dans tous les centres d'hébergement, la chasteté, en tout cas hétérosexuelle, est théoriquement obligatoire en raison de la séparation complète des hommes et des femmes.

Au fond, et pour conclure, cette discussion sémantique, la difficulté à les désigner est finalement pour eux probablement une bonne chose car il est plus difficile de stigmatiser un groupe social dont la définition reste floue. Même s'il est vrai qu'individuellement, on peut, comme l'a fait Erving Goffman (**17**), pour d'autres populations, en décrire les stigmates, tant dans leur présentation que dans leur comportement. La difficulté que l'on rencontre pour les désigner et les regrouper au sein d'un groupe social spécifique provient peut-être du fait qu'ils ne représentent en rien un groupe social présentant des traits communs. Et il est vrai que le passage de l'Homme socialisé au clochard, au bout du chemin, ne comprend pas une trajectoire linéaire, mais une descente chaotique avec des retours en arrière, des accélérations et des dénis de réalité importants, des ruptures affectives et sociales. Au dernier stade, on aboutit à une résignation finale où l'avenir n'existe plus, et où le JE n'existe pas en dehors de la recherche primaire mais vitale du manger, mendier, boire et dormir.

Il est flagrant que les personnes transitant au C. H. A. P. S. A. représentent des populations très hétérogènes. Une observation "à la volée" pourrait en dresser un tableau à la Prévert, où l'on trouve pêle-mêle un ancien travailleur non salarié en faillite, un toxicomane, un handicapé léger, un chômeur en fin de droit, un migrant plus ou moins clandestin, un prétendu architecte, fils de médecin en rupture de famille après un divorce lié à une maladie alcoolique, un clochard "vrai", un malade sortant d'un hôpital psychiatrique, un infirmier désinséré. Il est intéressant de voir que beaucoup parmi eux, même très désocialisés, gardent une attache à une socialisation antérieure.

Ainsi, l'un va se présenter à la consultation avec une belle montre, un autre avec une valise Delsey en bon état, un troisième avec des chaussures propres et bien cirées, ou avec un chapeau feutre. Ils donnent une importance considérable à des photos de leur passé, de leur femme ou de leurs enfants. La perte de ces photos représente d'ailleurs pour eux un drame beaucoup plus important que la perte de leurs papiers d'identité. De la même façon, on retrouve le besoin de se raccrocher à un groupe social par l'exclusion de l'autre : "C'est un arabe même pas français qui me vole mes chaussures" (entendu aux douches) ou encore "je ne peux pas rester ici, il n'y a que des clochards... je n'aime pas

les clochards... je ne vais quand même pas rester avec ces déchets" (entendu à la descente du car de la B. A. P. S. A.). Il y a, dans leur discours, une narration du passé assez stéréotypée, archétypique et l'on retrouve de façon quasi constante une explication les justifiant dans leur passage à la rue. On note en particulier, très fréquemment, un discours d'abandon conjugal, de divorce, voire d'accident de la voie publique avec décès de la femme et d'enfants qui sont évoqués par beaucoup d'entre eux. Sans avoir à juger de la réalité des faits, car après tout, 10.000 morts par an sur les routes (9.617 en 1991), cela doit bien sortir des statistiques sèches et brutes et se traduire aussi par d'effroyables drames humains individuels. Cependant, il est curieux de noter que ces narrations sont extrêmement similaires à quelques détails près.

Ces discours très stéréotypés paraissent en fait avoir pour fonction essentielle de déresponsabiliser l'individu dans sa situation actuelle, sorte de justification indiscutable et rationnelle à leur désocialisation, leur permettant de "sauver la face". "Avant tout allait bien, j'étais normal, jusqu'à ce que ma femme me quitte ou jusqu'à ce que ma femme et mon enfant soient tués dans un accident. J'ai alors commencé à boire, ce qui a entraîné mon licenciement, je n'ai pas pu payer mon loyer, et je me suis retrouvé dans la rue". Ce sont là des phrases que l'on entend fréquemment. Il semble que l'on retrouve de façon assez constante un déficit affectif marqué dans l'enfance, dans un milieu souvent défavorisé. Par la suite, il existe une conduite d'échec permanent. Cette personnalité fragilisée par une dette affective importante ne permettra pas à l'individu de faire face à la moindre difficulté sérieuse qu'il rencontrera dans sa vie personnelle. De plus, tous les maris trompés, divorcés, veufs, ne deviennent pas clochards et alcooliques (ou alcooliques et clochards). Il y a donc là une condition peut-être nécessaire, mais non suffisante. Un système familial cohérent ne conduit que rarement un de ses membres à un passage dans la rue. Selon l'ancienneté de la rupture, leur mémoire individuelle devient de plus en plus appauvrie, étayée sur des représentations d'un groupe social auquel ils n'appartiennent plus. Au maximum, on arrive à un discours monotonal, assez pauvre, répété de façon monomaniaque, au besoin tous les jours à un même interlocuteur.

Cette "histoire des malheurs" est, pour eux, une façon de donner le change, car n'importe quel être sensé comprend qu'après de tels drames, il est imaginable qu'ils en soient arrivés là. Ce discours leur sert pour leurs activités de la manche, et d'une façon plus générale, dans la prise de contact avec le monde socialisé. Il leur sert également aussi de légitimation et de déresponsabilisation dans leur situation actuelle. Si on regarde au premier niveau de réflexion, on peut, en tant qu'être socialisé, inséré, se dire qu'après tout, si dans un accident de voiture je perdais ma femme et mes deux enfants que deviendrais-je ? Ne pourrais-je pas moi aussi en arriver là ?

Mais au deuxième niveau, je crois que cette "histoire des malheurs" a une fonction sociale très importante. Elle permet une double réidentification :

- A la fois du clochard vers l'individu "normal" qu'il aurait pu devenir ou rester s'il n'avait pas eu tous ces malheurs.

- Mais aussi de l'individu "normal" vers le clochard qu'il pourrait devenir s'il avait à subir ces mêmes malheurs.

On retrouve là, dans la réalité, cette fonction sociale du stigmaté clairement mise en évidence par Goffman, et qu'il associe avec pertinence à ce qu'il appelle la discontinuité biographique, autre trait rencontré (17 : p 97). On passe sans transition de l'accident brutal responsable de la rupture plusieurs années avant, au jour présent. Au maximum, on en arrive à des troubles très profonds avec une "dyslexie" temporo-spatiale qui est fréquemment retrouvée chez les plus désocialisés d'entre eux. Comme le signale Pascale Pichon (18 : pp 11-18), une étude plus fine montre que la désocialisation commence bien avant le passage à la rue et que le tableau n'est pas aussi pur et limpide. La renonciation à une vie sociale normale peut apparaître avant même l'arrivée de difficultés matérielles graves. Des études sur l'homme avant la rue montrent clairement que la chute et le passage dans la rue ne sont pas aussi brutaux, mais au contraire doux et progressifs. Ceci va à l'encontre de ce qu'a pu vivre Jean-Louis Degaudenzi (19 : pp 9-11) qui décrit chez lui un passage très brutal. Mais il me semble représenter un cas particulier très marginal et non démonstratif.

En fait, il peut paraître séduisant de considérer qu'il y a, à un moment donné, une rupture, une fracture affective chez des gens qui n'ont pas pu faire de "cal" affectif et qui n'ont pas trouvé d'aide pour les "plâtrer" ou réduire leur fracture. Le discours d'un certain nombre d'associations caritatives va dans ce sens. Il serait donc relativement facile de les réinsérer si on essaye de leur apporter cette aide. Mais la réalité des très nombreux, pour ne pas dire la quasi-totalité des échecs dans ce domaine incite à penser que le raisonnement est peut-être un peu trop sommaire et qu'il n'y a pas un avant où tout allait bien et un après où tout a basculé, et où il suffit de revenir à l'avant pour que cela aille.

"L'histoire des malheurs" qui tourne en gros entre : Pas de travail, pas de femme, pas d'amis, et l'alcoolisme, n'est pas à prendre en totalité au pied de la lettre. Cette histoire a une fonction symbolique de masque au sens africain, de Persona et cette fonction doit être respectée. Faire tomber le masque, annihiler cette fonction symbolique laisse découvrir que derrière il ne reste plus grand chose comme défense, et l'on ne retrouve en fait qu'une angoisse considérable. Là se rencontre un problème d'éthique du chercheur en sciences humaines sur des populations extrêmement fragiles, qui, s'il veut savoir, connaître et comprendre se doit d'assumer auprès de l'individu étudié la prise en charge des conséquences de ses actes. Ainsi, ce récit représente certainement le premier niveau d'une histoire qui en comprend d'autres. Il est flagrant de constater à la consultation médicale un exhibitionnisme très fréquent, le clochard se donne à voir dans une espèce de strip-tease en négatif avec un désir inversé et avec quelque part une jouissance dans la répulsion qu'il inspire.

On vient exhiber à la consultation médicale des plaies absolument effroyables, des jambes quasiment putréfiées, dégageant une puanteur insupportable, détergées par des vers présents en grand nombre. On y montre des pieds où les chaussettes sont incrustées et adhérentes aux tendons mis à nu, mais une fois que l'on a montré ces horreurs, on refuse avec énergie toute hospitalisation, voire même, pour certains, tout soin. A l'occasion de traitements somatique, la personne va faire exactement le contraire de ce qu'elle devrait faire. Il y a là ce que Patrick Declerck (15, 20 et surtout 21) ramène à l'ordre du désir et de l'inconscient. C'est pour lui un équivalent symbolique d'un processus masturbatoire par opposition à un acte d'investissement amoureux. Il y a un bénéfice quelque part pour le sans toit à sa situation, il y a un désir qui est satisfait à être un clochard. Ceci explique en partie ce qu'il appelle la réaction thérapeutique négative dont il fait un signe pathognomonique de ces populations : "quand on propose mieux c'est pire".

C'est une espèce d'apragmatisme et de jeu pervers ; dans lequel on jette ses plaies en pâture. "Regardez ce qu'on m'a fait ; mais je ne veux pas de vos soins, votre logique n'est pas la mienne". Ceci pourrait être une explication à la quasi-totalité des échecs de réinsertion que l'on constate. Ceci poursuit chez eux une conduite de l'échec commencée depuis l'enfance. De formation, de stage, de petits boulots, de cure de désintoxication, de mariage, de paternité, d'amitié, rien ne marche. S'agit-il chez le clochard, d'une déveine permanente ou bien y-a-t-il autre chose ?

Il est vrai que sur le terrain, on a fréquemment l'impression que lorsqu'on lève une difficulté, administrative, par exemple, interdisant à l'individu de sortir de sa situation, il y a une espèce de fuite et de comportement négatif qui agit pour empêcher cette amélioration. Les raisons invoquées, l'empêchant de sortir de cette situation dramatique, sont toujours extérieures à l'individu. C'est ainsi par exemple, que l'on oubliera d'aller à un rendez-vous, ou que l'on sera tellement agressif avec un interlocuteur que celui-ci perdra patience et refusera d'agir. Il serait intéressant d'ailleurs de valider cette hypothèse auprès des travailleurs sociaux en particulier d'assistantes sociales travaillant au contact de ces populations.

En fait, ce qui semble tout à fait net comme distinction dans ces populations, la seule distinction qui me semble pertinente car elle n'est pas purement sémantique et elle ne permet pas de stigmatiser le groupe désigné : c'est l'existence ou non d'un sens. Et selon ce critère, on va trouver des individus au début de la carrière où il existe encore prégnant un sens : "ma situation est provisoire", "j'attends mon R. M. I., ma retraite..., je vais trouver du travail, je cherche du travail, pour l'instant je suis avec les clochards, mais je ne suis pas un clochard, et dès que possible, je sors de là." Tout ceci est des paroles entendues au C. H. A. P. S. A. A l'inverse, au bout de la carrière, on repère clairement une perte complète de tout sens et de toute recherche même de sens, et leur horizon se limite à trois ou quatre jours et c'est peut-être ce qui explique qu'ils ne se suicident pas. Les statistiques dans le chapitre IV montrent que le suicide est chez eux rarissime, pour se suicider, il faut avoir un sens, même si c'est pour le nier. Beaucoup stockent des médicaments qu'ils se procurent non seulement à la consultation médicale du C. H. A. P. S. A., mais aussi à Médecins du Monde, ou à Remède. Les prescriptions de Neuroleptiques et de Benzodiazépines sont très fréquentes. Pourtant les tentatives de suicide sont rarissimes, alors qu'on pourrait se dire, en tant que bien portant socialisé, que dans une situation semblable, la tentation serait grande d'en finir avec une telle vie.

Cette perte du sens et de toute projection personnelle sur un avenir qui dépasse quelques jours, explique aussi que pour leurs activités de la manche, lorsqu'il ont réuni la somme suffisante pour la journée, et bien ils arrêtent. On pourrait pourtant imaginer que les jours où cela marche bien (par exemple "à la priante" un jour de cérémonie religieuse), ils en profitent pour avoir un peu d'avance. Et bien non, la plupart arrêtent dès qu'ils ont la somme nécessaire pour les achats du jour. Et sur les 60 à 70 francs par jour mendifiés, 50 francs leur servent à acheter l'alcool, le reste étant dévolu à l'achat de tabac. Leur mode de vie est au quotidien; il n'y a pas d'investissement pour le lendemain. Leur donner un rendez-vous à plus de 48 heures n'a pour eux aucun sens. Les besoins diminuent de plus en plus jusqu'à être réduits au minimum vital. La nécessité d'une hygiène correcte ne leur apparaît plus, seule compte la survie immédiate. Il peut sembler séduisant, même si ce n'est pas exact, de parler au maximum, pour le stade ultime, de mort sociale. Elle précède la mort psychique et somatique. Cela a été décrit pour d'autres catégories de population,

les personnes âgées par exemple. Il est vrai cependant, quelle que soit la profondeur de la désinsertion, qu'il reste quand même une socialité, un corpus, un lien social, fut-il le plus ténu possible, et que l'on ne peut pas véritablement parler de mort sociale, comme le montre Norbert Elias par exemple (22). Lorsque Emmanuel Lévinas parle de la mort (23 : pp 62-63) : *"Cette fin de maîtrise indique que nous avons assumé l'exister de telle manière qu'il peut nous arriver un événement que nous n'assumons plus, pas même de la façon dont, toujours submergé par le monde empirique, nous l'assumons par la vision. Un événement nous arrive sans que nous n'ayons absolument rien "à priori", sans que nous puissions avoir le moindre projet comme cela se dit aujourd'hui. La mort, c'est l'impossibilité d'avoir un projet. Cette approche de la mort indique que nous sommes en relation avec quelque chose qui est absolument autre, quelque chose portant l'altérité non pas comme une détermination provisoire, que nous pouvons assimiler par la jouissance, mais quelque chose dont l'existence même est faite d'altérité. Ma solitude ainsi n'est pas confirmée par la mort, mais brisée par la mort."* Il est extrêmement tentant d'en faire un parallèle avec le clochard dans un équivalent symbolique troublant d'une "mort sociale" peu éloignée de celle décrite.

La présentation de soi au sens où Goffman l'avait décrit (24) n'a plus de justification dans son aspect valorisant. L'individu est lui-même tellement auto-dévalorisé qu'il instaure un jeu ambigu produisant à la fois une agressivité vis à vis des réactions de rejet qu'il inspire, et une espèce de jouissance perverse vis à vis de la répulsion qu'il génère. Ce sentiment, me semble-t-il, va au-delà du simple utilitarisme concernant la manche qui est évidemment plus payante lorsque l'on inspire à la fois dégoût et pitié. Cette distinction, l'existence ou non d'un sens, que l'on peut formuler différemment en population en voie de désocialisation ou en voie de désinsertion et population totalement désocialisée ou désinsérée me semble la seule catégorisation intéressante de ces populations car elle débouche sur des interrogations éthiques et des solutions adaptées différentes selon les cas. Elle correspond à une réalité palpable et observable sur le terrain, qui fait que quel que soit le terme utilisé pour les désigner, on sait très bien de quoi on parle. Au fond, la difficulté à les regrouper au sein d'un groupe social vient peut-être du fait qu'ils ne sont pas un groupe social particulier. Il semble en fait qu'on ne puisse pas définir une culture et un langage particulier. L'argot du "clodo" parisien n'est pas un langage que l'on rencontre en réalité même si quelques individualités, très marginales, confortent l'image stéréotypée, flamboyante, que l'on a du clochard "titi Parisien". On peut ainsi le retrouver, par exemple, chez Jean-Louis Degaudenzi (19).

Le rituel de la manche décrit par Pascale Pichon (18 : pp 42-61) : "la priante, à la rencontre, à la volée, le tape cul, la brillante", quelque soit sa pertinence, n'est pas suffisant pour les définir ni pour définir une culture, un groupe social ou une relation sociale, voire une socialité (un être ensemble dans une sociologie de proxémie). De plus, tous les clochards et vagabonds ne sont pas des mendiants. Le seul point commun est le mode de vie, et l'utilisation de structures d'aide et d'assistance commune. Ce qui explique peut-être aussi que les relations inter-individuelles soient réduites pour l'essentiel au minimum. On peut à ce sujet voir ce qu'en dit Jean-Luc Porquet (4) ou Jean-Louis Degaudenzi (19) ainsi que Pascale Pichon (18). On ne retrouve pas chez eux de sentiment d'appartenance à un groupe. Il y a une espèce d'indifférence entre eux et on ne se pose pas de questions sur le passé. Il n'existe, sauf rares cas particuliers, aucune solidarité, les amitiés sont limitées à quelques jours et se délient au gré des déplacements. Les relations de camaraderie sont de très brève durée, et la règle des cinq jours maximum de la plupart des hébergements d'urgence après lesquels il faut s'en aller ailleurs, fait que le fil est vite rompu avec celui avec qui on a pu sympathiser. Si un doit

partir et que l'autre peut rester encore deux nuits, le lien est rompu. C'est ainsi que l'un d'entre eux a cherché pendant plusieurs semaines sa compagne dont il avait été séparé. Il a arpenté tous les hôpitaux afin d'essayer de la retrouver pour finalement apprendre dans l'un d'entre-eux, qu'elle était décédée quelques jours après y avoir été hospitalisée, trois semaines auparavant.

A la différence de Maffesoli (3 : pp 19 et 111), je ne crois pas que parler de l'individualisme dans ces populations est le sésame explicatif obligé d'une pensée convenue sur le repliement sur soi et la fin des grands idéaux collectifs. Lorsque l'on est à un tel niveau de misère, on ne s'embarrasse pas de quelqu'un qui a les mêmes difficultés; on essaye de s'en sortir seul, dans un milieu déstructurant, destructeur, au prix d'un égoïsme forcené. Peut-être n'ai-je pas su en saisir l'expression, mais je n'ai pas retrouvé chez eux de socialité, même souterraine, il est vrai néanmoins qu'ils fréquentent les mêmes circuits, les mêmes institutions, et le "paradigme esthétique", l'éprouvé et le sentir commun doit bien exister. Pourtant, s'ils boivent à plusieurs, ils ne fraternisent pas vraiment malgré la "galère" commune. Il est frappant de voir par exemple que lorsque dans le bus de la B. A. P. S. A., un d'entre eux est à terre faisant une crise d'épilepsie, les autres l'enjambent pour descendre du car, sans se préoccuper le moins du monde de ce qui lui arrive. Il y a une espèce de repli sur soi-même, d'indifférence totale à l'autre. Il n'y a souvent même plus la curiosité de savoir ce qui se passe. Cette constatation est importante car elle permet de comprendre que leur demande d'aide médico-sociale est très rare. Elle implique, lorsque l'on veut s'intéresser à cette population, d'avoir une démarche très active vers eux.

3-2 EVALUATION QUANTITATIVE

La deuxième approche qu'il faut tenter est celle de leur évaluation quantitative, mais le repérage est extrêmement difficile. Les S. D. F. sont classés statistiquement dans la catégorie des inactifs. Le R. M. I. permet l'étude de certaines populations défavorisées, mais pas celle des S. D. F.

Même par l'état civil, leur recensement est quasiment impossible. *"Les pauvres se cachent dans les statistiques pour vivre et mourir"* (25 : p 21).

Une estimation grossière évalue cette population à 7 à 8.000 personnes pour Paris et l'Île de France. Certaines sources avancent des chiffres de 30.000 personnes (Elizabeth Drévilion, Le Nouvel Observateur 2-8 avril 1992 : p 12). Les fonctionnaires du C. H. A. P. S. A. les recensent autour de 6 à 7.000 personnes. Pour donner un ordre de grandeur, intéressant, bien que ne permettant pas une comparaison, en 1657, on évaluait cette population à 40.000 personnes. Malgré toutes les réserves qu'on peut apporter sur ces chiffres et en fonction de la différence de population entre ces deux époques, cela donne quand même une idée du nombre vraisemblablement beaucoup plus important de vagabonds. Il pourrait sembler que les chiffres actuels soient sous-évalués. Dans une ville comme Miami, qui comptait 1,9 million d'habitants en 1990, ils étaient évalués à 6 à 10.000 personnes (26). Par contre pour Londres, en mars 1990, ils étaient estimés à au moins 60.000 personnes (27). Mais là encore se pose un problème de définition sémantique et il faut bien voir ce que l'on comptabilise. Il est clair que si on les évalue de

façon globale, si l'on compte les personnes ayant un abri temporaire, squat par exemple ou encore ceux hébergés dans une structure d'accueil et de réinsertion, il y en a beaucoup plus que 7 à 8.000 (simplement à Nanterre, au centre d'accueil, il y a 1200 personnes). Pour ce qui est des sans abri, clochards, vagabonds, à la rue, en bref la partie la plus désocialisée de cette population, les statistiques de la B. A. P. S. A. présentent assurément une certaine pertinence par la rigueur de l'enregistrement. De la même façon, lorsqu'on voit dans la presse les chiffres parfois avancés de vagabonds vivant de façon permanente dans le métro où l'on entend parler de 16.000 personnes (Libération en 1991), ces chiffres ne résistent pas à une analyse sérieuse et à un pointage rigoureux. En fait, sur les dix derniers jours de janvier 1990, en période de grand froid, ce pointage a été fait dans le cadre de l'opération "coup de pouce" de la R. A. T. P. **(28)**. Cinq éducateurs ont parcouru de fond en comble le réseau R. A. T. P. et R. E. R. (station, quai, accès, couloir), afin de recenser les individus. On retrouve ainsi 1.145 personnes en moyenne par jour entre 10 h et 17 h, et 1.943 personnes entre 17 et 22 heures. Pour l'ensemble de la France, les chiffres tournent actuellement autour de 50 à 100.000 personnes. Certaines sources font même état de 500.000 personnes sans abri (Pascal Bruckner, Le Nouvel Observateur 2-8 avril 1992 : pp 10-11).

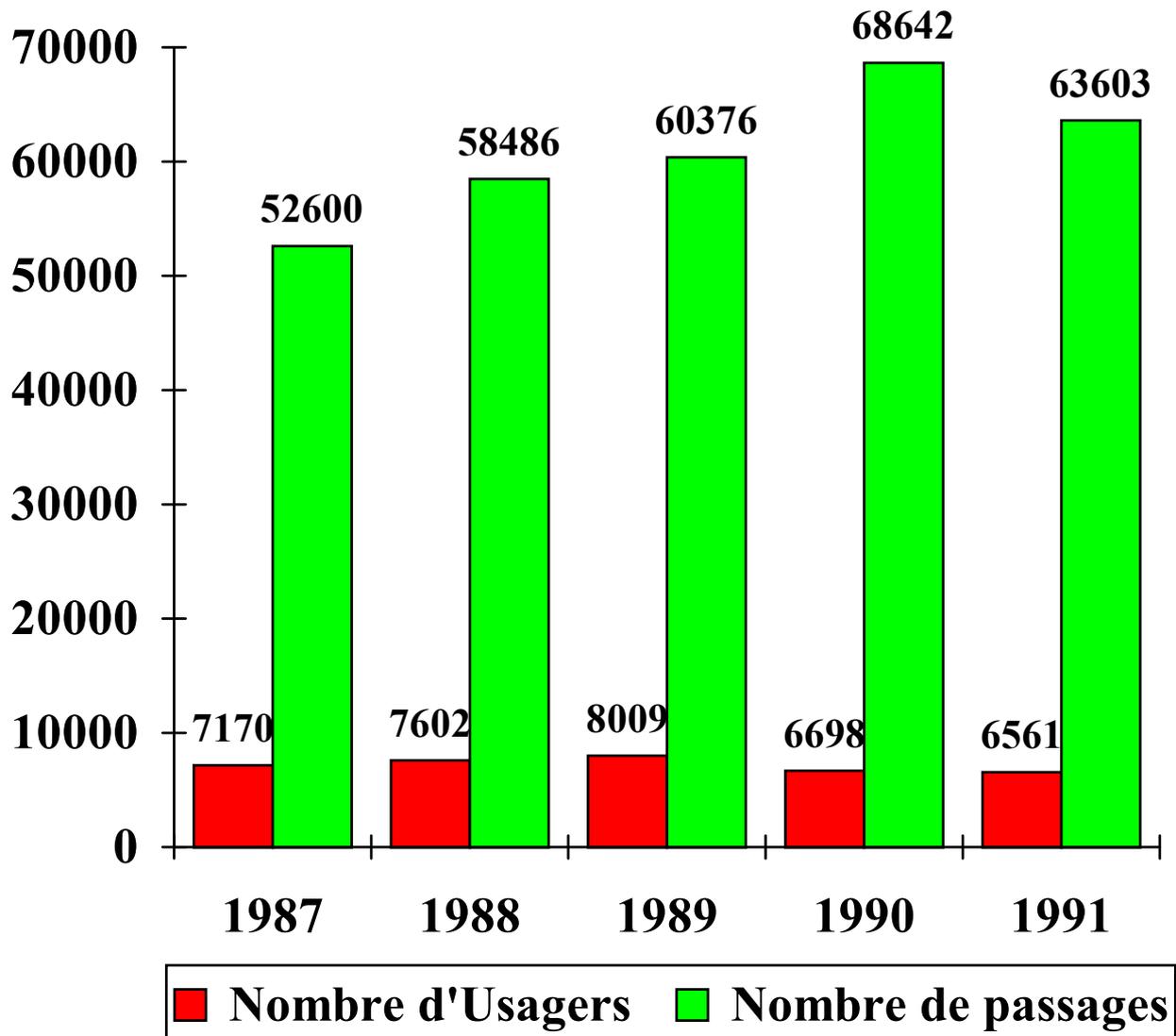
Au niveau national également, ces chiffres peuvent sembler être sous-évalués si l'on considère que 10 à 22,4 % de la population française vit en dessous du seuil de pauvreté **(25)** ce qui avait bien été montré avec le R. M. I.. Pour les Etats-Unis, la population des S. D. F. est évaluée entre 600.000 et trois millions de personnes **(26)**. Là aussi, tout dépend de quoi l'on parle. Ce qui est sûr et fiable, c'est qu'en France, 80 à 100.000 personnes transitent annuellement dans les 265 centres d'hébergement temporaire d'urgence **(1 : p 35)**.

3-3 EVALUATION QUALITATIVE

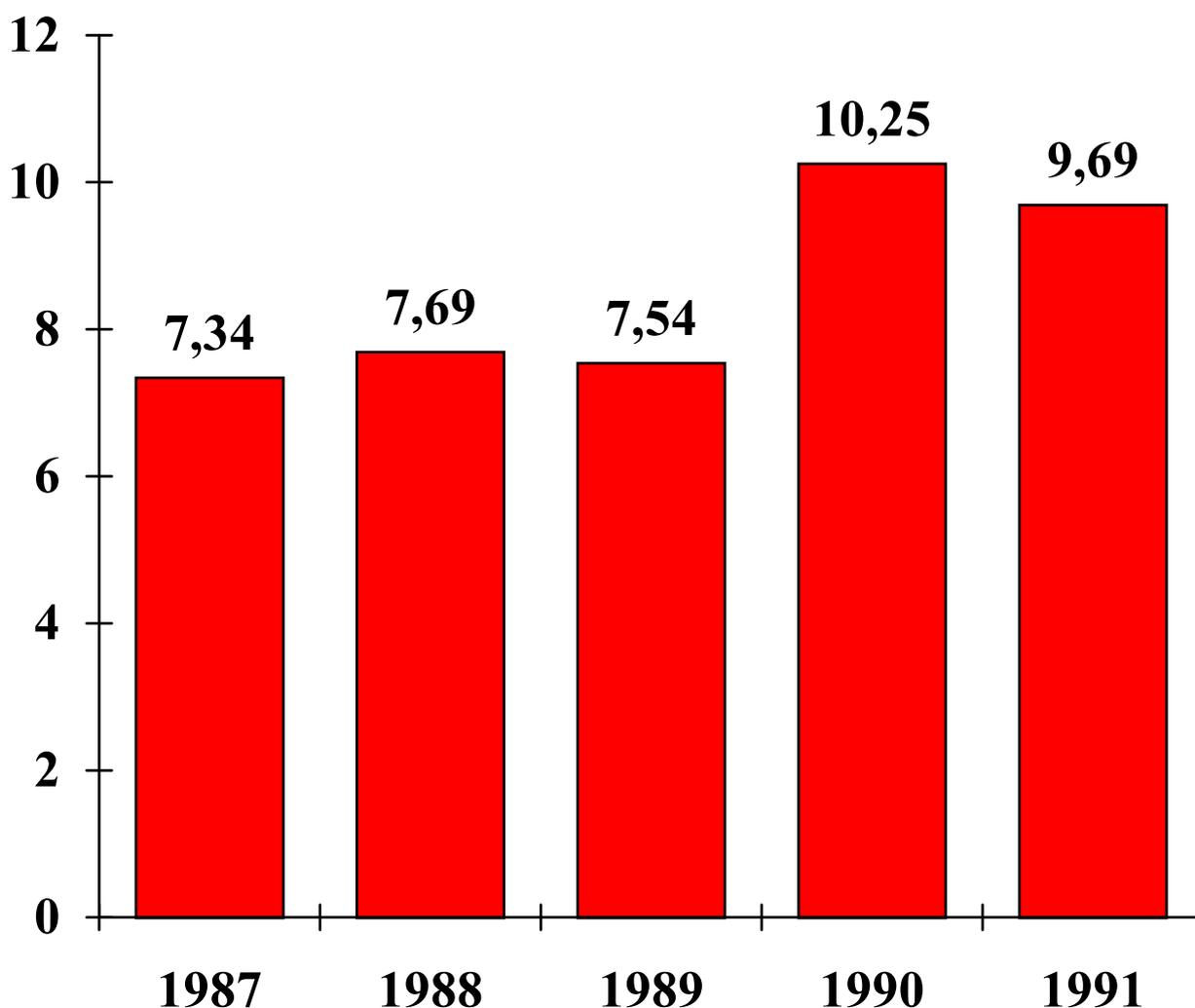
Une troisième approche est celle de leur évaluation statistique et de leur catégorisation primaire. Les données suivantes que nous avons recueillies au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre pour la partie accueil d'urgence (B. A. P. S. A. et C. H. A. P. S. A.) et que nous avons traitées sous forme de tableaux, permettent d'obtenir quelques renseignements sur cette population. Ils sont assez démonstratifs, et ils portent sur les années 1987 à 1991. Tous les chiffres comparatifs et les pourcentages d'évolution sont calculés pour 1991 par rapport à 1987.

- **Le premier tableau** dissocie le nombre de passages du nombre d'utilisateurs. Il montre qu'il existe globalement une augmentation du nombre de passages (+20,92%), mais aussi, de façon apparemment paradoxale, une diminution du nombre d'utilisateurs (8,5%). Cette donnée est bien sur insuffisante à elle seule pour en tirer une conclusion, néanmoins, associée à d'autres données, on verra que ce qui peut apparaître comme un stéréotype : "il y en a de plus en plus," ne paraît pas conforme à la réalité. Il y a plutôt, semble-t-il, sur l'ensemble des sources, une relative stabilité de cette population.

TABLEAU 1
NOMBRE DE PASSAGES ET NOMBRE D'USAGERS



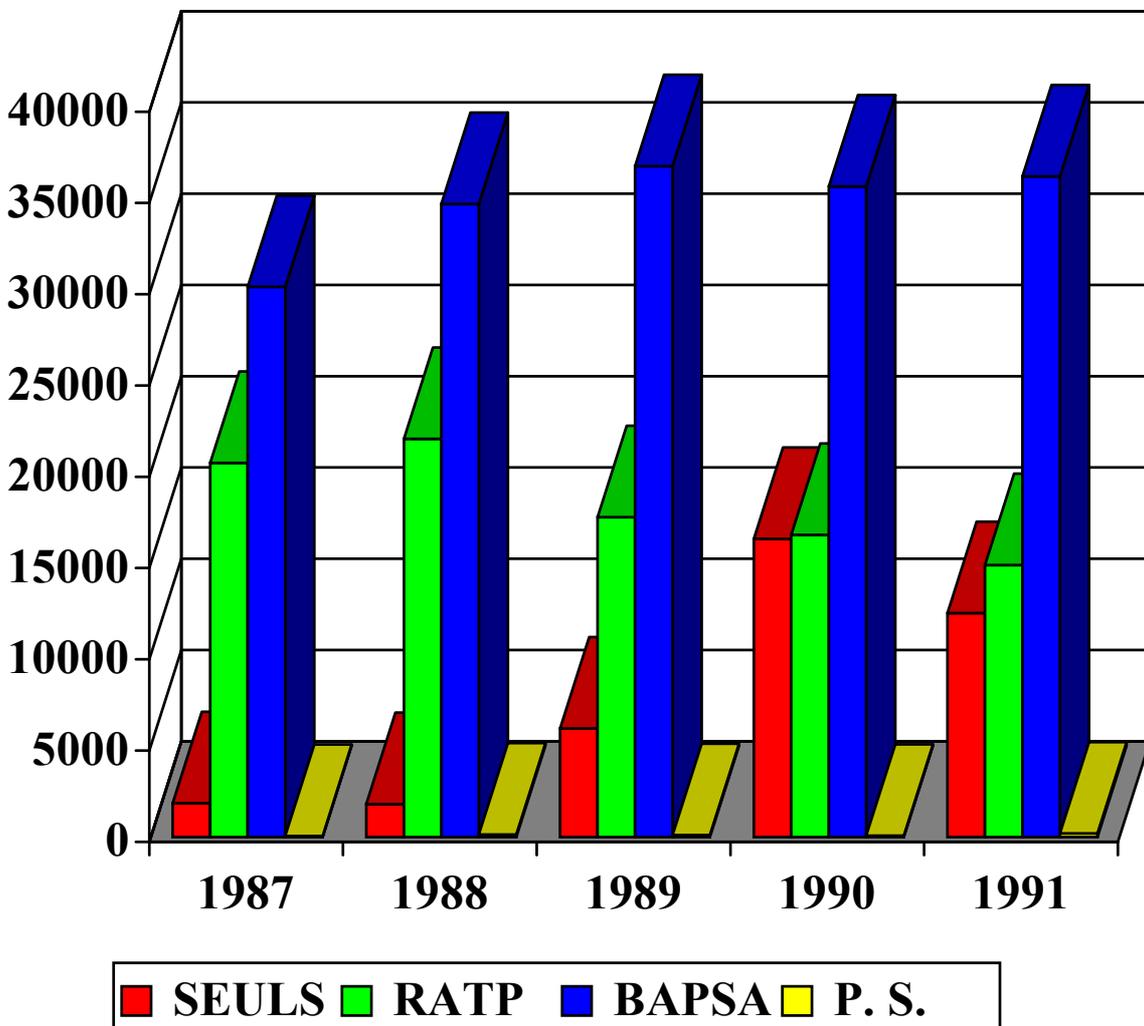
- **Le deuxième tableau** montre l'évolution du nombre de passage moyen par usager sur un an. Il existe une augmentation sensible du nombre de passage par usager ces deux dernières années, soit une augmentation de 2,35 passages (autour de 10 passages par an et par usager). Cette donnée est importante à considérer dans la discussion concernant le ramassage, car une augmentation du nombre de passage par usager est souvent associée à une dénégalation du caractère volontaire de ces passages ce qui semble assez contradictoire.

TABLEAU 2**NOMBRE MOYEN DE PASSAGE PAR USAGER**

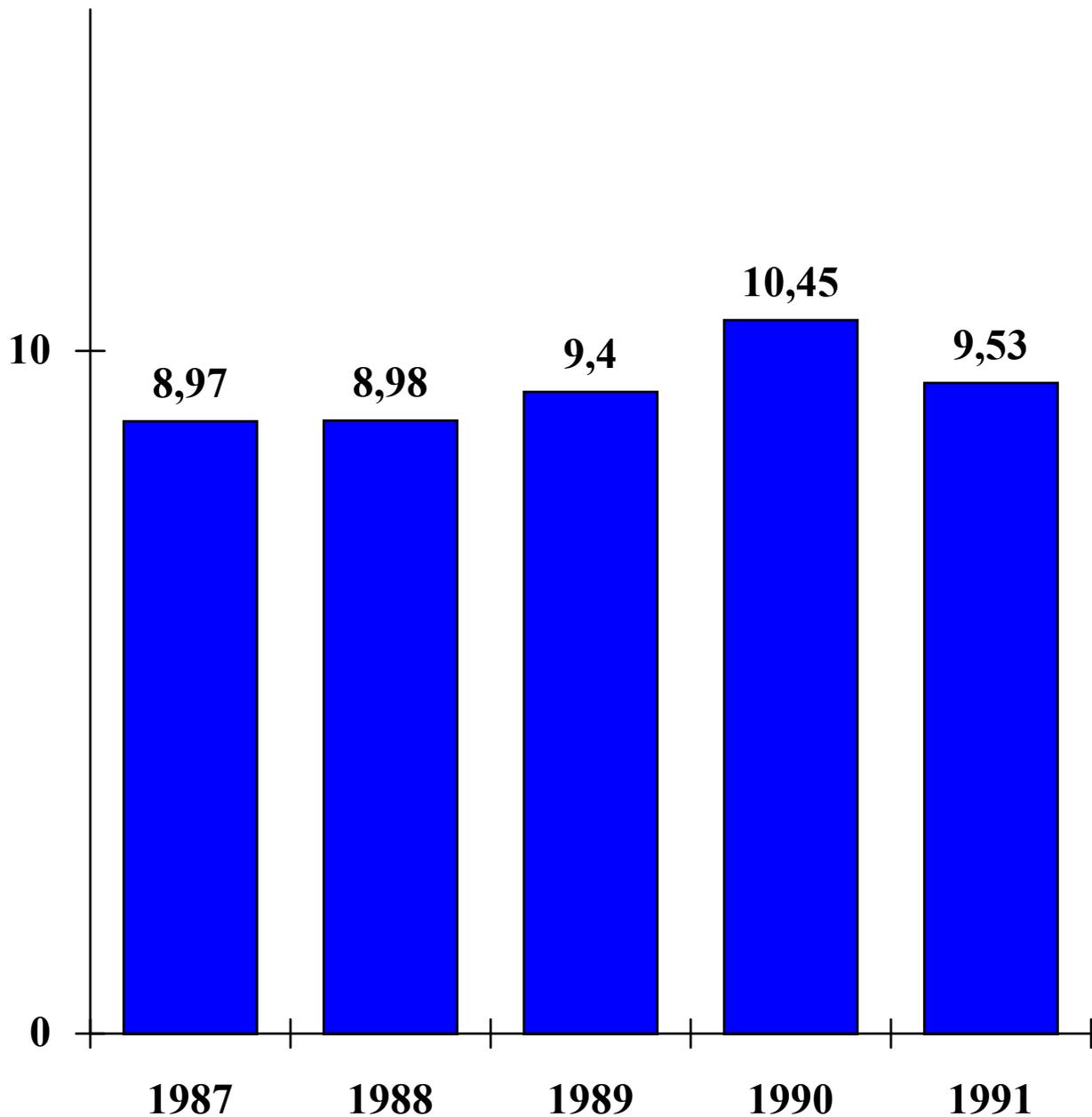
- **Le troisième tableau** distingue les différents modes d'arrivée au C. H. A. P. S. A. Il y a quatre modes d'arrivée possible. Par les cars de la B. A. P. S. A. (36.207 soit 56,92% des arrivées en 91, et une augmentation de 20% entre 87 et 91), par les cars de la R. A. T. P. (14.911, 23,44% des arrivées, et une diminution de 27,3%), conduits par des cars de Police-Secours (210, 0,33% des arrivées) et enfin, par leurs propres moyens (hébergement volontaire, 12.275, 19,29% des arrivées, mais une augmentation de 650%). Il confirme l'augmentation nette du nombre d'utilisateurs venant par leurs propres moyens. Ceci est d'une grande importance sur le plan de la discussion éthique autour de cette institution. La baisse sensible du nombre d'utilisateurs amenés par la R. A. T. P. n'est pas due, semble-t-il, à une baisse de "clientèle" provenant du métro mais à des problèmes d'effectifs, et de nombre de tournées de "ramassage".

TABLEAU 3

MODES D'ARRIVEE AU C. H. A. P. S. A.



- **Le quatrième tableau** montre le ratio par sexe. Il n'y a pas de modifications significatives dans le rapport hommes-femmes entre 1987 et 1991 (+ 0,56%). Ce faible pourcentage de femmes parmi les usagers est vérifié par tous les chiffres disponibles. Cela est retrouvé dans toutes les structures d'accueil.

TABLEAU 4**SEXE RATIO : POURCENTAGE DE FEMMES**

- Les tableaux n° 5 et 6 montrent l'évolution de l'âge moyen (42 ans, avec un âge moyen de 37,9 ans pour ceux venant pour la première fois). Il y a une stabilité remarquable (42,1 et 42,5% entre 1987 et 1991). Il est logique que l'âge moyen des usagers venant pour la première fois soit inférieur (de 7 ans), mais il est lui aussi tout à fait stable. Ces données ne sont pas non plus suffisantes pour permettre, à elles seules, des conclusions. Cependant, on verra, qu'associées à d'autres données, elles permettent de montrer que le stéréotype : "Ils sont de plus en plus jeunes" est probablement inexact. En tout cas, là encore, les chiffres retrouvent une très grande stabilité sur cinq ans.

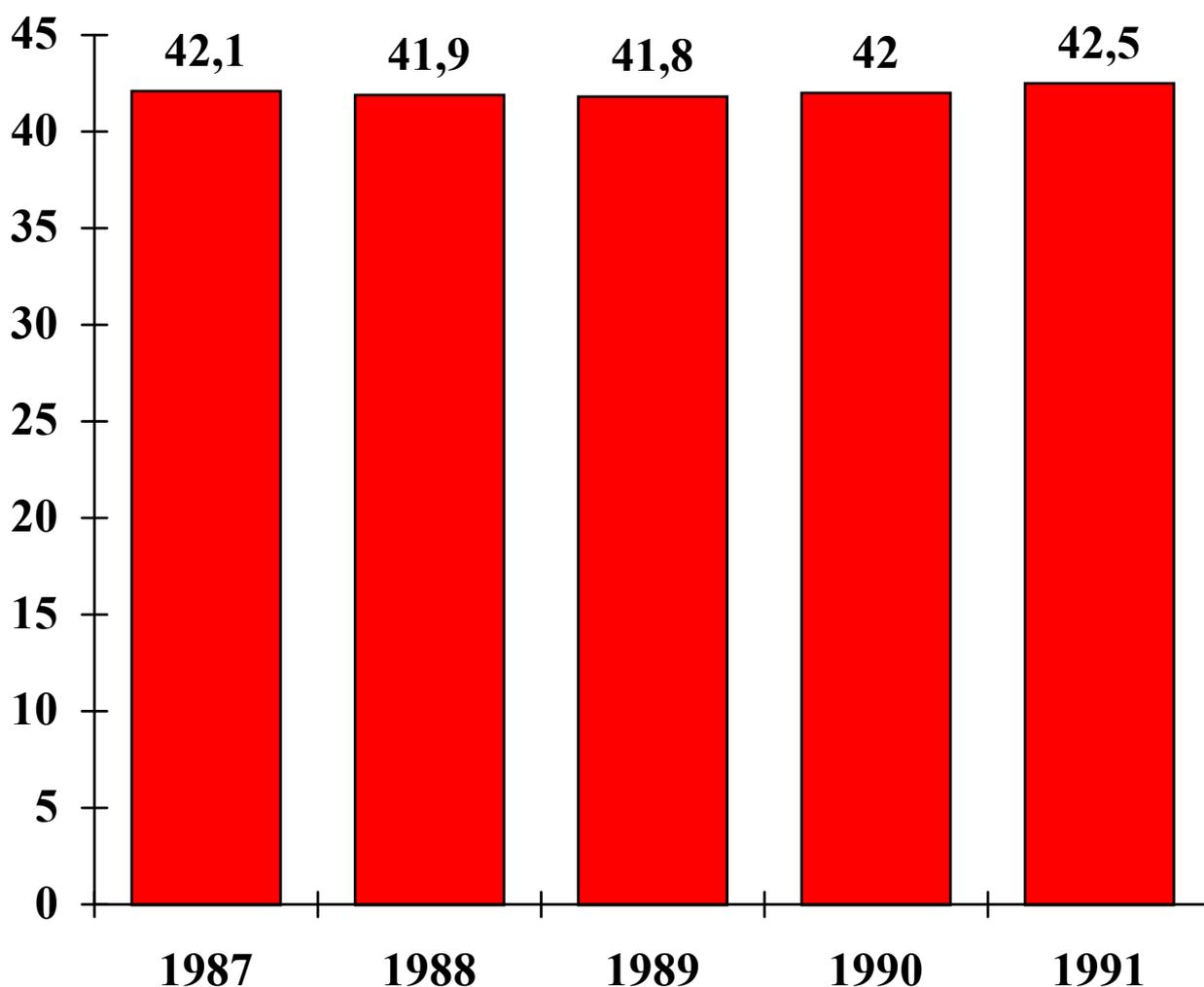
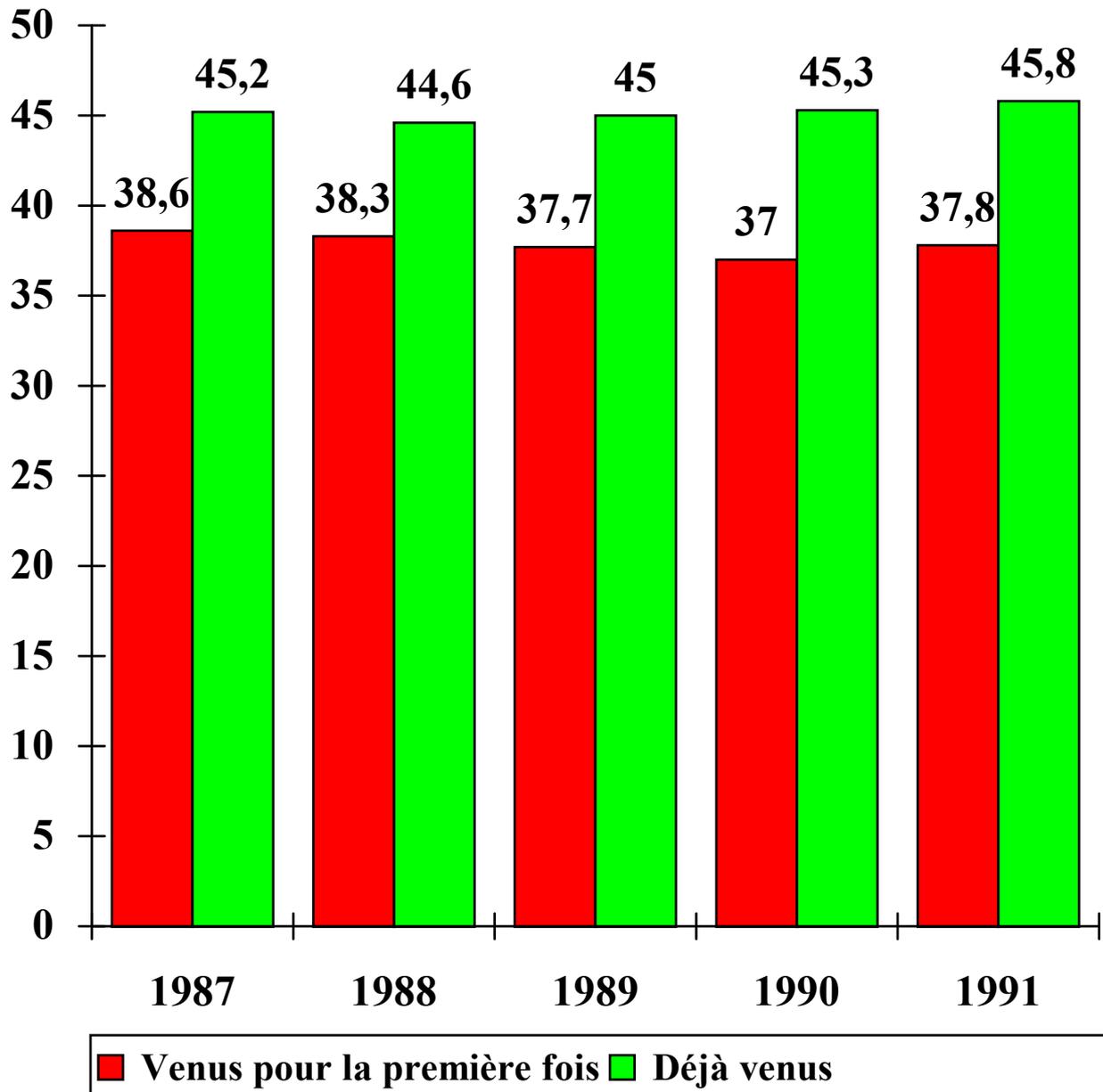
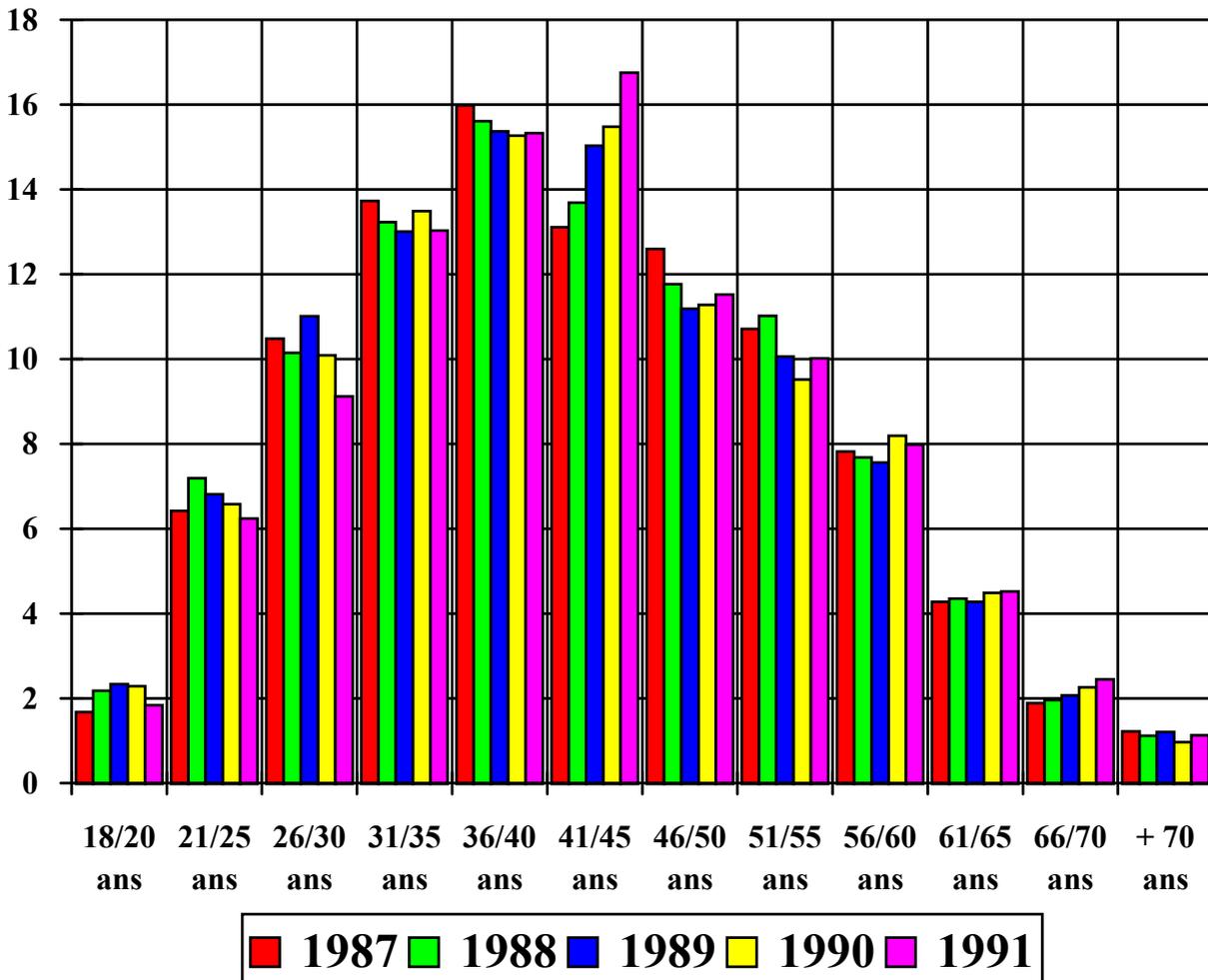
TABLEAU 5**EVOLUTION DE L'AGE MOYEN DES S. D. F.**

TABLEAU 6
AGE MOYEN DES NOUVEAUX ARRIVES



- Le tableau n° 7 montre la répartition, en pourcentage, par tranches d'âge sur 5 ans. Il n'y a pas de modification très significative sur les 5 ans étudiés. Sauf pour la tranche 41-45 ans, où il y a une augmentation de 3,65%. Un tiers d'entre eux environ a moins de 35 ans.

TABLEAU 7
EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR AGE



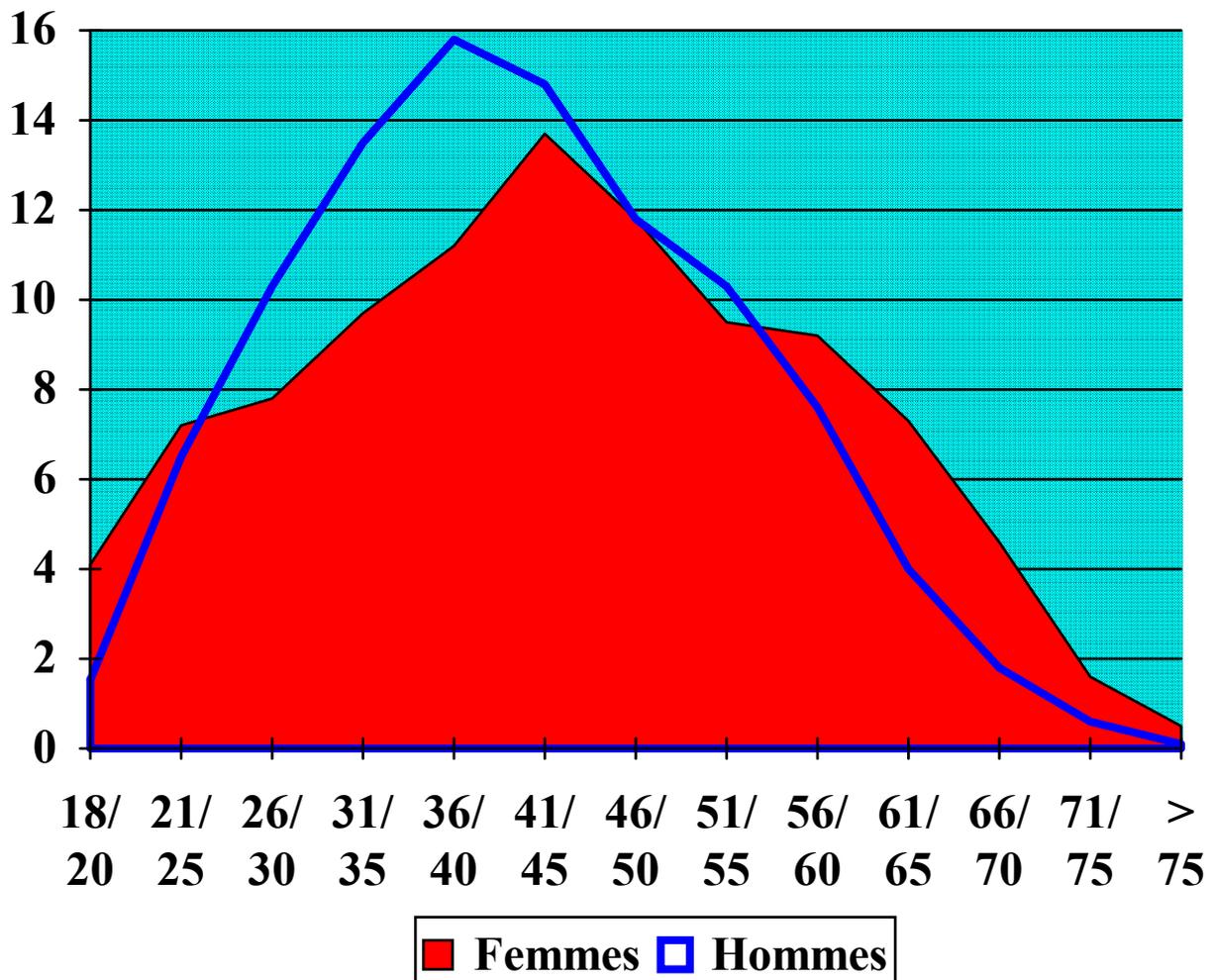
Département Environnement et Sécurité RATP - 1992

	18/20 ans	21/25 ans	26/30 ans	31/35 ans	36/40 ans	41/45 ans	46/50 ans	51/55 ans	56/60 ans	61/65 ans	66/70 ans	> 70 ans
1987	1,68	6,42	10,48	13,73	15,98	13,11	12,6	10,71	7,82	4,28	1,89	1,22
1988	2,18	7,19	10,15	13,23	15,61	13,69	11,77	11,02	7,68	4,35	1,96	1,12
1989	2,34	6,81	11,01	13,01	15,37	15,03	11,19	10,06	7,56	4,28	2,07	1,21
1990	2,29	6,58	10,09	13,49	15,27	15,48	11,28	9,52	8,19	4,49	2,26	0,97
1991	1,84	6,24	9,12	13,03	15,33	16,75	11,52	10,02	7,98	4,52	2,45	1,13

Département Environnement et Sécurité RATP - 1992

- **Le tableau suivant** montre les répartitions en pourcentage par sexe selon les âges. Il est intéressant de noter qu'il y a un déplacement vers la droite des femmes par rapport aux hommes, cela est probablement lié au fait que les femmes jeunes bénéficiant d'autres structures de prise en charge (foyers) ont moins recours à des structures d'hébergement comme Nanterre.

TABLEAU 8
DISTRIBUTION PAR SEXE



Département Environnement et Sécurité RATP - . 1992

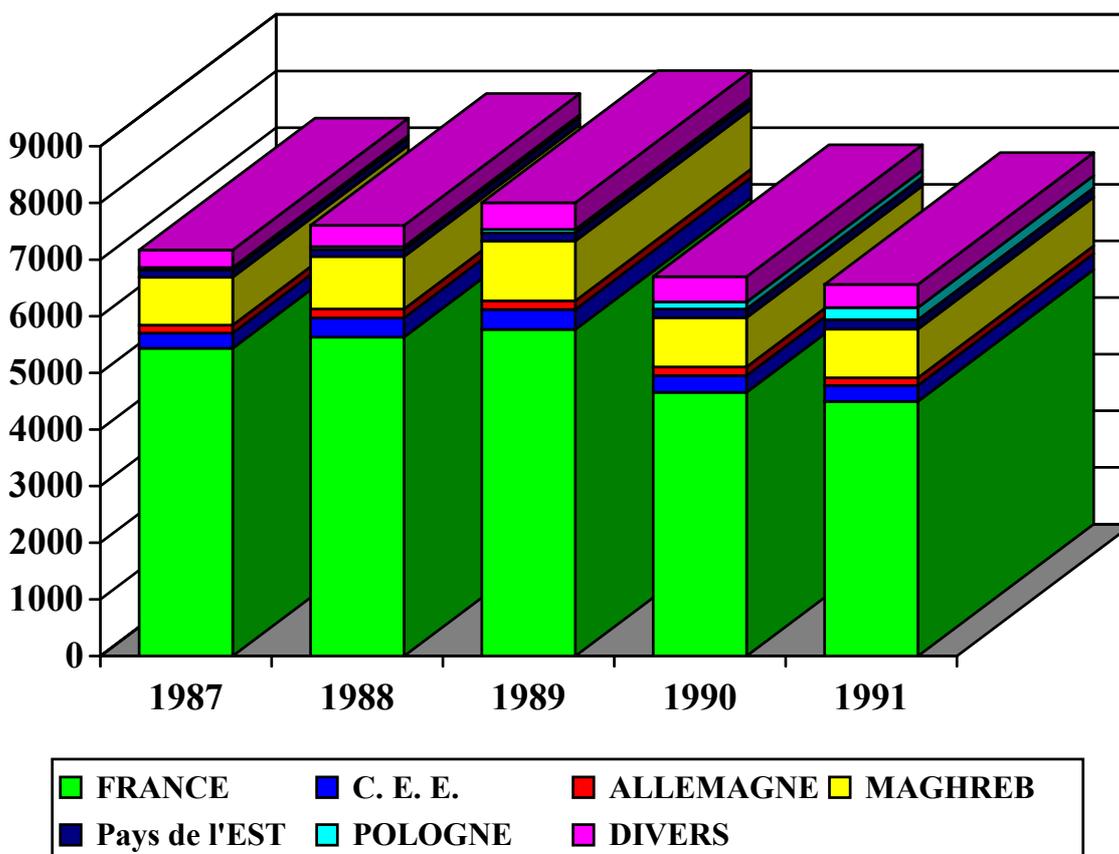
Age	18/20	21/25	26/30	31/35	36/40	41/45	46/50	51/55	56/60	61/65	66/70	71/75	> 75
Hommes	1,53	6,5	10,3	13,5	15,8	14,8	11,8	10,3	7,6	4	1,8	0,6	0,1
Femmes	4,1	7,2	7,8	9,7	11,2	13,7	11,8	9,5	9,2	7,3	4,6	1,6	0,5

Département Environnement et Sécurité RATP - . 1992

- **Les tableaux suivants** donnent les répartitions par nationalité des vagabonds conduits, pour la première fois, au C. H. A. P. S. A. sur 5 ans. Là aussi, sans tirer de conclusion définitive sur ces seules données, il est cependant clair que, une très grosse majorité de ces vagabonds, est de nationalité française. "Il n'y a donc pas que des étrangers chez les clochards", comme on peut l'entendre dire. Même, s'il est vrai qu'il existe une augmentation progressive du pourcentage d'étrangers.

TABLEAU 9

EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR NATIONALITE



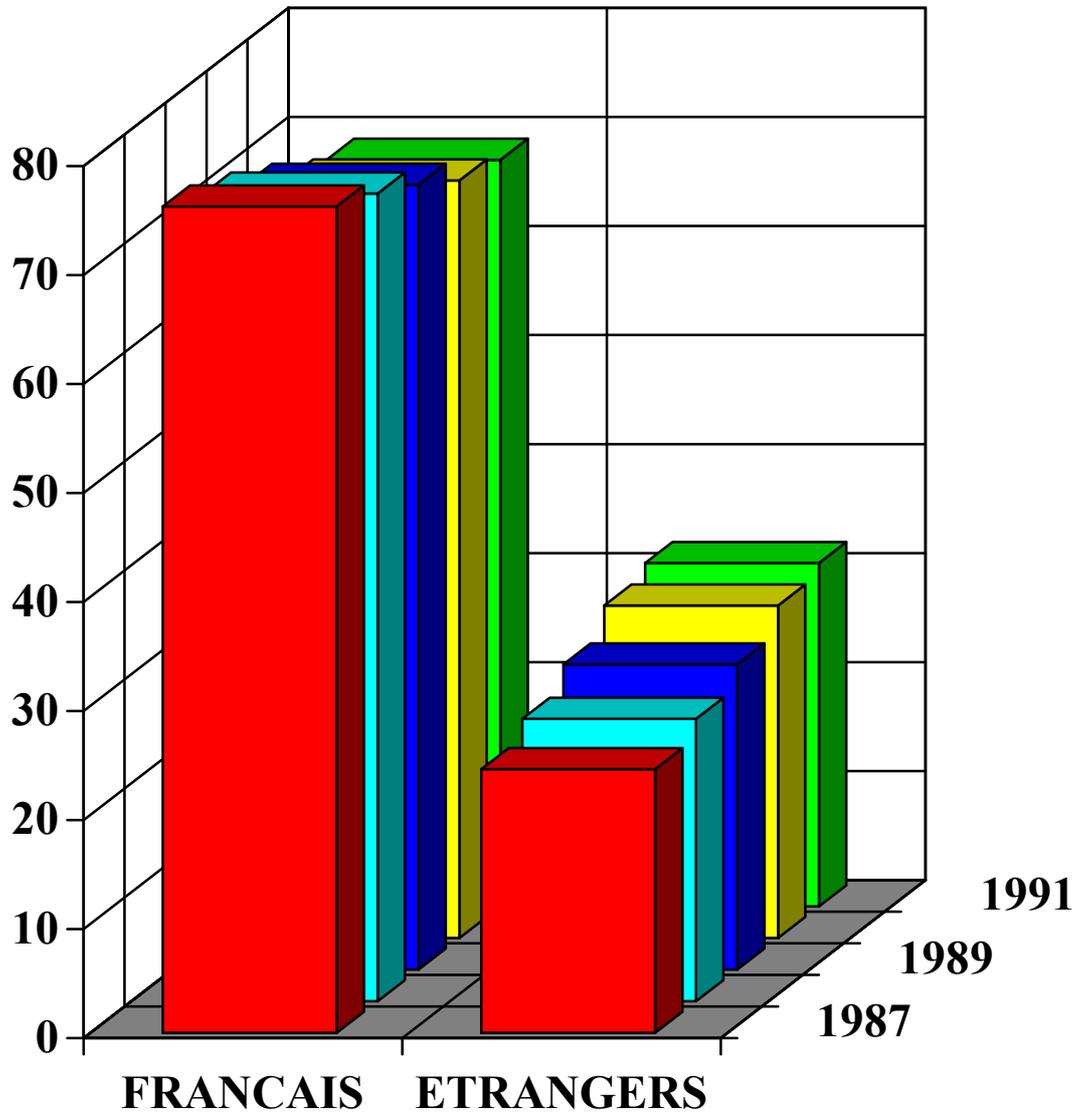
Département Environnement et Sécurité RATP - . 1992

	1987	1988	1989	1990	1991
FRANCE	75,8%	74,1%	72%	69,5%	68,5%
C. E. E.	3,7%	4,4%	4,4%	4,4%	4,3%
ALLEMAGNE	2%	2,1%	1,9%	2,3%	2,1%
MAGHREB	11,8%	12,2%	13,2%	13%	13,1%
Pays de l'EST	1,8%	1,6%	1,8%	2,3%	2,5%
POLOGNE	0,6%	0,7%	0,8%	1,8%	3,3%
DIVERS	4,3%	4,9%	5,9%	6,7%	6,2%
TOTAL	7170	7602	8009	6698	6561

Département Environnement et Sécurité RATP - . 1992

TABLEAU 10

REPARTITION FRANCAIS-ETRANGERS



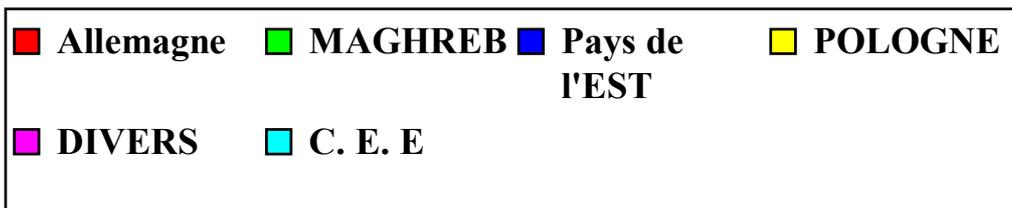
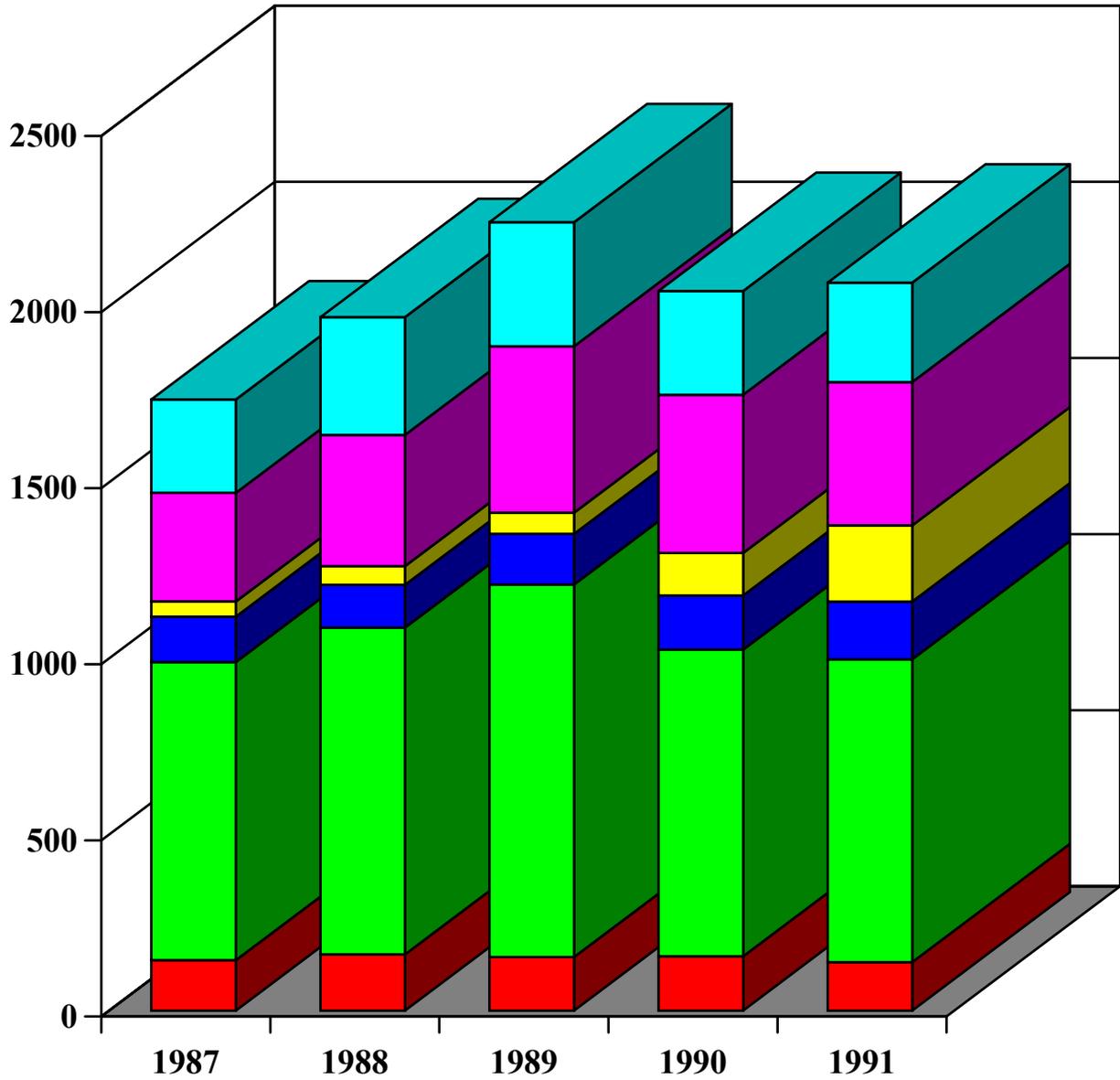
■ 1987 ■ 1988 ■ 1989 ■ 1990 ■ 1991

Département Environnement et Sécurité RATP - 1992

ANNEES	FRANCAIS	ETRANGERS
1987	75,8	24,2
1988	74,1	25,9
1989	72	28
1990	69,5	30,5
1991	68,5	31,5

Département Environnement et Sécurité RATP - 1992

TABLEAU 11
REPARTITION ETRANGERS



- **Les tableaux suivants** traduisent un phénomène nouveau. Ils concernent les ressortissants des anciens Pays de l'Est conduits pour la première fois à Nanterre. Le taux de croissance de cette population, même si les chiffres en valeur absolue restent modestes, est élevé. Les chiffres notés pour les six premiers mois de 1992 semblent confirmer cette tendance. Ceci pose un problème nouveau qui n'est pas sans implication éthique. **Le tableau n° 13** isole les ressortissants Polonais qui sont numériquement les plus importants. La progression est extrêmement forte puisque l'on passe de 39 en 1989 à 84 en 1990 pour arriver à 162 en 1991.

TABLEAU 12

S. D. F. EN PROVENANCE DES ANCIENS PAYS DE L'EST (HONGRIE, POLOGNE, ROUMANIE)

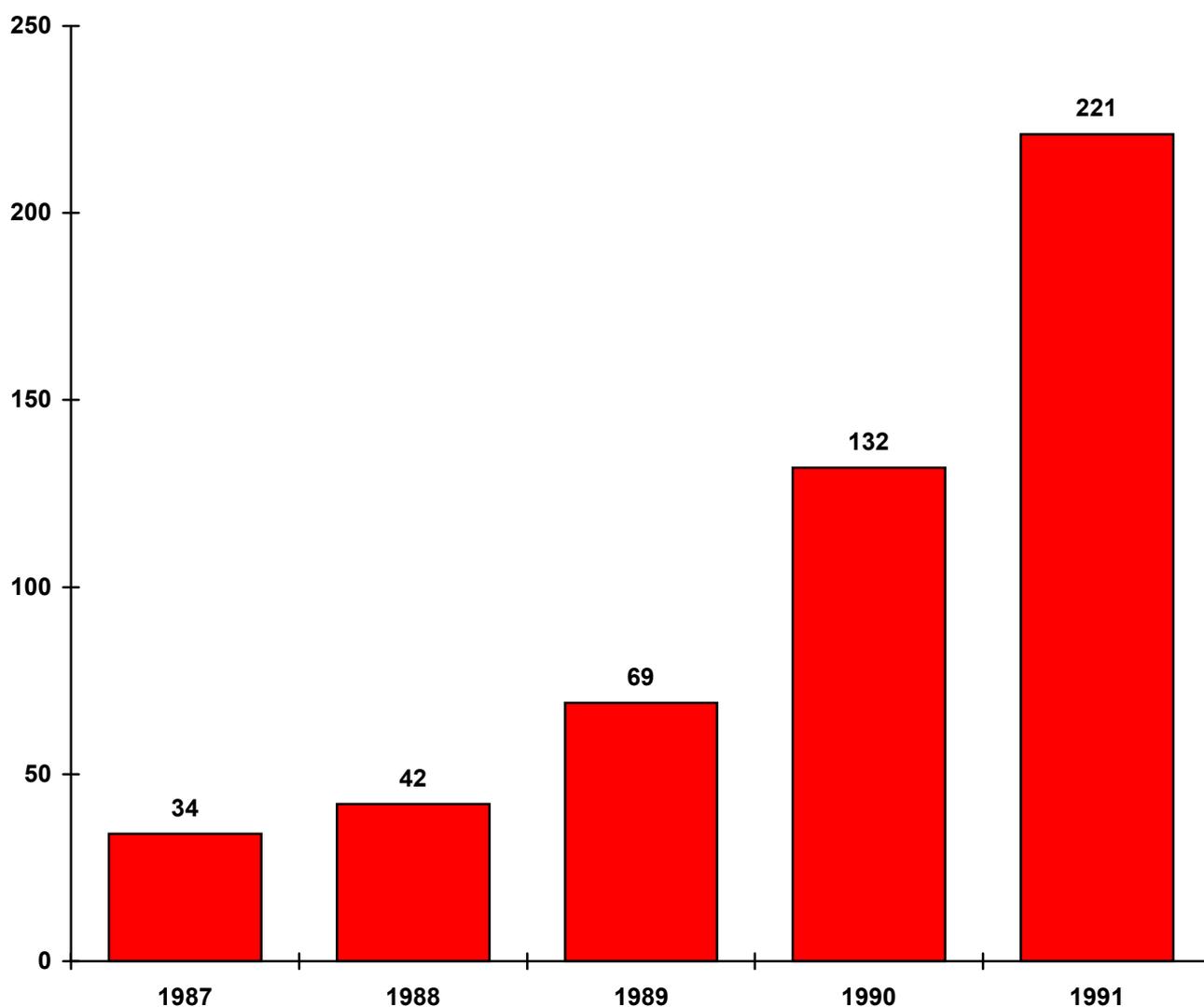
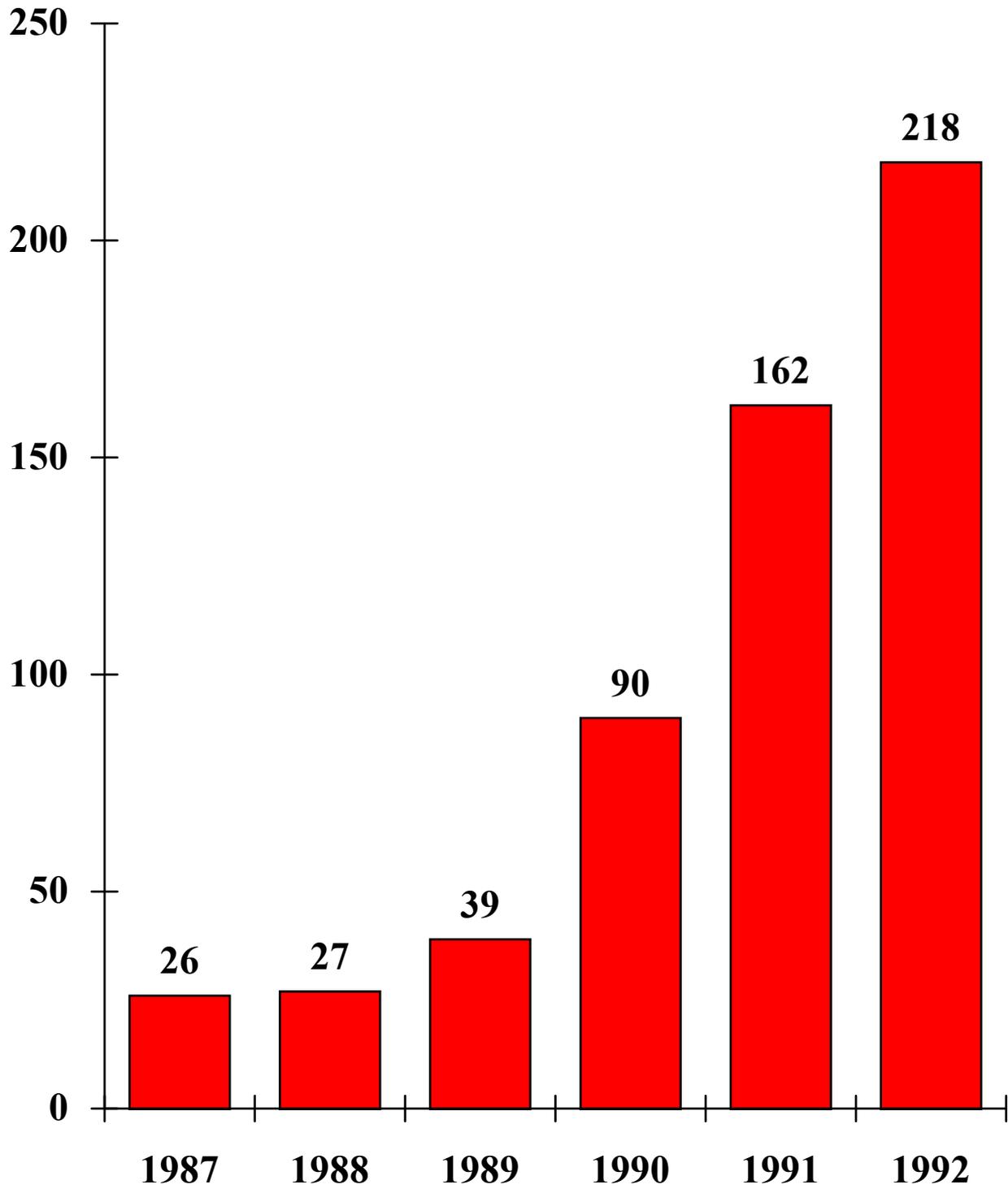


TABLEAU 13
S. D. F. ORIGINAIRES DE POLOGNE



Les données de la bibliographie sont tout à fait en cohérence avec celles retrouvées dans notre étude. Une étude récente menée par la F. N. A. R. S. (Fédération Nationale d'Assistance et de Réinsertion Sociale), montre que 50% des S. D. F. ont moins de 25 ans, 40% sont issus de "familles à problème," 30% ont épuisé leurs droits de chômeur de longue durée, 16% ont des antécédents psychiatriques, 14% ont un passé alcoolique où ont eu des problèmes de toxicomanie. Un travail fait à Sheffield (**29**) sur 340 vagabonds retrouve un âge moyen de 42,5 ans avec un quart d'entre eux âgés de moins de 30 ans. Cette étude révèle, spontanément évoqué par eux : des antécédents psychiatriques : 34,5% pour les hommes (77/266) et 64% chez les femmes (27/42), un alcoolisme chronique : 30% et 19,5%, une incarcération antérieure : 59,6% et 19,5%. Sur ces 340 personnes, 37,9% (129) demandaient à être hospitalisées en hôpital psychiatrique, et 52,6% (179) demandaient à voir un médecin. 19,1% (65) souhaitaient être ou ont été admis dans un hôpital général dans le mois précédant l'étude dont 45 pour accident et après consultation aux urgences. Cette étude, par ailleurs, concluait à la prévalence importante des maladies psychiatriques dans ces populations.

Le rapport après cinq ans d'activité de la mission France de Médecins du Monde (**30**), bien que ne portant pas exactement sur notre population étudiée, montre, après une enquête portant sur 20.000 cas, que les hommes représentent 2/3 des effectifs, avec une moyenne d'âge de 33 ans (les 3/4 des malades ont moins de 40 ans), et qu'une personne sur deux est Française. Les données sociales retrouvées par cette enquête sont intéressantes. Un quart des malades déclare habiter dans la rue, et un consultant sur deux a un logement temporaire. Ainsi plus des 3/4 des malades sont soit sans domicile fixe, soit hébergés temporairement au moment de la consultation. Les 3/4 des malades n'ont aucune ressource financière. 64 % des malades vivent seuls et 70% n'ont pas la sécurité sociale. Enfin, 32% des malades sont adressés par l'Hôpital Public, ce qui n'est pas anodin. L'enquête de la R. A. T. P. (**28**) sur 278 personnes retrouve 79,1 % d'hommes, avec une moyenne d'âge de 31 ans et 12,6 % d'étrangers.

Ainsi, dans l'étude que nous avons fait à Nanterre, on retrouve une relative cohérence avec les autres données recueillies. Ceci malgré les difficultés méthodologiques de recueil de l'information et de la qualification de population comptabilisée.

IV APPROCHE DES PROBLEMES MEDICO-CHIRURGICAUX POSES PAR CES POPULATIONS

Pour aborder cette question, je voudrais envisager le problème de la façon suivante : Existe-t-il une différence significative de pathologie médico-chirurgicale entre les malades S. D. F., les malades "normaux", et les malades provenant du centre d'accueil ?

Pour essayer de répondre à cette question, je souhaite m'appuyer sur deux études.

4-1 Etude comparative portant sur 5464 cas dont près de 600 vagabonds

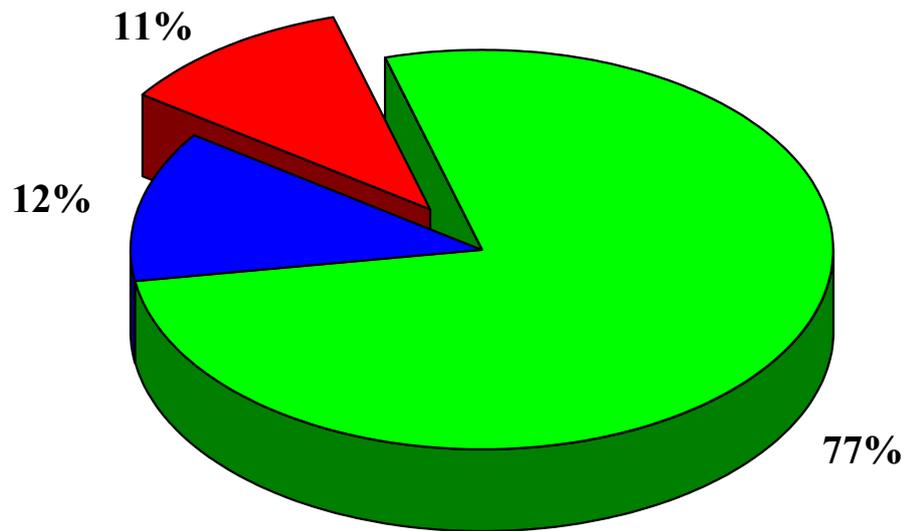
La pathologie chirurgicale du clochard parisien a fait l'objet de peu d'études. La recherche bibliographique que nous avons faite ne retrouve pas de publications sur le sujet. Une thèse de Doctorat en Médecine (8) faite à l'Hôpital de Nanterre est particulièrement intéressante. Celle ci porte sur 5.464 patients, soit la totalité des patients hospitalisés dans le service de Chirurgie Générale de Nanterre, de février 1987 à décembre 1989. Cette étude a comparé la pathologie chirurgicale du vagabond, à celle des hébergés du centre d'accueil et à celle de la population hospitalière courante.

- La population hospitalière courante représente 76,9% des patients (4.204), elle reflète la population retrouvée dans la plupart des autres hôpitaux.

- La population des hébergés représente 12,2% des patients (656).

- La population des vagabonds représente 10,9% des malades (595). Ceci est une relative surprise. En effet, si on interroge le personnel de chirurgie, leur évaluation spontanée de cette population se situe entre 40 et 50%.

TABLEAU 14

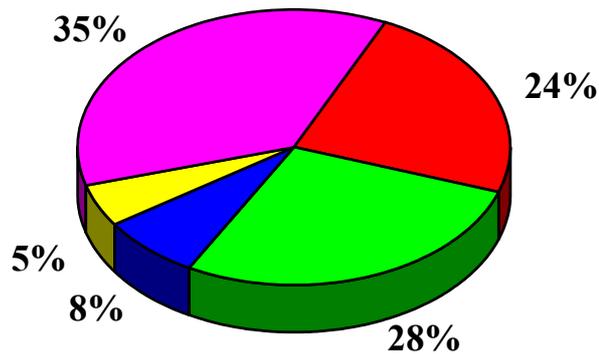
Répartition des patients hospitalisés en Chirurgie à Nanterre

■ Vagabonds ■ Population courante ■ Hébergés

Les résultats retrouvent une répartition en pourcentage dans les grands groupes de pathologie, sensiblement identique pour les trois groupes de population. Ils ont, à quelques variantes près, les mêmes maladies chirurgicales. Entre vagabonds et population courante, la différence la plus sensible porte sur la pathologie vasculaire.

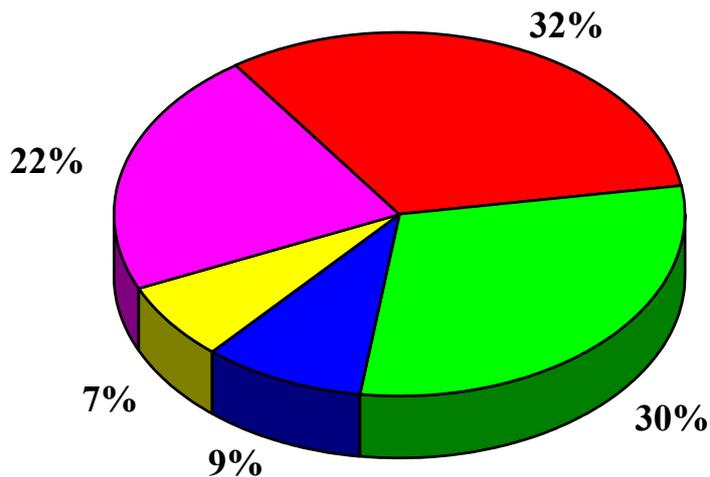
TABLEAU 15
REPARTITION GLOBALE PAR TYPE DE PATHOLOGIE

VAGABONDS



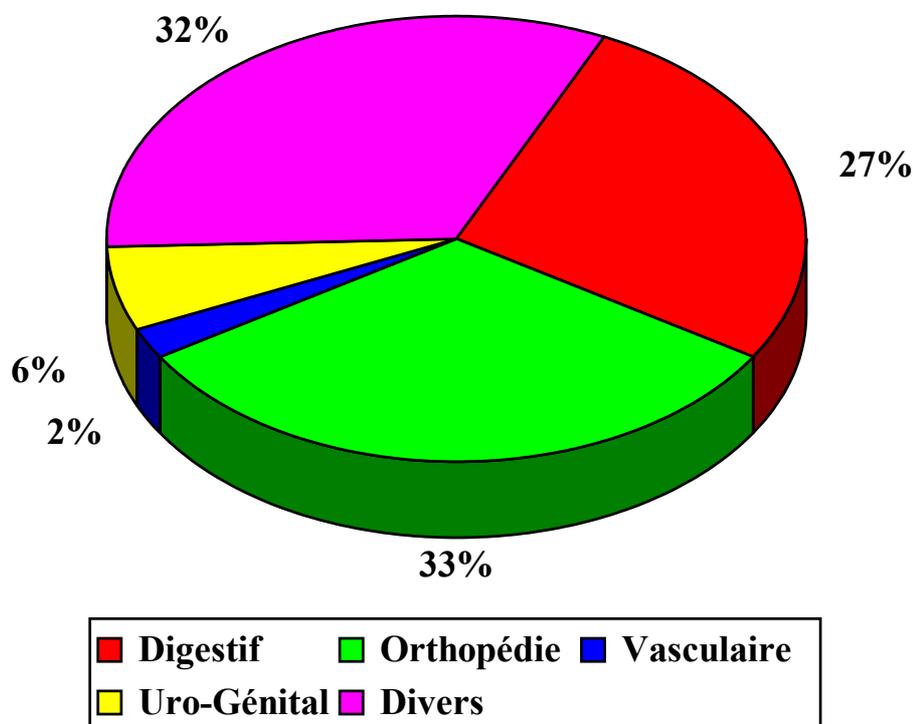
Hôpital Max FURESTIER - D.I.M. 1992

HEBERGES



Hôpital Max FURESTIER - D.I.M. 1992

POPULATION COURANTE



Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1992

	Digestif	Orthopédie	Vasculaire	Uro-génitale	Divers	Total
VAGABONDS	140	165	45	29	216	595
HEBERGES	215	197	62	46	145	665
POPULATION COURANTE	1.133	1.357	97	256	1.361	4.204

Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1992

Cette étude retrouve également la très large prédominance masculine dans le ratio hommes/femmes : 93,6% d'hommes pour les vagabonds, 82% pour les hébergés, et 61,4% pour la population courante.

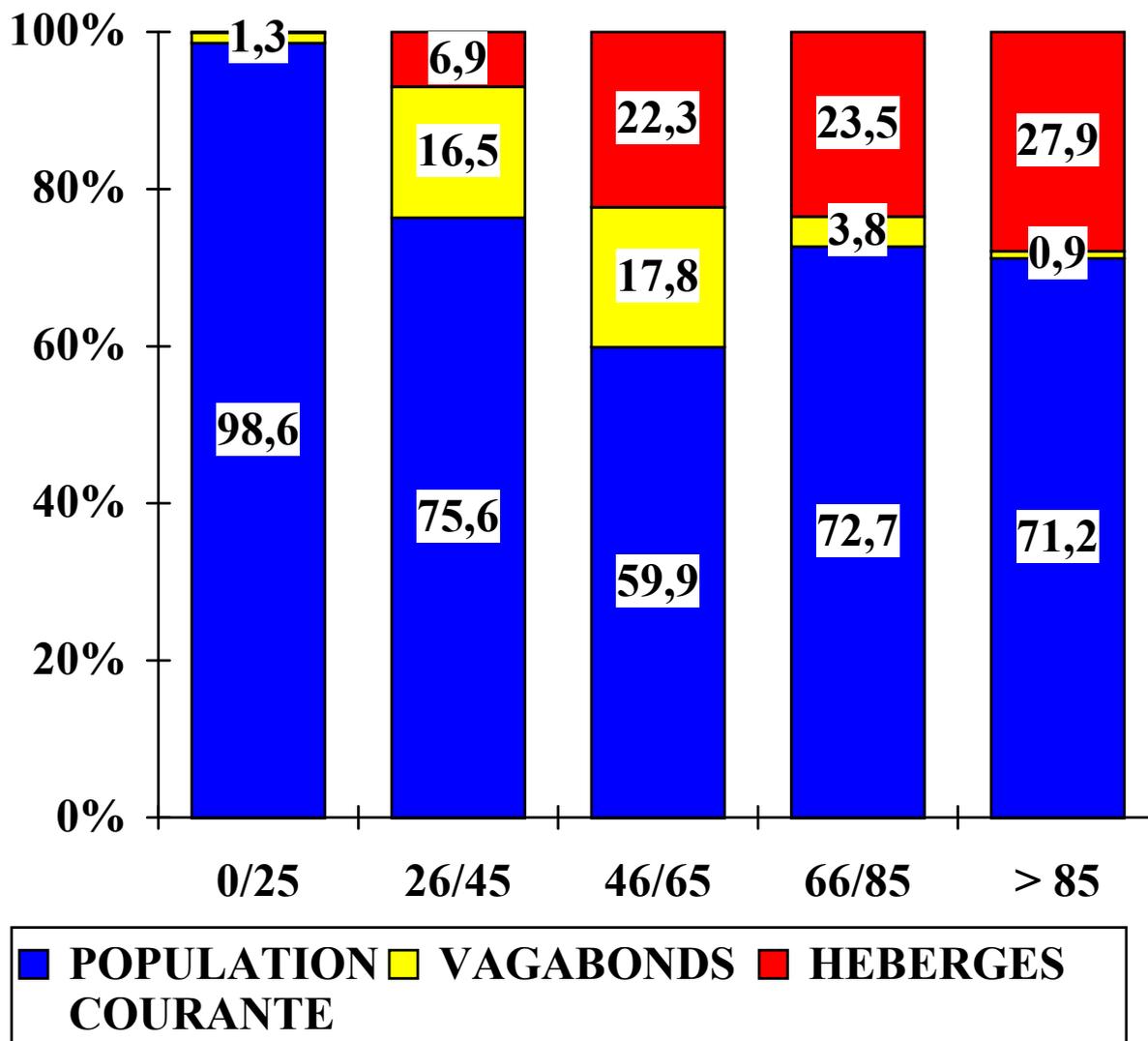
Une différence significative est mise en évidence par cette étude : ce sont les sorties contre avis médical. On en retrouve 6,7% chez les vagabonds contre 1,4% chez les hébergés et 3,5% dans la population hospitalière courante. Que cette proportion soit faible chez les hébergés paraît normal car ils sont dépendants de la structure. Par contre, pour les vagabonds, cette différence est significative, puisque le rapport est de 2/1 avec la population hospitalière courante.

i

La répartition dans les tranches d'âge est également significative comme le montre ce tableau.

TABLEAU 16

LES DIFFERENTS GROUPES PAR TRANCHE D'AGE



Hôpital Max FORESTIER - D.I.M. 1992

Sur cette étude, on peut donc conclure que le vagabond Parisien est un homme (93,6%) âgé de 25 à 65 ans (92%). Ces chiffres correspondent et sont validés par ceux retrouvés à l'accueil du C. H. A. P. S. A. (91%), à la consultation médicale du C. H. A. P. S. A. (82%), à Médecins du Monde (75%), à Sheffield (88%).

Lorsque l'on détaille les différentes pathologies, il n'existe pas de différence très significative entre les trois groupes, si ce n'est au niveau de la pathologie infectieuse et vasculaire, où l'on constate une différence sensible.

On peut cependant mettre en évidence quatre pathologies qui semblent plutôt spécifiques aux vagabonds :

- Les abcès du cuir chevelu, souvent provoqués par des lésions parasitaires non traitées.
- les "pieds du vagabond", lésions liées à la marche, aux chaussettes souvent mouillées, collées, incrustées dans la peau, lésions très fréquemment majorées par l'artérite et la polynévrite des membres inférieurs.
- les gelures d'orteil, très fréquentes en hiver.
- les brûlures par source de chaleur, ils s'endorment sur une grille de ventilation de chaleur (bouche de métro). Leur imprégnation alcoolique les empêche souvent de se rendre compte de l'apparition de brûlures, et ce phénomène, associé à la disparition des mouvements physiologiques durant le sommeil, laisse en contact prolongé la même surface cutanée avec une source de chaleur.

Ce qui paraît tout à fait important dans cette étude portant sur un grand nombre de cas, c'est la comparaison entre les durées moyennes d'hospitalisation. On retrouve une durée moyenne de 15,9 jours pour les vagabonds, de 19,6 jours pour les hébergés, et de 9,1 jours pour la population hospitalière courante.

Il est vrai que la chirurgie du vagabond est une chirurgie de nécessité, et que lorsque le domicile pour achever sa convalescence est la rue, le problème humain rejoint la nécessité médicale pour essayer d'éviter la détérioration rapide de résultats encore fragiles. On va retrouver là un conflit entre les conceptions économiques et les implications éthiques. Car à quoi cela sert-il de soigner et d'opérer des ulcères de jambe si pour des impératifs économiques de durée moyenne d'hospitalisation admise, il faut les mettre dehors, alors qu'ils ne sont pas guéris. On sait très bien, dans ce cas, qu'ils reviendront avec des lésions encore plus étendues et plus difficiles à traiter quelques semaines après.

De façon provocatrice, certains pourraient dire qu'il est peut-être plus rentable de les amputer d'emblée. Si l'éthique est un conflit de valeurs contraires, *"à la fois ciment qui relie, creuset aux émotions et aux sentiments collectifs, accommodation conflictuelle élaborée dans le bonheur et le malheur"* (3 : p 37), nous sommes là au coeur du débat.

Une des façons de sortir de ce dilemme est peut-être d'imaginer une structure para ou extra hospitalière qui serait un centre de convalescence à domicile pour des gens qui n'ont pas de domicile. Je ne suis pas sûr qu'une telle structure, outre son aspect "humain", serait sur le plan économique inconcevable rapporté aux coûts des hospitalisations multiples pour des problèmes similaires chez ces populations.

J'en donnerais un exemple emprunté au Dr Patrick Henry, exemple caricatural et peut-être facile, mais malgré tout très parlant. Si l'on prend un ulcère de jambe de taille moyenne, il faut au début une vingtaine de séances de soins infirmiers pour le traiter en ambulatoire. Cela représente : A. M. I. 2,25 X 20 c'est-à-dire 33,75 francs X 20 ce qui fait 675 francs. Sans soins pendant quinze à vingt jours, une hospitalisation dans un service de Médecine est obligatoire. Si une durée de séjour de 15 jours est nécessaire, cela fait 15 X 2.009,30 soit 30.139,50 francs. Sans soins pendant un mois supplémentaire, l'hospitalisation en Chirurgie est nécessaire avec une à deux interventions (excision, nettoyage puis greffe), soit trois semaines à 3.389 francs, cela fait 71.169 francs. Mais si, avant la Chirurgie, on ajoute un passage en Service de Soins Intensifs pour une septicémie à point de départ cutané, cela fait pour une semaine 5.834,10 X 7 = 41.048,70 francs; ce qui ajouté au passage en Chirurgie réalise un coût total de 112.217,70 francs.

Ainsi cette étude très significative portant sur près de 600 vagabonds aboutit en schématisant à un truisme, à une évidence qu'il faut étayer et mettre en exergue, car posant une interrogation éthique fondamentale : ces populations sans domicile fixe ont, sur le plan chirurgical, les mêmes pathologies que la population hospitalière courante. Je dirai de façon provocante qu'ils ont les mêmes maladies chirurgicales que n'importe quel être humain normal. Ce qui les différencie des deux autres groupes sont des caractéristiques non médicales :

- D'une part une durée d'hospitalisation beaucoup plus longue,

- D'autre part un pourcentage de sorties contre avis médical double environ de la population hospitalière courante.

Ces sorties contre avis médical s'expliquent par leurs difficultés à se plier à des règles sociales élémentaires : politesse, horaires, hygiène, et surtout la grande difficulté du sevrage éthylique chez des patients ayant une consommation quotidienne usuelle de 5 à 6 litres de vin par jour, mais qui peut atteindre 10 à 12 litres par jour. Cette difficulté de sevrage étant souvent majorée par des pathologies psychiatriques associées. Ceci explique la fréquence des problèmes relationnels avec le personnel soignant, pas toujours bienveillant vis à vis de ces malades, il est vrai, souvent difficiles.

Malgré les difficultés, ces populations posant médicalement les mêmes problèmes devraient être soignées de façon identique. Ceci sur le plan déontologique devrait être une évidence, mais ne l'est pas toujours comme nous le verrons dans la discussion éthique.

4-2 Expérience de la consultation médicale du C.H.A.P.S.A : LE C.D.S.P.S.A. (Centre De Dépistage et de Soins aux Personnes Sans Abri).

Je tiens vivement à remercier pour cette partie le Docteur Patrick Henry, créateur de cette consultation médicale en 1984 (31), il a bien voulu me confier une grande partie des documents statistiques présentés ici. Cette consultation médicale fonctionne de 7 h à 19 heures du lundi au vendredi. Elle comprend un médecin (P. H.), deux infirmières (1 seul poste pourvu), deux A. S. H. faisant fonction de secrétaire. Depuis quelques mois, un poste de médecin assistant a été créé, et deux A. S. H. supplémentaires ont été affectés.

De son ouverture en septembre 1984, au 31 décembre 1991, cette consultation médicale a reçu 49.984 passages, représentant 8.710 dossiers.

En 1991, cette consultation a recensé 8.475 passages (8939 en 1988 et 8438 en 1990) représentant 13% de l'ensemble des vagabonds amenés au C. H. A. P. S. A. (contre respectivement 15,2% et 12,29%).

Sur ces 8.475 passages, on dénombre 82% d'hommes pour 18% de femmes (17% en 90). 12,9% étaient vus pour la première fois

On a comptabilisé 11.869 actes (11.562 en 90) répartis en :

- 62% pour des soins infirmiers (7.373).
- 38% pour les consultations médicales (4.496).

- 5,65% des patients ont été dirigés vers les urgences médico-chirurgicales.

Ceci montre bien que cette consultation a une fonction de tri importante (12,23% en 88, 11,5% en 90).

- 5,2% des consultants ont été hospitalisés (7,46% et 4,35).

- 4,4% ont été dirigés sur des consultations spécialisées (2,5% et 4,2%).

Ces chiffres sont donc tout à fait superposables entre 1988 et 1991, ils semblent aller à l'encontre d'une idée communément admise et que l'on entend très fréquemment qui veut "qu'il y en a de plus en plus". Cela est vrai non seulement pour la consultation médicale mais aussi comme le montrait le tableau n°1 pour l'accueil au C. H. A. P. S. A.

En 1991, un archivage a été effectué concernant les dossiers de patients non revus depuis trois ans et plus, 3.635 dossiers ont ainsi été archivés, ce qui porte à environ 5.000 le nombre de dossiers actifs en cours. La population globale de vagabonds à Paris est estimée aux alentours de 6500 personnes par la B. A. P. S. A. Ceci donne une pertinence certaine à l'étude de ces populations puisque 5000 des 6500 vagabonds estimés pour Paris et l'Île de France sont passés au moins une fois à Nanterre (77%). Bien sûr, ces chiffres sont très approximatifs. Il existe des artefacts liés à un ramassage inchangé dans le temps, au fait que la capacité d'accueil soit identique à Nanterre, même si elle n'est que très rarement saturée, et aux changements d'identité d'usagers dépourvus de papiers d'identité.

En 1992, de janvier à juin, on enregistre :

- 4.400 passages dont 477 pour la première fois (10,8%).
- 2.716 consultations et 1.684 soins infirmiers
- 421 (0,9%) ont été adressés aux urgences, dont 266 pour hospitalisation.
- On dénombre 80,38% d'hommes (3.537) et 19,62% de femmes (859)

Concernant le détail du bilan pathologique, celui ci a été étudié entre septembre 1984 et décembre 1989, il prend en compte le motif de consultation et non les pathologies retrouvées à la consultation ou après hospitalisation. Il montre :

Lésions cutanées	27,8%	(10.713)	35%
Dermatologie	1,7%	(664)	
Parasites	5,5%	(2.137)	

Pré-Délirium	12,2%	(4.688)	13,1%
Ebriété	0,9%	(363)	

Epilepsie	4,4%	(1.693)	6,3%
Neurologie	1,9%	(748)	

Pneumo Phtisiologie	5,2%	(2.024)	45,6%
Traumatologie	4,5%	(1.743)	
Psychiatrie	4,3%	(1.652)	
Chirurgie	4,0%	(1.550)	
Demande sociale	3,7%	(1.436)	
Gastro-entérologie	3,3%	(1.292)	
Oto-Rhino-Laryngologie	3,2%	(1.227)	
Altération de l'Etat Général	3,2%	(1.242)	
Douleurs diverses	2,6%	(1.026)	
Cardiologie	2,1%	(816)	
Ophthalmologie	1,5%	(576)	
Stomatologie	1,4%	(547)	
Rhumatologie	1,3%	(494)	
Intoxications	0,7%	(258)	
Urologie et gynécologie	0,6%	(226)	
Infectieux	0,5%	(1.99)	
Gaz lacrymogènes	0,3%	(118)	
Intoxications volontaires	0,09%	(36)	
Centre Psychiatrique d'Orientation pour Adultes et Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police	0,05%	(22)	
Hypothermies	0,04%	(17)	
Tentative de Suicide	0,02	(9)	

Ce bilan pathologique portant sur un grand nombre de cas est tout à fait corroboré par le rapport médical de la mission France de Médecins du Monde (30). On retrouve sensiblement les mêmes répartitions de pathologies, à quelques variantes de population près.

N. J. Shanks (32), à Manchester, a comparé les morbidités entre S. D. F. et population générale. Il retrouve une large prédominance des lésions dermatologiques et psychiatriques associée à une faible importance de la pathologie cardio-vasculaire et musculo-squelettique dans cette population comparativement à la population générale. Par ailleurs, il constate aussi que la consommation de soins de santé "primaires" chez les S. D. F. n'est pas plus importante que dans la population générale. Ceci peut suggérer, lorsqu'on connaît leurs besoins, que cette médicalisation primaire est probablement insuffisante.

Il est particulièrement notable, que les demandes fermes, pour résoudre un problème d'ordre médico-social ou psychiatrique soient extrêmement faibles. Cela semble étonnant lorsque l'on connaît l'importance de ces problèmes chez eux. Cette constatation ne doit pas faire renoncer à tenter de résoudre leurs problèmes et en particulier à les mettre en relation avec des travailleurs sociaux, des psychologues ou des psychiatres. Très souvent, la suggestion de telles rencontres est acceptée, alors même qu'elle n'était pas exprimée, pour peu que la proposition soit faite par du personnel les connaissant et connu d'eux. Il faut aller à leur rencontre, favoriser une aide qu'ils ne susciteront pas d'eux même. Par exemple, l'expérience de la R. A. T. P. (28) est intéressante. Des éducateurs vont à la rencontre de personnes en difficultés qui ont trouvé refuge dans le métro. Ils accompagnent ensuite ceux, qui après discussion en sont d'accord, jusqu'à un point "coup de pouce" où ils sont pris en charge par une assistante sociale. Celle-ci va les accueillir, évaluer leur demande, les orienter de façon adaptée si possible, et veiller à obtenir un retour d'information. 278 personnes ont pu ainsi bénéficier du Service Social proposé. La "rentabilité" à long terme, avec des solutions durables, est certes faible avec 12% de sorties définitives du réseau à trois mois. Mais ce faible résultat, s'il est logique et attendu, n'est pas pour autant négligeable. Par contre, il peut sembler relativement surprenant que plus de 50 % des personnes sollicitées par des éducateurs acceptent de rencontrer une assistante sociale. Le dialogue, le contact est possible pour peu que l'on aille vers eux.

L'expérience d'éducateurs de rue comme celle de Pedro Meca (Les Compagnons de la Rue) est également intéressante. Elle montre bien la nécessité d'aller au devant d'eux, surtout dans la soirée ou la nuit, et non pas de les attendre dans un bureau aux heures ouvrables.

En conclusion de cette approche médicale, on peut considérer que cette étude autour de ces populations, montre qu'il n'y a pas réellement de différence significative par rapport à la population générale sur le plan strictement médical.

Un certain type de pathologie, lié aux conditions de vie, n'est en rien spécifique aux vagabonds. La seule particularité notable est l'importance de la pathologie cutanée, infectieuse, et parasitaire, avec des poux de tête, de corps, de pubis, et des gales essentiellement. Le grattage de ces lésions prurigineuses avec des mains sales va entraîner une constellation de petits cratères cutanés, surinfectés, et purulents. On retrouve fréquemment des lésions mycosiques, souvent impressionnantes, en particulier au niveau des pieds. Celles-ci sont liées à la macération sur des pieds non lavés pendant des semaines, lésions aggravées par le fait qu'ils marchent beaucoup.

Outre cette pathologie cutanée, on va retrouver des lésions des membres inférieurs : oedème et "pied de vagabond" (liés aux carences alimentaires, à la marche et à la station verticale ou assise prolongée). Les hypothermies parfois impressionnantes, jusqu'à 27°, restent rares.

On retrouve également une prévalence importante de la "petite" pathologie psychiatrique (anxiété, dépression, troubles du sommeil souvent aggravés par le prurit nocturne). Cette pathologie est liée à l'alcoolisme, mais aussi à l'insécurité, aux agressions, et à l'isolement psycho-affectif qui est pour eux absolument effroyable. L'égoïsme forcé pour essayer de s'en sortir au début, le renoncement et la diminution des besoins ensuite, la règle des cinq nuits, les structures temporaires d'hébergement, l'espèce de noria avec cette ronde incessante entre les différentes structures d'hébergement, tout ceci favorise le développement de cette pathologie psychiatrique.

On entend parfois parler de la "faiblesse" des clochards, mais si on veut essayer d'y songer, c'est extrêmement dur d'être dans la rue. Manger, dormir, excréter, uriner, éviter le vol de ses maigres affaires (papiers, chaussures, vêtements), mendier. Cette déambulation permanente est tout à fait épuisante, et ce ne sont pas les chercheurs ou les journalistes qui ont partagé la vie de ces populations (voir P. Declerck ou J.L. Porquet) qui me démentiront. L'alcool-médicament rend les choses plus faciles, le courage de faire la manche revient et la honte disparaît. Mais très vite, il faut faire la manche pour boire, et on rentre dans une spirale infernale. Tout cela déstructure non seulement l'individu dans son essence propre, mais aussi l'individu-structure sociale dans les relations qu'il peut avoir avec l'autre. Une solitude et un isolement qui expliquent à eux seul un certain nombre de troubles du comportement, et souvent une très grande demande d'échange relationnel à la consultation médicale, même si parfois cette demande se fait sur un mode agressif. La seule relation qu'a le clochard le plus souvent, c'est en se réfugiant dans un imaginaire où il finit par s'enfermer, imaginaire qui le conduit de plus en plus loin jusqu'à ne plus se parler qu'à lui-même. On voit très fréquemment des personnes qui engagent apparemment un dialogue avec vous, mais pour lequel vous vous rendez très vite compte que vos réponses n'ont aucune importance, et qu'en fait il n'y a pas échange, mais monologue, enfermés qu'ils sont dans une espèce d'imaginaire ou l'extérieur n'a ni place ni prise.

Ces conclusions ont évidemment une répercussion éthique évidente par rapport aux soins qui leur sont apportés.

Plutôt qu'une différence médicale, je pense qu'à l'instar du Docteur Patrick Henry (31), il convient mieux de parler de "décor pathologique". Il est vrai que l'on retrouve chez ces vagabonds de façon très prégnante :

- Un alcool-tabagisme avec une moyenne de cinq à six litres de vin et un à deux paquets de cigarettes par jour.

- Une maladie mentale avec une évaluation approximative de 20 à 30% de psychotiques. Cette affirmation "grossière" demande certainement à être affinée et, surtout, placée peut-être dans un cadre nosologique plus précis. Mais pour un non spécialiste, cela traduit bien une réalité de tous les jours. Selon les systèmes nosographiques utilisés, cette proportion peut aller jusqu'à 50 à 60% (21 : pp 19-25).

- Une malnutrition voire une dénutrition importante, avec en particulier des carences vitaminiques souvent très sévères.

- Une absence totale d'hygiène, liée certes à des problèmes d'accessibilité aux structures sanitaires, mais aussi à un rapport au corps profondément modifié. Mais cette absence d'hygiène n'est pas spécifique au clochard, si l'on en croit les chiffres évaluant par exemple, l'utilisation de la brosse à dent dans la population Française. De plus, nous avons vu qu'un nombre non négligeable d'usagers viennent par leurs propres moyens et très souvent tous les jours, ils prennent donc tous les jours une douche car elle est obligatoire à l'arrivée dans la structure. Là encore, je ne suis pas sûr que la douche quotidienne soit la règle pour l'ensemble de nos concitoyens.

- Un manque de sommeil avec très souvent deux à trois heures de sommeil par nuit en moyenne. En effet, outre les conditions d'abri précaire qu'il faut trouver, ils sont toujours à la merci d'agressions par des bandes ou par des vigiles dans les endroits surveillés. Le clochard ne représente pas un danger pour les autres, bien au contraire, il est attaqué parce que faible et sans défense. Ainsi, on rencontre de nombreuses lésions, par cutter (skinheads), et on leur découpe des croix gammées dans les chairs, pour jouer; par des bombes lacrymogènes, avec des lésions oculaires souvent graves, ou par des morsures de chien (vigiles).

- Une exposition aux agressions climatiques : froid (hypothermie), humidité.

- Un retard à la médicalisation qui permet parfois de retrouver des lésions "historiques" (milliaire ou péritonite tuberculeuse par exemple).

Ce "décor" médical, plus que des problèmes médicaux spécifiques, entraîne un mauvais état général permanent, responsable de complications fréquentes et surtout d'une "usure physiologique" prématurée.

D'autre part, plus encore que pour d'autres populations défavorisées, la pratique médicale auprès d'eux montre très clairement, que les problèmes de santé qu'ils présentent sont très étroitement corrélés avec l'effritement ou la disparition du lien social.

La façon, dont physiquement et psychiquement, ils perçoivent ou non un sens concernant la place qu'ils peuvent occuper sur la scène sociale est directement traduite dans le rapport au corporel (hygiène, entretien, santé).

Cette idée de sens ou de non sens joue sur tous les niveaux de l'individu et il est frappant de voir à quel point par exemple cela retentit sur "leur schéma corporel" Ainsi les plaies souvent effroyables qu'ils présentent ne les préoccupent guère. Le seuil douloureux semble manifestement très augmenté pour eux, et il y a une espèce d'indifférence à leur état global ou particulier de santé. Concernant des lésions des jambes, par exemple on entend dire : "Si ma jambe peut être soignée, tant mieux, mais je ne veux pas aller à l'hôpital". "Mais si vous ne la soignez pas, on va être obligé de vous couper la jambe." "Tant pis, je m'en fous au moins comme ça je serai tranquille."

Il y a perte du sens et aucune projection dans le temps, ils sont donc incapables de se projeter eux-mêmes dans un avenir où il leur manquerait une jambe, comme si cette jambe n'était pas à eux et leur était extérieure. Alors même que ne pouvant plus marcher, leur situation de précaire deviendrait absolument dramatique.

En conclusion de cette approche médico-sociologique, on peut dire que l'on ne définira pas substantiellement le sans toit stable. On a vu les difficultés sémantiques à le définir. Nous repérerons simplement deux types de populations : totalement désocialisée (perte de sens) ou partiellement désocialisée.

On peut définir cette population sur des critères statistiques et dire, si on veut en brosser un portrait statistique, un prototype, qu'il s'agit d'un homme seul, jeune, âgé de 35-40 ans, provenant d'une famille défavorisée, "à problème", avec laquelle il n'a plus de contact. Ils ont fréquemment des antécédents psychiatriques et/ou alcooliques, avec parfois un passé de petite délinquance et d'incarcération. Ils ne sont ni de plus en plus jeunes, ni de plus en plus nombreux, ni majoritairement étrangers.

Sur le plan médical, il se caractérise non pas par des différences physiologiques avec la population générale, mais par une durée d'hospitalisation plus longue et un nombre de sorties contre avis médical plus grand. Tout cela n'est pas lié à une contingence médicale pure, mais à leur problème social. On note également des modifications profondes et souvent sévères du schéma corporel qui, associé à une plus

grande difficulté d'accès aux soins se traduit souvent par un retard et une difficulté à la médicalisation.

V PROBLEMES ETHIQUES DEGAGES CHEZ CES POPULATIONS

L'ensemble de la problématique éthique est, me semble-t-il, implicitement contenu dans tout ce qui précède. Nous allons tenter de voir explicitement où sont les questions éthiques.

La première problématique posée par ces populations est celle de leur connaissance. Il y a là un préalable éthique fondamental qui est de savoir de quoi on parle. Un certain nombre de clichés, de représentations sociales est développé, surtout l'hiver lors des grands froids, quand le clochard devient visible par l'intermédiaire des médias. J'en évoque quelques uns : "Notre protection sociale est la meilleure du monde". "Il y en a de plus en plus", "s'ils sont dehors, c'est qu'ils le veulent bien". "Lorsque vraiment on le veut, on trouve toujours un petit boulot". Encore que cet argument a finalement été battu en brèche par la réalité des faits, et sur près de trois millions de chômeurs, on veut bien considérer qu'il n'y a pas trois millions de fainéants. "Avec toutes les organisations caritatives qui existent, on ne doit pas mourir de froid et de faim en France."

Ces clichés, ces représentations sociales, ces reportages journalistiques de salon, ces idées préconçues, convenues, travestissent et masquent la réalité. L'émotion médiatisée l'hiver, se double d'une indifférence individuelle pour le clochard dans l'espace public au quotidien.

Alors, la première exigence est celle de leur connaissance, et il faut avoir le courage de dire que ce n'est pas chose facile. L'odorat délicat souvent renonce devant des puanteurs insoutenables. La vue s'obscurcit et un haut le coeur difficile à contenir apparaît devant ces plaies immondes où grouillent vers, asticots et parasites. La peur de la contagion, d'attraper quelque chose : poux, lentes, gale, fait reculer à leur contact. Il faut noter que cette peur est tout à fait illégitime, et le personnel médical et para-médical travaillant pourtant au plus près, n'est que de façon tout à fait exceptionnelle colonisé par des "invités indésirables". Cette peur, place dès le premier abord, une barrière qu'ils ressentent tout à fait bien et qu'ils s'acharnent parfois, par réaction agressive, à amplifier. On peut à ce sujet voir l'article peu conventionnel, mais très proche du vécu quotidien, de Patrick Declerck (**34** : pp 76-85).

Il faut avoir le courage de le dire, et la curiosité de savoir pourquoi si l'on veut réellement parler d'eux (et pour eux ?), il faut dépasser tout cela. Il faut aller au delà et chercher l'Homme ou la Femme derrière la puanteur, le putride, la fange, l'horrible.

Cette première exigence éthique de savoir de quoi on parle replace alors le contact non pas sous l'aspect de Ma Personne, du Cher Moi, d'une importance évidemment fondamentale, vis à vis du vagabond, pouilleux, et objet de pitié, mais d'un rapport entre deux êtres humains d'égale importance. Alors, on sort du reportage journalistique convenu et l'on a une chance d'approcher la dimension humaine de ces populations.

La seule façon de ne pas voir cette exigence éthique c'est en les disqualifiant. Si l'on veut passer outre cet aspect premier, rebutant, difficile, c'est pour un certain nombre de praticiens de terrain par refus de les disqualifier du statut d'êtres humains. L'indifférence à l'autre n'est possible que si on le réifie, car alors il devient transparent. Pourtant la valeur d'un être humain, en tant que personne raisonnable, ne peut pas se juger uniquement sur une apparence et sur des odeurs. Alors seulement si on se raccroche à cette valeur, l'autre quelqu'il soit est et reste un "frère en humanité."

Paul Ladrière (35 : pp 27-85) dans son étude sur l'évolution sémantique du mot personne, nous montre bien, en partant de l'Antiquité Grecque et Latine, en passant par Boece (V-VIè s), *"La personne est une substance individuelle de nature raisonnable"* (dans Consolation de la Philosophie) pour en arriver à Kant, les sédimentations successives repérables dans la signification complexe actuelle du mot Personne.

C'est je crois chez Kant, que l'on va trouver les valeurs sur lesquelles se raccrocher dans notre discussion éthique sur les S. D. F. : la personne, sujet moral autonome, est une fin en soi et non pas un moyen pour d'autres fins. De cette finalité propre, elle acquiert d'emblée sa dignité et mérite le respect. Cette dignité et ce respect sont dus inconditionnellement à la personne humaine, et ne sont pas conditionnés par telle appartenance, telle valeur, telle origine ou tel comportement. Il n'y a pas de principe de valeur conditionnelle. L'autre n'est pas une personne uniquement parce qu'il mérite le respect et qu'il a une dignité. Car sinon, il faudrait entendre que lorsqu'il ne mérite pas le respect, il ne s'agit pas d'une personne. L'autre est une personne parce qu'il EST.

Sur ce seul fait d'exister en tant que personne, il mérite inconditionnellement le respect. Ainsi Kant dans les fondements de la métaphysique des moeurs (36 : p 160) :

"Dans le règne des fins, tout a un PRIX ou une DIGNITE. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre à titre d'équivalent; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par la suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité".

Alors, si l'on en reste à Kant, il n'y a pas d'autre alternative que d'appartenir soit au règne des Personnes, sujets moraux impliquant obligatoirement dignité et respect, c'est le champ de réflexion de la métaphysique des moeurs, soit au règne des objets dans le cadre de la métaphysique de la nature.

Le passage de l'un à l'autre étant particulièrement difficile à imaginer, il existe, avant la disqualification et la réification du S. D. F. comme pour d'autres groupes stigmatisés, un stade intermédiaire : la dévalorisation. Ce terme montre bien là qu'on a quitté Kant puisque la valeur implique l'échangeabilité, la hiérarchie, la comparaison, ce qui est ontologiquement impossible lorsqu'il s'agit d'une personne humaine.

C'est bien de dévalorisation dont il s'agit lorsqu'on parle de ces "gens là", que certains considèrent comme des rebuts de l'humanité, non des victimes mais des ivrognes, des voleurs, des clochards, qui à d'autres font peur avec leurs plaies immondes. Ils n'espèrent rien obtenir de tels personnages, et pour eux, le seul devoir de la société est de s'en protéger au besoin par la coercition. Diminués à leurs yeux, ils cessent d'être une personne ordinaire et tombent au rang d'individus viciés.

Pourtant, si collectivement, cette image répulsive "pourrait" correspondre à une vision, la réalité d'une consultation et d'un abord individuel, nous montre que derrière la répugnance, par delà la peur, on trouve des êtres humains, pour certains sympathiques, pour d'autres antipathiques, pour certains émouvants, d'autres doux et calmes, quelques uns agressifs et écorchés vifs ; En bref des personnes humaines. Il n'est possible d'imaginer de les traiter de façon coercitive que sous l'aspect collectif, comme cela a pu se faire dans notre histoire, pour le traitement collectif d'autres populations stigmatisées.

Le terme de dégénérescence qui pourraient les qualifier, pour certains, nous vient lui aussi de l'histoire. Il faisait partie du vocabulaire de la révolution Française (Anne Kramars-Lifschitz, **35** : pp 131-158), et il a pu qualifier et stigmatiser à la fois les esclaves, les malades mentaux, les noirs, les juifs ou les vagabonds. Il nous montre que le glissement à partir de réflexions collectives sur des populations stigmatisées vers des idéologies eugénistes ou "néo-eugéniste" est possible. La proposition de stérilisation obligatoire d'individus jugés socialement inaptes s'est concrétisée dans les lois d'un certain nombre d'états entre 1914 et 1930. Deux Prix Nobel, Alexis Carrel (**37**) et Charles Richet (**38**) ont pu proposer l'élimination des anormaux. Cette proposition était fondée sur le raisonnement suivant : *"Ce qui fait l'homme, c'est l'intelligence. Une masse de chair humaine sans intelligence, ce n'est rien. Il y a de mauvaise nature vivante qui n'est d'aucun respect ni d'aucune compassion. Les supprimer résolument, ce serait leur rendre service, car ils ne pourront jamais que traîner une misérable existence."*

La façon de régénérer ces populations dégénérées fera l'objet de vastes débats :sont-ils capables de devenir des citoyens à part entière ?

On mesure la distance avec la pensée Kantienne où ils sont par définition des citoyens à part entière, puisque ce sont des personnes, des sujets moraux autonomes, des citoyens de droit. La dégénérescence, arrêt du processus de l'évolution ou retour en arrière, se trouve évoqué avec les images d'Epinal sur les hordes de gueux dépenaillés, détrousseurs de carrosses, les tribus où règne la loi de la jungle, la barbarie nécessaire pour survivre, la cour des miracles.

Gobineau dans son essai sur l'inégalité des races en 1853 explique : *"un peuple dégénéré signifie que ce peuple n'a plus la valeur intrinsèque qu'autrefois il possédait"*. Cette vision est-elle véritablement bannie du regard que l'on peut avoir des clochards et des vagabonds ?

Charcot professait que *"les juifs sont racialement prédisposés à la névropathie des voyages ou du nomadisme, le juif errant ne fait que confirmer ce besoin irrésistible de se déplacer, de voyager sans pouvoir se fixer nulle part"* (leçons du mardi à la Salpêtrière 1889), étonnant parallèle avec notre vagabond S. D. F. L'équivalent symbolique du juif errant du clochard, et du routard, de celui qui est certes dans la rue, mais libre, peut trouver une certaine pertinence car résultant d'un "traitement social" assez similaire. De la même façon, Charcot développera le concept d'automatisme ambulateur, le vagabond est un malade mental, et la déambulation permanente n'est qu'un symptôme de la maladie dégénérative qui l'atteint.

On retrouve encore prégnante cette idée d'une dégénérescence constitutionnelle amenant à la clochardisation. Celle-ci ne résiste pas à l'analyse car si constitution préalable il y avait, il devrait être possible de repérer les individus, préalablement au passage à la rue. Un certain nombre de médecins au 19^e et au début du 20^e siècle s'y sont essayé en vain. Il devrait aussi, peut-être de façon très utilitariste, être possible de prévenir le passage à la rue. Cet essai de pointer le stigmatisé a eu son heure de gloire avec le médecin Lombroso ou le psychiatre Nordau au début du siècle par exemple, et on a ainsi répertorié dix sept indices crâniens spécifiques aux délinquants. L'existence de tatouages, l'insensibilité physique et affective, l'égoïsme monstrueux, l'impulsivité, l'émotivité, l'adynamie, l'horreur d'agir, le manque de volonté, l'amour de la rêverie creuse, l'incapacité de s'adapter à des conditions données, tous ces traits caractéristique devaient permettre de repérer le criminel né, le déviant asocial (35 : pp 140-146).

Toutes ces "tentatives scientifiques", ces conceptions eugéniques, ces théories évolutionnistes avec ce concept de dégénérescence s'opposaient au concept de Droit de l'Homme et à la philosophie Kantienne sur la personne humaine, car quelle est la valeur des Droits de l'Homme si on en exclu certains individus. Peut-on imaginer des degrés dans l'humanité ? voire la possibilité de régression vers la non-humanité ? A l'évidence non, le problème est alors très clair et très tranché sur le plan théorique.

Si on se raccroche aux valeurs fondamentales des Droits de l'Homme, de la Personne, sujet de dignité et de respect, alors le problème moral est réglé.

Mais au quotidien, le problème éthique peut demeurer. La disqualification du clochard et du vagabond est facile. Elle peut même être présentée par certains comme nécessaire pour pouvoir les côtoyer : "on ne peut pas compatir à chaque individu", "on ne peut pas prendre en charge toute la misère du monde", autrement dit, l'empathie est un concept de "penseux", mais les "besogneux" eux doivent pouvoir travailler. Il ne faut je crois ni nier ni mépriser cet argument. Lorsqu'on les disqualifie, cela rend incontestablement le travail parmi eux plus facile, plus vivable, moins anxigène et moins déstructurant. Mais c'est moralement, éthiquement inadmissible. C'est pourquoi il faut inlassablement faire référence à ces valeurs fondamentales intangibles qui font de l'autre, quel qu'il soit, "un frère en humanité", une Personne Humaine.

Ces préalables étant donnés, on peut pour poser les problèmes adopter deux méthodologies inverses :

- Soit tisser un cadre général de réflexion éthique et de valeurs fondatrices, et voir au niveau du particulier "comment faire." Dans ses commentaires sur la métaphysique des moeurs (36 : p 36), Victor Delbos dit :

"La métaphysique des moeurs est indispensable pour satisfaire le besoin spéculatif de l'esprit qui cherche dans la raison la source des principes pratiques. Cette méthode mise en oeuvre dans la dernière section de la métaphysique des moeurs sera la méthode synthétique : elle consiste à partir de la puissance pratique de la raison pure pour descendre jusqu'aux déterminations que la conscience commune prête au devoir."

- Soit partir de la casuistique et voir comment formaliser les problèmes pour essayer de les théoriser, de s'échapper de la stricte casuistique et de "s'accrocher" aux principes, afin de poser correctement, si faire se peut, les bonnes questions.

"Pour préserver la moralité de toute corruption en montrant l'absolue nécessité de ces principes, leur entière indépendance à l'égard de tous les mobiles suggérés comme de toutes les circonstances présentées par l'expérience. Ainsi dans les deux premières sections de la métaphysique des moeurs, cette mise en oeuvre est analytique, elle consiste à remonter des jugements moraux prononcés par la conscience commune jusqu'au principe qui les fonde" (36 : pp 36-37).

Le sens de notre démarche, qui a été de nous interroger sur et à partir de notre pratique quotidienne, incite plutôt à choisir la méthode analytique et, partant du problème concret à essayer de mettre en évidence les valeurs qui doivent soutenir une réflexion éthique sur ces populations.

1°) Problématique éthique envisagée sur l'aspect médical

a) Problématique rencontrée au C. H. A. P. S. A.

Si nous partons du "concret", voyons comment se passe la pratique au quotidien, et dans un premier temps, nous allons décrire le fonctionnement du C. H. A. P. S. A.

- Premier stade : le ramassage

La Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri : les "Bleus", c'est une cinquantaine de fonctionnaires de Police en tenue, sous la responsabilité d'un commissaire de police, et qui sont chargés du ramassage. Des anciens bus de la R. A. T. P. sillonnent donc Paris et ramassent les personnes présumées sans abri, le plus souvent sans leur accord, mais dans la légalité. L'expérience des personnels fait quoiqu'on en dise qu'il y a assez peu d'erreurs commises, même si une rumeur prétend qu'un fils d'ambassadeur, évidemment africain, y fut amené par bévue, après une nuit assez agitée et assez arrosée. Cette histoire, dans une deuxième version, est racontée sous la forme de la femme d'un Ministre, sortie faire ses courses, et qui aurait été ramassée par les "bleus". La majorité des personnes conduites à Nanterre disent être conduite contre leur gré et vouloir repartir. Une fois dans le bus, et le temps de la tournée complète peut les y laisser plusieurs heures, ceux qui ont été ou prévoyants ou chanceux peuvent finir de s'alcooliser, sachant que cette possibilité leur sera ensuite impossible à Nanterre.

Alors, il est vrai que là semble se poser un premier problème. En effet, en tant que médical, il peut être choquant de participer à une structure et à un système qui amène parfois de force des individus sous le seul prétexte de leur absence de domicile, à plus forte raison après la dépénalisation du vagabondage.

La problématique éthique semble être la suivante : les "bleus" ramassent de force et amènent souvent contre leur gré des vagabonds. Ils arrivent à Nanterre et sont pris en charge par des surveillants, personnel habillé d'une blouse blanche orné de l'écusson de la Préfecture de Police. Au milieu de tout cela, un médecin et une infirmière vêtus également d'une blouse blanche mais sans écusson. Il est vrai que la lisibilité du médical par rapport à la surveillance n'est pas bonne, même si très vite les usagers repèrent le médical dans la structure, qu'ils identifient souvent, d'ailleurs, comme le "maillon faible" du coercitif. Des moyens simples d'identification permettraient certainement d'augmenter cette lisibilité.

La première question semble donc être celle d'une présence médicale au milieu du coercitif. Cependant, on a vu l'importance des problèmes médicaux dans ces populations. Cette présence médicale peut ne pas être choquante si elle n'est pas une fausse légitimation confortante et rassurante. De nombreux usagers disent monter dans le bus volontairement en raison, justement, de l'existence du Service Médical. Ils y sont connus et vus dans une structure qu'ils connaissent et qui leur est adaptée. Certains disent même que le seul intérêt de Nanterre pour eux est le Service Médical. Cette vision peut être qualifiée de justification utilitariste, pour ma part, je la qualifierais plus volontiers de pragmatique.

Malgré tout, au premier abord, le "ramassage" semble tout à fait choquant. De très nombreux vagabonds à la descente du car disent avoir été pris de force. Un certain nombre exige de partir en précisant que la décision de partir ou de rester leur appartient, ce qu'un observateur découvrant la structure leur accorde bien volontiers. Il y a là semble-t-il un vestige du coercitif pur qui est éthiquement choquant. Mais est-ce si sûr ?

Regardons les choses de plus près : les bus de la B. A. P. S. A. , anciens bus de la R.A.T.P., ont un trajet bien déterminé et ne peuvent évidemment pas emprunter toutes les rues de Paris, pour de simples questions bien compréhensibles de gabarit. On peut donc se dire qu'il doit être tout à fait possible d'éviter de se faire ramasser si on le veut. Lorsque l'on voit (tableau 1) qu'en 1991, il y a eu 63000 passages pour 6500 usagers, cela fait environ 10 passages en moyenne par an et par usager. Il apparaît là une interrogation car, que l'on se fasse ramasser de force, par inadvertance une fois, c'est possible, mais dix fois cela est curieux, à moins de considérer qu'ils sont parfois dans un tel état d'ébriété, qu'ils ne songent plus à quitter les endroits fréquentés par la B. A. P. S. A.

Ne doit-on pas considérer à priori dans ce cas qu'ils sont en danger pour eux même ? Ils risquent de se faire renverser par une voiture, ou bien agresser sans pouvoir se défendre. Ils peuvent s'endormir sur une bouche de métro et se brûler parfois gravement, ou bien encore, mourir de froid. Nous avons vu les modifications profondes de leur schéma corporel ainsi que les diminutions de leurs besoins ressentis, en particulier en soins médicaux.

Alors non seulement le ramassage n'est plus choquant, mais il me paraît de surcroît éthique d'une société vis à vis de ses maillons les plus faibles. J'irai même plus loin, en affirmant que si pour une raison ou pour une autre, on supprimait le ramassage, cela se traduirait par 70 à 100 morts par hypothermie chaque hiver. Le Service de Soins Intensifs de Nanterre reçoit dix à quinze hypothermies par an dont pour certaines très profondes jusqu'à 27°. La sémiologie des hypothermies sévères est d'ailleurs très proche de l'intoxication éthylique aiguë, avec une confusion, une désorientation ou un coma vigil. Cette sémiologie est d'autant plus difficile que hypothermie et alcoolisme aigu sont souvent associés et se potentialisent mutuellement. Or, si un certain nombre de ces vagabonds survit, c'est grâce à ce ramassage, grâce à l'habitude, au savoir faire, en bref au métier des personnels qui exercent à leur contact : "bleus, surveillants, médecins du C. H. A. P. S. A. et des urgences, réanimateurs.

Alors, de même que l'on ne trouve pas choquant de réanimer parfois agressivement des tentatives de suicide qui pourtant avaient clairement signifié leur désir de mourir, je ne trouve pas choquant que l'on amène parfois contre leur gré des vagabonds à Nanterre, sachant que certains sont en danger et que le ramassage permet d'éviter un certain nombre de morts indues.

Il est d'ailleurs curieux de constater que, s'il est vrai que beaucoup disent être contraints à être usagers de Nanterre, lorsqu'on les connaît, on a vraiment l'impression d'un double langage. En effet, lorsque, arrivant en tant que médecin pour la première fois au C. H. A. P. S. A. , et que, à la descente du car, un usager vous prend à témoin : "les bleus m'ont pris de force, ils n'en ont pas le droit, je n'ai rien fait, ce n'est pas interdit d'être dans la rue, on est en République, faites moi partir ...". On se trouve très mal à l'aise, en porte à faux, persuadé d'être là devant un problème d'éthique important en regard de la liberté individuelle. Pourtant, c'est avec surprise que l'on va retrouver la même personne, le lendemain, à la descente du car ainsi que les jours suivants. On se dit alors que les choses ne sont peut-être pas aussi simples que cela et qu'il y a probablement un deuxième degré dans ce langage.

J'en donnerais une explication possible : Nanterre est identifié par eux comme une structure coercitive de la Préfecture de Police (ce qui est son histoire), mais surtout comme une institution faite à l'usage des clochards.

Or, comme nous l'avons vu dans la discussion sémantique, le clochard est pour eux le stade ultime de la dégradation et de la déchéance et ils s'en défient en permanence, se situant par rapport à lui, même et surtout s'ils en sont proches. Ils se situent et s'évaluent par rapport à ce qui est pour eux le degré ultime de la descente.

Alors, s'ils sont conduits dans un endroit conçu pour, et avec des clochards, c'est qu'ils donnent à l'autre l'apparence d'être un clochard. Les bleus m'ont amenés car ils m'ont pris pour un clochard, et cette idée leur est intolérable, source d'un rejet parfois agressif de la structure.

Pourtant, dans le secret d'un cabinet médical, un certain nombre admet avec plus ou moins bonne grâce la nécessité du ramassage et de l'hébergement temporaire, l'utilité et l'intérêt pour eux de la structure comme en témoigne par ailleurs le nombre important (près d'un tiers) des usagers venant par leur propres moyens. Sans vouloir généraliser des cas particuliers, il n'est pas rare que la même personne qui avait protesté, à l'arrivée du car, avec la dernière énergie demandera quinze minutes plus tard au médecin de lui permettre de rester 48 heures au C. H. A. P. S. A., à défaut de l'hospitaliser car épuisé, il ressent un besoin très important de pouvoir dormir et "souffler" avant de retourner dans la rue. De la même façon, un client explique que : "*Le C. H. A. P. S. A. et le ramassage sont inutiles et superflus. Cela fait dépenser des milliards à la Société pour nous, alors qu'on n'en a pas besoin*". Mais le même va, trois phrases plus loin, demander un bon d'hébergement pour rester 24 heures de plus au C. H. A. P. S. A.

Probablement y-a-t-il entre les "bleus", les surveillants et les usagers, une espèce de "théâtralité" sociale où chacun joue le rôle qu'on attend de lui. Ce sont des rites de socialité qui sont certainement une donnée importante du vivre ensemble au sein de l'institution. Ainsi, on fait la manche à la sortie du Métro lorsque l'on voit, de loin, arriver les "bleus", on s'engouffre dans le Métro. Mais, l'on en ressort vingt minutes après, et évidemment, le car est toujours là et on se fait attraper, en protestant. Alors, le problème éthique qui semblait évident, l'est beaucoup moins à l'analyse. Au contraire, on pourrait considérer, que supprimer le ramassage sous prétexte de valeurs des droits de l'Homme qui interdiraient cette pratique apparemment coercitive, serait au contraire non éthique. En effet, il abandonnerait des personnes en danger dans la rue, souvent incapables de demander de l'aide ou du secours.

Il y a là une mauvaise justification des valeurs des Droits de l'Homme. De même, on pourrait dire : " s'ils ne veulent pas se soigner, c'est leur droit, s'ils meurent tant pis, c'est leur liberté." Lorsqu'un patient a accepté une radiographie thoracique montrant une miliaire ou un foyer pulmonaire, on peut au nom de sa liberté, le laisser partir parce qu'il refuse une hospitalisation.

Cela est beaucoup plus facile que de passer de longs moments à discuter patiemment pour essayer de le convaincre d'accepter cette hospitalisation indispensable pour lui. Kant avait déjà pointé ce problème (36 : p 141) :

"Enfin, un quatrième (homme), à qui tout va bien, voyant d'autres hommes (à qui il pourrait bien porter secours) aux prises avec de grandes difficultés, raisonne ainsi : que m'importe ? Que chacun soit aussi heureux qu'il plaît au ciel ou que lui même peut l'être de son fait. Bien qu'il soit parfaitement possible qu'une loi universelle de la nature conforme à cette maxime subsiste, il est cependant impossible de VOULOIR qu'un tel principe vaille universellement comme loi de la Nature. Car, une volonté qui prendrait ce parti se contredirait elle même ; il peut en effet survenir malgré tout bien des cas où cet homme ait besoin de l'amour et de la sympathie des autres et où il serait privé lui-même de tout espoir d'obtenir l'assistance qu'il désire par cette loi de la Nature issue de sa volonté propre "

- Deuxième stade : l'accueil

A la sortie du car, le vin, l'alcool, les armes de toutes catégories, et les objets dangereux leur sont confisqués.

Là, par contre, se dessine un problème important. Actuellement, les usagers entrent dans le car de la B. A. P. S. A. avec leurs affaires et éventuellement leur alcool. Les plus chanceux vont pouvoir s'alcooliser en sachant que, ramassés l'après-midi, ils ne repartiront de Nanterre que le lendemain matin, soit 15 à 20 heures de sevrage complet,

brutal, et involontaire. Cette alcoolisation dans le bus peut être extrêmement violente et dans un bref délai de temps. Par exemple, une demi bouteille de rhum en deux heures. A l'arrivée, un grand nombre vient au Service Médical chercher du Méprobamate pour pouvoir "tenir". Pour éviter les discussions et les négociations forcément irrationnelles et injustes, un éthylomètre permet au médecin de vérifier la probabilité du syndrome de sevrage. Il n'est d'ailleurs pas rare d'objectiver des signes cliniques patents de sevrage avec une alcoolémie autour de 1 g/l. Il y a de très riches observations autour de cet "alcool-médicament", véritable masque qui diminue la honte de mendier et l'auto-dévalorisation. Il est également très curieux de constater qu'avec des alcoolémies mesurées à 2 voire 3 ou 4 g/l, il y a mémorisation et que Mr X viendra le lendemain s'excuser de son comportement agressif ou désagréable, alors même que son alcoolémie mesurée était à plus de 3 g.

Par contre, ceux qui malchanceux n'avaient pas d'alcool vont venir consulter en état de manque. Lorsque l'on boit tous les jours trois à quatre litres de vin, mais parfois beaucoup plus, le sevrage brutal et involontaire est extrêmement douloureux. Il faut voir ces patients trembler tellement qu'ils sont incapables de tenir un objet, couverts de sueurs, avec des douleurs abdominales ou diffuses très violentes. La réponse médicale, efficace d'ailleurs, est une sédation par Méprobamate et une recharge vitaminique. Mais nous sommes là dans un système coercitif et il n'est pas interdit d'envisager le problème autrement. Si l'alcoolisme est une maladie et, après tout il s'agit bien d'une spécialisation médicale particulière, il est bien montré que ce sevrage brutal et imposé est algogène et inutile. Aussi pourrait-on imaginer une autre solution qui serait de supprimer l'alcool à l'entrée dans le car de la B. A. P. S. A. Ceci aurait pour effet d'éviter une alcoolisation suraiguë responsable, assez fréquemment, de comas éthyliques, nécessitant une hospitalisation de 24 à 48 heures. Par contre, dans la structure, l'alcool serait non pas interdit mais donné, de façon contrôlée, aux repas par exemple. L'expérience montre que les doses nécessaires pour éviter un Pré-Délirium Trémens sont relativement modestes. Ceci dans une structure n'employant que des professionnels et donc avec des risques de "trafics" écartés. Cette solution représenterait un traitement préservant un peu plus leur dignité d'êtres humains, touchés entre autre, par la maladie alcoolique. On sort là du côté répression, interdit, punition. Leur dépendance est une réalité qu'il me semble inutile de nier ou de punir. Leur imposer un pré-Délirium est, peut-être, faire preuve d'un certain sadisme qui plus est avec bonne conscience.

Après leur descente du car, les personnes sont ensuite conduites dans un grand hall devant des guichets où ils vont remettre leurs dépôts : argent, valeurs, papiers. Ces dépôts sont entreposés dans des armoires de sécurité où ils sont conservés jusqu'à la sortie de la personne. Toutes les identités des usagers sont inscrites et transmises, tous les jours, au fichier de l'état civil. Cette identification de l'état civil des usagers existe dans tous les centres d'hébergement d'urgence. Elle ne me semble pas en soi particulièrement choquante pour peu que l'usage qui en est fait ne déborde pas de son cadre : identification des usagers par rapport aux différents passages, traitement statistique des usagers, évaluation quantitative de la population, évaluation de la structure d'accueil, et statistiques d'activité.

Immédiatement après leur dépôt, les usagers sont invités plus ou moins fermement à se déshabiller, seuls ou aidés lorsque leur état ne le leur permet pas. Leurs vêtements dûment étiquetés sont étuvés pour être désinfectés et désinsectisés à leur départ. Ils se rendent ensuite à la douche contiguë à la pièce de déshabillage.

Ici encore semble se dessiner aussi un problème d'éthique. En effet lorsque l'on assiste pour la première fois à cette arrivée du car dans lequel l'alcoolisation complémentaire a été souvent massive, qui pour certains malheureux ou malchanceux sont déjà en pré-Délirium Trémens par un sevrage de quelques heures, qui pour d'autres ont déjà fait une crise d'épilepsie dans le car ou bien convulsent à l'arrivée voire sous la douche. Le profane ne peut qu'être étreint par une émotion très vive, viscérale, émotion jusqu'aux larmes devant ces dizaines de corps nus, décharnés, dénutris, couverts de pustules, de plaies immondes où grouillent parasites et vermines, souillés de déjections. D'ailleurs, si l'on y songe, même si on le veut, comment conserver une hygiène minimum lorsqu'on est atteint d'une diarrhée aiguë ce qui leur arrive fréquemment étant donné leur alimentation, et que l'on est dans la rue ? Comment tout bêtement, faire ses besoins lorsqu'on est dehors, pour rester propre, lorsqu'il n'existe que des sanisettes, et qu'on est refoulé des cafés où l'on veut entrer, alors que l'on a dix à douze selles par jour ?

Alors, à la douche, est-ce de "l'inconscient collectif", des récits familiaux, ou bien encore toute l'imagerie cinématographique que l'on a en mémoire, mais devant le "spectacle" de ces pauvres corps nus dans des douches collectives, se superpose l'image d'autres douches, autrement sinistres. Ce parallèle qui vient immédiatement à l'esprit participe de l'émotion intense qui vous submerge à cette vision. On se dit que cela nie toute dignité à l'individu, que la douche collective doit être bannie et que l'amélioration de la structure devrait inclure le respect de la dignité et de l'intimité de la personne.

Là encore, me semble-t-il, il y a faux débat. Car si l'on y songe, personne ne s'offusque dans les stades de ce que les douches soient collectives. La douche commune d'une équipe de rugby ne donne pas l'impression d'attenter à la dignité de chaque joueur.

Par ailleurs, au risque de voir considérer comme pour le ramassage d'ailleurs cet argument comme le comble de l'utilitarisme, un des rôles du médecin, de l'infirmière, des agents hospitaliers de l'équipe médicale est d'être présents lors des douches. J'ai essayé de montrer à plusieurs reprises comment un grand nombre d'entre-eux avaient une idée très modifiée de leur schéma corporel, avec un rapport à leur corps très déstructuré. La présence du médical aux douches permet de repérer un certain nombre de plaies ou de lésions cutanées nécessitant un traitement. L'habitude de la sémiologie de l'alcoolisme aigu, et leur connaissance permet de façon non exceptionnelle de repérer en plus une pathologie médicale parfois grave. On a pu ainsi, masqué par l'éthylisme, retrouver un hématome sous dural aigu, une fracture engrenée du col du fémur, une fracture peu stable de trois vertèbres cervicales, ou une fracture du crâne avec embarrure, chez des patients venus sur leurs deux jambes, et ayant été agressés quelques heures voire quelques jours auparavant.

Repérer ces lésions, discuter avec eux, parcequ'on les connaît, et que l'on sait repérer un changement parfois discret d'attitude, de comportement, leur suggérer voire les inciter à venir consulter et à se faire soigner, permet, dans l'immense majorité des cas, d'obtenir leur assentiment à des soins dont ils n'avaient pas perçu la nécessité.

- Troisième stade : "le séjour"

Après la douche, les personnes revêtent une tenue marron "standard". A la sortie de la douche, face à eux se trouve la consultation médicale. Son accès est bien évidemment libre.

Un repas leur est servi (11h00, 12h00, 17h30, 21h30), et dans la journée, les dortoirs étant fermés, ils stationnent dans une cour fermée avec à leur disposition une salle en préfabriqué pour s'abriter. La seule activité possible est représentée par un poste de télévision, et il est tout à fait incongru pour ne pas dire surréaliste de voir ces malheureux clochards, vagabonds, sans abri, regardant la roue de la fortune. Ce "stationnement" des heures durant sans aucune possibilité d'activité est tout à fait stérilisant et déstructurant. Peut-être y-aurait-il place pour des activités adaptées, pas forcément coûteuses à installer ?

- Quatrième stade : le départ

Pour repartir, le système fonctionne en sens inverse, et ils retrouvent leurs vêtements étuvés, mais non lavés, leurs valeurs, et ils repartent par le car de la B. A. P. S. A. qui les "distille" dans Paris.

Un certain nombre d'entre-eux fait ce circuit tous les jours. Ils prennent le bus l'après-midi et repartent le lendemain matin, et pour eux, le C. H. A. P. S. A. représente un endroit où manger et surtout où se reposer tranquillement. Là, les risques d'agression sont moindres que dans la rue, même s'ils ne sont pas complètement nuls. Un certain nombre de violences, de vols de chaussures, d'agression vis à vis des plus faibles, des plus âgés, existe en dehors du champ de vision des surveillants.

b) Problématique posée par ces populations sur le plan médical.

D'une façon générale, ils posent sur le plan médical un certain nombre de problèmes éthiques spécifiques. En fait, ce ne sont pas, à proprement parler, des problèmes médicaux mais plutôt des problèmes médico-sociaux liés à leurs conditions de vie.

Le droit à la santé, cela ne veut rien dire, car la santé ne sera jamais hélas un droit. Ce qui devrait être un droit, c'est l'accès aux soins pour tous. Si l'on prend pour la santé la définition de l'O. M. S. : un état de bien être physique, psychique et social, il est évident que la quasi totalité d'entre-eux est en mauvaise santé. La santé est une notion bien intellectuelle pour des populations chez qui la première préoccupation est de ne pas mourir de faim ou de froid. Nous avons vu des grandes difficultés de repérage sémantique, et statistique. Il en résulte que la connaissance des besoins de santé de ces exclus, groupe instable, fluctuant, inhomogène, est difficile. Mais, sur le terrain, on voit bien que ces besoins ne sont pas ou mal couverts.

Pour l'essentiel, ces populations sont exclues du droit aux soins en dehors des organisations caritatives. Il ne s'agit nullement de remettre en cause le travail souvent remarquable et en tout cas, actuellement indispensable de ces organisations. Cependant, lorsque le rapport médical de Médecins du Monde signale que 32% des malades sont adressés par l'Hôpital Public, cela pose quand même question.

L'économie n'est pas forcément antinomique à l'éthique. La simplification des multiples et complexes procédures administratives de protection sociale semble être à l'origine d'économie de frais de gestion très substantiels. L'idée d'une protection sociale qui serait liée à un droit d'existence, et qui serait acquise sur le seul fait d'exister en tant que citoyen, a été avancée par certains. Les expériences chiffrées et comparatives avec la Carte santé là où elle a été établie, semblent assez démonstratives (25 : pp 99-168).

Ce qui semble particulièrement notable, c'est que ce système n'entraîne pas une explosion de la consommation médicale. Ceci pourrait confirmer la modification de leur image corporelle et leur propre sous-évaluation de problèmes de santé. Par ailleurs, les bénéficiaires n'ont plus à faire la démarche humiliante d'aller chercher des bons d'aide médicale gratuite. Elle leur donne libre accès aux soins en simplifiant les procédures et les frais de gestion.

La mise en oeuvre d'une réelle prévention médicale permettrait peut-être une réduction des dépenses à coût élevé (dépenses d'hospitalisation). La présence d'un médecin au C. H. A. P. S. A. par exemple, évite de nombreux passages aux urgences grâce à une fonction de tri importante.

Le problème important que je voudrais évoquer maintenant est celui de la justification et des explications vis à vis du personnel hospitalier. Si nous repartons du concret, on se fait interpellé de la façon suivante : "Y en a marre des clochards. Ils sont désagréables et grossiers. Ils arrivent dans un état effroyable avec des pieds dans un état épouvantable. On les soigne du mieux qu'on peut et dès qu'ils vont mieux, au bout de trois ou quatre jours, ils n'ont qu'une idée en tête c'est de sortir, au besoin contre avis médical, ou par mesure disciplinaire. Dès qu'ils ont été soignés, ils sont désagréables et nous insultent quand on les contrarie. A quoi ça sert de soigner leurs ulcères de jambe, pour qu'ils retournent dans la rue, sans refaire leur pansement et qu'ils reviennent dans un état encore plus dégradé ? Il y en a assez des clochards, il n'y a plus que cela." Tout ceci correspond à des pensées et à des paroles de personnels hospitaliers. Au niveau administratif, on a pu entendre : "Quand même, Mr X, hospitalisé en Service de Soins Intensifs, 45 jours à 5.864 francs, cela fait 263.880 francs, pour quelqu'un qui va retourner vivre sous les ponts, est-ce bien raisonnable ?"

Alors, à un premier niveau, on peut expliquer que ce n'est pas "bien" de dire ou de penser comme cela. Il s'agit d'une explication un peu juste, car cette réaction traduit souvent de réelles difficultés par rapport à des patients, il est vrai difficiles. A un deuxième niveau, on peut démontrer qu'il est inexact de dire qu'il n'y a que ça, hospitalisé dans les services, qu'un grand nombre présente une pathologie psychiatrique et qu'associé à la difficulté du sevrage cela explique en partie les difficultés relationnelles qu'ils ont. On peut expliquer que privés de l'alcool-médicament, ils ont une sensibilité exacerbée et que la honte de leur état réapparaît. Ainsi, la moindre remarque parfois anodine mais qu'ils intègrent comme : "Quand on est comme ça, on devrait déjà être content d'être soigné et nourri et on ne devrait pas faire des histoires, par exemple pour manger ses épinards." Mais on peut être clochard et ne pas aimer les épinards, or ce genre de phrases "tiens, vous n'avez pas mangé vos épinards" est intégré et ressenti par eux comme une humiliation et entraîne la sortie contre avis médical.

Ce phénomène a été décrit par Goffman (17 : p 24) :

"Se voir inférieur, signifie que l'on est incapable d'écarter de sa conscience l'expression d'un sentiment chronique d'insécurité de la pire espèce, ce qui veut dire que l'on souffre d'angoisse voire de pire encore, s'il est vrai que la jalousie est pire que l'angoisse. La peur qu'éprouve l'individu de ce que les autres pourraient lui manquer d'égard à cause de quelque chose qui apparaît chez lui, entraîne une insécurité permanente dans ses rapports avec les gens ; et cette insécurité découle, non de quelque source mystérieuse et plus ou moins masquée, comme il en va ainsi pour nous, mais de quelque chose contre quoi il sait qu'il ne peut rien. Or, un tel processus représente une déficience presque fatale des structures du Moi, car celui-ci se voit incapable de déguiser ou d'exclure une formulation précise qui dit je suis inférieur donc les gens ne m'aiment pas et je ne peux pas être en sécurité avec eux."

Ce deuxième stade explicatif est important, mais à mon sens encore insuffisant, car collé et plaqué sur la casuistique. Le troisième niveau doit remonter jusqu'aux valeurs devant soutenir et justifier la praxis. Ces valeurs doivent être développées pour pouvoir, peut-être de façon simple, répondre à ces interpellations.

De nombreux auteurs ont développé la notion de don, de bienfaisance et de ce que cela recouvre en réalité comme exaltation de l'ego. Mais là encore, je reviendrais à Kant : *"Fondée sur l'expérience, la moralité serait donc bien vite ruinée tandis qu'elle demeure inébranlable dès qu'elle s'appuie non sur ce qui est, mais SUR CE QUI DOIT ETRE."* (36 : p 42). Ainsi l'impératif catégorique : *"Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen."*(36 : p 46).

Aussi, être "bienfaisant", non par inclination, mais par devoir, c'est l'être de façon constante, c'est se détacher de la casuistique, et aider untel, bien gentil qui vous renvoie une bonne image et au contraire, maltraiter tel autre parce que antipathique et grossier. Alors, ce devoir posé comme valeur absolue, détaché du concret, me semble devoir être l'impératif catégorique préalable de tout professionnel amené à travailler au sein de ces populations.

"L'amour comme inclination ne peut pas se commander ; mais faire le bien précisément par devoir alors qu'il n'y a pas d'inclination pour nous y pousser et même qu'une aversion naturelle et invincible s'y oppose, c'est là un amour pratique et non pathologique qui réside dans la volonté et non dans le penchant de la sensibilité, dans les principes de l'action et non dans une compassion amollissante ; or cet amour est le seul qui puisse être commandé."(36 : pp 98-99). C'est parce qu'elle peut être commandée que cette action a valeur morale et doit être accomplie par devoir. C'est la raison pour laquelle ces valeurs doivent être expliquées et défendues, quelque soit l'état et le comportement de Mr X. Il n'appartient à quiconque de décider s'il est ou non une personne humaine et de ce fait, s'il mérite ou non le respect et la sollicitude.

Avec Paul Ladrière, je voudrais insister encore sur cette justification : *"La sollicitude, relation mutuelle diagonale, est une volonté du vivre ensemble. Une égalité dans le donner et le recevoir. Cette sollicitude n'implique pas la réciprocité. Cela est vide de sens, si la prise en compte de la détresse de l'autre ne s'accompagne pas de la conscience de son propre manque."*

Ce sont ces valeurs qui doivent être défendues lorsque, découragé par des patients difficiles, le personnel hospitalier ne perçoit pas la justification ou la légitimation de son travail auprès d'eux. Il est vrai que cette justification peut être difficile. On obtient parfois des sourires ironiques, voire des sarcasmes, lorsque l'on hospitalise quelqu'un pour difficultés à la marche et asthénie.

C'est la sollicitude qui doit conduire à essayer de connaître ces populations, à y réfléchir et à concevoir que remettre en plein hiver, dans la rue, un clochard qui a de telles lésions des pieds (mycoses, eczéma), surinfectées avec des plantes de pieds à vif, associées à un oedème très important des membres inférieurs, toute chose rendant la marche impossible, c'est le condamner à mort. Alors, peut-être que les sourires disparaîtront et que la sollicitude sera plus grande, non pas parce que cela est bien, mais parce que il n'y a pas d'autres alternatives envers un être humain.

Un autre point doit être soulevé, c'est l'attitude des Hôpitaux Publics de Paris et de l'Ile de France, en particulier de leurs Services d'Urgences vis à vis de ces personnes. Il s'agit d'un problème de déontologie médicale au départ. Présentant les mêmes pathologies médicales que tout un chacun, ils doivent être soignés comme tout un chacun. La seule différence pour eux est d'une part, un problème de condition de vie, et d'autre part, un problème de couverture sociale plus difficile à établir. Cela devient un problème d'éthique, à partir du moment où cet éventuel problème de protection sociale limite leur accès aux soins.

Une circulaire du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, Monsieur Philippe Seguin, a été rendue nécessaire.

Cette circulaire du 8 janvier 1988, relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies (parue au Journal Officiel du 06 février 1988), réprecise, dans sa section n° 2, le rôle des hôpitaux dans l'accueil des plus démunis, quelque soit leur situation sociale. Elle réprecise également, les missions d'accueil de tout malade qui est dévolu au Service Public Hospitalier (**25** : annexe n° 1, pp 195-209). Dans l'exposé du 23 décembre 1987, relatif aux suites réservées au rapport du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (Bulletin Officiel du M. A. S. E. numéro 88 -12 bis), Monsieur Seguin réaffirme que la loi fait obligation aux hôpitaux d'admettre, de jour comme de nuit, sans discrimination, toute personne dont l'état nécessite des soins, même en l'absence de toute pièce d'état-civil ou de tout renseignement relatif aux modalités de prise en charge. Il est donc rappelé la nécessité de respecter strictement l'obligation d'accueil et de soins des Services Publics Hospitaliers.

Lorsque, un clochard, victime d'une entorse grave, se voit confier une béquille pour qu'il puisse gagner Nanterre, où se trouve des "spécialistes" pour lui, ou encore, lorsque, agressé par une bombe lacrymogène, il arrive à Nanterre où on lui a recommandé d'aller, et où il est hospitalisé trois jours en Ophtalmologie pour des lésions oculaires. Il y a là un problème éthique vis à vis de ces populations, et par rapport au Service Public Hospitalier. Ses deux exemples ne sont pas des exceptions démonstratives, et ce genre de parcours est très souvent retrouvé et décrit par les consultants du C. H. A. P. S. A.

2°) Problématique éthique envisagée sous l'aspect socio-politique

La première interrogation éthique à formuler est peut-être celle des finalités de leur connaissance. Le S. D. F. individu désocialisé par excellence, ne devient socialisé sous forme de problème, que par l'intermédiaire des médias et des reportages de journaliste. Il ne devient un problème que lorsqu'il est en situation de visibilité. La pauvreté au grand jour, lorsqu'elle est montrée par les médias, émeut et dérange. Mais la pauvreté au quotidien, individuelle, elle, est complètement transparente. Alors comme pour toute recherche, se pose le problème de la motivation de celle-ci, de ses résultats, et de son utilisation.

Si l'on veut comprendre hors des schémas réducteurs, le clochard ou le S. D. F. ; peut-on, sans démarche globalisante, en dégager une catégorie repérable et classifiable ? Le repérage de traits communs peut amener à une connaissance plus approfondie débouchant concrètement sur des mesures plus appropriées.

Mais cela peut aussi permettre une stigmatisation plus facile, ce qui n'est pas éthiquement recevable.

Le deuxième problème qu'il faut évoquer est celui des ressortissants des ex-Pays de l'Est. Même si, en valeur absolue, les chiffres restent très modestes, la progression, montrée dans les tableaux n° 12 et 13, est extrêmement forte. Plusieurs aspects de cette question doivent être notés. Sur le plan médical, il s'agit d'un simple problème de déontologie qui ne semble pas poser de difficultés. L'individu malade est soigné quelque soit sa situation sociale, même si on a vu que l'accès aux soins est plus difficile pour certaines catégories de patients. Sur le plan socio-politique, cela semble ne pas poser de problème non plus. En effet, l'éthique n'est pas le droit, elle ne peut exclure une référence à la Loi, et encore moins, lui être contraire. Or, pour ces populations, il existe un difficile problème de régularisation éventuelle de la situation de séjour en France. Ainsi, toute action doit se faire dans le respect des textes relatifs à la législation des étrangers.

L'accueil dans toutes les structures autres que les centres d'hébergement d'urgence, est soumis à cette conformité à la réglementation. L'Article 272 du Code Pénal prévoyait que les vagabonds étrangers pouvaient être conduits hors du territoire de la République. Alors, il ne semble pas y avoir de problème particulier même si la personne n'est pas en situation régulière. Pourtant, le malaise qui subsiste après cette argumentation, laisse quand même penser qu'il y a là justement un problème éthique. En effet, lorsque l'on essaye de rechercher les valeurs sous-tendant des actions, lorsque l'on arrive à la Personne Humaine sujet de dignité, lorsque l'on parle de sollicitude, on ne spécifie évidemment aucune exclusive en fonction de la nationalité. Cette question crée un

malaise, car elle met en porte-à-faux, des valeurs que nous avons définies comme universelles, par rapport à une réalité dans laquelle on sent bien qu'il est impossible de les appliquer. Ceci semble bien être le coeur du débat éthique. Ce nombre faible de ressortissants, malgré sa progression, ne pose pas de problème. Néanmoins, si les conditions géopolitiques futures accentuaient de façon importante ces arrivées, il y aurait là un problème d'éthique politique. De quelle façon, allons-nous traiter ces Etres Humains échoués dans nos villes et attirés par les mirages de Pays Développés ?

Le troisième problème, qui reste à développer, est celui de l'attitude de la société vis à vis de ces populations.

Au moyen-âge, seule l'Eglise se préoccupait du pauvre. La pauvreté est le signe d'un Châtiment Divin, et si le pauvre souffre, c'est qu'il a de lourds péchés à expier. Le pauvre était utile au riche, car en lui faisant aumône, le riche pouvait gagner sa place au paradis. Je ne suis pas sûr que l'on ait complètement abandonné cette façon d'envisager leur problème. Car n'y a-t-il pas dans leur stigmatisation l'idée qu'ils sont responsables de leur situation entraînant à l'inverse par "l'histoire des malheurs" une déresponsabilisation de leur part.

Jean-Luc Porquet (4 : pp 172-183) signale, à juste titre, que dans l'histoire, du moyen-âge à nos jours, l'histoire des gueux va constamment évoluer à travers deux attitudes et mentalités :

- La charité pour le pauvre, qui se trouve sublimé, comme image symbolique du Christ.

- La police pour le pauvre, vu comme un pêcheur qu'il faut châtier. On peut rappeler les bandes de mendiants détrousseurs de convois dans les forêts au moyen âge, ou encore, toute la mythique autour de la grande cour des miracles.

Charité d'un côté, répression de l'autre, on retrouve encore aujourd'hui cette ambiguïté. Faut-il aider le mendiant, le nourrir, le vêtir, le loger et lui faire l'aumône, ou, au contraire, le punir, coupable qu'il est d'être pauvre, car paresseux, parasite et voleur ?

Dans l'histoire de la Maison de Nanterre, on retrouve en microcosmique toute cette ambiguïté, avec la création d'une structure coercitive en 1887, avec l'arrivée du paramédical sous la forme de religieuses au début du siècle, et avec la création d'une consultation médicale spécifique en septembre 1984, soit un peu moins de cent ans après l'ouverture de la Maison.

Une des problématiques, vue sous l'angle socio-politique, est la suivante : dans l'histoire, on retrouve constamment ces deux attitudes coercitive et caritative vis à vis de ces populations. Ce "balancement" entre des impératifs contraires représente un des points forts du débat. On pourrait, comme piste de recherche, ajouter troisième abord, c'est celui du Politique. Cette voie paraît pertinente car elle peut déboucher sur des solutions peut-être plus adaptées.

De ce point de vue, l'histoire est importante à considérer, car les valeurs sous-tendues perdurent de nos jours. Un certain nombre de ces valeurs contradictoires se retrouve dans une structure comme Nanterre. Ces contradictions sont responsables de malaise et d'interrogations chez les personnels chargés de ces populations, en particulier, dans le corps des surveillants, fonctionnaires de la Préfecture de Police, mis en place pour le coercitif, mais qui au fil du temps se voient attribuer de facto mais non de jure une mission d'accueil et de soutien tandis que leur aspect coercitif est lui stigmatisé surtout lorsqu'il est excessif, ou mis en exergue par des journalistes.

a) l'aspect caritatif religieux

Il précède dans le temps le coercitif. Dans la société médiévale, le dénuement était normal, la précarité habituelle, et seule l'Eglise se préoccupait du pauvre. La pauvreté, Châtiment Divin de celui qui a de lourds péchés à expier, était nécessaire au riche qui en lui faisant aumône gagnait sa place au Paradis. Pour tenter de gérer ses pauvres, chaque paroisse avait ses propres pauvres dûment enregistrés.

Des monastères ruraux vont se développer ainsi que des confréries citadines, François d'Assise fonde son Ordre en 1223. Les Franciscains et les Dominicains établissent des réseaux de couvents, prémices des Ordres mendiants.

Et en 1657, Saint Vincent de Paul, malgré l'enfermement, continue à secourir les pauvres dans la rue.

Il y avait sous-jacent dans tout cela, malgré tout, l'idée d'une résignation obligatoire. L'inégalité sociale est naturelle car de Volonté Divine. Elle n'est pas choquante car elle est réparée dans un autre monde. De nos jours, cette tradition d'Ordres mendiants persiste avec Emmaüs, les Petits Frères des Pauvres, l'Armée du Salut et les Missionnaires de la Charité.

b) l'aspect coercitif

Le 30 Janvier 1350, le Roi Jean promulgue une ordonnance qui enjoignait aux hommes et aux femmes "*qui se tiennent oyseux parmy la Ville de Paris et es autres villes de la prévôté et viconté d'icelle, et ne veullent exposer leur corps à faire aucunes besognes de quitter la ville sous trois jours faute de quoi ils étaient menacés de quatre jours de prison, puis d'être mis au pilori et enfin, bannis après avoir été marqués au fer rouge en cas de récidive*". Il s'agit là du premier acte qualifiant le vagabondage comme un délit.

En 1657 c'est le grand enfermement des pauvres.

En 1700 on décrète que, toute personne qui aura fait l'aumône à un mendiant, sera frappée d'une amende de cinquante livres.

En 1725, on ordonne de saisir, de séquestrer, puis de marquer au fer rouge tous les mendiants. On les sanctionne par deux mois d'hôpital, puis par trois mois de prison et enfin par cinq ans de galère en cas de récidive. Le Roi crée alors un bureau central chargé de diffuser le signalement de tous les mendiants arrêtés, établissant un vaste casier judiciaire National.

En 1767 une Création Royale institue des dépôts de mendicité.

Le 5 juillet 1808, un Décret Impérial sur l'extirpation de la mendicité précise que chaque département devra posséder son dépôt de mendicité, et 59 établissements étaient prévus.

Le 25 février 1873 décret de création, et construction de la Maison de Nanterre.

Le 12 Messidor An VIII, l'arrêté des Consuls donne mission au Préfet de Police de préserver la Salubrité Publique et de lutter contre le vagabondage dans le département de la Seine.

On retrouve l'association salubrité et vagabondage qui existait déjà, en 1347, lors de l'épidémie de la grande peste noire qui avait décimé l'Europe, et où mendiants et vagabonds étaient accusés de propager l'épidémie.

De nos jours, l'aspect coercitif pur a complètement disparu au moins en France.

c) L'aspect socio-politique

Il arrive beaucoup plus tard dans l'histoire. Au siècle des lumières, la terminologie change et sous l'influence des laïcs, les termes de bienfaisance et de philanthropie se substituent à celui de charité. On lance des concours d'idées sur la façon de lutter contre la pauvreté, et une notion apparaît, c'est qu'il est inutile d'enfermer les mendiants pour les faire travailler, et qu'il vaut mieux leur donner du travail pour qu'ils n'aient plus à mendier.

Dans l'esprit de la Déclaration des Droits de l'Homme, se retrouve l'idée que tout Homme a droit à sa subsistance. L'assistance aux plus démunis ne doit plus être considérée comme un bienfait comme peut l'être la charité, mais comme un devoir social. Ainsi Montesquieu dans l'Esprit des lois (tome II, chapitre XXIX, pp 34-35) : *"Quelques aumônes que l'on fait à un homme nu dans les rues, ne remplissent point les obligations de l'Etat, qui doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable, et un genre de vie qui ne soit point contraire à la santé."* Ou encore, Robespierre : *" Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler."*

Ainsi, à travers ce bref historique, on voit bien que finalement on trouve actuellement les mêmes données. L'aspect caritatif avec en sous-jacent l'adhésion ou l'apparence d'adhésion demandée à une idéologie, associé à l'idée de rédemption et à un certain "sadisme" vis à vis de la société. Je rappelle le slogan affiché sur les murs cet hiver "que fais tu toi pour les sans toit ?" Il y a les deshérités qu'il faut aider, associé à la grandeur de ceux qui les aident. Il y a ceux qui, à travers ces malheureux, se transcendent dans leur bonne oeuvre.

Le coercitif que l'on retrouve d'une certaine façon à Nanterre ou dans les règlements intérieurs des structures d'hébergement d'urgence ou encore à travers la règle des cinq nuits.

Enfin, il y a le socio-politique, avec ce qui est souvent le mythe de la réinsertion de ces individus, particulièrement désocialisés.

Dans une société qui penche alternativement vers le côté disqualifiant d'êtres humains pour des individus asociaux, sales, repoussants, fainéants, voire délinquants, ou à l'inverse, à l'occasion de bruitage médiatique qui s'apitoie et se scandalise que l'on meure dans la rue l'hiver, il est évident que dans une structure comme le C. H. A. P. S. A. on retrouve toutes ces tensions.

Les fonctionnaires de Police, "les bleus", sont chargés du ramassage dans Paris et "livrent" à Nanterre leur "récolte". Les surveillants, fonctionnaires dépendant du Préfet de Police, sont chargés du maintien de l'ordre et du fonctionnement de la structure. Un médecin, une infirmière et des agents hospitaliers, donc une équipe médicale, sont chargés de les soigner. La logique et la déontologie de tous ces personnels est par nature fondamentalement différente. Enfin, on y trouve les usagers dont on a vu le caractère très inhomogène. Par ailleurs, depuis le premier juin, une assistante sociale spécifiquement destinée aux clochards et aux vagabonds a été affectée. Ceci marque l'arrivée dans la structure des travailleurs sociaux.

Alors, peut-être que les deux abords caritatif et coercitif ont fait la preuve de leurs insuffisances, voire de leur faible efficacité. Sans mettre aucunement en doute le caractère indispensable à l'heure actuelle des organisations caritatives, néanmoins on peut penser qu'il existe une troisième façon d'aborder le problème et que cette voie, peu explorée, mériterait d'être plus évaluée. On rentre là, dans un débat conflictuel. Mais, est-il éthique que l'essentiel de l'aide à ces populations soit représenté par des associations caritatives, confessionnelles ou non (Remède, Emmaüs, Mission France de Médecins du Monde, Mission solidarité France de Médecin sans frontière, Les Petits Frères des Pauvres, l'Armée du Salut ...). Il y a là, un conflit de légitimité entre travailleurs sociaux et bénévoles caritatifs militants, avec des enjeux politiques et idéologiques. Aussi, d'abord et avant tout pour des questions de principe, de cohésion de notre société, et un peu par postulat il est vrai, on peut considérer qu'il est du ressort du corps social de prendre en compte l'ensemble des individus et en particulier, ses maillons les plus faibles.

A cet égard, je citerai René Lenoir (1 : p 22) : *"Pour que les moyens soient à la hauteur des objectifs, il faut une prise conscience préalable de l'opinion, de la classe politique; elle se produit souvent quand des pionniers forcent l'attention et mobilisent les médias. Il n'est pas mauvais qu'un Coluche ou un abbé Pierre secouent l'opinion, mais une société doit-elle attendre des prophètes pour prendre conscience d'un problème et essayer de le traiter ?"* ou encore Michel Maffesoli (3 : p 33) : *"dans une perspective de linéaire, rationnelle de justice, le développement des resto du coeur et autres manifestations caritatives est quelque peu anachronique voire réactionnaire : artisanales et ponctuelles, elles ne s'attaquent pas au fond du problème, elles peuvent servir d'alibi et jouer le rôle d'emplâtre sur une jambe de bois même si cela fonctionne et mobilise les émotions collectives; on peut s'interroger sur leur signification par rapport à un état surplombant devant réguler et tenter de résoudre ces questions".*

Alors, entre le coercitif et le caritatif doit être développé un aspect d'abord socio-politique. L'Etat, reflet de l'ensemble des citoyens, doit prendre en charge ces populations, très fragilisées, de la manière la plus adaptée possible. Ces structures de Service Public, assurée par des professionnels est peut-être un des moyens de donner une réponse plus adéquate à ces populations.

Comme nous l'avons déjà vu, la seule distinction qui semble pertinente dans ces populations tourne autour de l'existence ou non d'un sens.

Première situation :

Il existe encore un sens, la désocialisation est en cours mais n'est pas totale. C'est là, tout à fait la place des travailleurs sociaux. Il semble que, dans une structure comme Nanterre, où transitent 6.500 S. D. .F. par an, toute personne venant pour la première fois à Nanterre devrait bénéficier d'un entretien avec une assistante sociale, voire d'une visite médicale de dépistage. On voit, à la consultation, des personnes qui se trouvent à la rue depuis très peu de temps, parfois même, quelques jours, et on sait que dans ces conditions, la désocialisation s'opère très vite. On a, alors, l'impression qu'il suffirait de "pas grand chose" pour que la spirale soit inversée.

Sans méconnaître en aucune manière la réalité de la réaction thérapeutique négative, la réalité d'une rupture qui n'est pas aussi brutale que cela, mais en le négligeant par postulat de base, il semble, néanmoins, qu'il y a un grand intérêt à développer l'aspect médico-social, avec des professionnels motivés, connaissant ces populations. Ainsi lorsque l'on voit, à la consultation, une femme de 45 ans, très bien habillée, je dirais même élégante, avec un très joli chapeau en feutrine, fondre en larme en racontant, qu'elle et son mari, rentrés des Antilles depuis trois mois, sont dans la rue. Et que de ce fait, ces trois enfants de trois à douze ans sont placés à la D. D. A. S. S., on se dit, malgré toutes les réserves à donner qu'il y a certainement là, une place pour les travailleurs sociaux. Cela étant, outre la réaction thérapeutique négative, d'autres difficultés importantes demeurent.

Il est extrêmement difficile de sortir du cercle : pas de travail pas de logement, pas de logement pas de travail. La difficulté de resocialisation même primaire, retrouver le sens du temps, du respect des horaires, du cycle travail, transport, repos, est difficile.

De plus, lorsque certains retrouvent du travail, à temps partiel par exemple dans des entreprises de nettoyage de bureaux, ils continuent à dormir dehors, car leur salaire ne leur permet pas de se loger, ni de dormir chaque soir à l'hôtel, d'autant qu'il en existe de moins en moins à très bas prix.

Ce n'est pas faire preuve de nostalgie passéiste que de constater que pour ces vagabonds, existaient dans le passé des possibilités de travail aujourd'hui disparues. Ainsi, à la campagne, la cueillette des fruits, des pommes de terre, les vendanges, leur permettait des "petits boulots" aujourd'hui quasi inexistantes en raison de la mécanisation agricole. En ville, ils étaient rempailleurs, charbonnier, rémouleurs, vitrier, homme-sandwich, porteur ou balayeur de rue. Aujourd'hui, le chauffage est au gaz ou à l'électricité, les chaises sont en plastique, et les "moto-crottes" sillonnent les rues.

Deuxième cas de figure, deuxième type de population :

Il y a perte complète du sens, désocialisation complète. Il me semble ici éthique de dire qu'il faut abandonner le mythe de la réinsertion sociale. Pour ces populations, je plaiderai pour l'institution "d'asiles" non pas au sens d'asile concentrationnaire et l'on peut voir l'étude qu'en fait Goffman (39) à propos des malades mentaux, mais au sens de refuge, de havre de sécurité et de repos.

On connaît, d'une part leur refus de toute contrainte, leur indiscipline, leurs difficultés et les douleurs très importantes d'un sevrage éthylique brutal imposé. D'autre part, ils viennent souvent à la consultation médicale épuisés disant "je n'en peux plus", "je suis fatigué", "je sais que je ne suis pas vraiment malade, mais hospitalisez moi quelques jours le temps que je me retape".

On hospitalise un vieillard pour un ulcère de jambe l'empêchant de marcher alors que son état ne justifie probablement pas une hospitalisation, mais est-il possible de jeter dehors un tel patient même si on sait qu'après trois ou quatre jours, "retapé", il sortira contre avis médical ou par mesure disciplinaire ?

Alors, on pourrait imaginer une structure d'accueil, un "asile" où chacun pourrait venir librement pour "souffler", "se retaper" ou trouver refuge. Avec un règlement qui n'imposerait ni durée maximum de séjour ni durée minimum, qui ne prévoirait pas les exclusions définitives ou tout retour leur est définitivement interdit. Car comment ne pas voir qu'un individu grossier et agressif, ivre, exclu parfois à juste titre peut, six mois après, avoir besoin d'un abri en raison d'un épuisement, d'une dénutrition ou de grands froids. Faut-il par mesure disciplinaire ancienne lui interdire tout accès ?

Il faut avoir peut-être avoir le courage de reconnaître et de dire que parmi eux, certains ne peuvent bénéficier que d'une assistance qui peut être définitive, dans des lieux spécifiques, conçus pour eux, avec du personnel habitués à leur indiscipline, leur caractère, leur mode de vie, leur envie irrépressible de sortir dès qu'ils vont mieux, et donc qui tolère leur sortie de l'institution mais qui accepte néanmoins de les reprendre quelques temps après s'ils en ont besoin.

On peut imaginer un asile humain et intelligent, avec du personnel connaissant bien cette population, leur intérêt, et la richesse humaine qu'ils peuvent avoir. On sort là du système gratification-punition que les adeptes d'une resocialisation de force admettraient mais qui me semble indigne et non éthique surtout si l'on considère avec réalisme que toute réinsertion est impossible.

Les centres d'hébergement d'urgence sont considérés par eux comme le "degré zéro" de la carrière. Ils essaient d'éviter au maximum ces abris précaires, avec des durées maximum de séjour très courtes, et aléatoires en fonction des places disponibles. Mais, ces structures sont utilisées car, à la différence des centres d'accueil, il n'y a pas de sélection préalable. La seule sélection étant le nombre de place, le respect du Règlement Intérieur, et l'enregistrement administratif des identités.

Ces centres ne sont pas des lieux de socialisation, du vivre-ensemble. Aucune intimité n'est possible, aucun isolement au calme ne peut se faire.

Finalement, pourquoi ne pas mettre en place les structures prévues par le Décret Impérial du 5 juillet 1808 qui prévoyait la création de 59 dépôts de mendicité. A la place du dépôt, une structure d'accueil, "de triage", de dépistage où travailleurs sociaux, équipe médico-psychiatrique pourraient apporter le soutien nécessaire à un certain nombre de personnes et où par ailleurs, la fonction asilaire dans son vrai sens serait retrouvée et cela dans un contexte d'institutions publiques. De plus, on trouverait là un observatoire de réflexion approfondie et, peut-être, d'action autour du phénomène de l'errance et de la désocialisation. Cela pourrait créer un véritable lieu de recherche transdisciplinaire (sociologue, psychologue, ethnologue, médecin).

L'étude économique d'une telle solution reste à faire, mais cette étude doit prendre en compte les journées d'hospitalisation et les durées d'hospitalisation psychiatriques ou générales motivées par le seul problème social. La multiplicité et la non-rationalisation des aides saupoudrées aux organismes s'occupant des S. D. F. est également à prendre en compte.

Ne peut-on imaginer que dans notre Pays, on puisse trouver des solutions adaptées à une population évaluée à environ 100.000 personnes pour la France ? Ne peut-on admettre que l'on puisse donner, sans aucune contrepartie (la fameuse réinsertion), c'est-à-dire sans exiger un travail, à des gens que le terrain sait parfaitement n'être pas réinsérables ?

VI CONCLUSION

Ce travail a essayé d'approcher, au plus près, la population qu'il souhaitait étudier : Les personnes sans toit stable conduites au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Le nombre de personne qui y est amenée valide la représentativité de notre échantillon.

Cette étude porte donc sur une catégorie de S. D. F. parmi ceux qui sont le plus désocialisés. Nous avons vu les difficultés à les approcher et à les qualifier.

On voit que sur notre population, il n'y a pas d'augmentation en nombre, ni de rajeunissement de celle-ci entre 1987 et 1991.

Le problème majeur d'éthique médicale, semble résider dans la justification et la légitimation du travail des personnels travaillant à leur contact. La justification du personnel médical travaillant au C. H. A. P. S. A., au milieu du coercitif, semble plus grande lorsque l'on prend en compte la réalité du double discours qu'ils ont. Cette notion me semble importante, et au delà du simple justificatif utilitariste.

Sur le plan Politique, un peu comme le R. M. I. , un abord en profondeur devrait peut-être être fait vis à vis de cette population, pour essayer d'améliorer leur prise en compte. Ceci de façon plus constante que l'abord ponctuel qui est fait après un "coup de projecteur" l'hiver, en période de grand froid.

A cette fin, nous proposons quelques pistes de recherche et quelques améliorations, basées sur l'observation quotidienne, et qui devraient probablement être évaluées en coût-bénéfice, pour pouvoir être mieux défendues.

Il semble, que leur prise en compte doit être plus soutenue de la part des structures du Service Public représentant l'ensemble des citoyens.

Après tout, dire que des individus sont en marge de la normale, ne signifie pas que les normes de notre société aient valeur universelle ; La plupart d'entre-nous seraient parfaitement inadaptés s'ils étaient mis de façon brutale à la rue. Dire qu'une personne est désocialisée, c'est peut-être dire qu'en raison d'une infirmité physique ou mentale, d'un handicap social ou d'une maladie alcoolique, elle est incapable de pourvoir à ces besoins, et que de ce fait, elle représente un danger pour elle-même.

Norbert Elias (22) a montré les dépendances réciproques qui lient les individus les uns aux autres comme la matrice constitutive de la société :

"Un filet est fait de multiples fils reliés entre eux. Toutefois, ni l'ensemble de ce réseau, ni la forme qu'y prend chacun de ces fils ne s'explique à partir d'un seul de ces fils, ni de tous les différents fils en eux-mêmes. Ils s'expliquent uniquement par leur association, leur relation entre eux. Cette relation crée un champ de forces dont l'ordre se communique à chacun des fils, et se communique de façon plus ou moins différente selon la position de chaque fil dans l'ensemble du filet. La forme du filet se modifie lorsque se modifient la tension et la structure de l'ensemble du réseau. Et pourtant, ce filet n'est rien d'autre que la réunion de différents fils; et en même temps, chaque fil forme à l'intérieur du tout une unité en soi; il occupe une place particulière, et prend une forme spécifique. (22 : pp 15-16)

Il y a donc une interdépendance entre nous et l'individu désocialisé. La façon dont ces S. D. F. sont pris en compte exerce une rétroaction, un retour, sur la cohésion de l'ensemble du groupe social. Cela doit justifier une réflexion éthique plus approfondie sur cette question, car après tout, pour reprendre un titre du Pr Jean Bernard, c'est de l'homme qu'il s'agit.

BIBLIOGRAPHIE

1°) LENOIR R. : Les exclus, Seuil 1989 ;

2°) LERY N. : Droit et Ethique de la santé : L'expérience d'une consultation, in Médecine et Hygiène n° 1850, du 15 août 1990, pp 2161-2166 ;

3°) MAFFESOLI M. : Le temps des tribus, Biblio Essais, le Livre de Poche, 1988 ;

4°) PORQUET J-L. : La débîne, Flammarion, 1987 ;

5°) CODE PENAL : Dalloz, 1982 ;

6°) CODE DE LA SANTE PUBLIQUE : Dalloz, 1981 ;

7°) LOI n° 89-18 DU 13 JANVIER 1989, titre VII art 40, Journal Officiel du 14 janvier 1989 ;

8°) AUDOUY P. : Pathologie chirurgicale du vagabond Parisien, étude comparée , thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Paris VII, juin 1991 ;

9°) PROGRAMME D'ETABLISSEMENT DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER, Décembre 1991 ;

10°) PROJET MEDICAL DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER, Septembre 1991 ;

11°) PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE D'HEBERGEMENT ET D'ACCUEIL DES PERSONNES SANS ABRI (C. H. A. P. S. A.), Juin 1992 ;

12°) FERRAND-BECHMANN D. : Pauvres et mal logés, les enjeux sociaux de l'habitat, l'Harmattan, 1990 ;

13°) MORIN E. : L'homme et la mort, Editions du Seuil, 1976 ;

14°) THOMAS L.V. : Anthropologie de la mort, Payot, 1980 ;

15°) DECLERCK P. : Quatre clochards ou le fantôme de la liberté, in contradiction n° 38 hiver 1983-1984 pp 125-139 ;

16°) DECLERCK P. : Une vie pour rien, Ethnographie des clochards de Paris, in les temps modernes, n°478, mai 1986, pp 11-36 ;

17°) GOFFMAN E. : Stigmates, Editions de Minuit, 1975 ;

18°) PICHON P. : Les S. D. F., la carrière, la manche, l'asile. D. E. A. en Sociologie, ARIESE Université de Lyon 2, septembre 1991 ;

19°) DEGAUDENZI J-L. : Zone, Fixot, 1987 ;

20°) DECLERCK P. : Communication au Colloque : Les S.D.F. dans l'espace public, Arche de la défense, 22 mai 1992 ;

21°) DECLERCK P. : Apragmatisme et clochardisation, in Synapse n°spécial, décembre 1990, pp 19-25 ;

22°) ELIAS N. : La société des individus, Fayard, 1991 ;

23°) LEVINAS E. : Le temps et l'autre, Quadrige, PUF, 1991 ;

24°) GOFFMAN E. : La mise en scène de la vie quotidienne, I. La présentation de soi, les Editions de Minuit, 1973 ;

25°) GEVAUDAN T., Dr SORIA J. : Santé et précarité du droit à la réalité, Ecole Nationale de la Santé Publique, Déc 1991 ;

26°) Characteristics and risk behaviors of homeless black men seeking services from the community homeless assistance, Plan Dade County, Florida, august 1991, in MMWR morb Mortal WKLY rep, 1991 dec 20, 40 (50), 865-8 ;

27°) BLACK ME., SCHEUER MA., VICTOR C., BENZEVAL M., GILL M., JUDGE K. : Utilisation by homeless people of acute hospital services in London, in British Médical Journal, 1991, oct 19, 303 (6808), 958-61 ;

28°) RAPPORT D'ACTIVITE DU 1er JANVIER 1991 A NOVEMBRE 1991 DU COMITE DE PREVENTION ET DE SECURITE DE LA R. A. T. P. : Opération coup de pouce, un service de prévention et d'orientation sociale dans le métro et le R. E. R. ;

29°) GEORGES SL. ; SHANKS NJ. ; WESTLAKE L. : Census of single homeless people in Sheffield, British Médical Journal : 1991, jun 8, 302 (6789), 1387 - 9 ;

30°) RAPPORT DE MEDECIN DU MONDE. : Mission France, Cinq ans après, novembre 1991 ;

31°) HENRY P. : Création de la première consultation médicale réservées aux vagabonds Parisiens, thèse de Doctorat d'Etat en médecine, UER Xavier Bichat, Université Paris VII, mai 1985 ;

32°) SCHANKS NJ. : Médical morbidity of the homeless, in J Epidemiol Community Health, 1988 jun, 42 (2), 183-6 ;

33°) GOFFMAN E. : La mise en scène de la vie quotidienne, II. Les relations en public, les Editions de Minuit, 1973 ;

34°) DECLERCK P. : Le dernier jour de l'humanité, in Esprit n°12, décembre 1988 p 76-85 ;

35°) NOVAES S. : Biomédecine et devenir de la personne (collectif), Esprit-Seuil, mai 1991 ;

36°) KANT E. : Fondement de la métaphysique des moeurs, Delagrave, septembre 1991 ;

37°) CARREL A. : L'homme cet inconnu, Paris, Plon, 1935, Presse Pocket n°1825, 1979 ;

38°) RICHET C. : La sélection humaine, Paris, F. Alcan, 1919 ;

39°) GOFFMAN E. : Asiles, les Editions de Minuit, 1968 ;

PROBLEMES ETHIQUES MEDICO-SOCIAUX POSES PAR LES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

RESUME

Cette étude a été effectuée sur les Sans Domicile Fixe de Paris et de la Région Parisienne accueillis au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Elle montre les difficultés de catégorisation de cette population. Le traitement statistique des données sur 6.000 personnes montre qu'ils ne sont ni de plus en plus jeunes, ni de plus en plus nombreux, ni en majorité étrangers. Par ailleurs, ce travail met en évidence un certain nombre de problèmes éthiques tant médicaux que socio-politiques, particulier à cette population. Elle propose la création de Centres d'Hébergements spécifiques permettant une prise en charge plus adaptée d'une population évaluée à 100.000 personnes pour l'ensemble de la France.

Mots clés : Sans Domicile Fixe - Ethique bio-médicale - Clochards - Personne Humaine - Pathologie médico-chirurgicale.

ETHICAL MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF THE HOMELESS PEOPLE

SUMMARY

This is about a study on No Fixed Address from Paris and the suburb, welcomed at the Nanterre rest center and Health Care Service. It brings to light the difficulties in categorizing of the population. The statistics based in 6.000 cases shows they are neither getting younger, neither growing in number, nor are they a majority of foreigners. More of over this study shows up a certain number of ethical problems both medical and socio-political specific to this population. Therefore it suggests creating specific shelter centers capable of taking more efficient care of estimated at 100.000 people through all France.

Keys Words : No Fixed Address - Homeless - Bioethic - Tramps - Human Being - Medico-surgical pathology.