UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)
Président Pr. P. VILLARD

DOCTORAT D'UNIVERSITE
Mention : ETHIQUE MEDICALE
(Directeur Pr. C. HERVE)

Titre de la thèse :

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

Présenté par Monsieur le Docteur Jacques HASSIN

Le 12 décembre 1996

Président du Jury : Professeur C. HERVE
Directeur de thèse : Professeur M. MAFFESOLI
Rapporteur : Professeur A. LAZARUS
Rapporteur : Professeur C. HAMONET
Membres : Docteur X. EMMANUELLI, Professeur Y. PELICIER
Professeur E. BLONDEL

A Lionel

Parti voltiger tout en haut du chapiteau du royaume de l’Hades

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

REMERCIEMENTS

Tout d'abord au Professeur Michel Maffesoli

Vous m'avez accepté parmi vos élèves malgré le caractère probablement ectopique de ma démarche. Soyez ici remercié pour votre hauteur de vue et votre ouverture d'esprit.

Ensuite au Professeur Christian Hervé

Directeur du laboratoire d'éthique médicale et de santé publique, sans votre accueil de la toute première heure et surtout sans vos précieux conseils, aucune de ces réflexions autour de l'exclusion n'auraient pu être menées.

A mon ami fidèle le docteur Jean-Pierre Pichon

Sans votre aide précieuse, la matérialité de ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci de tout ce temps que vous m'avez consacré et de votre patience envers mes multiples demandes parfois excessives.

A Xavier pour la richesse de la rencontre et dont l'amitié m'honore

A Nathalie, Aurélien, Marine et Délia, A mes Parents

A mes frères proches ou lointains

Aux membres du Jury

A toute l'équipe médicale, paramédicale et sociale du C. H. A. P. S. A.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

PLAN

INTRODUCTION 8

CHAPITRE - I - HISTORIQUE DE LA RECHERCHE 11

A) LE CADRE DE LA RECHERCHE 12

1°) Historique 12
a) Le cadre général 12
b) La Maison de Nanterre 15

2°) Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre actuel 17
a) La mission de Service Public Hospitalier, l'Hôpital Max Fourestier 18
b) La mission d'hébergement et de soins aux personnes âgées et handicapées 18
c) La mission d'accueil et de réadaptation sociale, le Centre d'accueil 18

B) LE CADRE JURIDIQUE 25

1°) Le Code Pénal 25
a) L'ancien Code Pénal (Art. 269 à 280, p. 161 - 165) 25
b) Le Nouveau Code Pénal (art 225 - 13 à 225 - 16, p. 1798) 26

2°) Le Code Civil (p. 117-124) 27

3°) Le Code de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale [12] (p. 771) 28

4°) Les Lois, Décrets, Circulaires et Règlements divers 28

5°) Conclusion 45
a) L'abord coercitif 45
b) L'abord caritatif 47
c) L'abord socio-politique 50
d) Synthèse 52

C) LA POSITION DU CHERCHEUR : 57

D) LA POPULATION ETUDIEE 61

1°) La définition sémantique 61

2°) La définition médico-sociale 71
a) Par leur mode de vie 72
b) Par leur pathologie chirurgicale 73
c) Par leur pathologie médicale 74

3°) La définition statistique et la catégorisation primaire 77

4°) La définition quantitative 91
a) Pour Paris et l'Ile de France 92
b) Pour l'ensemble de la France 94
c) Quelques villes dans le monde 95
d) Quelques pays dans le monde 96

5°) Conclusion 100

CHAPITRE - II - PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE 104

A) PROBLEMATIQUE 105

1°) Les questions touchant à la fonction médicale 105
a) La fonction du médecin « dans son essence même » 105
b) La place du médecin dans un dispositif institutionnel médico-social 107

2°) Les questions touchant à la connaissance du phénomène de l'errance 108

3°) Les questions touchant au traitement médico-social réservé à ces populations 109

B) METHODOLOGIE 110

1°) Pour la fonction médicale 110

2°) Pour la connaissance des phénomènes de l'errance 110
a) L'approche socio-anthropologique du phénomène de l'errance 110
b) L'étude portant sur l'état médico-social et psychopathologique des personnes S. D. F. 111
c) L'étude biographique 136
d) Conclusion 139

3°) Pour les questions concernant le traitement médico-social de ces populations 139

CHAPITRE - III - ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DU PHENOMENE DE L'ERRANCE 140

A) INTRODUCTION 141

1°) L'aspect journalistique 142

2°) L'aspect scientifique 147

3°) L'aspect socio-politique 149

B) ELEMENTS SOCIOLOGIQUES 151

1°) Quelques aspects théoriques autour de l'exclusion 151

2°) Le pauvre et le vagabond, quelques réflexions théoriques et pratiques 154
a) L'anomie 154

b) La carrière, le stigmate 157
c) La solidarité 159
d) L'histoire des malheurs 161
e) La désocialisation 163
f) La réinsertion 166
g) La culture S. D. F. 168
h) L'étiologie 169
i) La réaction thérapeutique négative 174
j) Les tatouages 176

C) ELEMENTS DE LA VIE QUOTIDIENNE 177

D) CONCLUSION 185

CHAPITRE - IV - RESULTATS DES ETUDES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE 187

A) RESULTAT DE L'ETUDE QUANTITATIVE 188

1°) Résultats de l'étude médicale (Dr. J. Hassin) 188

2°) Résultats de l'étude exclus et P. M. S. I. (Dr. J. P. Pichon) 205
a) La problématique 205
b) Discussion en annexe du sujet 206
c) La question médico-économique 206
c) Les Groupes Homogènes 209

3°) Résultats de l'étude infirmière (O. Gaslonde) 209

4°) Résultats de l'étude sociale (P. Declerck et Dr. J. Hassin) 218

5°) Résultats de l'étude psychopathologique (P. Declerck) 240
a) LES 500 DOSSIERS 240
b) LES ENTRETIENS 241
c) L'EVALUATION 249

6°) Résultats comparatifs (Dr. J. Hassin) 251

7°) Conclusions (Dr. J. Hassin) 253

8°) Conclusions de l'intevenant extérieur (Dr. P. Duprat) 255

9°) Discussion des résultats 258
a) Le sexe ratio 258
b) L'âge 261
c) Les antécédents et la pathologie médicale prédominante 262
c) Quelques pathologies documentées 264
c) Les données sociales et psychopathologiques comparatives 276

B) RESULTAT DE L'ETUDE BIOGRAPHIQUE 281

1°) Introduction 281

2°) Antoine 282

3°) Myriam 294

C) CONCLUSION 299

CHAPITRE - V - LES DISPOSITIFS MEDICAUX-SOCIAUX ACTUELS, LA FONCTION ASILAIRE 301

A) INTRODUCTION 302

B) LE MEDICO-SOCIAL 303

C) L'HOPITAL PUBLIC 310

D) LE C. H. A. P. S. A., LE C. A. S. H. DE NANTERRE 315

E) LE S. A. M. U. SOCIAL 318

F) LES CENTRES D'HEBERGEMENT D'URGENCE POUR SOINS INFIRMIERS : LES LITS INFIRMIERS 321

G) LES CENTRES D'ACCUEIL DE JOUR : LES ESPACES SOLIDARITE-SANTE-INSERTION 322

H) LES CONSULTATIONS PRECARITE 323

I) LES STRUCTURES MANQUANTES, L'ASILE 324

J) LES STRUCTURES MANQUANTES, LA REINSERTION EN MILIEU NON-URBAIN 325

K) CONCLUSION 326

CONCLUSION ASPECTS ETHIQUES 331

A) LA RESPONSABILITE 333

B) LA PERSONNE HUMAINE 339

BIBLIOGRAPHIE (ALPHABETIQUE) 344

BIBLIOGRAPHIE (PAR ORDRE DE CITATION) 359

INDEX DES TABLEAUX 375

RESUME 382

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

PREAMBULE

On le verra il n'y a pas d'explications ; que l'on ne s'attende pas à trouver des causes, encore moins des solutions. On se contente de montrer ce qui est « monstrueux », c'est un genre auquel je tiens.

Quitte à ce que chacun dans sa vie professionnelle, affective, politique, ou pour une recherche spécifique, choisisse tel ou tel aspect de cette « forme » pour éclairer le problème auquel il est confronté. C'est bien là l'ambition essentielle d'une sociologie « formiste » dont les contours se précisent peu à peu et dont l'ultima ratio pourrait être de donner un cadre d'analyse qui permette à tout un chacun de penser par lui-même.

Pr. Michel MAFFESOLI [1] **(préface à la 2è édition, p. 9).**

Ce travail est réalisé par un praticien de terrain, observateur participant en situation d'empathie. C'est pourquoi nous ne pouvons revendiquer la moindre neutralité « scientifique ». Bien au contraire, nous assumons une position d'implication avec la population étudiée. Nous essayerons cependant d'analyser, le mieux possible, les biais que cette position occasionne. A ce titre, cette étude n'a aucune prétention sociologique, philosophique ou historique. Par contre, ce travail se veut un témoignage et une contribution à la prise de conscience du phénomène de la grande pauvreté et de l'exclusion, en particulier par les praticiens et les personnels travaillant à leur contact. Cette prise de conscience est susceptible de retentir sur leur pratique elle-même. Finalement, notre ambition est de nous inscrire dans ce « formisme » pour donner un cadre d'analyse permettant de sortir du « prêt à penser » concernant ces populations sans toit stable. Essayer de dépasser les idées convenues, les représentations sociales, les archétypes plus ou moins mythiques concernant le personnage du clochard. Et tout cela au fond, pour penser par nous-mêmes.

(1) - MAFFESOLI Michel, *Essais sur la violence banale et fondatrice*, Librairie des méridiens, Coll. « Sociologies au quotidien », 1984, 174 pages.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

INTRODUCTION

Le clochard

La poussière de mille routes, la graisse
Et la crasse des taudis était sur son visage ;
Les crocs de la faim et de la maladie
Sur sa gorge avaient laissé leur marque ;
Son haleine respirait la mort,
Mais ses yeux étaient sans repos.

Le long des caniveaux, difforme, éreinté,
La tête baissée et les pieds en sang,
Dans la nuit de Noël il traînait
Ses soucis, ses chagrins et ses défaites ;
Jusqu'au moment où, le souffle court, le visage vers le sol,
Il s'est affalé sur la chaussée encombrée.

L'orgie de minuit hurlait
Ses excès de vin et de luxure.
La foule heureuse, propre, indifférente
Le croisait, prise de colère et de dégoût :
Car - sobre ou saoul - c'était un clochard,
Et sa mort n'était pas une grande perte.

Arturo GIOVANNITTI, *Arrows in the Gale*, p. 60 (in [2] p. 206)

(2) - ANDERSON Nels, *The Hobo, The Sociology off the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. « Essais et recherche », 1993, 319 pages.

Cette thèse se situe dans le prolongement d'un travail réalisé pour l'obtention du Diplôme d'Etude Approfondie en Ethique Biomédicale. Ce mémoire avait pour objet les problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations sans toit stable [3].

Nous partons d'un postulat et d'une analyse. Il existe, de façon récente, une modification de la représentation sociale de la grande pauvreté. Ce changement de paradigme a pour conséquence pratique une innovation dans l'abord et le traitement de l'errance. De plus, nous voulons montrer dans ce travail comment la perte de la fonction asilaire de l'institution hospitalière publique, qui est un événement récent, représente peut-être un recul quant à l'accueil des populations sans toit stable. Ce recul de la société vis-à-vis de l'accès aux droits primaires fondamentaux peut sembler patent si l'on aborde ce problème sur un plan humain. Nous essayerons de voir s'il a sens et valeur pour l'ensemble du corps social. La thématique de l'exclusion permet peut-être, par un effet de miroir inversé, de comprendre le fonctionnement et la cohésion du lien social. Ce thème de l'exclusion nous permet de repérer les différentes attitudes du corps social envers ceux qu'elle rejette. Elle nous permettra en particulier de s'interroger sur « la valeur travail » et sur l'éducation dans la production « d'inclusion » ou « d'exclusion ». La population étudiée ne représente pas totalement l'ensemble des populations exclues. Il est probable que l'on peut trouver des points de rapprochement ou de similitude avec des groupes comme ceux représentés par les personnes âgées ou handicapées. Cependant, notre travail, pour des raisons d'efficacité et de compétence, se limite aux populations sans toit stable.

Dans une première partie, par un historique de notre recherche nous essayons de formaliser notre approche et nous tentons de définir au mieux notre population. A travers un survol de l'histoire du vagabondage et des principaux textes juridiques, nous replaçons en perspective la façon dont ce problème du vagabondage et de la mendicité a été traité.

Dans une deuxième partie, nous exposons notre problématique et les méthodologies utilisées pour essayer d'apporter des éléments de réponse aux questions posées.

Dans une troisième partie, après une approche théorique du phénomène de l'exclusion, nous tentons de décrire et d'approcher, au plus près, les personnes sans toit stable. Une des portes d'entrée est leur vécu quotidien.

Dans une quatrième partie, nous livrons les résultats et les discussions sur les deux études - « docimologique » et biographique - réalisées.

Dans une cinquième partie, nous voyons les dispositifs médico-sociaux et la fonction asilaire de l'hôpital. Nous essayerons de remettre en perspective l'évolution de l'Institution hospitalière publique, particulièrement vis-à-vis des populations les plus défavorisées, en replaçant cette évolution dans le contexte socio-politique global, au sein du tissu social.

Nous verrons si la réactualisation de concepts anciens comme les Lits d'Hébergement Médicalisés ou l'arrivée de nouveaux concepts comme le S. A. M. U.

(3) - HASSIN Jacques, *Problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations Sans Toit Stable*, Mémoire de D. E. A., Paris, Université René Descartes PARIS V, 1992, Polycopié, 84 pages.

Social sont susceptibles de faire progresser la réflexion sur une fonction asilaire institutionnelle et sur cette prise en charge médico-sociale de la grande exclusion.

Dans notre conclusion, nous formalisons la discussion éthique sur les aspects évoqués dans cette recherche autour de cette population.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CHAPITRE - I - HISTORIQUE DE LA RECHERCHE

Et endurent chault et froit vent et pluye, que a peines deviendroient ilz malades se ilz estoient bien sains par endurer labeur et la necessité que ilz ont soustenus en alant ou en seant souvent du matin jusques à la nuit par terre nue, en froit, en fain, en soilf.

Archives de l'Assistance Publique, Comptes de l'Hôtel-Dieu, reg. 3, fol. 6 (in [4] p. 232, note 140).

(4) - GEREMEK Bronislaw, *Les marginaux parisiens aux XIV^{è} et XV^{è} siècles*, Flammarion, Coll. « L'histoire vivante », 1976, 353 pages.

Nous reprenons ici, de façon synthétique, les principales données exposées dans notre mémoire de D. E. A.[3]. Nous les complétons par des éléments plus récents et plus approfondis.

A) LE CADRE DE LA RECHERCHE

1°) Historique

a) Le cadre général

La compagnie du Saint-Sacrement se forme vers 1620. C'est une organisation à la fois politique et religieuse qui agit, sous des formes secrètes, dans tout le pays. Son objectif, à partir de 1631, est d'enfermer les pauvres et de combattre le vagabondage. Cependant, le nombre de mendiants augmente sans cesse et, en 1656, Louis XIV met en oeuvre une politique connue sous le nom du « grand renfermement ». L'Hôpital Général pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville de Paris est créé le 16 avril 1656 par un édit Royal. Il est contrôlé en grande partie par la Compagnie du Saint-Sacrement. Les hôpitaux et hospices spécialisés qui existent déjà sont groupés sous une administration unique [5] (p. 19). L'édit est lu et proclamé dans les rues moins de quinze jours après avoir été soumis à la signature. Les crieurs publics en beaux hoquetons violets à grandes croix blanches sur la poitrine, à son de trompe, dans les carrefours, annoncent que la mendicité est interdite. Le dimanche 13 mai 1656, on chante à l'église Saint-Louis de la Pitié une messe solennelle du Saint-Esprit. Le lundi 14 au matin, les miliciens, qui allaient devenir les archers du Bailli de l'Hôpital Général commencent à donner la chasse aux mendiants. Les 5 à 6000 malheureux qui n'ont pas fui Paris sont enfermés dans les différents bâtiments de l'Hôpital [6] (p. 173) et [7] (p. 77).

Les garçons d'âge scolaire sont conduits à la Maison de la Savonnerie qui regroupe 305 garçons de huit à treize ans en 1661. Les 530 femmes enceintes,

(5) - GEREMEK Bronislaw, *Les fils de Caïn, l'image des pauvres et des vagabonds dans la littérature*, Flammarion, 1991 (1980), 418 pages.

(6) - PORQUET Jean-Luc, *La Débine*, Flammarion, 1988, 281 pages.

(7) - FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Coll. Tel, Gallimard, 1972, 583 pages.

nourrices et enfants en bas âge sont amenés à Scipion. Les jeunes filles et les enfants sont amenés à la maison et à l'hôpital de la grande et de la petite Pitié qui regroupe 98 garçons et 897 filles entre sept et dix-sept ans ainsi que 95 femmes en 1661. A la Salpétrière on conduit les femmes et les petits enfants. On en dénombrera 1460 en 1661. Reconstruite sous Louis XIII pour abriter un arsenal, ouverte en 1656, la Salpétrière sera une prison jusqu'en 1795 (Louis Boucher, *La Salpétrière*, Paris, 1883). Bicêtre lui regroupera 1615 hommes adultes. Louis XIII reprend le projet de construction d'un hôpital ce qui permet d'inaugurer une fondation le 25 août 1634, par une messe solennelle en souvenir de Saint-Louis. Mais la mort de Richelieu puis celle de Louis XIII en 1643, arrêtent le développement de cette fondation destinée aux invalides de l'Armée qui est reconnue dans un rapport du temps comme « estant une maison vayement royale » (Paul Bru, *Histoire de Bicêtre*, Paris, 1890). En 1647, Vincent de Paul obtient l'autorisation d'utiliser une partie des bâtiments pour y installer les enfants trouvés, en attendant l'établissement de l'Hôpital général. C'est en 1656 que Mazarin incorpore Bicêtre dans l'Hôpital Général et affecte cet hospice aux hommes. L'hospice de Bicêtre est ouvert en 1657 et compte aussitôt plus de 600 pensionnaires. En 1729, les registres font mention d'une maison de détention. A la Révolution, la prison de Bicêtre compte près de 500 détenus. A partir du mois d'avril 1796, c'est de Bicêtre que part la chaîne des forçats pour le bagne de Brest, de Rochefort et de Toulon. Vidocq y « séjourne » à trois reprises entre 1797 et 1809. Il tente de s'en évader, mais il est repris dans la cour des fous. Il fait une deuxième tentative sur la route de Brest. Blessé, il est soigné par une religieuse. Ramené à Bicêtre en 1799 pour être conduit au bagne de Toulon, il s'échappe de nouveau. Repris une nouvelle fois, il revient à Bicêtre en 1809. Cette fois, il ne s'évade plus, mais il vend ses services au Préfet de Police et devient l'agent secret des forces de l'ordre. La prison est fermée en 1836.

Ainsi, si on se fie aux chiffres donnés, en 1661, cinq ans après le début du grand renfermement, c'est 5000 hommes, femmes et enfants qui sont enfermés dans les différents établissements de l'Hôpital Général de Paris. En 1662, Louis XIV parle dans un édit de juin de 6000 pauvres dans les cinq maisons de l'Hôpital Général. Il ne s'agit pas d'hôpitaux au sens contemporain mais d'établissements de force, où l'on fait découvrir, par la contrainte, les vertus du travail aux vagabonds enfermés. Malgré le terme d'hôpital, Il ne s'agit donc pas d'une structure médicale mais bien d'une entité administrative et carcérale. Pour ces malheureux, outre la « réinsertion » par le travail, on s'occupe également activement du salut de leur âme. Comme le précise le règlement, tous ces établissements sont affectés aux pauvres de Paris « (...) *de tous sexes, lieux et âges, de quelque naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables* (...) » (Art. XI). Les Directeurs de ces hôpitaux sont nommés à vie et ils exercent leurs pouvoirs non seulement dans l'enceinte de l'hôpital mais à travers la ville de Paris sur tous ceux qui relèvent de leur juridiction. Ainsi, « *ils ont tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, police, juridiction, correction, et châtiment sur tous les pauvres de Paris tant en dehors qu'au-dedans de l'hôpital général (...). Auront pour cet effet les directeurs : poteaux, carcans, prisons et basses-fosses dans ledit hôpital général (...)* » (Art XII et XIII) (in [7] p. 60).

On compte, d'après l'historien Henri Sauval à la fin du XVII^{è} siècle jusqu'à 10.000 internés sur les 40.000 mendiants parisiens (Henri Sauval, *Histoire et recherche des Antiquités de la Ville de Paris*, Paris, 1724, Vol. 1 p 511, in [5] p. 19).

Le 14 mars 1667 Louis XIV crée la charge de Lieutenant général de la police. En août 1667, Nicolas de La Reynie, premier Lieutenant de police, à peine installé,

va liquider la grande cour des miracles située près du couvent des Filles-Dieu et de la porte Saint-Denis. Même s'il existe d'autres cours plus petites dans Paris, celle-ci était la plus importante. Cet endroit est ainsi dénommé, s'il faut en croire ce qu'écrit Paul La Croix au début du XVIIè siècle, *« parce que les truands (...) et bien d'autres, qui avaient été toute la journée des paralytiques, des stropiats, des hydropiques, accablés de toute sortes de maux physiques, rentraient le soir à la maison en portant sous le bras une entrecôte de boeuf, un rôti de veau, ou une épaule de mouton, sans oublier une bouteille de vin accrochée à la ceinture, et qu'en entrant dans la cour, ils jetaient leurs béquilles, reprenaient leur air de santé et leur bonne mine et, à l'imitation des antiques bacchanales, ils exécutaient toutes sortes de danses en brandissant leurs trophées pendant que l'aubergiste préparait leur souper. Peut-il y avoir un plus grand miracle que celui auquel on peut assister dans cette cour, où les paralytiques se lèvent et marchent* » (Paul La Croix, *Manners, custom, and dress during the middle ages and during the renaissance period,* Londres, Chapman and Hall, 1876, p 471, in [8] p. 122). On peut également relire la description de cet endroit donnée par Victor Hugo dans Notre-Dame de Paris : « *Le pauvre poète jeta les yeux autour de lui. Il était en effet dans cette redoutable cour des miracles, où jamais honnête homme n'avait pénétré à pareille heure ; cercle magique où les officiers du Châtelet et les sergents de la prévôté qui s'y aventuraient disparaissaient en miettes ; cité des voleurs, hideuse verrue à la face de Paris ; égout d'où s'échappait chaque matin et où revenait croupir chaque nuit ce ruisseau de vices, de mendicité et de vagabondage toujours débordé dans les rues des capitales ; ruche monstrueuse où rentraient le soir avec leur butin tous les frelons de l'ordre social ; hôpital menteur où le bohémien, le moine défroqué, l'écolier perdu, les vauriens de toutes les nations, espagnols, italiens, allemands, de toutes les religions, juifs, chrétiens, mahométans, idolâtres, couverts de plaies fardés, mendiants le jour, se transfiguraient la nuit en brigands ; immense vestiaire, en un mot où s'habillaient et se déshabillaient à cette époque tous les acteurs de cette comédie éternelle que le vol, la prostitution et le meurtre jouent sur le pavé de Paris* » [9] (p. 92-93).

Ce bref rappel historique, sur lequel nous reviendrons dans ce chapitre, montre que, déjà à cette époque, on trouve deux dominantes encore présentes de nos jours :

- 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, Vincent de Paul refuse finalement la direction de l'Hôpital Général et continue à secourir les pauvres dans la rue.

Cependant, on peut voir en réalité, comme le souligne Bronislaw Gérémek, que ces deux approches ne sont pas aussi tranchées. Là comme ailleurs, le manichéisme ne se conçoit que de façon didactique et simplificatrice.

(8) - GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 1 - La présentation de soi* -, éditions de Minuit, 1973, 251 pages.

(9) - HUGO Victor, *Notre-Dame de Paris*, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1853), 552 pages.

b) La Maison de Nanterre

Dans le contexte général évoqué, la Maison de répression 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'avère insalubre et trop petite. Aussi, un décret du 25 février 1873 décide de l'édification d'un dépôt de mendicité à Nanterre, sur un terrain de 16 hectares acquis par le Département de la Seine. La Maison de répression de Nanterre, d'après le cahier des charges proposé à l'ouverture du concours, doit accueillir dans des bâtiments séparés trois catégories d'hommes et de femmes. Le concours d'architecte est remporté par Achille Hermant. Au sein de l'établissement, on va trouver d'une part la nouvelle prison destinée à recevoir, dans des quartiers de détention de 228 cellules, 1500 détenus condamnés à des peines correctionnelles légères, des mendiants libérés et des individus surveillés et enfin des individus en hospitalité. D'autre part, plusieurs bâtiments sont aménagés pour la réclusion en commun de mendiants libérés et d'hospitalisés volontaires sous surveillance. Enfin, une vaste infirmerie est destinée aux indigents infirmes ou peu valides.

Après l'isolement forcé au Moyen-Âge des lépreux puis des pestiférés, vient le tour des fous et des mendiants. Sur cette problématique de l'enfermement, on peut se reporter aux travaux de Michel Foucault [7]. Par ailleurs, on remarque dans le décret Impérial le terme d'extirpation. Il correspond tout à fait aux perspectives médico-socio-politiques de l'époque où l'on essaye d'extirper la folie, les moeurs dissolues, la pauvreté et la mendicité d'un individu comme on exciserait une tumeur ou un abcès. Devant l'échec et sa mauvaise volonté manifeste et intolérable, on extirpe alors l'ensemble de l'individu en l'excluant complètement de la société. On retrouve ce traitement pour les femmes de mauvaise vie avec l'hôpital Saint-Lazare, autrefois Maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, pour les insensés avec les Asiles d'aliénés, et donc pour les vagabonds avec la Maison de Nanterre, à l'époque Maison de répression de Nanterre. Dans le continuum de la philosophie de l'Hôpital Général, ces institutions ont en commun leur caractère répressif et coercitif. Le but premier est de protéger la société contre ces « déviants asociaux ».

L'ouverture de la Maison de Nanterre a lieu le 7 juin 1887, et un décret du 13 septembre 1887 institue la Maison comme dépôt de mendicité. Les bâtiments à caractère carcéral reçoivent 400 détenus, condamnés pour vagabondage et mendicité, transférés de la prison de Saint-Denis. L'ensemble des bâtiments accueille alors près de 5000 vagabonds et indigents. On peut relever l'importance de cette capacité en signalant à titre de comparaison qu'elle correspond à la capacité effective des cinq établissements de l'hôpital général en 1661. De nos jours encore, même si elle a été réduite, sa capacité très importante n'est pas sans poser quelques problèmes. En tout cas, la maison est considérée à son ouverture comme un établissement modèle et d'avant-garde.

On peut rapporter ici l'allocution d'inauguration de Louis Lépine, Préfet de la Seine, à l'occasion de la visite de Félix Faure, Président de la République : « *Le 7 juin 1887, l'antique prison de Saint-Denis vidait ses cabanons. Les démolisseurs attendaient à la porte pendant que s'écoulaient à flots pressés des vagabonds, des mendiants avides de revoir le soleil, une cohue de pâles récidivistes qui en avaient perdu le souvenir ; derrière eux suivaient en longues théories des fourgons de mobilier, les voitures d'ambulance où s'entassaient les impotents, les malades, le*

triste résidu de la chiourme, le caput mortuum de la vieille geôle. C'est ici que je conduisis la chaîne, à la Maison de répression de Nanterre, nouvellement bâtie. Certes, ses nouveaux habitants ne perdaient pas au change (...). Ces vastes bâtiments baignés d'air et de lumière, ces dortoirs spacieux, ces cours ombragées, cette distribution savante sur des kilomètres de parcours, d'air frais ou chaud suivant la saison, ce bien-être assuré selon les lois de l'hygiène, toutes les ressources du génie sanitaire qui sont ainsi prodiguées, tout cela formait un contraste avec la morne demeure qu'ils quittaient » (Bulletin Municipal Officiel du 18 juin 1897, in **[10]** p. 197).

On trouve également cette communication reproduite dans les actes d'un congrès en 1890 : « C*'est de ces sentiments de respect pour la personne humaine, de compassion et d'intelligente pitié que s'est inspiré l'habile architecte à qui l'on doit la construction de Nanterre (...). Les esprits chagrins ont blâmé un déploiement inusité de luxe dans l'architecture d'un établissement destiné à servir d'asile à la misère et de lieu d'expiation au délit (...). Je ne sais quel touriste écrivait que, sans l'uniforme du gardien-chef, on croirait, en arrivant à Nanterre, arriver dans un grand hôtel de bains de mer* ». (*Maison de répression de Nanterre*, contribution présentée au Congrès international d'Anvers du 9 octobre 1890, relatif aux problèmes créés par les établissements pénitenciers, p. 7 - 8, in **[10]** p. 14).

L'établissement est aménagé selon les principes de bienfaisance et d'hygiène les plus avancés. Il est considéré comme une prison modèle. Les mendiants y sont répartis selon leur âge, leur validité et leur « degré de perversion ». Rapidement, malgré sa finalité carcérale initiale, la maison de répression perd son qualificatif répressif pour devenir la Maison Départementale de Nanterre. A ce titre, elle a également un rôle de Maison d'accueil et d'hébergement pour les gens sans-abri et sans ressources de l'ancien Département de la Seine. De vastes dortoirs et un très grand réfectoire assurent vivre, couvert et toit aux plus démunis. Ainsi, toute personne admise à la Maison de Nanterre est certaine de ne pas mourir de faim et de froid. La seule condition est de se rendre utile par un travail adapté à ses capacités. Ce travail a d'ailleurs plus pour objet l'entretien et le fonctionnement de l'institution qu'une éventuelle réinsertion. La Maison de Nanterre est ainsi une des institutions caritative et publique, parmi les plus importantes, destinée à accueillir les personnes sans-abri. La gestion de l'institution relève de la préfecture de police. Il apparaît assez vite que, plus que d'autres, ces malheureux accueillis sont des malades potentiels. Entre 1893 et 1898, un très grand bâtiment est aménagé en infirmerie dans lequel quelques religieuses sont chargées des soins. Un autre bâtiment contient de grandes salles qui abritent des hébergés malades, grabataires ou « incurables ».

Il est significatif que la fonction coercitive est exercée par du personnel laïc, alors que la fonction paramédicale, entrée elle dans un deuxième temps dans l'institution, l'est par des religieuses.

En 1907, Félix Roussel, Président du Conseil Général de la Seine déclare : « *La Maison de Nanterre est comme une ambulance du champ de bataille de la vie (...). Son originalité consiste à recevoir les indigents sans délai. Ailleurs, pour être hospitalisé, il faut des années. Ici, un seul jour suffit »* (Charles Le Roux, *Le vagabondage et la mendicité à Paris et dans le Département de la Seine*, Paris, 1907, p. 128, in **[10]** p. 12).

(10) - BERNAND Carmen, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Le Sagittaire, 1978, 254 pages.

La Maison de Nanterre qui est donc une prison pour mendiants et un asile pour personnes sans ressources, va être dotée d'une mission supplémentaire par l'arrêté du 16 juin 1907 du Préfet de la Seine. Cet arrêté autorise 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 comporte un nombre important de lits va se transformer, de fait, en un véritable hôpital. Certaines salles sont 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 prodiguer des soins médicaux à la population des sept communes environnantes dépourvues d'hôpitaux (Puteaux, Suresnes, Courbevoie, Nanterre, Colombes, La Garenne-Colombes, Asnières). Durant l'hiver 1957, la Maison accueille plus de 3000 sans-abri, ce qui porte l'ensemble de la population hébergée à près de 6000 personnes. D'ailleurs, à cette époque, un projet de nouvelles constructions aurait permit d'atteindre voire de dépasser la capacité de 8000 personnes hébergées. Ce projet ne verra jamais le jour. Le décret du 22 décembre 1967 classe la Maison de Nanterre parmi les services non personnalisés de la Préfecture de Police, inscrite au budget de la ville de Paris. Le décret du 8 janvier 1970 transfère les biens, obligations et droits de la Maison de Nanterre 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 deuxième catégorie, premier groupe. L'ensemble constitue un Service non personnalisé de la Préfecture de Police.

L'histoire de cette institution lui conférait encore, il y a peu, toutes les caractéristiques données par Erving Goffman aux institutions totalitaires. « *Le caractère essentiel des institutions totalitaires est qu'elles appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelles que soient en l'occurrence la nécessité ou l'efficacité de ce système* » [11] (p. 48). Vie recluse, mortification, isolement, cérémonies d'admission, dépouillement, dégradation de l'image de soi, dépersonnalisation, perte d'autonomie, système de privilèges, vie clandestine, toutes ces têtes de chapitre de Goffman évoquent une réalité que nous avons connue en arrivant il y a quinze ans dans cette institution et dont il reste aujourd'hui des traces visibles.

2°) <u>Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre actuel</u>

Cet établissement est devenu un observatoire privilégié des populations défavorisées. La loi du 13 janvier 1989 dans son Titre VII, articles 40 à 44, introduit une mutation juridique essentielle. La Maison de Nanterre 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 de la Ville de Paris, à caractère sanitaire et social : le C. A. S. H. de Nanterre (Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre). Un Hôpital, un Centre d'Accueil, et une Maison de Retraite constituent trois unités

(11) - GOFFMAN Erving, Asiles, *études sur la condition sociale des malades mentaux,* éditions de minuit, 1990 (1961), 447 pages.

distinctes de cet établissement. Ils remplissent, pour chacun d'eux, une mission différente précisée par cette loi dans son article 40.

a) La mission de Service Public Hospitalier, l'Hôpital Max Fourestier.

Elle est définie au chapitre 1er de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Actuellement, elle est régie par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

A l'origine, comme nous l'avons vu, il existe une infirmerie destinée aux indigents, où des religieuses dispensent soins et compassion. Progressivement, au cours de son histoire, l'apparition de consultations médicales d'abord, puis l'individualisation en services médicaux d'hospitalisation amène à une structure hospitalière complète. Dénommé l'Hôpital Max Fourestier depuis le 5 mars 1992, celui-ci dispose de tous les services médico-chirurgicaux indispensables à tout hôpital général y compris pour ces patients démunis. Toutes les pathologies peuvent y être traitées à l'exception de la neurochirurgie et de la cardiochirurgie. Il est doté de 420 lits de court séjour (912 lits en 1978). Pour 1995, on comptabilise 9645 admissions représentant 90.346 journées. Les différentes consultations ont reçu 82.792 personnes. Le service des Urgences a accueilli 14.548 patients dont 2931 S. D. F. (Soit 20,1%). Pour 795 de ces S. D. F., une hospitalisation a été nécessaire (soit 27,1%). Il est remarquable que ces patients S. D. F. ne représentent que 10,2% des admissions en chirurgie (327 patients) et 16,6% des admissions en médecine (851 patients) selon les données du Département d'Information Médicale pour 1995. Cependant, si on interroge le personnel médical et paramédical sur leur évaluation de cette population, ils la situent spontanément autour de 40 à 50%.

b) La mission d'hébergement et de soins aux personnes âgées et handicapées

La Maison de retraite comprend 527 places (1127 en 1978). Elle est destinée essentiellement aux anciens hébergés de l'établissement. 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 de soixante ans est atteint et après constitution du dossier d'aide sociale. Par ailleurs, il existe une section de Cure médicale de 96 lits.

c) La mission d'accueil et de réadaptation sociale, le Centre d'accueil.

Elle concerne l'accueil et 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.

Le Centre comprend 1017 places (il pouvait accueillir jusqu'à 5000 personnes en 1978).

Les personnes accueillies sont pour la plupart d'anciens vagabonds, hommes et femmes de 18 à 65 ans qui « *Bénéficient, sur leur demande, de l'aide sociale pour être accueilles dans des centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics ou privés les personnes et les familles dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale notamment en raison du manque ou de conditions défectueuses de logement et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire* » [12] (Code de la famille, article 185, p.1453). Ce centre comprend une partie C. H. R. S. (Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale) de 225 places, une partie Centre d'Accueil de 572 places dont un S. A. O. (Service d'Accueil et d'Orientation) de 42 places et une partie foyer logement pour handicapé de 220 places. Le projet du plan directeur prévoit à terme la réduction de la capacité interne à 476 places dont 216 places de C. H. R. S., 212 places de résidence sociale et 48 places de foyer logement pour handicapés. Le maintien en l'état de la capacité totale implique donc la recherche de 541 places extérieures. On recense, dans les statistiques d'activité de l'année 1994, 88% d'hommes parmi les personnes hébergées (*Rapport d'activité du Centre d'accueil*, 1994, polycopié, 17 pages). Elles sont, pour 75% d'entre-elles, de nationalité française. Il est remarquable que, parmi les personnes entrant au Centre d'Accueil, 70% ne possèdent pas ou plus de papiers d'identité et que 90% ne connaissent pas leur situation vis-à-vis de la sécurité sociale. Ces personnes accueillies exercent une activité en principe adaptée à leurs possibilités et sont domiciliées au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Parmi elles, 384 perçoivent le R. M. I. (Revenu Minimum d'Insertion), et 231 personnes bénéficient de C. E. S. (Contrats Emploi Solidarité).

En outre, ce centre comporte une unité d'accueil d'urgence : le C. H. A. P. S. A. (Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans-Abri). Ce centre est créé en 1955 lorsque l'on met fin aux arrestations de vagabonds qui étaient punis jusque-là de 45 jours d'emprisonnement et surtout peu après l'hiver 54 et l'appel de l'abbé Pierre. Il s'agit d'une petite structure où l'on compte actuellement près de 250 passages quotidiens, soit environ 80.000 passages annuels (79.163 en 1995). Elle dispose de 298 lits dont 50 lits de soins infirmiers. Là, arrivent les vagabonds amenés volontairement maintenant par :

(12) - DALLOZ, *Codes de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale*, 1989, 1821 pages.

✧ Les cars de la B. A. P. S. A.

Ce sont d'anciens bus de la R. A. T. P. autrefois gris, maintenant bleus, que l'on peut voir sillonner Paris. La Brigade d'Assistance aux Personnes Sans-Abri de la Préfecture de Police (B. A. P. S. A.) est une Brigade de Sécurité Publique dirigée par un Commandant de Police. Une équipe de ramassage des vagabonds est créée en 1955, après les grands froids de l'hiver 54. Elle est surnommée l'équipe Puces et Poux. Ces équipes sont regroupées au sein d'une même Brigade le 1er janvier 1968. La Brigade compte près d'une centaine de fonctionnaires, tous volontaires, vêtus d'une combinaison bleue d'où leur appellation familière des « Bleus ». Il y a trois arrivées à Nanterre (10h00, 16h00 et 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, Place Clichy, Pont d'Austerlitz, Place d'Italie, Châtelet). Cependant leur trajet est adaptable en fonction des besoins, lors de mauvaises conditions climatiques par exemple.

De plus, une section prévention est créée en 1993. Elle est composée d'équipes de trois ou quatre policiers auxiliaires encadrés par un gradé qui circulent à bord de trois minibus. Ces équipes réalisent un véritable îlotage social en allant à la rencontre des personnes les plus en détresse. En 1995, un total de 26.361 personnes a été transporté par les équipes de la B. A. P. S. A..

En pratique, 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. Ils sont placés sous la responsabilité du Dr Patrick Henry qui est le créateur de l'Antenne Médicale du C. H. A. P. S. A.. Il est maintenant responsable du Pôle Humanitaire au Département Environnement et Sécurité de la R. A. T. P.. En 1995, 14.003 personnes ont été transportées. Il y a quatre arrivées quotidiennes en moyenne, mais variables selon les saisons (04h00, 11h00, 15h00 et 20h00).

✧ Les cars de Police-Secours

Un petit nombre de vagabonds (173 en 1995) est conduit directement par ces cars. Généralement, il s'agit d'appels de particuliers aux services de police.

✧ Les véhicules du S. A. M. U. Social 92

Le dispositif S. A. M. U. Social des Hauts de Seine est officiellement inauguré le 18 décembre 1995 par Xavier Emmanuelli, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence. Les véhicules circulent la nuit à la rencontre des personnes S. D. F. et peuvent les conduire à Nanterre soit pour un hébergement simple soit pour une admission dans les lits d'hébergement médicalisés. Nous ne disposons pas encore de statistiques annuelles, mais du 13 novembre 1995 au 13 mai 1996, 198 personnes ont été conduites à Nanterre, 116 pour un hébergement simple et 82 dans les Lits d'Hébergement Médicalisés.

✧ Les hébergements volontaires

Un nombre important d'entre-eux (38.626 en 1995) vient, par ses propres moyens et de façon tout à fait volontaire, jusqu'à Nanterre. Ils savent pouvoir trouver là accueil, gîte, couvert, et éventuellement soins médicaux et infirmiers. Cependant, fin 1993, par décision du Directeur du C. A. S. H., les volontaires n'ont plus été accueillis. Cette décision a été prolongée jusqu'au 15 novembre 1994 par une note de service en date du 31 octobre 1994. Nous reviendrons sur les conséquences et les problèmes éthiques éventuels posés par cette décision. Signalons toutefois que depuis, les volontaires sont de nouveau accueillis ainsi qu'en témoigne les chiffres de 1995 où l'on note une progression très sensible de cet accueil volontaire (voir TABLEAU N°7, p. 80-81). Une fois à Nanterre, après un long périple de plusieurs heures, les personnes accueillies prennent éventuellement une douche. Ensuite, ceux qui le souhaitent peuvent bénéficier d'une consultation médicale, sociale et des soins d'une infirmière. 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 « distillés » par petits groupes le long du trajet.

La consultation médicale du C. H. A. P. S. A. créée en 1984 constitue un véritable observatoire des problèmes médico-sociaux de ces populations S. D. F.. Elle fonctionne de 07h00 à 20h00 du lundi au vendredi et de 08h00 à 16h30 le samedi et le dimanche. Cette consultation de dépistage et de soins compte annuellement près de 18.000 passages, soit environ 55 patients par jour. Sur 79.163 passages totaux au C. H. A. P. S. A., la consultation reçoit donc 25,3% des passages (contre 15,3% en 1988). En terme de nombre d'usagers le C. H. A. P. S. A. comptabilise 6660 personnes (soit 11,89 passages annuel par usager). L'introduction trop récente de l'informatique à la consultation ne nous permet pas de connaître antérieurement à 1996 le nombre de patients différents reçus sur ces 18.000 passages. En 1995, on recense 17.644 patients (contre 8.664 en 1992 soit + 49%). On note que 4900 consultations (4790 en 1992) et 971 consultations spécialisées sont pratiquées en 1995. Par ailleurs, 639 personnes sont orientées vers le Service des Urgences, et 319 hospitalisations sont prononcées. Enfin, 16.695 soins infirmiers sont dispensés (contre 6603 en 1992 soit + 40%). Cette consultation a ainsi la possibilité d'assurer un certain suivi de ces populations très difficiles « à fidéliser ». C'est ainsi que l'on comptabilise près de 9000 dossiers médicaux actifs, c'est à dire de dossiers de patients dont la dernière visite remonte à moins de trois ans. Si on évalue grossièrement le chiffre total de cette population à 15.000 personnes, on voit l'intérêt d'une telle file active représentant plus de la moitié de l'ensemble de la population. Cette consultation médicale s'est vu affecter une assistante sociale en 1992. Elle est maintenant renforcée par une éducatrice spécialisée et un moniteur éducateur. Cette présence conséquente de travailleurs sociaux fait de cette structure une véritable consultation médico-sociale. Enfin, l'équivalent d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile pour des personnes dépourvues de domicile (Lits d'Hébergement Médicalisés) de 50 places (40 hommes et 10 femmes) fonctionne depuis janvier 1994. Il a reçu 1168 personnes en 1995 dont 445 ont effectué plusieurs séjours, avec une moyenne mensuelle de 94 personnes accueillies. La durée moyenne de séjour est de 10,25 jours (Odile Gaslonde, *Bilan de fonctionnement des Lits de Soins Infirmier à Domicile du C. A. S. H. de Nanterre*, année 1995, polycopié, 10 pages).

Tous ces chiffres sont significatifs. En effet, ils pourraient confirmer l'hypothèse d'une augmentation importante du nombre de Sans Domicile Fixe. En

fait, si l'on associe ces chiffres à l'augmentation très importante de personnel médical, paramédical et social entre 1992 et 1994, on peut plutôt en conclure que tous les besoins n'étaient pas couverts faute de personnel, ce qui évidemment, n'a pas les mêmes répercussions pratiques et ce que peut laisser entendre l'augmentation très importante de soins en particulier infirmiers alors même que le nombre global de personnes accueillies au C. H. A. P. S. A.. est resté stable. En effet, en 1992, l'antenne disposait d'un médecin temps-plein, d'un médecin vacataire, de deux infirmières temps-plein et de quatre agents des services hospitaliers (A. S. H.). En 1994, on trouve un médecin temps-plein, trois médecins vacataires dont un psychiatre, six infirmières temps-plein, une infirmière temps-partiel, trois aide-soignantes de jour et deux de nuit, trois A. S. H. de jour et deux de nuit, et enfin un A. S. H. faisant fonction de secrétaire tous temps-pleins [13] (p. 34). Là aussi, nous sommes au coeur de la discussion qu'il nous faudra avoir sur le concept d'asile et de lits d'infirmerie. En outre, l'assistante sociale n'arrive qu'en 1992. En 1994, comme nous l'avons signalé, cette consultation médico-sociale offre les compétences d'une assistante sociale, d'une éducatrice et d'un moniteur-éducateur tous temps-plein. Au total, en 1996 la dotation globale en postes budgétaires tant pour la consultation que pour les lits de soins infirmiers comprend huit infirmières, cinq aide-soignantes, huit agents des services hospitaliers dont un faisant fonction de secrétaire, une assistante sociale, un moniteur éducateur et une éducatrice spécialisée. Sur le plan médical, on trouve un praticien hospitalier, deux médecins généralistes vacataires pour dix vacations et un médecin psychiatre pour deux vacations.

Ainsi, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre représente une institution tout à fait originale et unique à notre connaissance. En effet, cette structure publique regroupe, dans un même lieu, un Centre d'Hébergement d'urgence, un Centre d'Accueil et de Réinsertion et un Hôpital où les S. D. F. sont soignés comme tout citoyen. En effet, dans les autres structures existantes, on va trouver :

- Soit des consultations médicales « spécialisées » isolées : Médecins du Monde, Remède, Médecins Sans Frontière, la consultation Baudelaire de l'Hôpital Saint-Antoine, etc..

- Soit des centres d'hébergement temporaire d'urgence. Certains dépendent du Bureau d'Aide Sociale de la Ville de Paris comme le Relais de la Poterne des Peupliers, les Centres Georges Sand ou Crimée. On peut y ajouter Nicolas Flammel qui doit être de nouveau opérationnel cette année après l'achèvement de sa réhabilitation. D'autres dépendent d'associations caritatives comme la Péniche (fermée en 1993), Emmaüs-AXA, la Mie de Pain, l'Armée du Salut, le Secours Catholique, le Centre d'Action Sociale Protestant, les Petits Frères des Pauvres, etc.. D'autres enfin dépendent des S. A. M. U. Sociaux de Paris ou des Hauts de Seine.

- Soit des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (C. H. R. S.).

Le C. A. S. H. de Nanterre accueille les patients S. D. F. soit 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 après passage au S. A. O. et en fonction des places disponibles, au Centre d'accueil (41 admissions en 1994), au C. H. R. S. (5 admissions en 1994) ou, si les critères d'admissions sont remplis, à la Maison de

(13) - GASLONDE Odile, *Cadre infirmier, quel rôle dans la prise en charge des populations sans domicile fixe*, Mémoire de fin d'études, polycopié, oct. 1994, 64 pages.

retraite (6 passages en 1994). De surcroît, en plus des trois structures mentionnées et définies par la loi, le C. A. S. H. gère un C. A. T. horticole (Centre d'Aide par le Travail) de trente places et un Hôtel Social de quinze appartements dont cinq sont localisés à l'extérieur du C. A. S. H.. Nous résumons l'ensemble de cette structure sous forme des deux tableaux suivants :

TABLEAU N°1
LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS

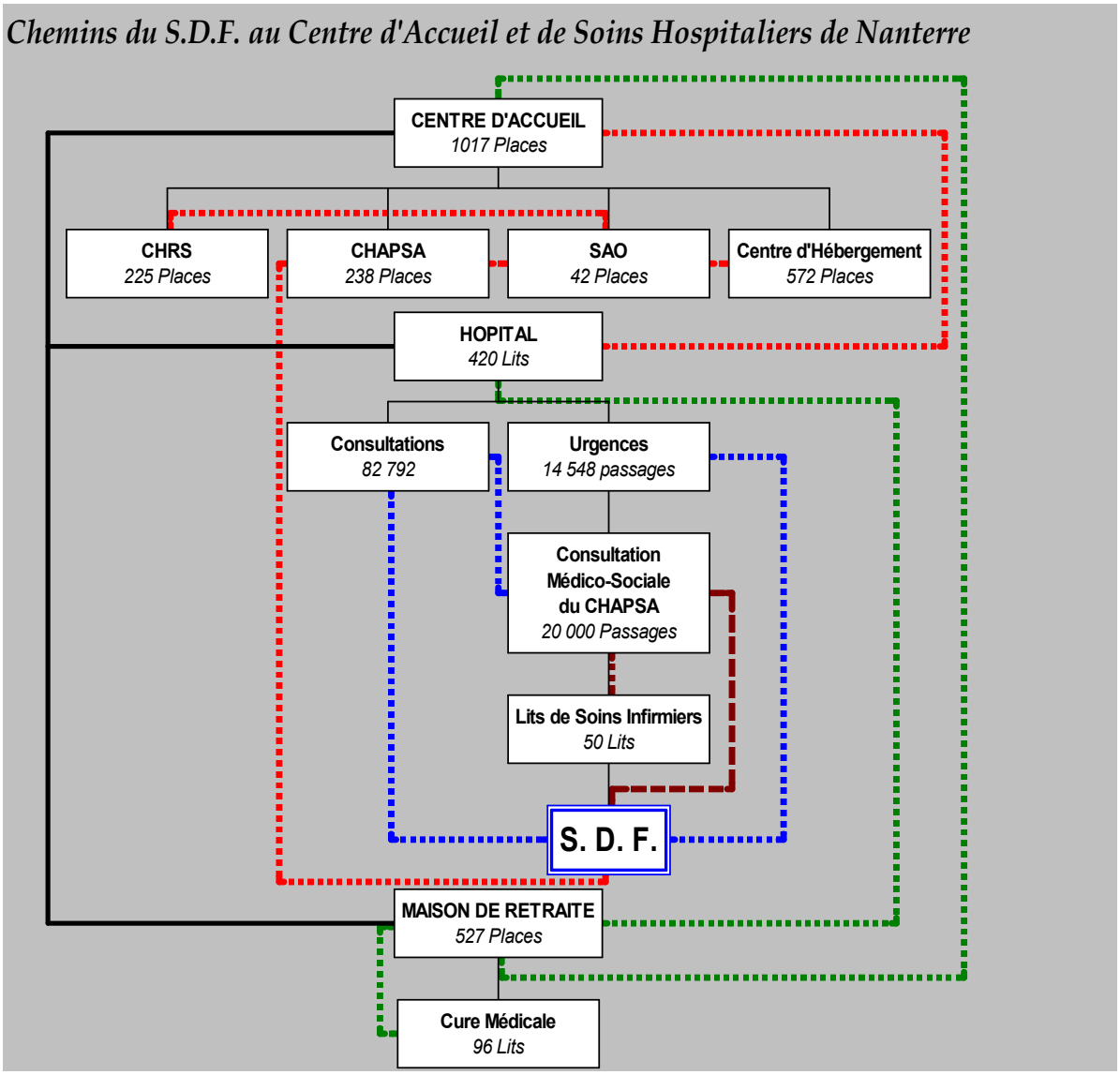
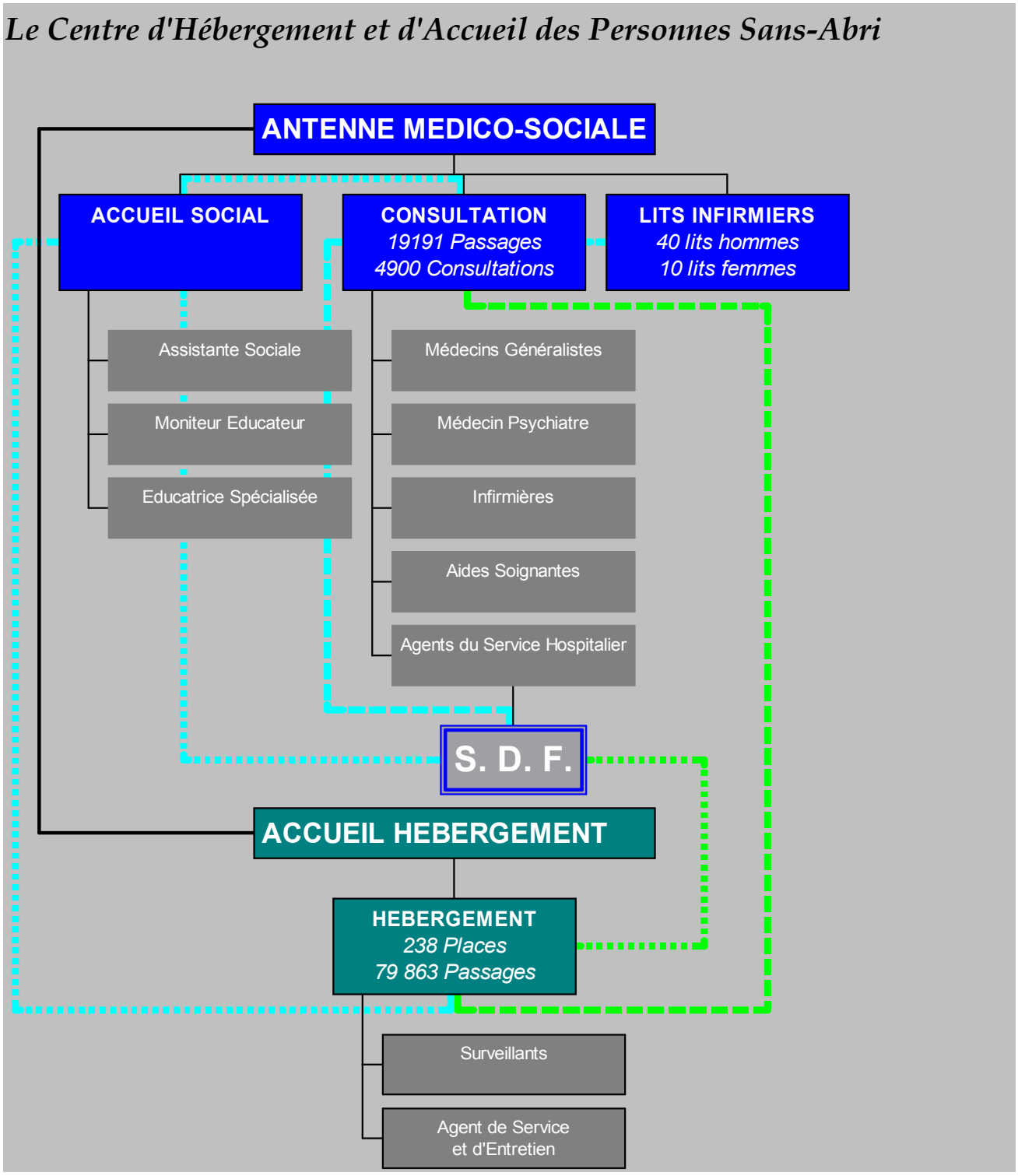


TABLEAU N°2
LE C. H. A. P. S. A.



B) LE CADRE JURIDIQUE

1°) Le Code Pénal

a) L'ancien Code Pénal [14] (Art. 269 à 280, p. 161 - 165)

Ce Code Napoléonien est un héritage de l'Assemblée Constituante de 1791. Il est réformé en 1810 par les Jurisconsultes. Avant son abrogation en 1994, il ne compte plus qu'un cinquième environ des articles d'origine. Mais on peut encore voir précisé dans l'article 278 par exemple, qu'on *« punissait de six mois à deux ans d'incarcération tout mendiant et vagabond trouvé porteur d'un ou plusieurs effets de valeur supérieure à un franc qui ne pourrait justifier d'où ils lui proviennent »*. Les articles concernant le vagabondage se trouvent dans la section V : Association de malfaiteurs, vagabondage et mendicité.

- L'article 269 indique : « *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* ».
- L'article 271 : « *les vagabonds ou gens sans aveu qui auront été légalement déclarés tels seront, pour ce seul fait, punis de trois à six mois d'emprisonnement* ».
- L'article 272 : « *Les individus déclarés vagabonds par jugement pourront, s'ils sont étrangers, être conduits, par les ordres du gouvernement, hors du territoire de la République* ».
- L'article 274 précise 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* ».

C'est donc à ce titre que la Prison de Saint-Denis d'abord, puis la Maison de Nanterre, sont des établissements pénitentiaires. Cependant, les poursuites sont en diminution constante.

(14) - DALLOZ, *Code pénal*, 1982-1983, 1135 pages.

En effet, si en 1899 on opère près de 50.000 arrestations, on ne retrouve en 1961 que 9100 condamnations pour vagabondage et 2153 en 1987. En 1993, on comptabilise encore 1431 infractions. Mais on ne retrouve, au 1er janvier 1993, que trois personnes condamnées pour vagabondage et mendicité parmi l'ensemble de la population incarcérée en France (Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatés en France en 1993*, Paris, La documentation française, 1994, p. 9 et Ministère de la justice, *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire, 1992*, Paris, La documentation française, 1993, p. 28 (in [15] p. 1).

b) Le Nouveau Code Pénal [16] (art 225 - 13 à 225 - 16, p. 1798)

Il provient des quatre lois du 22 juillet 1992 et d'une cinquième loi n° 92 - 1336 du 16 décembre 1992 dite « loi d'adaptation ». La loi du 19 juillet 1993 fixe au 1er mars 1994 l'entrée en vigueur du nouveau Code Pénal et abroge le Code de 1810. Cette réforme introduit une mutation extrêmement importante sur laquelle il faudra revenir dans la discussion éthique. En effet, tous les articles réprimant et pénalisant le vagabondage sont supprimés. Le délit de vagabondage n'existe plus. Toutefois, on retrouve une exception en ce qui concerne la provocation d'un mineur à la mendicité puisque l'on trouve dans l'article 227 - 20 (p. 1817) : « *Le fait de provoquer un mineur à la mendicité est puni de deux ans d'emprisonnement et de 300.000 francs d'amende* ». De surcroît, la sanction est majorée à trois ans d'emprisonnement et à 500.000 francs pour un mineur de moins de quinze ans. C'est la seule exception répressive qui perdure. Par contre, dans le chapitre V : « Des atteintes à la liberté de la personne », dans la section 3 « Des conditions de travail et d'hébergement contraires à la dignité de la personne » on trouve :

- L'article 225 - 13 : « *le fait d'obtenir d'une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, la fourniture de services non rétribués ou en échange d'une rétribution manifestement sans rapport avec l'importance du travail accompli est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende* ».

- L'article 225 - 14 : « *le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende* ».

- L'article 225 - 15 : *« les infractions définies aux articles 225 - 13 et 225 - 14 sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 1.000.000 de francs d'amende lorsqu'elles sont commises à l'égard de plusieurs personnes* ».

- L'article 225 - 16 : « *les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121 - 2, des infractions définies aux articles 225 - 13 à 225 - 15 (...)* ».

Ce glissement de la pénalisation du vagabond à la pénalisation de son exploitation abusive et des atteintes à sa dignité en tant que personne humaine

(15) - DAMON Julien, *Diogène, n° 21, n° spécial mendicité*, été 1995, polycopié, 196 pages.

(16) - DALLOZ, *Nouveau Code Pénal*, 1993-1994, 2350 pages.

représente un changement de sens tout à fait radical. Il traduit un renversement fondamental de valeurs. On passe de la protection de l'Etat, des biens et des personnes, à l'affirmation d'une éthique sociale fondée sur les droits individuels de l'homme dont le respect s'impose à tous y compris à l'Etat. On évolue de l'association de malfaiteurs, vagabondage et mendicité vers l'atteinte à la liberté et à la dignité de la Personne. Il est remarquable que le Droit ici a peut-être précédé ou en tout cas accompagné en temps réel un renversement de conception sociale. Nous aurons à revoir dans la discussion éthique cette mutation et ses conséquences dans les structures d'accueil et le « traitement » de cette population. Cependant, on peut d'ores et déjà signaler qu'un certain nombre d'hébergements d'urgence et de centres d'accueil pourrait tomber sous le coup de la loi.

2°) <u>Le Code Civil</u> [17] (p. 117-124)

L'article 102 précise : « *le domicile de tout Français quant à l'exercice de ses droits civils, est le lieu où il a son principal établissement* ». Cela laisse perplexe en ce qui concerne les vagabonds et on peut se demander si cela signifie qu'ils n'ont pas de droits civils. L'ordonnance n° 58 - 923 du 7 octobre 1958, relative au domicile des bateliers, des forains, et des nomades, précise en particulier pour les bateliers : « *les bateliers et autres personnes vivant à bord d'un bateau de navigation intérieure immatriculé en France et qui n'ont pas le domicile prévu à l'alinéa précédent ou un domicile légal, sont tenus de choisir un domicile dans l'une des communes dont le nom figure sur la liste établie par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, et du ministre des travaux publics, des transports et du tourisme (...) la question de savoir en quel lieu se trouve le domicile est essentiellement une question de fait. Il est établi sur le caractère durable de la résidence et de l'installation et à titre <u>additionnel</u>* (nous soulignons*), sur le paiement des impôts, l'inscription sur une liste électorale, la réception de la correspondance, les déclarations de l'intéressé : attaches familiales, professionnelles et affectives »*. D'ailleurs, dans l'ancien Code Pénal [14] (art 270, p. 162), la jurisprudence précisait bien que pour fixer le délit de vagabondage : « (...) *était nécessaire l'absence d'un domicile certain et que le délit n'est pas juridiquement établi par la constatation de l'absence de domicile fixe (*...) ». En outre, la loi n° 69 - 3 du 3 janvier 1969 et le décret 70 - 708 du 31 juillet 1970 [14] (p. 690), relatifs à l'exercice des activités ambulantes et aux régimes applicables aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe (on voit apparaître là, donc de façon récente, le terme Sans Domicile Fixe), mais non applicables aux bateliers, réglementent les conditions légales d'exercice des activités : livret de circulation visé périodiquement par l'autorité administrative, commune de rattachement, etc.. On voit donc combien la détermination d'un domicile est difficile. En effet, on se trouve ici en situation de fait et non en situation de droit. L'appellation Sans Domicile Fixe recouvre des réalités aussi différentes que les forains en caravane, les bateliers, les nomades ou les clochards.

Cette difficulté n'est pas nouvelle, puisque deux déclarations du Roi Louis XIII, du 9 novembre 1617 et du 7 décembre 1620 (vérifiées au Parlement le 22 décembre 1620), portent « (*...) injonction à toutes personnes qui veulent changer leur habitation*

(17) - DALLOZ, *Code Civil*, 1993-1994, 1864 pages.

du lieu dont ils sont originaires, d'aller déclarer l'occasion dudit changement aux Maires, Consuls, Eschevins et autres Officiers des lieux où ils voudront aller demeurer » [18] (t. II, p. 92).

3°) Le Code de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale [12] (p. 771)

Quatre lignes seulement sur 2091 pages du code sont consacrées aux vagabonds, et uniquement s'ils sont jugés aptes à se reclasser. En effet, le décret n° 61 - 1370 du 11 décembre 1961 relatif à l'hébergement et à la réadaptation des vagabonds (J. O. du 15 décembre 1961) précise dans son article premier : *« les vagabonds estimés aptes à un reclassement peuvent être hébergés en vue de leur réadaptation dans des établissements publics ou privés agréés à cet effet. L'aptitude des vagabonds à ce reclassement, est appréciée dans les conditions fixées par l'arrêté du 14 septembre 1959 »*.

4°) Les Lois, Décrets, Circulaires et Règlements divers

Il semble important dans le cadre de cette recherche, de mentionner un certain nombre de textes. Bien entendu, nous ne sommes pas exhaustifs, en particulier pour la partie la plus ancienne, où nous nous sommes limités à la consultation du catalogue des Actes Royaux ainsi qu'aux travaux de Bronislaw Gérémek et de Michel Foucault.

- **Du Roi Jean II « Le Bon »**

✧ **L'Ordonnance de Février 1351** [18] (t. I)

Elle vise : « *de telles gens oiseux ou joueurs de dez, ou enchanteurs ès rues, ou mendiants de quelques estat ou condition qu'ils soient, ayant mestier ou non, qu'ils soient hommes ou femmes, sains de corps et de membres (...) ». Elle enjoint 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 sont menacés de quatre jours de prison* ». Si à leur sortie de prison « *Ils retombent dans leur paresse, et s'ils ne possèdent rien pour leur subsistance, ils seront mis au pilori* ».

(18) - CATALOGUE DES ACTES ROYAUX, Tome I (depuis l'origine à Henri IV), Tome II (Louis XIII, Louis XIV 1666-1669), Tome III (Louis XIV, 1666-1669), Tome IV (Louis XIV, 1700-1715), Bibliothèque Nationale, Imp. 37.

S'ils sont arrêtés « *une tierce fois, on les marquera au front d'un fer chaud et on les bannira des dits lieux* ». Cette Ordonnance marque le début d'une longue chasse aux errants. Si Bronislaw Gérémek signale l'existence d'autres textes un peu antérieurs en Angleterre en particulier [19] (p. 110), il s'agit là - semble-t-il - du premier acte qualifiant en France le vagabondage comme un délit. Il faut signaler qu'il existe une divergence en ce qui concerne l'année de promulgation de cette ordonnance. Pour certains auteurs, elle date de 1350. Elle est datée de 1351 dans le catalogue des Actes Royaux de la Bibliothèque Nationale.

- **Du Roi Charles VIII**

✧ **L'Ordonnance du 20 mars 1497** [18] (t. I, p. 90)

Elle réprime les brigandages commis par les gens de guerre, les désoeuvrés et les vagabonds qu'elle envoie aux galères. On va retrouver ainsi tout au long de ces textes, l'association entre les gens de guerre, les désoeuvrés et les vagabonds.

- **Du Roi François Ier**

✧ **L'Ordonnance de 1523**

Elle règle le sort « *(...) des aventuriers, gens vagabonds, oiseaux perdus, méchants, abandonnés à tous les vices, larrons, mendiants, rapteurs et voleurs de filles, regnieurs de Dieu, cruels, inhumains, immésericordieux, faisant vice de vertu, loups ravissants, nuisant à chacun, ne voulant et ne sachant bien faire, ni service rendre (...)* », en précisant que les vagabonds les plus coupables auront « *la langue coupée et tirée par en dessous* ».

✧ **Les Lettres Patentes du 7 mai 1526** [18] (t. I, p. 114)

« (...) *par lesquelles il est donné pouvoir au prévost de Paris de commettre un lieutenant lay de robe courte et vingt archers pour visiter les rues, carrefours, tavernes, maisons dissolues et emprisonner les vagabonds (...) gens sans aveu, joueurs de cartes (...) blasphémateurs (...) mendians et autres gens trouvez en délict, pour en estre fait la justice et punition par le prévost de Paris (...)* ». On voit là que les « rafles » ne concernent pas uniquement les mendiants stationnant sur la voie publique. Les vagabonds sont également pourchassés dans les maisons où ils peuvent trouver refuge. On retrouve fréquemment cette vindicte vis-à-vis des « asociaux » oisifs passant leurs journées dans les tavernes à boire et à jouer alors qu'ils sont en état de travailler.

✧ **La loi du 5 février 1535**, adoptée par le Parlement de Paris [19] (p. 193)

- « Il est ordonné sous peine de mort, à tous les mendiants valides nés ou résidant dans la ville depuis deux ans au minimum de se présenter pour les travaux publics.

(19) - GEREMEK Bronislaw, *La potence ou la pitié. L'Europe des pauvres du Moyen Âge à nos jours*, NRF Gallimard, 1987, 330 pages.

- *Il est ordonné à tous ceux qui n'auront pas d'emploi dans le cadre de ces travaux de se proposer comme manoeuvres chez les maîtres bâtisseurs ; tout comme dans le premier cas, leur salaire est fixé à vingt deniers par jour, salaire inférieur aux tarifs les plus bas accordés dans la ville.*

- *Il est ordonné, sous peine de mort, à tous les mendiants valides qui ne sont pas de la ville de Paris et qui n'y ont pas résidé depuis deux ans au minimum, de quitter la ville dans un délai de trois jours*.

- *Les mendiants qui simulent une maladie ou une infirmité sont passibles du supplice du fouet, du bannissement et, en cas de récidive, les juges auront le droit de les punir comme bon leur semblera*.

- *Il est interdit, sous peine d'amende à tous les habitants, quel que soit leur statut, de donner l'aumône dans la rue et dans les églises* ».

On relève de nombreux éléments dans cette loi que l'on va retrouver avec une certaine constance au cours de l'histoire. La distinction entre les bons et les mauvais mendiants, entre les valides et les non-valides, l'exaltation au travail, témoin pour Gérémek d'un véritable « éthos du travail » [5] (p. 356) dans l'histoire, la répression des faux invalides et des faux malades, l'interdiction de séjour pour les mendiants « étrangers » c'est à dire non-parisiens et enfin, l'interdiction de donner l'aumône représentent des données assez pérennes depuis le Moyen-Âge.

✧ **L'Ordonnance de novembre 1539,** publiée à Paris, le XV[è] jour de novembre mil cinq cens XXXIX cum privilegis [18] (t. I, p. 131)

« *Ordonnances faictes par le Roy notre sire sur la police de la ville de Paris et pour icelle tenir nette et esviter les inconvéniens de maladie, utille et nécessaire de sçavoir à tous affluans, manans et habitans en icelle ville pour sçavoir régir et gouverner et garder de tumber en perte et dommaige (...)* ». L'ampliation sur l'ordonnance est prise le 28 janvier 1540 « *(...) nécessaire de sçavoir à tous manans et habitants de ladicte ville publié à son de trompe le 7[è] jour de febvrier l'an 1539. On les vend à Paris, en la rue de la juifrye, à l'ymaige Sainct-Pierre, et à la première porte du palays, par Jacques Nyverd* ». On retrouve là une association fréquemment rencontrée du rôle des vagabonds dans la transmission et la propagation des maladies. On peut rappeler la « peste de Justinien » au VI[è] et au VII[è] siècle et la « peste noire » du XIV au XVIII[è] siècle qui a entraîné 25 millions de décès en Europe. Saint Roch est d'ailleurs représenté avec un bubon. Comme nous le verrons, cette Ordonnance dans sa philosophie et dans sa formulation sera reprise bien plus tard par l'Arrêté du Conseil des Consuls du 12 messidor an VIII fixant les missions du Préfet de Police de Paris.

- **Du Roi Henri II**

✧ **Les Lettres Patentes du 22 décembre 1556** [18] (t. I, p. 222)

Elles « *portent deffences à tous les hosteliers, cabarestiers, taverniers, paticiers et autres de la ville et faulxbourg de Troyes de donner à boire ny à manger à aucuns manans et habitants de ladicte ville à peine d'amende et de prison, s'il y eschet, ainsi qu'il est porté par lesdictes lettres et arrest de vérification de*

Parlement ». Les arrestations ne suffisant pas à régler le problème des mendiants, on tente de les affamer en interdisant de leur donner à boire et à manger.

- **Du Roi Charles IX**

✧ **L'Edit d'avril 1561** [18] (t. I, p. 267)

« *Edict du Roy et Arrests de la cour de Parlement de Paris des 25 mai et 14 juin 1619, donnez au profict et en faveur des pauvres de la ville de Poictier contre ceux qui sont pourveus des aumonesries de ladite ville et de tout le royaume* » (avec un arrêt de la cour des Grands Jours de Poitiers du 19 décembre 1579 portant adjudication aux pauvres de leurs biens, maisons et revenus, avec restitution des fruits de trente années à l'encontre des prétendus aumôniers de ladite ville). A travers cet Edit, on peut penser que tout ne se passait pas toujours au mieux avec le Clergé. Cependant, un certain nombre d'Actes fait bénéficier les aumôneries, maladeries et lieux de recueil des pauvres d'avantages financiers tels que des « abattements fiscaux » sur le produit des aumônes et des « subventions » diverses. On trouve également dans ce texte le règlement des maisons-Dieu, hôpitaux, maladeries, aumôneries et autres lieux pitoyables de ce royaume.

- **Du Roi Henri III**

Elle « *(...) enjoinct à tous soldats, gens sans adveu et vagabonds vuider ceste ville de Paris et faulxbourg, à peine de la hart, et aux soldats de compagnies de sa garde, de se retirer à leurs enseignes, sans s'escarter ailleurs* ».

- **Du Roi Louis XIII**

✧ **La lettre du 27 septembre 1629** [18] (t. II, p. 281)

Celle-ci est adressée à M. le Chevalier du guet : « *pour le reiglement de la police des pauvres, vagabonds et gens sans adveu, ensemble, pour l'exécution de tous les arrests donnez par Nosseigneurs de la Cour de Parlement* ».

✧ **L'Ordonnance du 1er août 1631** [18] (t. II, p. 316)

Pour « *(...) faire sortir de Paris tous soldats, gens sans aveu et vagabonds (...)* ».

✧ **La Déclaration du 7 mai 1635**, vérifiée en Parlement le 7è jour de may 1635 [18] (t. II, p. 427)

Elle porte « *(...) establissement de nouvelles galères sur les mers, avec express commandement à tous les officiers de saisir à cet effect de tous les vagabonds, mendiants valides et autres gens sans adveu, qui se pourront rencontrer dans l'estendue du royaume* ».

✧ **Les Lettres patentes de 1637** [18] (t. II, p. 496)

Elles portent établissement de l'hôpital des incurables de Paris.

✧ **La Déclaration du 4 juillet 1639**, vérifiée en Parlement le 16 décembre 1639 [18] (t. II, p. 564)

Elle « *(...) porte condamnation aux galères de tous mendians valides, vagabonds, et gens sans adveu, etc., et donnant à tous les juges de modérer la peine de mort à celle des galères pendant deux ans* ».

✧ **L'Ordonnance du 6 juillet 1639** [18] (t. II, p. 564)

Elle « (...) porte la levée de 2000 hommes de pied en sa bonne ville de Paris, pour servir de recrëue dans ses régiments de Picardie et de Navarre ». Avec de plus un arrest du Conseil d'Estat du 9 juillet 1639 qui : « porte injonction à tout vagabond de vuider dans huictaine la ville de Paris, sur les peines portées par ledit arrest, si mieux n'aiment s'enrooller en ladite compagnie des gens de pied ».

- **Du Roi Louis XIV**

✧ **L'Ordonnance du 4 avril 1645** [18] (t. II, p. 730)

Elle « *porte défense de mendier dans Paris aux soldats estropiez qui avaient reçu l'ordre de se rendre dans les places frontières du royaume* ».

✧ **L'Ordonnance du 6 février 1647** [18] (t. II, p. 770)

Elle porte « *(...) commandement à tous les déserteurs, vagabonds et gens sans adveu (...) de s'enrooller (...) dans les levées que S. M. doit faire en ses provinces de Normandie, Poictou, Xainctonge, Angoulmois et païs d'Aulnix, pour servir de recreue aux viels régiments d'infanterie Françoise et toutes les compagnies souveraines (...)* ».

✧ **L'Ordonnance du 2 novembre 1655** [18] (t. II, p. 933)

Elle porte : « *(...) injonction à tous soldats estropiez, mandians à Paris de se transporter devant le sieur Le Grain, lieutenant de robbe-courte, pour estre enrollez et estre pourveu à leur envoy es places frontières, et subsistance en icelles* ».

✧ **L'Edit du 16 avril 1656** vérifié au Parlement du 1er septembre ensuivant et en toutes les autres compagnies souveraines [18] (t. II, p. 943-944) et [7] (p. 77)

Il porte « (...) *établissement de l'Hôpital Général pour le renfermement des pauvres mendians de la ville (...) de Paris (...) ».* Cet Edit est suivi du règlement du 27 avril 1656 que le Roy veut voir observé pour l'Hôpital Général de Paris et de la lettre du 4 mai 1656 du Roi aux directeurs et administrateurs perpétuels de l'Hôpital Général des pauvres. Dans son paragraphe 9, l'édit stipule : « *faisons très expresses inhibitions et défenses à toutes personnes de tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissances et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables, de mendier dans la ville et faubourgs de Paris, ni dans les églises ni aux portes d'icelles, aux portes des maisons ni dans les rues, ni ailleurs publiquement, ni en secret, de jour et de nuit, (...) à peine de fouet contre les contrevenants pour la première fois, pour la seconde des galères contre les hommes et les garçons, du bannissement contre les femmes et les filles* ». C'est le début de ce que l'on appellera *« le Grand Enfermement des Pauvres »*. Cette politique sera ensuite étendue à d'autres villes en France en particulier par l'édit de 1662.

✧ **L'Ordonnance du 8 avril 1657** [18] (t. II, p. 969)

Elle porte « (...) *commandement à tous soldats estropiez mendians à Paris, de se transporter devant le sieur Le Grain, lieutenant criminel de robbe courte, pour estre enroollez, et estre pourveu à leur envoy aux places frontières, et à leur subsistance en icelles* ». Cette Ordonnance reprend intégralement celle publiée deux ans plus tôt probablement restée sans effet.

✧ **L'Ordonnance du 20 octobre 1657** [18] (t. II, p. 979)

Elle ordonne : « (...) *pour la distribution des soldats estropiez dans les places frontières de Picardie, Champagne et autres voisines avec deffenses de désemparer des places et de mandier en la ville (...) de Paris* ».

✧ **L'Ordonnance du 19 novembre 1657** [18] (t. II, p. 981)

Elle porte « *(...) défense aux soldats des Gardes françaises de mettre obstacle à l'arrestation de mendiants et vagabonds par les archers du Bailly de l'Hôpital Général* ».

✧ **L'Edit de juin 1662** [18] (t. II)

Il salue le succès de l'hôpital général qui se voit victime de son succès : « (...) *entre les soins que nous prenons pour la conduite de l'Etat que Dieu nous a confié et qu'il a soumis à notre autorité celui des pauvres gens nous a été en particulière recommendation et le grand désir que nous avons toujours eu de pourvoir aux nécessités des mendiants, comme les plus abandonnés, et d'abolir la mendicité et l'oisiveté, en élevant leurs enfants aux métiers dont ils seraient capables, nous avons fait établir l'hôpital général en notre bonne ville de Paris, par nos lettres de déclaration du mois d'avril 1656.*

Cet établissement ayant eu l'effet que nous nous étions promis, le public a reçu la satisfaction de voir notre dite ville soulagée de l'importunité des mendiants, et leurs enfants instruits aux métiers et ouvrages qu'ils peuvent apprendre, jusqu'à ce qu'il y ait des lieux et des ouvroirs dans les maisons dudit hôpital pour de plus grandes manufactures : nos sujets ont vu de si grands succès pour la gloire de Dieu et le salut des pauvres que plusieurs émus de charité et du désir de voir affermir la continuation de tant de bonnes oeuvres y ont fait aumônes considérables, nous l'avons aussi appuyé de notre protection et favorisé de nos grâces et libéralités. Mais quelque ménage et économie que les directeurs d'iceluy y aient pu apporter la surcharge des mendiants arrivés de diverses provinces de notre royaume est venue jusques à tel point qu'ils logent et nourrissent pourtant dans les cinq maisons dudit hôpital plus de six mille pauvres (...) considérant que quand les bâtiments et le revenu seraient augmentés, il serait impossible sans ruiner cet hôpital d'y loger et d'y nourrir tous les mendiants qui abondent de tous endroits, les uns par fainéantise, les autres par faute d'ouvrage. (....) Ordonnons, voulons et nous plaît, qu'en toutes les villes et gros bourgs de notre royaume où il n'y a pas encore d'hôpital général établi, il soit incessamment procédé à l'établissement d'un hôpital et aux règlements d'iceluy pour y loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants invalides, natifs des lieux ou qui auront demeuré un an, comme aussi les enfants orphelins ou nés de parents mendiants. Tous lesquels pauvres y seront instruits à la pitié et aux métiers dont ils pourront se rendre capables sans qu'il leur soit permis de vaguer, ni sous quelque prétexte que ce soit, d'aller de ville en ville, ni de venir en notre bonne ville de Paris, et que les habitants des villes et des gros bourgs y soient contraints par toute voie dure et raisonnable (...) ».

Nous avons cité de longs extraits de ce texte, car il est très représentatif des dispositions ayant présidé à la création de l'hôpital général et à la politique du « grand renfermement ». Comme d'autres innovations bien longtemps après, puisque nous pensons au R. M. I. ou au S. A. M. U. Social, on constate déjà que l'hôpital général de Paris est victime de son succès. Mais, aujourd'hui comme hier, ce n'est pas l'Hôpital Général ou le S. A. M. U. Social qui créent les pauvres et les mendiants. Ils existent avant les dispositifs mis en place pour eux. Ces nouvelles structures ne font que révéler l'ampleur du problème et mettre au grand jour un phénomène préexistant aux dispositifs créés pour en diminuer l'ampleur ou, à tout le moins, pour améliorer les conditions de vie des plus malheureux. Par ailleurs, ce texte est caractéristique des valeurs ayant présidé à cette politique : secours aux nécessiteux, salubrité publique, réhabilitation physique et spirituelle par le travail, appel à la charité et aux dons.

✧ **L'Edit du 14 mars 1667** [18] (t. II), vérifié en Parlement

Il porte « *defunion de la charge de lieutenant de police, de celle de lieutenant civil de la ville, prévofté et vicomté de Paris* ». Le premier lieutenant général de police sera Nicolas de La Reynie.

✧ **L'Ordonnance du 10 octobre 1669** [18] (t. III, p. 112)

Elle est aussi destinée à lutter contre la mendicité.

✧ **L'Ordonnance du 3 octobre 1670** [18] (t. III, p. 131)

Elle : « *(...) porte deffenses de mendier dans la ville et faulxbourg de Paris et à quatre lieues es environs de laditte ville. Ensemble la lettre de S. M. à MM. les directeurs de l'Hôpital Général* ». Cette ordonnance fixe en outre la liste des peines applicables aux mendiants arrêtés.

✧ **L'Ordonnance du 20 octobre 1676** [18] (t. III, p. 298)

Elle ordonne : « *la capture des mendians dans Paris et à quatre lieues aux environs par les archers de l'Hôpital Général* ».

✧ **L'Edit de mai 1681**, vérifié en Parlement à Rouen le 23 juin **[18]** (t. III, p. 396)

Il « (...) porte établissement de l'Hôpital Général pour le renfermement des pauvres mandians de la ville et faulxbourgs de Rouen ».

✧ **La Déclaration du 11 juillet 1682**, registré en Parlement le 4 aoust 1682 [18] (t. III, p. 408)

« *(...) contre les vagabonds et appellez bohëmes et bohëmiennes et ceux qui leur donnent retraite* ».

✧ **La Déclaration du 12 octobre 1686**, registrée en la chambre des vacations le 16 octobre 1686 [18] (t. III, p. 509)

Elle porte : « (...) *peine des galères contre les mendians valides* ».

✧ **L'Edit du 19 octobre 1691**, registré au Parlement le 21 novembre 1691 [18] (t. III, p. 685)

Il « *(...) porte création des offices de greffiers conservateurs des registres de baptême, mariages et sépultures dans toutes les villes du royaume où il y a justice royale, duché, pairie, et autres jurisdictions (...)* ». C'est la naissance de l'état civil qui sera utilisé ensuite pour essayer d'enregistrer également les mendiants et vagabonds.

✧ **La déclaration du 10 février 1699** [18] (t. III, p. 1010)

Elle porte de nouveau « *(...) deffenses de mendier (...)* ».

✧ **La Déclaration du 25 juillet 1700**, enregistrée au Parlement le 29 juillet 1700 [18] (t. IV, p. 16)

« *(...) pour obliger les pauvres mendians valides d'aller travailler à la campagne (...)* ».

✧ **Le Décret du 13 juin 1700** [18] (t. IV)

« *Toute personne qui aura fait l'aumône à un mendiant, sera frappée d'une amende de cinquante livres »*. L'idée est non seulement de punir le mendiant mais aussi de pénaliser celui qui encourage son vice. A cette fin, il est de nouveau interdit de faire l'aumône.

✧ **L'Ordonnance du 15 juillet 1706** [18] (t. IV, p. 438)

« *(...) pour faire arrester les vagabonds et gens sans aveu, qui se sont répandus en Champagne et Brie et dans la généralité de Paris* ».

✧ **L'Ordonnance du 10 août 1712** [18] (t. IV, p. 881)

« (...) au sujet des mendians, et contre ceux qui empêchent qu'on les arreste et les aident à faire rébellion aux archers chargez de les arreste (...) ».

✧ **L'Ordonnance de 1725**

Elle 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. Louis XIV crée, par la suite, un bureau central chargé de diffuser le signalement de tous les mendiants arrêtés, établissant un vaste casier judiciaire national du vagabondage et de la mendicité.

- **Du Roi Louis XV**

✧ **L'Ordonnance de 1764**

Elle définit comme vagabonds les personnes qui ne se sont livrées à aucune besogne depuis six mois et qui, n'ayant aucun moyen de subsister ne peuvent faire certifier leurs bonnes moeurs. Les mendiants valides âgés de 16 à 70 ans sont frappés d'une peine de trois ans de galère. Les septuagénaires, les infirmes, les femmes sont condamnés à trois ans d'hôpital. En cas de récidive, la peine peut être portée à perpétuité. On retrouve là l'amorce du concept de gens sans aveu et de la définition du vagabondage qui, à l'époque et il faut le relever, n'est pas établie sur l'absence de domicile mais sur l'absence de travail ou de revenu interdisant de ce fait même la certification de bonnes moeurs.

✧ **L'Ordonnance de 1767**

Elle institue les dépôts de mendicité.

✧ La lettre patente du 30 mai 1790

Elle demande qu'un « tri » soit opéré entre les mendiants du royaume et les mendiants étrangers qui enlèvent journellement les secours destinés aux pauvres de la capitale et du royaume.

On voit donc le grand nombre de textes royaux consacrés à la lutte contre le vagabondage et la mendicité. Leur nombre même suggère l'inefficacité de toutes ces interdictions et de ces menaces répressives terribles. La période révolutionnaire puis la République, ainsi que nous allons le voir, ne sera pas en reste dans la production de textes consacrés au problème.

• Les Travaux du Comité de Mendicité de 1790 - 1791

On peut repérer à cette époque une rupture marquante sur la façon d'aborder la pauvreté et le vagabondage. Ce Comité de mendicité est présidé par le Duc de la Rochefoucauld-Liancourt. Il fait un certain nombre de propositions tout à fait bien analysées par Serge Paugam [20] (p. 87-89). Un premier rapport du Comité est présenté à l'assemblée constituante le 12 juin 1790 (Bloch Camille et Tuetey Alexandre, *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la constituante 1790-1791*, Paris, Imprimerie Nationale, 1911, Coll. de documents inédits sur l'histoire économique de la Révolution française).

• La Constitution de 1791

Cette constitution votée par la première Assemblée Nationale met l'assistance aux pauvres dans tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie au rang des devoirs les plus sacrés de la Nation. Inspirée par les travaux du comité de mendicité, elle induit un changement de sens nouveau, social, dans la prise en compte du problème. Le Duc de La Rochefoucauld-Liancourt qui présidait ce comité, était député de la Noblesse aux Etats Généraux. A ce titre, il a présenté devant l'Assemblée Nationale, un rapport sur les hôpitaux publics et la mendicité. Entre l'approche coercitive et l'approche caritative, émerge une nouvelle conception qui caractérise le traitement de la pauvreté comme étant un devoir sacré de la Nation.

• La Loi du 24 Vendémiaire An II (13 Octobre 1793)

Elle prévoit la « transportation » vers les colonies pénitentiaires des mendiants repris en troisième récidive. En outre, elle établit la notion de domicile de secours. Celui-ci est défini comme « *le lieu où l'homme nécessiteux a droit aux secours publics* ». Il peut être soit le lieu de naissance, soit le lieu de résidence dans une commune, à condition que l'intéressé y ait séjourné au moins un an.

Pourtant, dans un souci d'humanité, les articles 16, 17 et 18 de la loi de Vendémiaire prévoient que : « *tout vieillard, tout infirme, tout malade domicilié de*

(20) - PAUGAM Serge, *La société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques, 1993, 317 pages.

droit ou non qui sera sans ressources, sera secouru ou à son domicile de fait ou à l'hospice le plus voisin ».

- **La Loi du 16 Vendemiaire an V** (7 Octobre 1796)

C'est une loi de décentralisation avant l'heure. Elle confie la gestion administrative et financière des hôpitaux aux communes. On peut rappeler la création des bureaux de bienfaisance communaux ancêtres des Conseils Communaux d'Action Sociale actuels. Aujourd'hui encore, les présidents des Conseils d'Administration des établissements hospitaliers sont des maires ou des élus départementaux.

- **L'Arrêté du Conseil des Consuls du 12 Messidor an VIII** (1er juillet 1799) [21] (p. 418)

Cet arrêté détermine les fonctions du préfet de police de Paris. Il persiste dans notre code administratif actuel. Il 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, dans sa section I, le Préfet de Police de Paris reçoit 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 une justification légale au ramassage des vagabonds dans Paris et cette mission demeure. En effet, actuellement encore, les cars de la 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. C'est en partie grâce à cette « couverture légale » que les services de la préfecture de police peuvent 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 sont ainsi conduits, sans contestation possible, dans un établissement où ils reçoivent 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. Le vagabondage n'étant plus un délit, seul ce texte fonde encore légalement le travail de la B. A. P. S. A. de nos jours.

- **L'Arrêté Ministériel du 10 octobre 1801**

Il prévoit d'accorder une pension représentative d'admission aux indigents qui demandent à se retirer des hospices.

- **L'Arrêté du Conseil de Paris du 2 Juillet 1802**

Il précise que : *« 150 francs seront payés à tout malade qui voudrait sortir de la Salpétrière et ne plus y rentrer ».*

Emprunt d'un certain pragmatisme apparent, rien ne marchant, on paye les pauvres qui renonceraient définitivement à revenir à l'hôpital.

(21) - DALLOZ, *Code Administratif*, 1983, 1413 pages.

- **Le Décret Impérial de Napoléon I[er] du 5 Juillet 1808** :

Le nombre de dépôts de mendicité croît progressivement tout au long du XVIII[è] siècle. Il passe de 18 à 30 dépôts entre 1778 et 1792 [15] (p. 8). Dans la continuité, ce décret tente à nouveau d'extirper la mendicité par l'enfermement et le travail obligatoire. Il précise que : *« chaque département devra posséder un dépôt de mendicité ».* Par conséquent, 59 établissements sont prévus. La Maison de Nanterre a été un de ces dépôts de mendicité.

- **La Circulaire du Ministre de l'intérieur du 6 Août 1840** (in [22] p. 50-51)

Cette circulaire du comte de Remusat affirme clairement l'opinion des pouvoirs publics sur le paupérisme et la charité légale : *« si l'Etat dote trop libéralement les établissements destinés aux pauvres ; s'il permet à la vieillesse ou aux infirmités un asile assuré ; s'il laisse à l'indigent qui tend la main l'espérance de trouver l'aumône toujours prête. Il encourage et accroît le paupérisme au lieu de le diminuer et de le détruire ; il habitue les classes pauvres à recevoir les secours comme un revenu que l'Etat leur reconnaît et leur garantit ; et ces classes ne tardent pas à le considérer comme une espèce de prélèvement légitime auquel elles ont droit sur la fortune sociale ».* Dans cette optique, lorsque le ministre de l'intérieur reconnaît l'immense utilité des hôpitaux et hospices*, « C'est tout d'abord en tant que nécessité d'ordre public* (nous soulignons) *réservée aux concentrations urbaines, et ensuite en raison du caractère économique des grands établissements. Les pauvres centralisés occasionnent une dépense moindre que ne coûterait l'entretien du même nombre d'individus secourus isolément à leur domicile ».*

- **La Loi du 7 Août 1851, relative à l'organisation des secours hospitaliers**

Son article premier traite des Hôpitaux et son article deux traite des Hospices. C'est - semble-t-il - le premier texte séparant clairement la fonction hospitalière de la fonction d'hospice. Mais, surtout dans les établissements peu importants, les Commissions administratives répugnent à opérer cette distinction. C'est pourquoi la circulaire ministérielle du 15 Décembre 1899 portant règlement type des Hôpitaux et Hospices souligne à nouveau la nécessité de bien séparer les deux catégories d'établissements : Hôpital et Hospice. S'il s'agit d'un même établissement, les deux catégories de services doivent être nettement séparées.

- **Le Décret du 25 février 1873**

Il crée et permet la construction de la Maison de Nanterre.

- **Le Décret du 13 Septembre 1887**

(22) - BORSA Serge, MICHEL Claude-René, *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX[è] siècle,* Hachette, 1985, 247 pages.

Il constitue la Maison de Nanterre comme Dépôt de Mendicité et définit ses missions.

- **La Loi du 15 juillet 1893**

Elle crée l'aide médicale gratuite avec ses deux volets : l'aide médicale à domicile et l'aide médicale hospitalière.

- **L'Arrêté du Préfet de la Seine du 16 Juin 1907**

Il autorise l'accueil à Nanterre des personnes bénéficiant d'une décision d'hospitalisation au titre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire.

- **La Délibération du Conseil Général du 24 décembre 1929, et l'Arrêté du 9 avril 1930**

Ils donnent 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.

- **Le Décret du 17 avril 1943**

Il impose au personnel hospitalier de posséder des diplômes d'Etat. Il va entraîner la professionnalisation de ce personnel et la diminution importante du poids et de la participation des congrégations religieuses.

- **La constitution de 1958**

Elle précise que : « *tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

- **La Délibération n° 311.991 bis du Conseil d'Etat du 7 Janvier 1975**

Saisi par le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et par le ministre de la santé, le Conseil d'Etat devait se prononcer sur le fait de savoir :

- 1°) Si le gouvernement est habilité à prendre un décret qui érigerait l'ensemble de la Maison de Nanterre en établissement public à vocation interdépartementale sous la tutelle du préfet de police.

- 2°) Dans la négative si la partie « hôpital » pouvait être érigée en établissement public hospitalier de la ville de Paris pour satisfaire à la loi du 31 décembre 1970.

Le Conseil d'Etat « *rejette la demande de transformation de la Maison de Nanterre en établissement public au motif que les dépôts de mendicité n'ont pas le caractère d'établissements publics mais constituent des services non personnalisés des départements. La Maison de Nanterre est à titre principal un dépôt de mendicité et accessoirement un service d'hospice et un hôpital. Par ailleurs, l'activité essentielle de l'hôpital étant consacrée aux pensionnaires de la Maison de Nanterre, il ne convient pas d'ériger l'hôpital en établissement public. Quoi qu'il en soit, l'érection de la Maison de Nanterre en établissement public ne pourrait être opérée que par une loi en vertu de l'article 34 de la Constitution* ».

Malgré cet avis négatif, cette loi est finalement votée quatorze ans plus tard, après une première tentative en juin 1987. En effet, Michel Sapin avait proposé un amendement à l'Assemblée Nationale (Assemblée nationale, 2è séance du 9 juin 1987, J. O., p. 2109-2110) visant à créer une nouvelle catégorie d'établissements publics à caractère social et sanitaire dont le premier élément serait la Maison Départementale de Nanterre, mais qui devrait en comporter d'autres. Dans sa réponse, Michèle Barzach, ministre de la santé et de la famille avait repris l'argumentaire du Conseil d'Etat en refusant de renforcer la médicalisation d'un établissement destiné à l'hébergement de personnes en difficulté. Il y avait d'ailleurs une « touche » supplémentaire à la réponse du ministre qui refusait d'intégrer le personnel de l'hôpital au statut de droit commun en s'appuyant sur l'exemple malheureux des thermes nationaux d'Aix les Bains. Cela avait quelque peu irrité les personnels médicaux et paramédicaux qualifiés de l'hôpital de Nanterre, car, à Aix les bains, des garçons vachers s'étaient vu accorder un statut équivalent aux kinésithérapeutes. De surcroît, on peut s'interroger sur l'argumentaire consistant à dire que les « pauvres » ne méritent qu'une sous-médicalisation. Il y a là certainement matière à réflexion éthique. Enfin, il faut noter que, douze ans après la loi de 1975 séparant le sanitaire et le social, on trouve dans cette proposition d'amendement l'idée de la création d'une « nouvelle » catégorie d'Etablissement Public à caractère sanitaire et social dont le premier élément serait la Maison de Nanterre. Il est donc assez remarquable que, dès 1987, l'opportunité de réunir de nouveau le sanitaire et le social est proposée par Monsieur Sapin, même si cet amendement a finalement été rejeté. Cette problématique est toujours d'actualité en 1996. Elle sera au coeur de notre discussion sur la fonction asilaire.

- **La Loi N° 75-535 du 30 Juin 1975** (J. O. du 1er juillet)

Relative aux Institutions sociales et médico-sociales, elle est pour nous d'une importance capitale. En effet, c'est cette loi qui consacre la disparition de la fonction asilaire de l'hôpital en séparant institutionnellement le médical du social. Elle se situe dans la logique de la loi hospitalière de 1970 qui donnait aux établissements hospitaliers une mission limitée aux activités sanitaires.

- **L'Arrêté du Préfet de Police de 1976**

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 deuxième catégorie, premier groupe.

- **La Charte du Malade usager de l'hôpital** (adoptée le 9 mai 1979 par le Comité hospitalier de la Communauté Economique Européenne)

Elle précise que le malade usager de l'hôpital a le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine. Cette prestation englobe non seulement les soins médicaux, infirmiers et analogues mais également une sollicitude, un hébergement et un encadrement administratif appropriés.

- **La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé du 26 avril 1987**

Elle précise les conditions nécessaires à l'épanouissement de la santé. Ces conditions sont : la paix, un toit, l'instruction, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources suffisantes, la justice et l'égalité sociale.

- **La Circulaire du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi du 8 janvier 1988** (J. O. du 6 février 1988, p. 1835)

Elle est relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies. Elle précise, dans sa section n° 2, le rôle des hôpitaux dans l'accueil des plus démunis, quelle que soit leur situation sociale. Elle précise à nouveau les missions d'accueil de tout malade qui sont dévolues au service public hospitalier. 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, ministère de l'action sociale, numéro 88 -12 bis), Philippe Séguin 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 toutes pièces d'état-civil ou de tout renseignement relatif aux modalités de prise en charge. C'est donc un rappel strict de leur obligation non seulement de soins mais aussi d'accueil qui est fait aux hôpitaux.

- **La Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 sur le Revenu Minimum d'Insertion (R. M. I.), la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle**

D'un intérêt considérable, cette loi témoigne du changement de conception de la représentation nationale à l'égard du phénomène de pauvreté. Elle traduit bien le changement qui s'est opéré.

Nous reviendrons en particulier sur les débats parlementaires autour de cette loi, car ils sont très éclairants sur les différentes valeurs qui traversent notre société devant le phénomène de la grande pauvreté.

- **La Loi n° 89-18 du 13 Janvier 1989 portant Diverses Mesures d'Ordre Social dans son titre VII article 40 à 44** (J.O. du 14 janvier, p. 546)

Celle-ci érige la Maison de Nanterre en établissement public de la ville de Paris à caractère sanitaire et social.

- **La Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière**

Elle consacre la fonction de soins médicaux des hôpitaux qui deviennent des établissements de santé. On passe donc sémantiquement et symboliquement de « l'Hospitalis » établissement charitable, HOSPITALIER, où l'on recevait des gens sans ressources pour les entretenir et les soigner, à l'établissement de santé qui traite en un temps limité des malades, blessés et femmes en couches afin qu'ils recouvrent la santé. C'est donc bien à la pathologie médicale strictement authentifiée et étiquetée que se consacre l'hôpital.

- **La Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992** (J. O., fascicule spécial n° 93/8 bis du 30 juillet 1992) :

Il s'agit d'une loi et d'un décret portant adaptation de la loi de décembre 1988 sur le R. M. I.. Dans le chapitre 1er « Dispositions générales », les articles 43 et 43-1 reprennent les mesures d'accueil et d'hébergement d'urgence ainsi que les dispositifs locaux d'accès aux soins des plus démunis. Ils simplifient et raccourcissent les procédures de prise en charge. Par ailleurs, les établissements hospitaliers sont clairement désignés comme des lieux privilégiés où les intéressés doivent pouvoir ouvrir et faire valoir leurs droits. Dans le titre III bis de la loi, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale, des dispositions portent modification du Code de la famille et de l'aide sociale insèrent après l'article 186 un titre III bis : « Aide médicale ». L'article 187-1 réaffirme le droit à l'aide médicale pour toute personne résidant en France. L'article 189-3 précise que les personnes sans résidence stable doivent élire domicile auprès d'un organisme spécialement agréé. Cela signifie que, hormis le cas particulier des personnes étrangères en situation irrégulière, et encore s'ils ne se trouvent pas en situation d'urgence, toute personne dispose en droit d'une couverture sociale lui permettant d'accéder aux soins qui lui sont nécessaires.

- **La circulaire du 30 novembre 1992**

Elle concerne la prise en charge psychiatrique et la recommandation de réduction de lits d'hospitalisation au profit de la prise en charge dans des structures alternatives.

Cette circulaire, dans le continuum de ce que l'on a appelé la désinstitutionalisation n'est pas sans conséquences sur la prise en charge psychiatrique des populations S. D. F..

- **Le décret n° 93-648 du 26 mars 1993** (J. O. du 28 mars, p. 5370)

Il modifie, améliore et facilite l'accès à l'aide médicale, en particulier pour les personnes sans résidence stable. Rappelons que l'aide médicale est instituée en 1893 au profit des indigents et transformée par un décret de 1954 pour s'adresser aux personnes de ressources insuffisantes.

- **La Circulaire DH/AF1/RV3 n° 33-93 du 17 septembre 1993**

Cette circulaire du ministre délégué à la santé et du ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, est relative à l'accès aux soins des plus démunis.

Elle constate les dysfonctionnements persistants dans le service public hospitalier concernant la délivrance de soins à des personnes résidant de façon permanente sur le territoire national, mais dépourvues de documents attestant d'une prise en charge soit par la sécurité sociale soit par l'aide médicale. Elle précise, une fois de plus, les dispositifs de l'aide médicale applicable aux établissements publics de santé à l'égard des plus démunis. Elle insiste sur les obligations de service public hospitalier garantissant l'égal accès de tous aux soins et l'accueil de toute personne dont l'état requiert leurs services. L'hôpital est d'ailleurs tenu d'apporter son concours auprès des personnes intéressées pour l'accomplissement des démarches permettant l'élection de domicile. De plus, cette circulaire demande aux responsables d'établissements de proposer aux préfets de conclure des conventions permettant de délivrer des produits pharmaceutiques et des soins en consultation externe aux populations très mouvantes dont l'instabilité sociale et géographique rend vaine toute perspective d'une gestion suivie de leurs droits. Les dépenses engagées à ce titre par les établissements signataires seront prises en charge au titre de l'aide médicale Etat. Le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre qui a signé une telle convention avec la D. D. A. S. S. depuis le 1er août 1990 n'a pas de créances irrécouvrables démesurées liées au type de public accueilli comme on le croit souvent. En effet, contrairement à une opinion répandue, les personnes sans-abri ne sont pas en mesure d'exploiter les failles du système (faux noms, fausses adresses, etc.). Les créances ne proviennent donc pas des personnes S. D. F. qui elles, sont bien prises en charge dans le cadre de cette convention [23] (p. 58-68).

- **La Circulaire DGS/SP 2 n° 88 du 1er Décembre 1994**

Elle est relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.

- **Le Décret n° 95 277 du 7 Mars 1995**

Il crée un mécanisme d'affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle pour les exclus des soins.

- **La circulaire 95 508 du 21 mars 1995**

(23) - ROGNIE Philippe, *La traduction financière hospitalière du phénomène de l'exclusion*, Rapport de l'U. H. R. I. F., mai 1995, polycopié, 186 pages.

Signée du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville et du ministre délégué à la santé, elle préconise l'élaboration d'un plan départemental d'accès aux soins.

- **La circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995**

Sous les mêmes signatures que la précédente, elle est relative aux droits des patients hospitalisés. Elle comporte en annexe une charte du patient hospitalisé. Elle précise dans son article 1er : « *Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier (...) aux personnes le plus démunies* ».

5°) Conclusion

Nous n'avons - bien entendu - dans ce rappel des textes vocation ni à l'exhaustivité ni à faire oeuvre d'historien ou de juriste. On pourra avec profit consulter les travaux sur l'histoire de la mendicité des auteurs cités en référence. L'intérêt de ce survol de textes juridiques ou réglementaires entourant la mendicité et le vagabondage consiste essentiellement à essayer de repérer les constantes, les ruptures et les valeurs qui traversent notre histoire. Il s'agit d'essayer de voir comment ces valeurs sont parvenues jusqu'à nous, quelles en sont les permanences ou les rémanences. Ceci afin d'aller plus en profondeur et tenter d'éclairer la façon dont le problème du vagabondage et de la mendicité est traité de nos jours. Ce travail semble indispensable pour comprendre notre présent et surtout pour juger ou augurer de la faisabilité de propositions d'avenir. Négliger ou ignorer les valeurs qui sous-tendent des actions et qui traversent l'histoire, c'est parfois se heurter à un refus ou à des résistances vis-à-vis de solutions qui « rationnellement » peuvent sembler pertinentes et réalistes. Comme le note Bronislaw Gérémek [19] (p. 14-15) : « *C'est des mutations que subissent au cours des siècles les représentations de la pauvreté et les réactions collectives face à la misère dont il s'agit. Ce sont des mutations d'attitudes et de sentiments donc d'un phénomène difficilement perceptible, car appartenant au domaine de la sociopsychologie dans lequel les transformations se produisent au ralenti (...)* ».

Au fond, et pour schématiser, on rencontre à travers tous ces textes trois façons d'aborder la mendicité et le vagabondage. Deux sont très anciennes et ont coexisté depuis fort longtemps, une est plus récente puisqu'elle date de la Révolution Française.

a) L'abord coercitif

Si l'on essaye de repérer les valeurs implicites qui sont en jeu dans toutes les variantes qui se déclinent autour de cet aspect répressif, on retrouve la notion de responsabilité individuelle. Si un homme devient vagabond, c'est qu'en dernier ressort il l'a voulu. Cette idée est d'ailleurs alimentée par le mythe du clochard philosophe ayant choisi librement sa vie d'errance. Il s'agit d'un être paresseux, oisif, parasite, instable et inapte au travail. Quoi que l'on fasse pour lui, il retournera à sa misérable condition. Lorsque l'on considère simplement le nombre d'actes Royaux consacré au problème de la mendicité et du vagabondage on constate qu'il est un

sujet de préoccupation permanent au cours de notre histoire. Une des seules utilités reconnues de ces populations est de faire d'excellents soldats qu'on enrôle de force au service du Roi. En dehors de cela, globalement, la tendance est à la répression féroce devant ces êtres inutiles et dangereux. On trouve la liste des peines qui leur sont applicables dans l'ordonnance de Louis XIV d'octobre 1670 qui prévaudra jusqu'à la fin de l'ancien régime. Ces peines sont graduées en bannissement temporaire, pilori, fouet, galères temporaires, bannissement à vie, galères à perpétuité, tortures et enfin peine de mort. Il faut rappeler qu'historiquement, la peine d'emprisonnement est une sanction récente. Parfois, on condescend à transformer la peine de mort par pendaison en une peine plus douce de quelques années de galère. On les pourchasse pour les enfermer, on les enrôle de force pour les envoyer sur les lignes frontières. Une fois blessés, les soldats ne vivent que d'aumône, de mendicité et de brigandage et sont souvent associés aux mendiants et aux vagabonds dans les textes répressifs. Quelques textes font référence au rôle joué par ces populations dans la transmission et la propagation de maladies. On retrouve, par exemple, l'association salubrité et vagabondage dans les années 1348-1351, lors de la grande pandémie de « peste noire », qui avait décimé l'Europe emportant probablement le tiers de la civilisation occidentale [24] (p. 7-17). Pour certains auteurs, Tyl Eulenspiegel aurait vraiment existé et serait mort des suites de la peste en 1350 [5] (p. 299). La pression sociale oblige les autorités à agir énergiquement contre les mendiants. Le déplacement des mendiants est assimilé au danger d'épidémie et ils sont férocement pourchassés et enfermés.

A Cracovie, en 1622, on nomme quatre maires des mendiants pour chasser les vagabonds valides de la ville et conduire les malades à l'hôpital Saint-Roch. A la suite d'une épidémie qui sévit alors, d'autres mesures sont prises également comme la mise en place de vingt-quatre gardes municipaux chargés de défendre l'accès de la ville aux vagabonds [5] (p. 351). Le vagabond, surtout si c'est un faux malade ou un faux infirme, est un criminel qui refuse de travailler comme Dieu le commande. Malgré tout, il semble que le traitement qu'on leur inflige n'est pas du goût de l'ensemble de la population. Preuve en est les nombreux textes qui interdisent de leur faire l'aumône, de les nourrir, de les protéger ou de les aider à échapper aux archers du Bailli de l'hôpital général. Il est d'ailleurs frappant de voir qu'aujourd'hui, durant l'été 1995, des panneaux municipaux, à La Rochelle en particulier, tentent de façon similaire à dissuader les gens de donner une aumône. Dans ces panneaux, on précise que faire l'aumône encourage la mendicité aux dépens de dons aux organisations caritatives s'occupant de S. D. F.. L'accent est mis sur le caractère beaucoup plus productif du don à des associations, ce qui peut sembler être parfois un argument discutable, et en tout cas l'est pour les intéressés eux-mêmes.

On retrouve tout au long de l'histoire cette façon d'appréhender la question avec l'enfermement, les dépôts de mendicité, ou encore les missions du Préfet de police de Paris. La police puis, la justice pourchassent le pauvre qui est vu comme un pêcheur et un délinquant qu'il faut châtier. En marge de cette conception, et la confortant, on retrouve toute la mythologie autour de la grande cour des miracles et des bandes organisées de mendiants détrousseurs de convois. Il est cependant exact, comme le montre Bronislaw Gérémek, que cette mythologie repose, au Moyen-Âge en particulier [4] (p . 111-114) sur des éléments bien réels. Cependant, le très grand nombre de textes juridiques sur ce thème montre bien que, malgré la sévérité des sanctions infligées, ces textes sont relativement inopérants. Cet abord du problème, dans son aspect le plus répressif a progressivement décliné jusqu'à

(24) - GEORGES Jean-Pierre, *La peste noire*, in Confrontations, 1977, 41, p. 7-17.

disparaître officiellement le 1er mars 1994 à l'entrée en vigueur du nouveau code pénal. Cependant, il n'est pas douteux que cette façon de traiter les mendiants et les vagabonds n'a pas disparu de l'ensemble du corps social parfois obnubilé par la recherche sécuritaire et la lutte contre les marginaux et les asociaux. En outre, comme le signale Julien Damon [25] (p. 10), cet aspect répressif persiste dans certaines polices. Ainsi l'arrêté préfectoral du 9 décembre 1968 qui régit la police du métro parisien interdit dans son article 15 « *de se livrer à la mendicité, de troubler la tranquillité des voyageurs et de quêter* ». De même, l'article 85 du décret n° 730 du 22 mars 1942 modifié interdit la mendicité dans les trains, dans les gares et dans toutes les dépendances du chemin de fer. L'idée qu'il faut punir le mendiant coupable qu'il est d'être pauvre, car paresseux, parasite et voleur est une idée qui demeure à notre époque.

On l'a vu, la Maison de Nanterre s'inscrit à l'origine dans cette logique coercitive. Pendant longtemps, le ramassage par la B. A. P. S. A. a pu laisser croire qu'il en était toujours ainsi. Nous verrons que, au-delà de cette analyse superficielle, les choses sont un peu plus complexes voire ambiguës et moins tranchées. Cependant, dans les statistiques de la préfecture de police jusqu'en 1993, on trouvait : *« les équipes de la B. A. P. S. A. ont **interpellé** et conduit au C. A. S. H (...)* ». Depuis 1994, on trouve : *« les équipes de la B. A. P. S. A. ont **assisté** et conduit au C. A. S. H (...)* ». La distinction est d'importance.

Il est vrai que la règle des cinq jours maximum de nombreux centres d'hébergement d'urgence, leur règlement intérieur souvent ubuesque et en particulier les horaires imposés (entrée avant 17 ou 18 h, et sortie obligatoire à 5 ou 6 h le matin) ont été très récemment assouplis et que l'évolution se fait plutôt dans le sens d'une prise en compte de la dignité humaine comme le constate fort justement Michel Thiérry dans un remarquable rapport au secrétaire d'Etat chargé de l'action humanitaire d'urgence [26] (p 5). Cependant, les pratiques et les comportements des surveillants et du personnel d'accueil s'apparentent encore trop souvent à cette logique de coercition plus qu'à celle de la dignité de la personne humaine.

b) L'abord caritatif

Cet abord semble même avoir précédé l'aspect coercitif. Outre la « police », seule l'église se préoccupe du pauvre.

Ce caritatif est au départ exclusivement religieux. Il existe sur le plan théologique mais aussi pratique, des différences sensibles entre l'église catholique romaine et l'église réformée. Luther lui-même avoue avoir été tant de fois dupé par les « faux mendiants » qu'il a presque honte d'en parler [4] (p.101). Les valeurs que l'on retrouve ici sont certes de l'ordre du métaphysique, voire même d'une mystique de la pauvreté, mais aussi d'un certain conformisme conservateur. Il n'y a pas de responsabilité humaine. Tout est dans l'ordre des choses. Simplement, au nom d'une certaine éthique de la pitié, on tente d'atténuer les effets les plus délétères de l'injustice et de l'inégalité au niveau individuel. Ce que l'on peut résumer par : « il y aura toujours des pauvres, quoi que l'on fasse parce que cette inégalité est d'essence divine ». En outre, la pauvreté est le signe d'un châtiment Divin, et si le

(25) - DAMON Julien, *Des hommes en trop, essai sur le vagabondage et la mendicité*, éditions de l'Aube, 1995, 129 pages.

(26) - THIERRY Michel, *Rapport sur la mise en oeuvre du dispositif hivernal d'accueil et d'hébergement d'urgence*, avril 1996, polycopié, 53 pages.

pauvre souffre, c'est qu'il a de lourds pêchés à expier. Le pauvre est utile au riche, car en lui faisant aumône, le riche peut gagner sa place au paradis. Dans la société médiévale, le dénuement est normal, la précarité habituelle. Il y a sous-jacent 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. Dans cette optique, le gueux se trouve dans le domaine du sacré. Le pauvre à qui l'on fait charité se trouve sublimé comme substitut Christique, et à ce titre, on peut même parler d'une sanctification du miséreux. On entre là dans le symbolique avec le baiser au lépreux, les dames patronnesses des asiles d'incurables, les bains de pieds et l'embrassade des gueux et des miséreux, à l'image de Jésus. Aider le mendiant, le nourrir, le vêtir, le loger et lui faire l'aumône est un acte rédempteur. On peut repérer dans l'iconographie médiévale nombre de mendiants en haillons et les pieds nus. On peut aussi évoquer la fréquente représentation de Saint-Martin, nu offrant ses vêtements à un gueux **[19]** (p. 66). Cependant, cette « sanctification » n'est pas accordée à tous les mendiants et on retrouve depuis longtemps la notion de « bon » mendiant et de mendiant « indigne ». Celui-ci mérite la charité, celui-là ne la mérite pas. Ainsi, on trouve dans l'Evangile de Saint-Paul : « *Et même, c'est lorsque nous étions au milieu de vous que nous vous avons donné cet ordre : Que celui qui ne veut pas travailler ne mange pas* » (2è épître aux Théssaloniciens, 2, 7-10). Assez curieusement d'ailleurs, on le retrouve avec les mêmes termes dans l'article 12 de l'ancienne constitution de l'URSS : « *le travail est pour chaque citoyen apte au travail un devoir et un honneur selon le principe : qui ne travaille pas ne mange pas* ».

Cette distinction est retrouvée également dans le Capitulaire de Charlemagne de 806 qui tente de distinguer les errants « inoffensifs » et les « mendiants forts ». Bronislaw Gérémek note que le mendiant indigne est celui qui n'étant pas invalide pourrait travailler. « *De soupeçoneus punir par l'office au Prévost. Se aucuns est qui n'ait rien, et soit en ville sanz riens gueaignier, et volentiers soit en la taverne, la joutise le doit bien prandre, et demander de coi il vit (...) »* (Les Etablissements de Saint-Louis, I, XXXVIII, t. II, p. 54, éd. P. Viollet, Paris, 881-1886, in **[4]** p. 41, note 23). Un grand débat sur la pauvreté et la mendicité se fait jour au sein de l'église au XIIIè siècle. On réaffirme une distinction entre les différents pauvres et un classement des mendiants. Ainsi le canoniste Ugoccione de Pise, vers 1190 soutient que « *secourir les pauvres valides, capables de travailler et de gagner leur vie, signifierait encourager le peuple à passer toutes ses journées dans l'oisiveté et dans les jeux de hasard* ».

Michel Mollat **[27]** (p. 356) montre que le Moyen-Âge chrétien à son apogée s'en prend souvent à ces larves d'hommes qui se maintiennent dans l'oisiveté grâce à notre travail. Pour Bronislaw Gérémek, ce sont là les premiers signes d'une offensive au nom de l'éthique du travail qui, trois siècles plus tard, allait aboutir à une transformation des hôpitaux en pénitenciers **[5]** (p. 9). On retrouve cette conception de façon récurrente jusqu'à nos jours. C'est ainsi que l'on entend aujourd'hui certains hommes politiques affirmer qu'il est inadmissible que des assistés oisifs vivent en fait mieux que des « smicards » qui eux travaillent.

Les oeuvres de bienfaisance connaissent un développement formidable dans l'occident chrétien des XIIè et XIIIè siècles. La plupart des institutions hospitalières de la région de Paris sont fondées entre 1175 et 1300 et constituent la principale forme d'activité caritative **[19]** (p. 34). Les monastères ruraux et les confréries citadines vont se développer. François d'Assise fonde son Ordre en 1223. Les Franciscains et les

(27) - MOLLAT Michel, *Les pauvres au Moyen-Âge*, Hachette, 1978.

Dominicains établissent des réseaux de couvents, à l'origine des Ordres mendiants. On retrouve à Rome, à partir de 1613 et jusqu'à la fin du XVIIIè siècle, une corporation légale de mendiants, dénommée la Compagnie de Sainte-Elisabeth placée sous la tutelle d'un cardinal délégué à cette tâche. Elle compte entre quatre et cinq cents membres qui versent des cotisations mensuelles et sont tenus de participer à des offices religieux. La confrérie délivre des licences de mendicité, et tend à obtenir une exclusivité dans la ville éternelle. Elle sélectionne soigneusement ses membres et n'admet ni les femmes, ni les enfants, ni les hommes aptes au travail, ni les étrangers [5] (p 123). En 1657, Vincent de Paul, malgré l'enfermement sur lequel il a finalement émis de grandes réserves, continue de secourir les pauvres dans la rue. Devant l'augmentation quantitative, il arrive un moment où il devient nécessaire de réorganiser l'assistance. Pour tenter de gérer ce problème, chaque paroisse a ses propres pauvres dûment enregistrés et listés (la matriculat) [27] (p. 55). Dans certains endroits, des médailles ou de jetons délivrées individuellement font état de permis de mendicité et de droit à une distribution d'aumônes lors des grandes fêtes liturgiques. Chaque ville et chaque village doivent d'une part dresser des registres de leurs pauvres, et les aider régulièrement, mais d'autre part refuser toute aide aux mendiants qui arrivent d'autres régions et ne possèdent pas de lettres de recommandation crédibles [4] (p. 64). Depuis longtemps, des dispositions correspondant à nos déductions fiscales pour don aux oeuvres existent puisque les aumônes sont déduites de la somme servant au calcul des taxes et impôts royaux.

De nos jours, cette tradition d'Ordres mendiant persiste avec les Missionnaires de la Charité, les soeurs Clarisses, les Petites soeurs des Pauvres (l'ordre est fondé en 1839 par Jeanne Jugain), les Chevaliers de Malte etc.. A Nanterre, on trouve, au début du siècle quelques religieuses qui, au début du siècle, sont chargées des malades grabataires et incurables.

Alors que jusque-là, cet aspect caritatif ne concerne que des Ordres religieux, à partir de la révolution française, on voit apparaître des mouvements caritatifs laïcs que l'on trouve représentés de nos jours par la Croix Rouge, les Restaurants du Coeur, les chiffonniers d'Emmaüs, les Petits Frères des Pauvres, l'Armée du Salut, etc..

c) L'abord socio-politique

Les valeurs implicites que l'on trouve là sont de l'ordre de la responsabilité collective. Le problème du vagabondage et de la mendicité est inhérent à la structuration sociale et économique de la société.

Même si on peut retrouver certains éléments de cette conception depuis le bas Moyen-Âge, cette approche se manifeste clairement beaucoup plus tard dans l'histoire. Vers le milieu des années 1770, Turgot considère que la charité cléricale risque d'être plus nuisible qu'utile à ceux qu'elle veut aider. Comme d'autres, il reproche à cette aide privée de maintenir les pauvres dans une situation d'infériorité et de dépendance. Il pose alors, avec une certaine fermeté, les bases d'une intervention du service public dans l'exercice de la charité. Mais, c'est surtout au siècle des lumières que cette conception va connaître un essor important. La terminologie change et sous l'influence des laïcs, les termes de bienfaisance et de philanthropie se substituent à celui de charité. Derrière ce changement sémantique se profile en fait un véritable changement de paradigme. On lance des concours d'idées sur la façon de lutter contre la pauvreté, et une nouvelle thèse 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. L'assistance des pauvres doit être un service national, assuré dans l'intérêt commun. Dans l'esprit de la déclaration des Droits de l'homme et de la Constitution de 1791, émerge 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. Déjà, Montesquieu dans l'esprit des lois [28] (t. II, livre XXIII, chap. XXIX, p. 792) note : *« 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 ».* Les révolutionnaires constatent d'une part les défaillances des institutions de bienfaisance et d'autre part l'importance des besoins réels. Comme le note Serge Paugam [20] (p. 87-89) : « *A partir de ce moment, l'assistance ne relève plus seulement de la charité particulière, elle devient pour la société une dette inviolable et sacrée (...). Une nation qui vient de proclamer les droits de l'homme a le devoir de soulager les souffrances des pauvres. Il ne fait aucun doute pour les membres du Comité de mendicité que c'est à l'Etat en priorité qu'incombe cette responsabilité* (Procès verbaux et rapports du comité de mendicité, op. cit., p. 310) ». On peut également évoquer Tocqueville [29] qui, sur ce thème et dans cette pensée, a eu un rôle déterminant.

Dans un exposé sur les principes généraux à adopter, La Rochefoucauld-Liancourt s'exprimait ainsi : *« l'extinction de la mendicité est le plus important problème politique à résoudre ; mais sa solution devient un devoir pour une nation sage et éclairée, qui élevant une constitution sur les bases de la justice et de la liberté, reconnaît que la classe nombreuse de ceux qui n'ont rien appelle de tous les*

(28) - MONTESQUIEU Charles, *L'esprit des lois*, Gallimard Folio essais, 1995 (1748), 1627 pages.

(29) - TOCQUEVILLE Alexis de, *Mémoire sur le paupérisme*, Mémoire de l'Académie de Cherbourg, 1835, in Commentaire, 1993, 23, page 630-636 et 24, page 880-888.

droits de l'homme les regards de la loi » (Camille Bloch et Alexandre Tuetey, Procès verbaux et rapports du comité de mendicité de la constituante 1790-1791, Paris, Imprimerie nationale, 1911, coll. de documents inédits sur l'histoire économique de la Révolution française, p. 310). Il souligne également : « *Aucun Etat encore n'a considéré les droits de l'homme les regards de la loi (...). Aucun Etat encore n'a considéré les pauvres dans la constitution. Beaucoup se sont occupés de leur procurer des secours, beaucoup ont cherché les principes de cette administration, quelques-uns en ont approché ; mais dans aucun pays, les lois qui l'établissent ne sont constitutionnelles. On a toujours pensé à faire la charité aux pauvres. Voilà le grand devoir qu'il appartient à la constitution française de remplir, puisqu'aucun n'a encore autant reconnu et respecté les droits de l'homme* » (ib. p. 328).

C'est le caractère public et étatique de la réforme de l'assistance qui explique finalement l'ampleur que va prendre le débat sur le problème de la mendicité dans la société. L'idée que c'est bien à la société de prendre en charge ces populations aboutit finalement au R. M. I.. Mais la nécessité d'une contrepartie obligatoirement rendue sous forme d'un effort de réinsertion existe également. L'évolution la plus récente dans cette approche amène à l'idée d'un abord médico-social, professionnalisé et non plus caritatif ou coercitif de ces personnes sans toit stable. Cette filiation est d'ailleurs clairement établie par Claude Evin qui déclarait : « *vous savez qu'en août 1789, l'abbé Sieyes avait proposé d'inscrire dans la Déclaration des droits de l'homme la nécessité d'assurer à chacun un revenu minimum. Voilà deux siècles donc que cette idée chemine dans la pensée politique française. Au cours de ces deux siècles, elle est souvent réapparue, mais sans qu'on quitte le terrain de la littérature ou des voeux pieux. Aujourd'hui, à la veille du bicentenaire de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, c'est à vous que revient l'honneur de faire passer cette exigence de la pétition de principe à la réalisation concrète* » (Journal Officiel, Débats parlementaires, 4 oct. 1988, p. 634). Cependant, deux principes, déjà retenus par le Comité de mendicité ont été à nouveau adoptés par les parlementaires de 1988. Tout d'abord procurer un revenu d'un montant pas trop élevé pour ne pas décourager ceux qui travaillent et qui subviennent à leurs besoins par leurs propres moyens. Ensuite, susciter un encouragement à l'effort et à la responsabilité des bénéficiaires de cette aide en particulier de ceux qui sont capables de travailler, faute de quoi comme le signale le Parlementaire Jean-Yves Chamard (Journal Officiel, Débats parlementaires, 4 oct. 1988, p. 690) : « *Comment concevoir qu'une personne qui refuserait volontairement et systématiquement toute action et tout effort pour tenter de se réinsérer puisse bénéficier sans aucune limitation de durée de l'aide que nous voulons instaurer par la loi ».* On peut constater que nous ne sommes donc pas encore arrivés au revenu d'existence suggéré par Claude Evin [20] (p. 93). Sur ce thème du revenu d'existence qui se trouve à la périphérie de notre sujet, on peut, pour sa partie économique et éthique, voir avec intérêt les travaux du groupe de l'A. I. R. E. (Association pour l'instauration du revenu d'existence) in [30] (p. 63-128) ainsi que l'ouvrage plus récent de Yoland Bresson [31] (p. 75-98) : « *En attribuant à tous, inconditionnellement un même revenu d'existence parce qu'on existe et non pour exister, calculé sur les ressources du pays et non sur une mesure approximative des besoins, et en laissant à chacun le soin de le compléter librement par des revenus d'activité, on propose un nouveau contrat social* ».

(30) - BRESSON Yoland, GUITTON Henri, *Repenser la solidarité*, éditions Universitaires, 1991, 134 pages.

(31) - BRESSON Yoland, *Le partage du temps et des revenus*, éditions Economica, 1994, 104 pages.

d) Synthèse

On retrouve finalement, aujourd'hui comme hier, les mêmes tendances. Sur le thème du caritatif, on peut reprendre ce passage de Jack London écrit en 1903 [32] (p. 139-140) : « *L'adjudant nous administra une petite prière, dont je ne me souviens plus, mon esprit étant trop occupé par les images sordides qui s'étalaient sous mes yeux. Mais ce discours était à peu près conçu comme cela : Vous allez faire bombance au paradis, alors qu'importe si vous souffrez et si vous avez faim en ce monde. Naturellement, vous ne ferez bombance au paradis que si vous avez ici bas suivi le bon chemin. C'était un morceau de propagande très bien cuisiné, mais inefficace pour deux raisons : d'abord, les hommes qui le recevaient étaient bornés et ne s'intéressaient qu'aux choses matérielles (...). Puis, affaiblis et démantibulés par la rudesse des nuits sans sommeil, et par ces longues heures d'attente debout, littéralement morts de faim, ils n'étaient absolument pas intéressés par leur salut dans un monde meilleur, mais attendaient impatiemment la boustifaille dans celui-ci* ». L'aspect caritatif avec implicitement l'adhésion ou l'apparence d'adhésion demandée à une idéologie est associé à l'idée de rédemption et à un certain militantisme « sadique» vis-à-vis de l'ensemble du corps social. Il y a les déshérités qu'il faut aider, souvent associés à la grandeur de ceux qui les aident. Il y a ceux qui, à travers ces malheureux, se transcendent dans leur bonne oeuvre. C'est un aspect qui persiste même s'il est moins caricatural qu'en 1903. Le thème du coercitif bien qu'en régression persiste néanmoins dans les faits. Enfin, il y a le thème socio-politique, avec ce qui est souvent le mythe de la réinsertion de ces personnes particulièrement désocialisées. Il est cependant nécessaire de préciser - et cela est discuté plus loin - que nous donnons là au terme de réinsertion le sens généralement admis, c'est-à-dire un travail, un logement, une vie affective, familiale et sociale riche. Cependant, si l'on peut exposer de façon nette et limpide, dans un but explicatif, ces différentes approches, en réalité, le problème ne se pose pas de façon aussi claire et aussi tranchée. Entre ces trois conceptions schématiques de la pauvreté et de la mendicité on retrouve en permanence des ponts, des allers-retours qui, par un mouvement de balancier, ramènent parfois le concept initial à une voie plus médiane. On peut repérer, en fait, une interdépendance entre ces trois approches.

✧ Entre le coercitif et le caritatif

On peut prendre l'exemple de la B. A. P. S. A. qui amène jusqu'en 1994 des personnes à Nanterre de façon apparemment coercitive. Mais, pour certaines d'entre-elles, laissées dans la rue, elles y meurent. Alors ne pas les « ramasser » s'apparenterait à de la non-assistance à personne en danger. On peut signaler que dans une ville comme Tokyo par exemple qui ne possède aucun système de ramassage, tous les hivers on retrouve quatre cents personnes mortes de froid dans la rue. En outre, la récurrence depuis le haut Moyen-Âge jusqu'à nos jours, du débat entre bons et mauvais pauvres permet au plus fort de la répression, en quelque sorte, de se ménager une bonne conscience. En triant « le bon grain de l'ivraie », on ne vise que la répression du mauvais pauvre tandis que le bon pauvre est confié aux soins du caritatif en particulier religieux ou du socio-politique, à l'hôpital général puis au dépôt de mendicité.

Il est tout à fait remarquable de retrouver cet essai de « tri », à dire vrai fantasmatique, jusque dans les arrêtés municipaux pris récemment. En effet, on

(32) - LONDON Jack, *Le peuple de l'abîme*, Bourgeois, coll. 10/18, 1975 (1903), 314 pages.

prend le soin de bien préciser dans ces arrêtés que les mesures excluantes ne concernent que les mauvais pauvres « *C'est à dire cette foule innombrable de vagabonds et d'oisifs flânant du matin jusqu'au soir dans les maisons, dans les églises et dans la ville entière, importunant tantôt les uns, tantôt les autres pour extorquer presque de force, une aumône dont ils font après un usage indigne et scandaleux* » écrit en 1663 A. Guevarre (*La mendicità provveduta nella città di Roma*, 1693, p 19, in [19] p. 269). Ce qui, remis au goût du jour, dans les derniers arrêtés municipaux en particulier celui de Perpignan se traduit par : « *ceux qui pratiquent la mendicité agressive, troublent l'ordre public et mettent en péril l'hygiène et la salubrité* ». Nous reviendrons dans la problématique éthique sur cet aspect. Cependant, on peut déjà signaler que ce très ancien débat séparant le bon du mauvais pauvre va nous ramener à la question de l'impératif Kantien [33] (p. 159-162), à la problématique de la personne humaine et de son respect à ce seul titre.

✧ Entre le socio-politique et le coercitif

Nous prendrons une illustration empruntée à Jean-François Wagniart [34] (p. 213-216). En 1899, une opposition se radicalise entre une petite partie de la magistrature et sa hiérarchie quant à l'application humaine de la loi. Dans les arguments, vengeance et humanisme se disputent la primeur. Le juge Magnard cristallise ce débat quand il s'appuie sur l'article 64 du code pénal de l'époque : « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». Fort de la deuxième partie de cet article, il considère que le pauvre n'est pas responsable de mendier, car il ne peut résister à la faim qui le pousse. Ce juge acquitte les mendiants et voleurs « de nécessité » qui devraient logiquement être condamnés, car le délit de faim n'est pas répréhensible. En effet, il met en exergue l'insuffisance de dépôts de mendicité, et s'identifiant au malheureux, considère que la mendicité est un cas de force majeure découlant du droit à la vie, patrimoine intangible de l'être humain. Ces jugements et surtout leurs attendus sont jugés scandaleux et amènent le Procureur général à faire appel. L'opinion publique soutiendra le juge, et le député A. Chiche demandera, à l'Assemblée Nationale, des explications au Garde des Sceaux sur l'appel interjeté par son procureur (J. O. du 22 mars 1898). A l'inverse, même si le délit de vagabondage et de mendicité a disparu du nouveau code pénal, des arrêtés municipaux pris à la fin de l'année 1993 à Perpignan, à Carcassonne, à Cannes et en juin 1994 dans des villes du sud de la France ramènent ces « délits » à des problématiques de troubles à l'ordre public [35] (p. 50). Encore tout récemment, en juillet 1995, et en juin-juillet 1996, ces exemples ont fait des émules dans des villes de villégiature comme La Rochelle, Pau, Tarbes, Valence, Perpignan, Carpentras, Nice, Montpellier, Sète, Mende, Toulouse etc.. Le « summum » si l'on peut dire est atteint cet été 1996 à Millau où un S. D. F. est verbalisé d'une contravention de 75 francs dont on peut trouver la copie dans le journal Libération du samedi 20 et dimanche 21 juillet 1996, p. 15 où le motif donné est : interdiction à un S. D. F. de stationner et de s'asseoir. Manifestement gêné pour remplir la rubrique immatriculation du véhicule, mais, désireux de tout remplir, le policier a porté tout simplement S. D. F.. La Ligue des Droits de l'Homme a porté plainte auprès du tribunal administratif devant ce procès verbal qui ravale un être humain au rang d'une

(33) - KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des moeurs*, Delagrave, 1991 (1786), 210 pages.

(34) - WAGNIART Jean-François, *Le vagabondage en France* (1880-1900), Mémoire de Maîtrise d'histoire contemporaine, Université de PARIS X Nanterre, polycopié, 1984.

(35) - DAMON Julien, *La citoyenneté du S. D. F.*, Mémoire de D. E. A. de sciences sociales et sciences de la connaissance, Université Paris IV, polycopié, septembre 1994, 94 pages.

voiture gênante. De surcroît, on note qu'il existe une attitude saisonnière vis-à-vis de la mendicité. L'éthos de la pitié fleurit en hiver, celui de la répression en été. Mais là encore, rien de bien nouveau dans tous ces faits. Ainsi, au début du VII^{è} siècle, le théologien jésuite Martinus Becanus se demande si l'expulsion des mendiants de la ville se justifie au regard de commandements de la religion. Il avance en fin de compte trois arguments en faveur de cette mesure. Premièrement, il faut commencer par nourrir et soutenir les pauvres qui font partie de la communauté locale. Les aides distribuées à droite et à gauche, et dont bénéficient des gens inconnus, privent les premiers d'une aide qui leur est due. Deuxièmement, l'expulsion des pauvres étrangers s'impose comme une mesure d'hygiène indispensable, en tant que prophylaxie, pour préserver la population locale de différentes maladies. Il est de notoriété publique que ce sont des étrangers qui amènent des maladies. Troisièmement, il existe de nombreux mendiants qui, au lieu de subsister grâce à une assistance permanente, pourraient travailler [4] (p. 126). En suivant Bronislaw Gérémek, on retrouve depuis le Haut Moyen-Âge nombre d'arrêtés semblables à ceux pris récemment. La seule différence sensible, comme nous l'avons vu précédemment, est que les premiers sont rédigés en vieux français. Sinon les termes même présentent une similitude étonnante. Depuis l'été 96, on peut remarquer que la prise de ces arrêtés municipaux est systématiquement contestée devant le tribunal administratif par des associations comme à Montpellier par exemple (Le Midi Libre, 20 juillet 1996, p. 5).

✧Entre le socio-politique et le caritatif

On retrouve de tout temps une interaction constante. Pour faire simple, on peut dire que, depuis longtemps, le politique en matière de grande pauvreté a volontiers « sous-traité » aux organisations caritatives l'assistance que l'on qualifierait de nos jours d'humanitaire. Ce phénomène n'est pas nouveau et, comme le montre Bronislaw Gérémek [19] (p. 185-187) ce « partage » des tâches ne se fait pas sans tensions ni conflits. Ainsi, en 1525, la ville d'Ypres met en place une politique sociale fondée sur l'interdiction de la mendicité publique, sur l'assistance municipale aux « véritables pauvres », sur la chasse aux vagabonds et sur la création d'une caisse destinée à financer les frais de l'administration. La ville assure ainsi toute la responsabilité de l'organisation de l'assistance publique. Des fonctionnaires nommés à cet effet doivent être comme « des parents pour les pauvres ». Ils sont quatre dans chaque paroisse. Au bout de quelques années, cette politique municipale se heurte à une opposition violente. En 1530 les Franciscains, les Dominicains, les Carmes et les Augustins se dressent contre l'activité municipale dans ce domaine en lui reprochant d'être contaminés par une hérésie. Les Ordres mendiants sont menacés dans leurs revenus et dans leur mode de vie et font la sourde oreille aux arguments des autorités municipales. La controverse prend un caractère doctrinaire et idéologique dépassant le cadre de la ville et les juristes et théologiens ne tardent pas à s'en emparer. Les autorités théologiennes de la Sorbonne sont saisies. Elles donnent raison aux autorités municipales. Leurs mesures en faveur des pauvres sont sévères mais justes et restent compatibles avec la leçon évangélique.

Cependant, elles précisent toutefois qu'on ne devrait en aucun cas, sous prétexte d'assistance sociale, essayer d'amoindrir les revenus et les biens de l'église, car un tel comportement n'est pas le fait d'hommes catholiques et fidèles, mais d'hérétiques impies, vaudois, wycleffites et luthériens. L'interdiction de mendier ne peut pas s'étendre aux ordres mendiants puisque leur activité est approuvée par

l'église (*Documents parlementaires et discussion concernant un projet de loi sur les établissements de bienfaisance*, Bruxelles, 1857, t. I, p. 332). On peut d'ailleurs noter une divergence sensible entre le monde catholique romain et le monde protestant. Ainsi Luther dans son manifeste d'août 1520 consacre un article à part au problème de la mendicité. Sa position est définie de façon claire : « *il est de la plus haute importance d'extirper la mendicité du monde chrétien. Aucun chrétien ne devrait mendier. L'interdiction de la mendicité doit s'accompagner d'une organisation efficace d'assistance aux pauvres* ». Après avoir lui aussi opéré la distinction entre bons et mauvais pauvres, il précise : « *les autorités locales prendront partout en charge l'assistance aux pauvres et désigneront des commissaires qui, en liaison avec le prêtre et le conseil municipal, veilleront à l'organisation de l'aide* ». En matière d'administration des institutions hospitalières et caritatives, Luther passe sous silence la sécularisation éventuelle de ces établissements. Une autre recommandation est ajoutée. Les secours aux pauvres doivent être maintenus dans des limites raisonnables : « *il suffira qu'ils ne meurent pas de faim ou de froid*. » [19] (p. 233). Un autre exemple de conflit est celui qui en 1562 oppose Lorenzo de Villavicencio et les conseillers municipaux de Bruges qui proposent une réforme sociale visant à redonner aux autorités municipales la maîtrise de l'assistance aux pauvres. C'est ainsi que cet Augustin prédicateur à Bruges écrit en 1564 que les traités et arrêtés pris sont hérétiques, car ils osent contester les prérogatives traditionnelles de l'église en matière d'administration des oeuvres hospitalières et caritatives [19] (p. 256). Ainsi pour lui, les réformes municipales de la bienfaisance sont contaminées par le luthéranisme et le paganisme.

Dans cette question d'éthique sociale, nous aurons à nous interroger non seulement sur la pertinence mais plus encore sur les valeurs sous-jacentes et parfois inavouées contenues dans ces deux approches caritative et socio-politique. Les organisations caritatives sont certes admirables et indispensables, mais elles représentent, philosophiquement et même éthiquement, une autre dimension et un autre sens à la prise en charge des plus démunis. Les touchantes et mythiques iconographies de Saint-Vincent de Paul ou plus près de nous de l'Abbé Pierre représentent souvent des alibis servant de substitution à la justice sociale par la charité. De plus, on peut rappeler que certaines organisations nouvelles sur le champ de l'exclusion métropolitaine (ATD-Quart Monde, Médecins Du Monde, Médecins Sans Frontière, etc.) se sont légitimées par la carence des services publics en particulier dans l'accès aux soins des plus démunis. Elles avaient signifié que leur action se voulait témoignage et démonstration militante mais qu'elles se retireraient dès que l'état et les services publics rempliraient leurs obligations dans ce domaine. La prise en compte médico-sociale récente de ces problèmes avec la création de S. A. M. U. Sociaux et de consultations de précarité, la mise en place d'une loi cadre de lutte contre l'exclusion, etc., laisse à penser que leurs arguments ont été entendus. Nous verrons les conclusions qui en seront tirées par ces organisations caritatives. Cependant, on peut douter de leur retrait dans ce domaine lorsque l'on prend acte des auto-légitimations permanentes et évolutives qu'elles donnent.

Ce qui fait dire parfois à certains de façon provocante que la précarité nourrit beaucoup de monde et qu'il serait très étonnant de voir des organisations se saborder dans ce créneau très « porteur ». Quand bien même cela se produit, il est intéressant de voir ce qui se passe. Ainsi, à Lyon, Médecin Sans Frontière a fermé sa mission France en mai 1995, estimant que les besoins de santé des personnes démunies étaient désormais couverts. Or, un an après, considérant qu'il n'en est rien, une autre association, l'association EquiLibre reprend cette mission à son compte avec un bus spécialement aménagé. Mais, cette association affiche à son

tour comme objectif de disparaître d'ici à trois ans quand les structures de soins de droit commun auront pris le relais (Le Quotidien du médecin n° 5838 du 23 avril 1996, p. 25). Cette anecdote ne diminue pas vraiment nos préventions et nos doutes. Quoi qu'il en soit, ainsi que nous l'avons vu, ce débat entre le caritatif et le politique n'est pas nouveau.

✧ Entre le coercitif et le caritatif

On peut rappeler que Vincent de Paul qui pourtant était lié à la Compagnie du Saint-Sacrement, se montre opposé à la politique d'expulsion des mendiants étrangers de la ville. L'idée de la création de l'Hôpital Général à laquelle il a initialement souscrit, mettant Bicêtre et la Salpétrière qui dépendaient de son autorité à la disposition de la nouvelle institution, ne tarde pas à éveiller ses réticences. Il refuse de prendre la direction de l'Hôpital Général, craignant que la politique d'internement des pauvres soit contraire à la volonté divine [19] (p. 286). On peut aussi, à titre d'exemple citer Jack London [32] (p. 138) : « (...) *à ce moment apparut un adjudant de l'Armée du Salut, et il me fut tout de suite antipathique. Il avait l'oeil méchant, et rien en lui ne pouvait rappeler le modeste Galiléen. En revanche, il tenait beaucoup du centurion de la Bible (...). Il nous apparut conforme à cette description et ceux qui étaient près de lui se mirent à trembler. Puis, il éleva la voix : Arrêtez de faire du bruit ou bien je vais vous mettre dehors, et vous partirez sans manger. Il me sembla vraiment être un homme à poigne, capable de dire à un demi-millier de miséreux en loques : je vous autorise à manger, ou bien je vous en prive, c'est moi seul qui décide (...)* ».

Le tableau suivant résume ces différentes conceptions.

TABLEAU N°3
LES DIFFERENTES APPROCHES SOCIALES

APPROCHE	COERCITIVE	CARITATIVE	SOCIO-POLITIQUE
Responsabilité	Individuelle	Divine	Collective
Caractéristique	Traitement global et indifférencié	Traitement global et différencié, bons et mauvais pauvres	Indifférencié et contrepartie exigée
Perception	Danger social et sanitaire, inutilité du pauvre	Ordre naturel, utilité métaphysique	Danger de cohésion sociale, inutilité de la pauvreté
Abord	Ordre public	Militantisme	Idéologie
Jugement	Faiblesse morale	Déficience	« Victimisation »
Cause	Volontaire	Involontaire	Involontaire
Ethique	De protection de classe favorisée et du pouvoir	Du bien, de la pitié	Du juste, du travail

C) LA POSITION DU CHERCHEUR :

Nous avons exercé durant 15 ans, jusqu'en décembre 1995, comme médecin anesthésiste-réanimateur plein-temps à l'hôpital de la Maison de Nanterre devenu depuis l'hôpital Max Fourestier. Nous poursuivons cette activité en assurant régulièrement des gardes d'anesthésie-réanimation. Dans ce cadre, nous sommes de longue date confronté à la présence de ces patients S. D. F.. C'est pourquoi, dans ce contexte, il peut sembler logique, au-delà des aspects strictement médicaux, que l'attention se porte sur les problèmes éthiques et médico-sociaux particuliers à ces populations. La création d'un D. E. A. en éthique biomédicale semblait une opportunité pour formaliser et approfondir les nombreuses questions interpellant les personnels travaillant auprès de ces personnes. C'est dans la poursuite de ce travail que s'inscrit cette nouvelle recherche.

Une réflexion éthique centrée sur les pratiques biomédicales semble être une approche intéressante. Essayer de rapprocher ce que Nicole Léry [36] (p. 2166) appelle « les penseux » et les « besogneux », bien que probablement fantasmatique, est un pari impossible mais dont la tentative, en elle-même, présente quelque intérêt. Sur ce thème, nous sommes en accord avec Michel Maffesoli lorsqu'il dit [37] (p. 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 sécrète 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 tord 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. »

---

(36) - LERY Nicole, *Droit et éthique de la santé, l'expérience d'une consultation,* in Médecine et hygiène n° 1850, 15 août 1990, pages 2161-2166.

(37) - MAFFESOLI Michel, *Le temps des tribus,* Méridiens Klincksieck, 1988, 226 pages.

Il faut d'emblée dire un mot sur le problème de la transdisciplinarité. Cette recherche a été, au début de notre travail, l'objet d'une longue quête afin de trouver un directeur de mémoire et de thèse. Il est particulièrement frappant de voir en France, à quel point les barrières entre les différentes disciplines sont rigides. Il nous faut peut-être poser avec Edgar Morin [38] (p. 12) qu'une des caractéristiques de la connaissance moderne procède d'une « brisure du savoir ». « *La modernité a procédé à de tels gains inouïs de connaissance que nous avons fermé les yeux sur le prix à payer, sur les formes nouvelles d'un obscurantisme qui descend des lieux même de la production du savoir, l'université, la recherche, la culture. (...) chacune des sciences modernes continue de progresser, mais le « cloisonnement disciplinaire » interdit pour l'instant, toute capitalisation de ce savoir, éclaté en différentes compétences éparses voire irréconciliables. Sciences exactes contre sciences humaines, sciences de l'homme contre sciences de la société. Chacun de ces fragments continue d'avancer en ignorant le visage total dont il fait partie* » [39] (p. 235).

De plus, en matière d'exclusion, les frontières entre les différentes disciplines ne paraissent pas très opératoires. D'ailleurs en 1957 déjà, Alexandre Vexliard, précisait bien que l'étude du vagabondage ne peut être que pluridisciplinaire, associant l'aspect psychologique, sociologique, historique, politique, économique, psycho-biologique, moral, criminologique et juridique [40] (p. 15). De fait, cette question semble bien appeler une réflexion transversale et interdisciplinaire. La réflexion transdisciplinaire sur les problèmes posés par ces populations, associée à un travail d'observation de terrain issu de la réalité quotidienne, est une méthodologie susceptible de produire des résultats pertinents. Faute de quoi on en arrive comme le dit Edgar Morin « *A l'intelligence aveugle qui détruit les ensembles et les totalités et qui isole tous les objets de leur environnement. Elle ne peut concevoir le lien inséparable entre l'observateur et la chose observée. Les réalités-clés sont désintégrées, elles passent entre les fentes qui séparent les disciplines* » [41] (p. 19). En ce sens, nous reprendrons à notre compte Michel Maffesoli lorsqu'il dit : « *La connaissance toujours et à nouveau renaissante, est en liaison avec l'état du monde, et c'est lorsque l'on oublie cela que le décalage inévitable entre la réflexion et la réalité empirique devient un fossé, qu'il est dès lors impossible de franchir* » [42] (p. 11).

Pourtant, la notion de pluridisciplinarité ou mieux ici de transdisciplinarité reste encore une notion bien théorique. Les anthropologues, les philosophes et les sociologues contactés au début de notre travail avaient tous dit que, bien sûr, notre travail de recherche semblait intéressant.

Cependant, n'étant ni anthropologue, ni philosophe ni sociologue, nous devions évidemment le devenir avant d'avoir la possibilité de travailler dans leur domaine. C'est pourquoi nous tenons tout particulièrement à remercier le Pr. Michel Maffesoli pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche. Nous n'avons, bien évidemment, aucunement la prétention à travers ce travail d'être devenu sociologue, mais son aide nous a permis, en utilisant des méthodologies sociologiques, de

(38) - MORIN Edgar, *La méthode 3*, *La connaissance de la connaissance*, éditions du Seuil, 1986, 243 pages.

(39) - MORIN Edgar, *La méthode* 4, *Les idées*, éditions du Seuil, 1991, 261 pages.

(40) - VEXLIARD Alexandre, *Le clochard, étude de psychologie sociale*, Desclée de Brouwer, 1957, 317 pages.

(41) - MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeurs, 1994 (1990), 158 pages.

(42) - MAFFESOLI Michel, *Au creux des apparences*, éditions Plon,1990, 300 pages.

mener de façon plus approfondie cette recherche. Il s'agit dans cette transdisciplinarité moins de juxtaposer des approches dans un travail « académique » que de favoriser une complémentarité et un inter-enrichissement. Cette démarche serait alors opératoire au quotidien en nous permettant d'élargir notre champ de vision de praticien. Ceci afin - peut-être - de voir des éléments passés auparavant inaperçus, car hors de notre champ de stricte compétence disciplinaire. Cependant, cette démarche n'est pas sans difficulté et sans piège. Difficulté d'adapter son propre discours disciplinaire et d'essayer de comprendre le langage des autres, juristes, philosophes, sociologues et travailleurs sociaux. Difficulté de croiser des approches polyphoniques et des questionnements divers surtout s'ils sont plus dérangeants que la monophonie de sa propre discipline. Cependant, malgré ces difficultés, nous sommes néanmoins en accord avec Edgar Morin lorsqu'il dit [39] (p. 92), « *La vision non complexe des sciences humaines, des sciences sociales est de penser qu'il y a une réalité économique d'un côté, une réalité psychologique de l'autre, une réalité démographique de l'autre, etc.. On croit que ces catégories créées par les universités sont des réalités, mais on oublie que dans l'économique par exemple, il y a les besoins et les délires humains. Derrière l'argent, il y a tout un monde de passions, il y a la psychologie humaine (...). La dimension économique contient les autres dimensions et on ne peut pas comprendre la réalité de façon unidimensionnelle* ».

Le Docteur Patrick Henry, crée en 1984 la consultation médicale des personnes sans-abri. Elle sera la première en France. En 1992, il quitte Nanterre pour le Département Environnement et Sécurité de la R. A. T. P.. Aussi, c'est tout naturellement que nous assumons durant huit mois, d'avril à novembre 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 observation à la fois médicale, sociologique, et de fondement pratique à la réflexion éthique. Cette consultation est ensuite dirigée par le Docteur Xavier Emmanuelli. Bien qu'ayant repris nos fonctions, très techniques, d'anesthésiste-réanimateur, nous avons conservé, une demi-journée par semaine de consultation au C. H. A. P. S. A.. De plus, nous avons été impliqués, à la fois dans la conception, l'élaboration et le fonctionnement au quotidien du S. A. M. U. Social de Paris. Ces activités, bien que peu importantes en volume, semblent fondamentales pour éviter la coupure entre la réflexion et l'action. La réalité de terrain reste incontournable si l'on veut garder une certaine pertinence dans la conceptualisation d'un phénomène. Depuis le 1er décembre 1995, nous assumons, à plein-temps, la responsabilité de cette consultation médico-sociale. Engagé par ailleurs, dans le fonctionnement de notre Institution en tant que vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement et de Président du Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Nanterre, il est bien évident que ces différentes « casquettes » ne peuvent être complètement gommées ou niées lorsque nous endossons celle du « chercheur en sciences humaines ».

Un certain nombre d'usagers nous connaît comme médecin traitant au Centre de Dépistage et de Soins aux Personnes Sans-Abri, d'autres en tant que médecin anesthésiste. Il est même arrivé que nous adressions en consultation de Chirurgie un patient que nous avons vu à la consultation médicale du C. H. A. P. S. A. et que nous soyons amenés à le revoir en tant que médecin-anesthésiste à la consultation de pré-anesthésie ou au bloc opératoire pour l'endormir parce qu'une intervention chirurgicale a été décidée. Un certain nombre nous connaît également par nos fonctions électives ou représentatives au C. H. A. P. S. A. ou encore pour nos activités au S. A. M. U. Social de Paris. Il faut donc admettre et prendre en compte que lors des entretiens par exemple, nous ne saurions en aucun cas prétendre ou être perçu comme neutre et jouer le rôle d'un opérateur de magnétophone. Nous assumons délibérément une position de non-neutralité dans l'échange avec la méthode des biographies par exemple. C'est pourquoi il faut, avec la plus grande honnêteté possible, préciser sa propre position et son statut dans l'échange.

D) LA POPULATION ETUDIEE

On peut définir notre population de façon très simple en précisant qu'il s'agit de personnes sans-abri venues ou amenées à Nanterre. Il suffit alors d'indiquer qu'il ne s'agit que d'une partie des S. D. F. de la région parisienne. Il est clair qu'il s'agit de la partie la plus désocialisée, la plus désinsérée de cette population. Cependant, il ne s'agit pas d'une population homogène. Le flou qui règne à son sujet, tant sur le plan sémantique que qualitatif ou quantitatif, est à l'origine de nombreux et fréquents malentendus. Les « spécialistes » de l'exclusion travaillant auprès des S. D. F. ne se comprennent pas, car en fait ils ne parlent pas de la même chose et ne traitent pas des mêmes personnes. Il s'agit d'une population qui ne constitue pas, loin s'en faut, un groupe social cohérent et homogène. En effet, quoi de commun entre un clochard à la rue depuis vingt ans, un immigré clandestin en situation irrégulière, un toxicomane sidéen, un malade sortant d'un hôpital psychiatrique ou une femme maltraitée jetée dehors avec son ou ses enfants. C'est pourquoi, il est fondamental de préciser au mieux ce dont on parle, d'affiner le plus possible la définition de sa population afin d'éviter toute incompréhension et toute généralisation abusive.

1°) <u>La définition sémantique</u>

Un très grand nombre de dénominations, pour certaines très imagées, présentes ou passées les qualifient, mais aucune n'est vraiment satisfaisante.

✧ Sous le terme de Vagabond

« *à sept ans, chassé, conspué,* ***vagabond****, montré du doigt par les bonnes boutiquières de Montmartre à leurs petits, j'étais recherché dans la haute pègre et, plus d'un escarpe fameux ne dédaignait pas de m'avoir pour complice* » (Louise Michel, La misère).

L'ancien code pénal [14] dans son article 270 indique : « *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* ». Il reprend une ordonnance du 27 août 1701 qui stipulait : « *déclarons vagabonds et gens sans aveu ceux qui n'ont ni profession, ni métier, ni domicile certain, ni lieu pour subsister et qui ne sont aveues et ne peuvent certifier de leur bonne vie et moeurs par personnes dignes de foi* ». La notion d'adveu date du XII^{è} siècle. Il correspond à l'engagement écrit du vassal à son seigneur. A l'acte d'allégeance correspond en retour la protection.

Il contient donc explicitement la notion de lignage et d'identité. La forme moderne de l'aveu est l'acte de naissance. On peut, à titre d'exemple, rapporter cette remarque dans le journal d'un bourgeois de Paris (Editions A. Tuestey, Paris, 1881, p. 206) où les laboureurs des environs de Paris se plaignent en 1426 « *(...) des larrons brigands, qui n'avoient point d'aveu et nul estendart et estoient poures gentilz hommes qui aussi devenoient larrons de jour et de nuyt* ».

Les arrêtés d'application du code pénal sont promulgués entre 1870 et 1890. Ils précisent que le vagabondage est 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 et le vagabondage intentionnel. Ces critères permettent, à l'époque, de différencier les vagabonds de personnes en situation précaire, au bord de la désocialisation comme les ouvriers agricoles ou le 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. Nombre de ces clochards n'est pas des vagabonds et on les retrouve dans les endroits, en particulier dans les gares ou les grands centres commerciaux, où ils « zonent », où ils occupent l'espace au besoin pour et par l'activité de la manche. Il existe même, pour beaucoup, une sédentarité marquée, et les places sont souvent bien déterminées. Les personnels travaillant dans la rue auprès de ces populations (S. A. M. U. Social, B. A. P. S. A., organisations caritatives ou travailleurs sociaux de rue) savent très bien, par exemple, que Mme Durand se trouve toujours vers le parvis de l'église des Innocents et M. Dupont gare du nord, endroit où ils ont leurs habitudes. De tout temps, on retrouve une délimitation géographique des zones de pauvreté en milieu urbain. Les gueux cohabitent avec les prostituées et les délinquants avec lesquels ils partagent les « bas quartiers ». Sur ce thème, on peut voir Bronislaw Gérémek qui dans son ouvrage sur les marginaux parisiens au XIV^{è} et XV^{è} siècle [4] (p. 79-102) en a fait une étude très détaillée. Aujourd'hui, on retrouve à Paris ces lieux de prédilection tels que le forum des halles, les gares, certaines stations de métro et quelques églises. Comme le montre Pascale Pichon [43] (p. 44), ces endroits permettent l'anonymat lié à une visibilité sociale moins grande qui limite les sentiments de honte, assurent de trouver abri et nourriture et permettent un échange monétaire maximum. De plus, ce sont les lieux où les services d'assistance qui vont à leur rencontre se présentent le plus souvent.

✧ Sous le terme de Sans Domicile Fixe, S. D. F. (*Homeless man*), de Sans Domicile, ou encore de Sans Domicile Certain

Le terme homeless man est employé par Alice Solenberger dans son étude portant sur 1000 individus de Chicago, pour recouvrir tous les types d'hommes sans attaches, vagabonds, hoboes, clochards ainsi que toutes les variétés de nomades sans appellation (*One Thousand Homeless Men*, Russel Sage Foundation, 1911). Ce terme d'après Nels Anderson est une expression typiquement employée, à l'époque, par les travailleurs sociaux. L'appellation Sans Domicile est retrouvée dans les documents administratifs vers la fin du siècle dernier.

L'appellation Sans Domicile Fixe correspond de fait à une catégorisation administrative et juridique que l'on voit apparaître dans les années 1969-1970.

(43) - PICHON Pascale, *Les SDF : La carrière, la manche, l'asile*, Mémoire de D. E. A. de sociologie, Université Lyon II, polycopié, septembre 1991, 89 pages.

Elle permet une localisation fictive pour l'établissement de certains actes administratifs comme le R. M. I., ou l'établissement d'une Carte Nationale d'Identité. Le code civil montre combien la détermination du domicile est délicate, car on se trouve en situation de droit et non en situation de fait. Comme nous l'avons vu, un certain nombre de personnes non sédentaires comme les forains en caravanes, les tziganes, les bateliers par exemple, est stricto sensu, S. D. F. sans être pour autant des clochards ou des vagabonds. L'invitation du responsable de la consultation médicale des personnes sans domicile fixe (en fait « spécialiste » des sans-abri et des clochards) pour une communication sur les S. D. F., à un congrès international en Grèce, a posé un problème diplomatique. Ce congrès concernait en fait des bateliers et des forains tout à fait surpris et choqués qu'on les assimile aux clochards. Cette anecdote traduit bien l'ambiguïté sémantique de la qualification. D'ailleurs, Alexandre Vexliard précise qu'en 1952, plus de 10 millions d'américains vivent en permanence dans deux millions de roulottes très confortables et sont stricto-sensu des S. D. F. [40] (p. 45).

On peut également faire une distinction entre Sans Domicile Fixe et Sans Domicile Certain, reprenant ainsi les termes de l'ancien code pénal [14] (art. 270 et jurisprudence, p. 162), ce qui permet de différencier les non-sédentaires des vagabonds et des clochards.

✧ Sous le terme de Sans Abri, de Sans Toit ou de Sans Logis

« *(...) disloqué, de cailloux en cailloux, cahoté, il respirait toujours ;* ***sans abri****, sans asile (...)* ». Victor Hugo, La légende des siècles, t. 2, «le Crapaud », p. 284, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1895), 372 pages.

Le terme de sans-abri s'entend également dans les bilans après un séisme ou une catastrophe naturelle. On retrouve cette appellation dans le sigle de la Brigade d'Assistance de la Préfecture de police (B. A. P. S. A.).

Le terme de sans toit ou de sans logis est volontiers employé par les associations caritatives et on peut rappeler les affiches de l'Abbé Pierre en 1993 « Que fais-tu toi pour les sans toit ? ». Mais ces terminologies définissent un état instantané et ne permettent pas de qualifier une population. Ainsi, ils ont parfois des possibilités d'abri précaire, provisoire, ou temporaire comme un hôtel intermittent et de façon ponctuelle, un squat, un hébergement d'urgence, ou un centre d'accueil. Ils ne sont donc plus à un instant « T » des sans-abri alors qu'ils rentrent parfaitement dans notre population.

✧ Sous le terme de Mendiant ou de Mendigot

« *Un gueux des environs de Madrid demandait noblement l'aumône ; un passant lui dit : N'êtes-vous pas honteux de faire ce métier infâme quand vous pouvez travailler ? - Monsieur, répondit* ***le mendiant****, je vous demande de l'argent et non pas des conseils - (...)* ». Voltaire, *Dictionnaire philosophique, Amour-propre*, p. 38, GF Flammarion, 1964 (1766), 374 pages.

On retrouve dans les Actes Royaux [18] les termes mendians, mandians ou mendicans.

Le terme de mendiant professionnel est retrouvé dans le rapport du Comité de mendicité de 1790 - 1791 (p. 347). Il est utilisé pour définir les mauvais pauvres. Ils sont définis comme ceux qui se refusent à tout travail, troublent l'ordre public, sont un fléau pour la société et appellent sa juste sévérité (in [20] p. 102).

« *Debout dans l'encoignure d'une porte, un vieux* ***mendigot****, une ruine humaine, un paquet de loques et de poils (...)* ». Georges Duhamel, Salavin, *Journal*, 5 février. « *Tous les* ***mendigots****, vrais ou faux, fauchés ou fortunés s'y retrouvent à intervalle régulier, les pilons qui tendent une jambe dépareillée aux abords des correspondances métropolitaines, et les spécialistes de la manche qui présentent casquette ou béret basque aux lieux dits de stationnement interdit* » Jean-Paul Clébert, *Paris insolite*, Denoël, 1952, p. 171.

Le terme de Mendigot apparaît au XIX^{è} siècle vers 1875. Ce terme populaire est une contraction des deux mots mendiant et parigot.

« *Un* ***mendiant*** *déguenillé, qui ne pouvait faire recette, perdu qu'il était au milieu de la foule (...) avait imaginé de se jucher sur quelque point en évidence, pour attirer les regards et les aumônes. Il s'était donc hissé (...) jusqu'à la corniche (...) et là il s'était assis, sollicitant l'attention et la pitié de la multitude, avec ses haillons et une plaie hideuse qui couvrait son bras droit* ». Victor Hugo, *Notre-Dame de Paris* [9] (p. 33).

On peut rapprocher de ces termes l'expression Québécoise maintenant inusitée de quêteux. Céline Mercier précise toutefois que si on retrouve bien le dénuement et la dépendance sociale, le « quêteux » avait cependant un rôle social reconnu, celui de faire circuler les nouvelles de village en village [44] (p. 740). L'activité de la manche représente une partie visible de ces populations, mais un certain nombre de ces mendiants n'est pas Sans Domicile Fixe. Ainsi, 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 par exemple, « à la priante » devant une église fréquentée et rentable. De même, tous les musiciens et mendiants du métro par exemple ne sont pas Sans Domicile Fixe. A l'inverse, tous les S. D. F. ne se livrent pas à l'activité de la manche. Pour certains, il ne s'agit pas d'une activité routinière et la manche a un caractère occasionnel.

✧ Sous le terme de clochard (*Stiff ou Bum*)

« *(...) me demandant pour quelle raison Paris offrait l'aspect d'une ville à ce point morte que pas même* ***un clochard****, une ivrognesse, un chien perdu ou quelque chiffonnier (...) ne s'était trouvé sur mon chemin (...)* ». Francis Carco, *Nostalgie de Paris*.

Ce terme caractérise la personne qui erre sans but et n'a d'autres ressources que la mendicité. Il date de la fin du XIX^{è} siècle (1895 d'après le dictionnaire Grand Robert). Il provient du verbe « clocher », marcher en boitant. Il désigne ainsi le vagabond comme celui qui marche à cloche-pied ou en boitant.

(44) - MERCIER Céline, FOURNIER Louise, RACINE Guylaine, *L'itinérance*, in Traité des problèmes sociaux, Chap. 36, p. 739-764, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994.

On comprend ce terme lorsque l'on sait l'importance pour eux de la marche, du pied et de la chaussure. Ce sont des populations qui marchent vraiment beaucoup même s'ils se localisent dans un environnement restreint. L'importance des lésions des pieds que l'on rencontre en témoigne. Il est vrai que dans la rue, il est dramatique de se faire le voler sa paire de chaussures, ce qui est fréquent, ou d'être affligé d'une simple ampoule aux pieds qui se surinfecte, en particulier avec des chaussures de taille inadaptée. 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. « *Considéré comme le plus impuissant et le plus incurable des Sans-Abri, ce terme de clochard ou de clodo intègre l'ivrogne invétéré et le vieux faible et incapable de survivre* » [2] (p. 120). Ce sont les plus pitoyables et les plus repoussants des miséreux. C'est pourquoi, 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.. Ceci n'est pas très nouveau et, déjà au début du siècle, Nels Anderson remarque qu'on les appelait « les piliers de mission » et qu'ils étaient extrêmement impopulaires et méprisés. 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 que l'on peut qualifier de « bon sens populaire ». On peut dire avec Michel Maffesoli [37] (p. 13) 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 problématique éthique ou dans la discussion sur la fameuse réinsertion. Nous qualifierons ce concept de réinsertion, en tout cas dans la définition classique déjà mentionnée, de non-sens pour des personnes qui se trouvent dans cette position terminale. Le bon sens dont ils font parfois preuve, pointe une constatation que l'on fait. Il existe une sorte de ligne invisible qui, une fois franchie, rend très aléatoire pour ne pas dire impossible toute réversibilité à leur situation. A l'évidence, le clochard a franchi cette ligne invisible. Jean-Luc Porquet utilise lui pour les désigner l'expression argotique américaine de Stiff [6]. Au Québec, on trouvait l'expression très imagée de robineux qui cumule l'absence de domicile fixe, la marginalité, la pauvreté, la désafiliation et l'alcoolisme chronique [44] (p. 740).

✧ Sous le terme de Population du Quart-Monde

Ce terme est popularisé par Alfred Sauvy dans les années 1950. Mais on voit bien que ce qualificatif ne s'applique pas uniquement aux errants, même s'ils sont contenus dans ces populations. Il est vrai que l'appel de l'Abbé Pierre date de l'hiver 1954, mais à la fin des « trente glorieuses » survient l'électrochoc créé par le livre de René Lenoir [45] puis par le rapport du Père Joseph Wresinski fondateur du mouvement A. T. D. Quart-Monde [46].

La mise en place du R. M. I. a servi de révélateur et d'étude en grandeur nature. Il a permis au Politique et à la société entière, qui semblait l'ignorer, de voir non seulement à quel point cette population représente une réalité, mais surtout

(45) - LENOIR René, *Les exclus*, éditions du Seuil, 1989 (1974), 179 pages.

(46) - WRESINSKI Joseph, *Rapport grande pauvreté et précarité économique et sociale*, présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.

quelle est l'ampleur du problème posé. Cependant, la population du quart-monde comporte des personnes et des familles moins désocialisées que celles que nous prenons en charge à Nanterre où d'ailleurs on n'accueille pas de familles.

✧ Sous le terme de routard ou de zonard

Un petit nombre se reconnaît volontiers dans ces qualificatifs. Le routard est censé maîtriser une exclusion qui est plus ou moins choisie ou en tout cas acceptée. Il représente, à travers le mythe du départ, du marginal connaissant « toutes les ficelles », une référence pour certains. 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 à la personne socialisée enchaînée à sa maison, à sa famille, à son travail et à sa vie de labeur. On retrouve peut-être aussi, implicitement contenue, l'image du juif errant. Sur ce thème, on peut rappeler - en particulier à la fin du XIX^{è} siècle - les écrits de Charcot (*Polyclinique de la Salpétrière*, 1887 - 1888, p. 155) et de Meige (*Le juif errant de la Salpétrière, étude sur certains psychopathes voyageurs*, Thèse, Paris, 1893) sur le juif errant et l'automatisme ambulatoire. On peut rechercher dans cette symbolique une part d'explication au traitement appliqué au vagabond. Elle recouvre des notions que l'on trouve plus ou moins enfouies mais qui sont assez présentes sur lesquelles nous reviendrons.

Le zonard lui a son aire d'errance limitée géographiquement. On retrouve dans cette catégorisation ceux que l'on a appelé « les nouvelles tribus urbaines » représentées par les punks, les skinheads ou les zoulous.

✧ Sous le terme de Hobo

Les hoboes sont des ouvriers migrants aux Etats-Unis dans la deuxième moitié du XIX^{è} et au début du XX^{è} siècle. Ils ont été remarquablement décrits par Nels Anderson lui-même ancien hobo avant d'être étudiant à Chicago. Le mot hobo est issu du mot « Hoe-Boy » littéralement : l'homme de la houe. Il fait référence au travailleur agricole poussé vers les villes et pointe une origine socio-économique du vagabondage. Le docteur Ben Raitman, médecin des pauvres et ancien « routard », est un personnage légendaire de la hobohème de Chicago. Il est l'ami d'Emma Goldman, la célèbre révolutionnaire américaine et fréquente le département de sociologie de Chicago. Pour lui, *« l'espèce nomade comprend trois types : Le hobo, le vagabond et le clochard. Le hobo travaille et se balade, le vagabond rêve et se balade et le clochard boit et se balade »* (in **[2]** p. 111). Jack London a lui aussi partagé durant environ un an la vie des Hoboes américains. Il relate cette expérience dans un roman retraçant la vie de ces travailleurs itinérants **[47]**.

(47) - LONDON Jack*, Les vagabonds du rail*, collection 10/18, Paris, Christian Bourgeois, 1993 (1907), 309 pages.

✧ Sous le terme de Chemineau

« *il y a plus de trente ans qu'il a quitté le pays et qu'il marche,* ***chemineau*** *ou mendiant* ». Jules Renard, *journal*, 1905.

On retrouve au début du siècle un Ordre de bienfaisance et de secours des chemineaux, et une organisation de la « Fraternité errante ». Le chemineau parcourt les chemins et qui vit de petites besognes, d'aumônes ou de larcins. On trouve la vie d'un de ces routards-mendiants retracée par Michel Galabru dans le film de Bertrand Tavernier « Le juge et l'assassin ».

✧ Sous le terme de nomade

Ce terme est utilisé pour d'autres types de population non-sédentaire comme les bédouins, les tziganes ou les gens du voyage par exemple.

✧ Sous le terme de Gueux

« *(...) pendard !* ***gueux*** *! bélître ! fripon ! maraud ! voleur !* ». Molière, *Le Médecin malgré lui*. « *Quoi ! ce Bohémien ?, ce galeux ?, ce bandit ? ce zafari ? ce* ***gueux*** *?, ce va-nu-pieds ?* ». Victor Hugo, *Ruy Blas*, acte IV scène II, Don César, p. 350, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1866), 464 pages.

Depuis le Moyen-Âge, cette appellation caractérise les personnes réduites à mendier pour vivre. François Villon dans ses ballades en argot de voleur qualifie souvent ses compagnons de la sorte. (Henri Sauval, *Histoire et recherche des antiquités de la ville de Paris*, t. I, Paris, 1724, p. 510-512, in [4] p. 94, note 63, et p. 236, note 197).

✧ Sous le terme de Va-nu-Pieds

« *(...) s'il avait soin de lui-même et de ses habits, il n'aurait pas l'air d'un* ***va-nu-pieds*** . Balzac, *La Rabouilleuse*. « *Il paraîtrait qu'un bohémien, un* ***va-nu-pieds****, une espèce de mendiant dangereux serait en ce moment dans la ville* » Victor Hugo, *Les misérables*, t. 1, p. 102, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1865), 474 pages.

Comme le verbe clocher, ce terme fait référence au pied, à la chaussure, et à leur importance vitale pour la survie dans la rue.

✧ Sous le terme de Trimardeur

« *(...) un* ***trimardeur****, un de ceux dont l'aspect farouche met le remords au coeur des uns, la peur aux tripes des autres. Le gueux dont les chansons assurent qu'il est heureux, qu'il est fait pour la route (...)* » Francis Jourdain, *Sans remords ni rancune*.

Ce qualificatif caractérise les voleurs de grandes routes et les bandits de grand chemin.

✧ Sous le terme de Meurt-de-Faim

Cette expression imagée est utilisée au Moyen-Âge. On la retrouve également dans la littérature, chez Victor Hugo par exemple : « (...) *C'est à ces riches là que demandent l'aumône. Ce* ***meurt de faim****, l'autel, et ce pauvre, le trône* ». *La légende des siècles,* t. 1, *Les deux mendiants*, p. 119, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1895), 384 pages.

✧ Sous le terme de Sans Feu ni Lieu

« *courir comme un bandit qui n'a* ***ni feu ni lieu*** *(...)* ». Boileau, *les Satires*, VIII.

« *(...) nous, dit-il en riant vers Mathieu d'un air complice, on n'a personne à ménager, on est* ***sans feu ni lieu****. Sans foi ni loi. On passe : vous autres, vous restez et nous on passe, on s'en va, on est des oiseaux de passage, des romanichels* ». Jean-Paul Sartre, *La Mort dans l'âme*.

On trouve cette expression utilisée par Jack London [32] (p 10) ou par Pierre Bourdieu [48] (p. 499), dès 1363, « *Des personnes dignes de foi nous rapportent -déplore l'évêque de Paris dans l'introduction d'un document qui autorise la création d'une confrérie charitable - qu'une calamité nouvelle frappe les rues et places de Paris : elles sont envahies par une foule innombrable de mendiants.* ***Sans feux ni lieu****, exposée au froid et à la faim, désespérée, celle-ci attend une aide quelconque* » [4] (p. 189). On la trouve utilisée dans le registre criminel du Châtelet vers 1496 [4] (p. 38). Enfin, nous l'avons trouvée employée au XIX^{è} siècle (Journal L'illustration n° 2329 du 15 octobre 1887, La prison de Nanterre par Marcel Edant).

✧ Sous le terme de Sans Ami et de Sans Ame

Cette appellation est utilisée par Nels Anderson [2]. Elle est évocatrice et assez significative.

✧ Sous le terme de Demeurant partout

Bronislaw Gérémek relève ce terme dans des documents juridiques vers 1400 (Registre des arrestations opérées par les sergents du Chapitre de Notre-Dame, Archives nationales, Z^2 3118, fol. 1 V, 4, 5, 11, 18, etc., 1404-1405, (in [4] p. 311).

✧ Sous le terme de Galérien

Héritage peut-être des sanctions qui autrefois les frappaient, ou référence à « la galère » qu'ils vivent quotidiennement, c'est un terme de dérision que certains dans notre population, parmi les plus jeunes, emploient actuellement entre eux. On retrouve une identification de groupe dont ils se parent ironiquement : *« Les galériens de la jungle* (de la rue) ».

(48) - BOURDIEU Pierre, *La misère du monde*, Coll. « Libre examen », Seuil, 1993, 948 pages.

✧ Sous le terme d'Indésirable

Ce terme, quelque peu excluant et en tout cas à forte connotation péjorative les a désigné de façon récente dans le jargon « maison » de la S. N. C. F. [49].

✧ Sous des termes péjoratifs aussi divers que : Hors Circuit, Hors La Loi, Hors La Vie, Hors Service, Sans Une thune, Hors Les Murs

L'expression Hors les murs fait référence au bannissement qui était une des sanctions qui autrefois les frappait.

✧ Sous le terme d'Inutile au Monde

Ce terme terrible est retrouvé par Bronislaw Gérémek dans le registre criminel du Châtelet de Paris, éd. Duples-Agier, Paris, 1861-1864, t. II, p. 353 : « *Estoit digne de mourrir comme inutile au monde, c'est assavoir d'estre pendu comme larron* » Il retrouve également dans des documents juridiques, la qualification du vagabond comme un « *fardeau inutile que doit supporter la terre* ».

✧ Sous le terme de Caymant

Ce terme méprisant du Moyen-Âge est donné depuis 1413 aux faux mendiants, à ceux qui quémandent sans justification. Il serait issu de « Caym » qui désignait le roi des mendiants (Sainéan, *les sources indigènes de l'étymologie française*, Paris, 1912, t. I, p. 339, in [4] p. 236, note 201 et in [5] p. 78). On retrouve ce terme, associé au qualificatif de grand Coesre, roi de l'argot, chez Victor Hugo « *Moi, Clopin Trouillefou, roi de Thunes, successeur du grand coësre, suzerain suprême du royaume de l'argot (...) tu dois être puni, à moins que tu ne sois capon, franc-mitou ou rifodé, c'est-à-dire, dans l'argot des honnêtes gens, voleur, mendiant ou vagabond*» [9] (p. 97).

✧ Sous le terme d'Escarpe

On retrouve ce terme utilisé dans la presse au XIX^{è} siècle (Journal L'Illustration déjà cité) accompagné d'autres substantifs comme vagabonds d'habitude, tourbe paresseuse et vile, et Alphonses surpris un jour sans domicile, etc..

✧ Sous le terme de Hors Lieu

Sous ce terme, Xavier Emmanuelli regroupe tous les gens en rupture de société, dans la « débine ». Ils sont toujours à côté d'une institution, que ce soit en ce qui concerne la famille, le logement, l'éducation, le monde du travail, ils ne sont jamais complètement inclus [50] (p. 177).

---

(49) - DAMON Julien, *Les « indésirables » dans les espaces de transport. Les exemples de la R. A. T. P. et de la S. N. C. F.*, Polycopié, 92 pages, sept 1993.

(50) - EMMANUELLI Xavier, *Dernier avis avant la fin du monde*, Albin Michel, 1994, 246 pages.

✧ Sous les termes d'Exclu ou de Nouveau Pauvre

C'est avec le livre René Lenoir [45] que le terme d'exclu est popularisé. Il dénonçait en 1974 le risque d'une société à deux vitesses. Depuis le mot, et surtout celui qu'il désigne, a pris de l'importance dans le débat de société. En vingt ans le livre du secrétaire d'Etat à l'action sociale a imposé cette question à l'opinion publique et a ajouté une expression au vocabulaire courant. Même si l'auteur confesse volontiers que ce titre a été choisi par l'éditeur une fois l'écriture achevée. En grande faveur, ces termes bien propres et bien policés servent surtout aux médias comme formules « choc ». Mais en fait, « il n'y a rien de nouveau sous le soleil », les pauvres ne sont pas vraiment nouveaux, pas plus que les exclus n'ont été inclus un jour. Comme le note à juste titre Julien Freund dans sa préface aux *Théories de l'exclusion* de Martine Xiberras [51] (p. 11) : « *La notion d'exclusion est en train de subir le sort de la plupart des termes qui ont été consacrés de nos jours par la médiocrité des modes intellectuelles et universitaires : elle est saturée de sens, de non-sens, et de contre-sens ; finalement, on arrive à lui faire dire n'importe quoi (...). On assiste d'ailleurs à un éclatement du terme, habitude fréquente à notre époque de confusion, plus dévouée à l'artifice du pluriculturel qu'à la rigueur de la réflexion et de l'expression adéquate. (...). On accueille avec grandiloquence les mots vulgarisés par les médias, mais l'ont est devenu moins accueillant à l'égard des personnes (...)* ».

✧ Sous le terme de Sans Toit Stable

Nous les appellerions volontiers ainsi, comme nous l'avons fait en 1992 [3] (p. 19), quitte à ajouter un terme à cette longue liste. En effet, ce terme paraît à la fois recouvrir matériellement 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.

Ainsi, comme on le voit, le simple fait de les définir sur un plan sémantique pose déjà problème. Le grand nombre de qualificatifs en témoigne. Ceux-ci sont tellement nombreux, qu'on peut y ajouter ceux que certains se donnent, de façon dérisoire et cynique, dans Le Réverbère, journal réalisé et vendu par les sans-abri. On peut y trouver des abréviations telles que S. R. S. (Sans Résidence Stable), F. D. I. (Forcément Dispensé d'impôts), A. B. B. (Aimerait Bien Bosser), P. F. D. L. R. (Pas Fanatique De La Rue), N. A. R. C. U. T. (N'A Rien Contre Un Toit), ou A. D. L. B. E. A. L. B. S. (Amoureux De La Belle Etoile Seulement A La Belle Saison [15] (p. 25-26).

Il est difficile de les qualifier même si, lorsque l'on travaille au contact de ces populations, on sait bien de quoi on parle. Les états frontières sont extrêmement flous et surtout, l'histoire personnelle dans « la carrière » pour reprendre l'expression de H. S. Becker [52] est particulière à chaque individu.

Nous résumons dans le tableau suivant cette définition sémantique.

(51) - XIBERRAS Martine, *Les théories de l'exclusion*, Méridien Klincksieck, 1993, 203 pages.

(52) - BECKER Howard Solomon, *Outsiders*, Métayer, 1985 (1963), 248 pages.

TABLEAU N°4
LA DEFINITION SEMANTIQUE

TERME	ORIGINE	CARACTERISTIQUE
Vagabond	Au moins 1523	Idée d'errance
Sans Domicile Fixe Sans Domicile Sans Domicile Certain	Début du siècle Substantivation récente	Plutôt juridique et administratif à l'origine
Sans Abri, Sans Toit Sans Logis	Fin XIX^{è} siècle XX^{è} siècle	Plutôt caritatif
Mendiant Mendigot	Moyen-Âge Fin XIX^{è} siècle	Pointe une activité visible
Clochard, Clodo, Cloche	Fin XIX^{è} siècle	Image négative, stade terminal de désocialisation
Population du Quart-Monde	1950	Filiation avec le sous-prolétariat au XIX^{è} siècle
Routard, Zonard, Punk, Skinhead, Zoulou	Fin XX^{è} siècle	Population jeune et marginalisée, aspect tribal
Hobo	Fin XIX^{è}, Début XX^{è} siècle	Travailleurs saisonniers errants. Equivalent de chemineau ou de trimardeur
Trimardeur, Chemineau	XIX^{è} siècle	Travailleurs saisonniers errants
Nomades		Inusité pour cette population
Gueux, va-nu-pieds, Meurt de Faim, Sans Feux ni Lieu, Demeurant Partout, Caymant, Hors circuit, Hors service, Hors les Murs, Hors la Loi, Inutile au Monde	Moyen-Âge	Aspect descriptif et symbolique
Sans Ami, Sans Âme	Début XX^{è} siècle	Aspect symbolique
Galérien, Sans une Thune, F. D. I., A. B. B, P. F. D. L. R, N. A. R. C U. T.	Contemporain	Aspect dérisoire
Escarpe	XIX^{è} siècle	Aspect argotique et péjoratif
Hors Lieu Sans Résidence Stable Sans Toit Stable	Contemporain	Aspect descriptif et symbolique
Exclu, Nouveau Pauvre Sans Résidence Stable	Contemporain	Aspect administratif et journalistique
Indésirable	Contemporain	Aspect excluant

2°) <u>La définition médico-sociale</u>

On peut également essayer de les caractériser par leur mode de vie ou leurs pathologies médicales. Il faut signaler que, lorsque l'on consulte des bases de données comme Medline ou Pascal, on ne retrouve - en dehors de la pathologie psychiatrique - que peu d'études concernant les problèmes médicaux ou médico-sociaux de ces populations. On peut ainsi noter que le mot-clé Homeless n'existe dans la banque Medline que depuis 1986. Comme le signale Marie-France Raynault (in [44] p. 89) en août 1989, deux cents références apparaissent sous cette rubrique. Parmi elles, 30% portent sur des aspects psychiatriques, 22% abordent surtout les dimensions socio-démographiques alors que 21% traitent de l'errance de façon générale. On ne trouve que 17,4% de références traitant de leurs problèmes médicaux. Cependant, Il est vrai que depuis peu de temps, on trouve de plus en plus d'articles consacrés à ce thème. Ainsi, en 1995, on recense 989 références supplémentaires dont 35% portent sur la pathologie. Pourtant, la très grosse majorité de la bibliographie nord-américaine touche au SIDA et aux problèmes psychiatriques dans ces populations ou bien est réalisée dans des centres d'hygiène mentale ce qui introduit des biais dans les résultats. De surcroît, ces études portent sur des séries quantitativement très disparates allant de 45 à 970 personnes.

Nous nous contentons dans ce chapitre de « planter le décor ». Le développement en particulier de la partie médicale, sera réalisé de façon plus approfondie dans la discussion qui suivra les résultats de notre travail dans le chapitre - IV -.

a) Par leur mode de vie

Il est vrai que l'absence de domicile stable, l'absence d'hygiène, la malnutrition, l'alcoolo-tabagisme souvent majeur, avec des consommations courantes de cinq à six litres mais qui peuvent atteindre dix à douze litres de vin et d'un à deux paquets de cigarettes par jour, tout ceci représente des caractéristiques fréquemment retrouvées. Patrick Declerck et Patrick Henry ont montré en 1988 que 92% des patients reçus au C. H. A. P. S. A. étaient alcooliques chroniques et consommaient en moyenne entre 5 et 6 litres de vin par jour [53] (p. 75). L'hygiène est souvent au premier plan et il est vrai que le premier contact avec le S. D. F. désocialisé est avant tout un contact olfactif. Mais un certain nombre de personnes socialisées répond à ces critères. Ainsi, par exemple, dans sa revue Solidarité Santé, le ministère de la santé a publié une étude réalisée à partir de l'enquête santé 1991-1992 montrant que dans la population française, 64% des hommes et 29% des femmes sont des buveurs réguliers, 38% des hommes et 21% des femmes fument régulièrement et enfin que 8,6% des hommes et 13% des femmes prennent régulièrement des psychotropes (Solidarité Santé n°1, janvier - mars 1994). A l'inverse, tous les clochards ne présentent pas de façon constante l'ensemble de ces caractéristiques. Ainsi, par exemple, tous ne sont pas alcooliques.

Quant à leur pathologie médico-chirurgicale, nous avons montré [3] (p. 44-57) que cette population présentait, à quelques exceptions près, les mêmes pathologies que la population « normale ». En fait, on constate essentiellement un grand retard à l'accès aux soins, source de lésions historiques, et de troubles du comportement souvent responsables du « divorce par consentement mutuel » entre le personnel

(53) - DECLERCK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane, *Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre*, Mémoire du Diplôme d'Université d'alcoologie, Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, polycopié, 170 pages.

soignant hospitalier et ces patients souvent difficiles que l'on voit sans déplaisir excessif sortir contre avis médical.

b) Par leur pathologie chirurgicale

Celle-ci est étudiée par Patrick Audouy, sur une étude comparative et rétrospective portant sur une très grosse série de 5464 cas dont 600 vagabonds [54]. Elle montre que, par grands groupes de pathologies, la différence porte essentiellement sur une majoration de la pathologie vasculaire et infectieuse, ou sur des différences non-médicales comme la durée de séjour plus élevée et la sortie « contre avis médical » plus fréquente.

On retrouve en ce qui concerne les quelques spécificités du vagabond :

- Les abcès divers en particulier du cuir chevelu souvent provoqués par des lésions parasitaires non traitées.

- Les « pieds de vagabond », et les atteintes des membres inférieurs. Ces lésions sont liées aux carences alimentaires et vitaminiques, et surtout à la marche, avec des chaussures de taille inadaptée et des chaussettes souvent mouillées, collées, voire incrustées dans la peau. Ces pathologies sont très souvent majorées par l'artérite et la polynévrite des membres inférieurs.

- Les gelures d'orteil ou de pied très fréquentes mais pas exclusivement en hiver.

- Les brûlures par source de chaleur. En effet, ils s'endorment fréquemment sur une bouche de métro. Leur imprégnation alcoolique les empêche souvent de se rendre compte de l'apparition de brûlures, et ce phénomène, associé dans cet état à la disparition des mouvements physiologiques durant le sommeil, laisse la même surface cutanée en contact prolongé avec une source de chaleur. On retrouve des brûlures souvent graves en étendue et en profondeur.

- On peut y ajouter la « petite traumatologie » essentiellement liée aux agressions, que ce soit entre eux, par des vigiles, par leurs chiens, par des skinheads, ou par des marginaux beaucoup plus agressifs qu'ils ne le sont eux. On trouve ainsi des lésions oculaires par gaz lacrymogène (gaz C. S), des « tatouages » au cutter ou à la lame de rasoir, des plaies et des fractures diverses, voire même des assassinats purs et simples. La lecture des faits divers est souvent instructive. A titre d'exemple, on peut citer cet homme qui avait le double handicap d'être noir et clochard.

Jeté par une bande de skinheads dans le canal Saint-Martin il est mort noyé, car il ne savait pas nager (France soir, 14 juillet 1994, p. 5). Ce clochard endormi sur qui l'on verse des sceaux d'eau glacée par une température de - 5°C. Cette personne sans-abri abattu froidement, au revolver, par deux enfants de 12 ans dans l'Etat de Washington (Libération, 24 août 1994, p. 13). Ou bien encore ce S. D. F. de 46 ans grièvement brûlé et roué de coups à Paris par deux inconnus (Le Figaro du 25 - 26 mars 1995, p. 12). Enfin, tout récemment encore, ce S. D. F. brûlé vif à Paris en avril 1996 (Le Monde ou Le Parisien, mardi 19 mars 1996, p. 30 et p. 2).

(54) - AUDOUY Patrick, *La pathologie chirurgicale du vagabond parisien, étude comparée*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, juin 1991, polycopié, 217 pages.

c) Par leur pathologie médicale

On peut voir sur ce sujet le bilan annuel de la consultation médicale du C. H. A. P. S. A., le travail du Docteur Patrick Henry [55], ou le rapport médical de la mission France de Médecin du Monde [56]. On retrouve là aussi quelques pathologies hypertrophiées, mais qui sont essentiellement en rapport avec leurs conditions de vie :

- La pathologie cutanée, infectieuse et parasitaire est souvent impressionnante. On retrouve des poux de tête, de corps, de pubis (morpions), 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 très évoluées, en particulier au niveau des pieds. La gravité de ces lésions est liée à la macération sur des pieds non lavés pendant des semaines. Elle est majorée par le fait qu'ils marchent beaucoup.

- La pathologie psychiatrique et neurologique est très fréquente. Etant donné son importance et son retentissement, nous allons nous y arrêter davantage. Cependant là aussi, l'essentiel de la bibliographie récente est donnée au chapitre - IV - lors de la discussion autour de nos résultats. Souvent estimée entre 20 à 30 % selon les cadres nosologiques utilisés, l'incidence de la pathologie psychiatrique est parfois quantifiée jusqu'à 50 à 60 % par certains auteurs [57] (p. 19 - 25). On retrouve même chez Alexandre Vexliard [40] (p. 218), mais sur une micro-série de 72 vagabonds, des chiffres de 75 %, classés en débilité profonde (13,88%), débilité légère (13,88%), instables (13,88%), éthyliques (2,77%), caractériels (15,26%), paranoïaques (5,54%) et psychasthéniques (1,38%). On peut cependant noter que l'auteur lui-même met en doute ces chiffres en soulignant les problèmes de terminologie et en signalant que dans cet ensemble, il n'y a que six individus effectivement « irrécupérables ». Quoi qu'il en soit, en règle générale, on retrouve 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 psychoaffectif qui est pour eux absolument effroyable.

L'égocentrisme forcené pour essayer de s'en sortir au début, le renoncement et la diminution des besoins ensuite, la règle des cinq nuits, le S. A. M. U. Social, 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.

Cette prévalence de la pathologie psychiatrique est connue de longue date. Une étude en 1911 d'Alice Solenberger montre que sur 1000 personnes, 627 garçons et hommes adultes (soit 62,7%) souffrent d'un total de 722 troubles physiques et mentaux, classés en aliénation mentale, débilité, épilepsie, paralysie et autres troubles nerveux (*One Thousand Hommeless Men*, Russel Sage Foundation,

(55) - HENRY Patrick, *Création de la première consultation médicale réservée aux vagabonds parisiens*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, mai 1985, 83 pages.

(56) - RAPPORT DE MEDECIN DU MONDE, *Mission France, Cinq ans après*, novembre 1991, polycopié, 24 pages.

(57) - DECLERCK Patrick, *Apragmatisme et clochardisation*, in Synapse n° Spécial, décembre 1990, p 19-25.

1911, p. 145). En outre, Nels Anderson [2] (p. 99 - 100) rapporte de nombreuses études sur ce thème. Celle de Klonnin qui a soumis à des tests un petit groupe de chômeurs parmi lesquels les hoboes, les vagabonds et les clochards étaient largement représentés. Il a trouvé 20 % de débiles mentaux sur les 150 hoboes qu'il a testé. Pintners et Toops ont examiné deux groupes de demandeurs d'emploi dans deux bureaux de placements gratuits de l'Ohio et leur ont fait passer des tests standardisés différents de la version stanford du Binet-Simon. Sur les 94 hommes soumis aux tests à Columbus 28,7 % ont été portés débiles mentaux. Sur les 40 chômeurs examinés à Dayton, 7,5 % sont classés dans cette même catégorie (Pinter Rudolph, Toops H. A., *Mental test of Unemployed men*, Journal of Applied Psychology, 1917, t. I, p. 325 - 341, et 1918, t. II, p. 15 - 25). Glenn R. Johnson a soumis 107 chômeurs aux mêmes tests et a évalué à 18 % la proportion de débiles mentaux c'est à dire d'individu dont l'âge mental est inférieur à 12 ans (Johnson Glenn R., *Unemployement and Feeble-mindeness*, Journal of Délinquency, II, 1917, p. 59 - 73). Les troubles de la personnalité que l'on retrouve chez les sans domicile de Chicago sont les mêmes que ceux notés par les chercheurs travaillant sur le vagabondage et le chômage, soit : la débilité mentale, l'infériorité constitutionnelle, l'instabilité affective et l'égocentrisme. L'étude d'Adler (Adler M. Herman, *Unemployment and personality, A study of Psychopathic Cases*, Mental Hygiène, janvier 1917, p. 16 - 24) portant sur 100 cas de chômeurs hospitalisés au Boston psychopathic hospital a révélé que 43 sujets présentent des « personnalités paranoïdes » (égocentrisme). Le second groupe en importance numérique (35 cas) est placé dans la catégorie « personnalité inadaptée » (déficience ou débilité mentale). Les derniers cas au nombre de 22 sont jugés personnalité effectivement instable ». Une étude menée par la F. N. A. R. S. (Fédération Nationale d'Assistance et de Réinsertion Sociale) [58] montre que 16% ont des antécédents psychiatriques, 14% ont un passé alcoolique ou ont eu des problèmes de toxicomanie.

L'opération « coup de pouce » de la R. A. T. P. en 1991 [59] retrouve 50,47% de personnes présentant un problème de dépendance à une ou plusieurs substances (alcool, drogue ou médicaments). Par ailleurs, dans ces populations, le manque de sommeil est tout à fait notable 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 de bandes ou de vigiles dans les endroits surveillés où ils se font agresser. Le clochard ne représente pas un danger pour les autres, bien au contraire, il est attaqué parce que faible et sans défense.

Tout cela déstructure l'individu dans son essence propre, mais aussi l'individu « entité sociale » dans les relations qu'il peut avoir avec l'autre. Ces conditions de vies seraient susceptibles de produire à elles seules des manifestations psychiatriques chez bon nombre de personnes bien socialisées ainsi obligées brutalement de vivre à la rue dans ces conditions. Enfin, sur le plan neurologique, la comitialité est très souvent retrouvée.

- La pathologie tuberculeuse semble en très nette augmentation, qu'elle soit pulmonaire avec parfois des milliaires, quelle soit ganglionnaire ou viscérale avec en particulier des péritonites « historiques ». Trois à quatre cas nouveaux sont dépistés tous les mois à la consultation du C. H. A. P. S. A..

(58) - COMMISSION SANTE DE LA FNARS, *La santé des plus démunis : constat et pratiques au sein du réseau FNARS*, polycopié, 1993.

(59) - RAPPORT D'ACTIVITE, du 1er janvier au 31 novembre 1991 du Comité de prévention et de sécurité 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.*, polycopié, 49 pages.

- Les hypothermies sont retrouvées surtout, mais pas uniquement, l'hiver. Elles sont souvent sévère et peuvent aller jusqu'à 27°C. Il est d'ailleurs remarquable que, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature [60] (p. 379 - 382) et [61] (p. 60 - 62), leur mortalité est paradoxalement assez faible, pour peu qu'ils parviennent jusqu'au service de réanimation.

Ces pathologies sont certes d'ordre médical. Mais, plus que des problèmes médicaux véritablement spécifiques, elles entraînent 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 à la place qu'ils peuvent occuper sur la scène sociale, est directement traduit dans le rapport au corporel (hygiène, entretien, santé). Enfin, il ne semble pas que l'on puisse vraiment parler de spécificité pathologique affectant les personnes sans-abri. Il semble clair que, et c'est un truisme que de le dire, le clochard n'a pas une physiologie particulière. Il n'y a pas deux espèces organiquement et physiologiquement différentes, le S. T. S. (Sans Toit Stable) et l'A. T. S. (Avec Toit Stable). En fait, la morbidité et la mortalité ajoutée peuvent être rapportées à deux explications :

- d'une part aux conditions de vie dans la rue et l'on retrouve là des explications liées au manque d'hygiène, au manque de sommeil, à la mauvaise alimentation et aux agressions multiples.

- D'autre part à l'alcoolomanie, au tabagisme et dans une moindre mesure à la toxicomanie (médicamenteuse ou drogues « dures »).

(60) - KLEINKNECHT Diéter, *Principes de réanimation médicale*, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1975, 459 pages.

(61) - HAMBURGER Jean, *Traité de médecine*, t. 1, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1981, 1365 pages.

On peut penser que ces données présentent quelques constantes géographiques. Dans un rapport pour Médecins Sans Frontière, concernant la prise en charge des S. D. F. à Tokyo [62] (p. 13 - 14), on trouve l'alcool et la solitude (on parle notamment de 100% d'alcoolisme), les brûlures, la petite traumatologie, les insomnies liées à l'insécurité, les angoisses et les troubles mentaux et enfin les maladies de peau et les parasitoses (puces et morpions) également mentionné comme problèmes essentiels. Ces mêmes constatations sont faites à Montréal par Marie-France Raynaud in [63] (p 89 -117).

Ainsi se pose une deuxième difficulté dans la définition de notre population. Il est difficile, nous l'avons vu, de les qualifier sur un plan sémantique. Nous ne pourrons pas non plus les qualifier sur un plan médical, car en ce domaine aucune particularité ne les caractérise vraiment. Il est pourtant vrai que quelques traits extra-médicaux semblent les caractériser, pour ne pas dire les stigmatiser. Cependant le flou et la difficulté de la définition ne résolvent guère notre problème de caractérisation plus fine. Pourtant, même si quelques incompréhensions « intellectuelles » se créent par ces difficultés, cela permet néanmoins d'éviter une stigmatisation, au sens où l'entend Erving Goffman [64] trop facile et trop ciblée.

3°) <u>La définition statistique et la catégorisation primaire</u>

La troisième approche est celle de leur évaluation statistique et de leur catégorisation primaire. Les données suivantes sont collectées au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre à l'arrivée des personnes au C. H. A. P. S. A.. Nous tenons à remercier le Commandant Sellier puis l'Officier de police Delaitre, responsables de la B. A. P. S. A. et le Brigadier Montjoie, responsable des statistiques au C. H. A. P. S. A. pour les données brutes qu'ils ont bien voulu nous fournir. Tous ces chiffres de la B. A. P. S. A. sont vérifiés par le cabinet du Préfet de police. Ces données, que nous illustrons sous forme de tableaux, permettent d'obtenir quelques renseignements sur la population accueillie. Ils sont assez démonstratifs et ils portent sur les années 1987 à 1995.

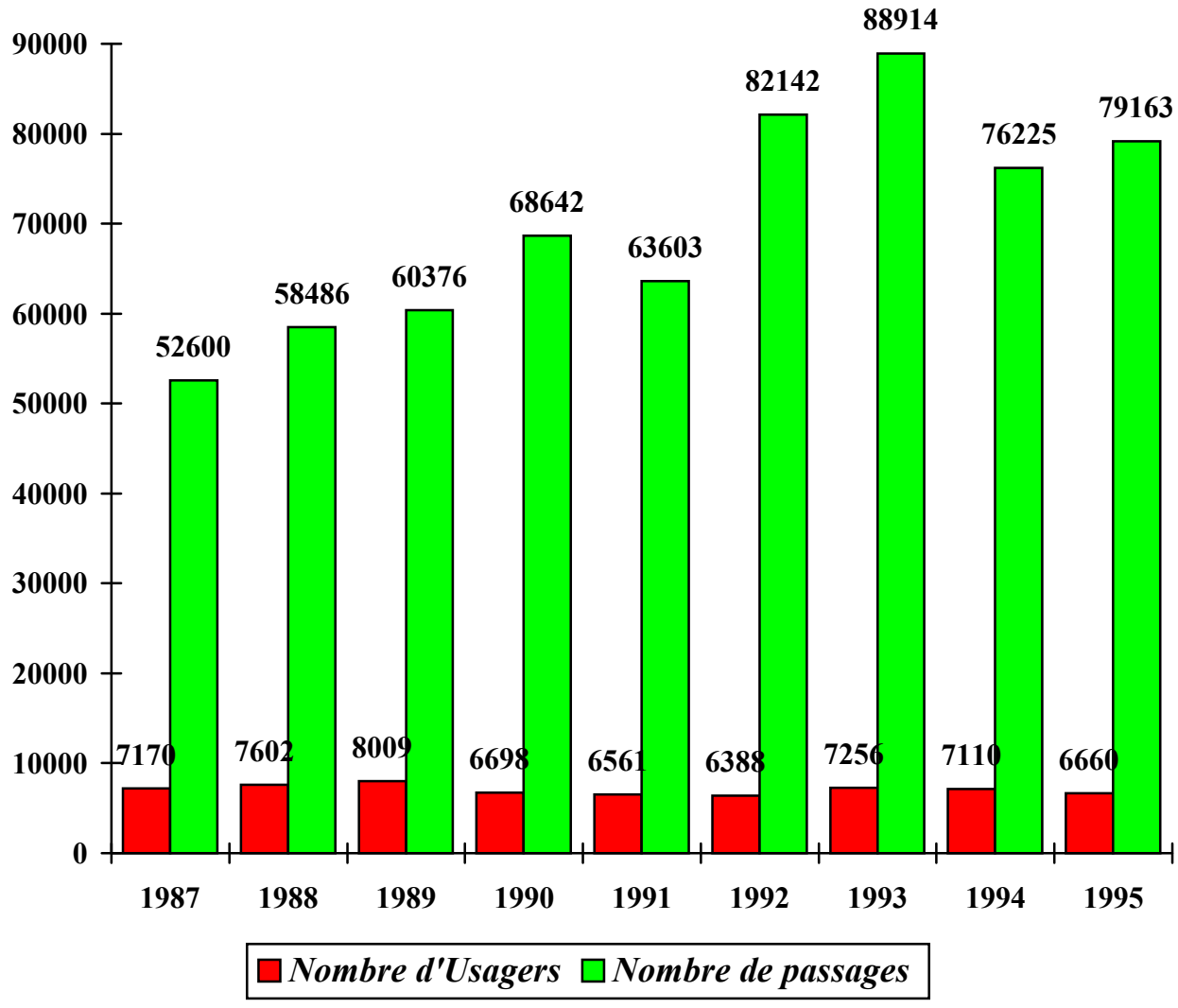
(62) - YAJU Yukari, HENRY Sébastien, FAISANT Jacques, TAKAHASHI Atsuko, LOUBIERE Laurence, *La prise en charge médicale des S. D. F. à Tokyo*, novembre 1994, polycopié, 23 pages.

(63) - FOURNIER Louise, MERCIER Céline, *Sans Domicile Fixe, au delà du stéréotype*, Méridien, 1996, 336 pages.

(64) - GOFFMAN Erving, *Stigmates*, éditions de Minuit, 1975, 175 pages.

Le cinquième tableau indique le nombre de passages et le nombre d'usagers. Il existe une augmentation très importante et quasi continue du nombre de passages (+ 66,45% entre 1987 et 1995) même si cette augmentation marque le pas en 1994. On note aussi de façon apparemment paradoxale, une grande stabilité du nombre d'usagers. Cette donnée est bien sûr insuffisante à elle seule pour en tirer une conclusion, néanmoins, associée à d'autres données, on voit que ce qui peut apparaître comme un stéréotype : « il y en a de plus en plus », ne paraît pas conforme à la réalité. Cependant il est vrai que le nombre de lits est fixé à 298 et représente probablement un facteur limitant dans le ramassage et un biais dont on doit tenir compte. Pourtant, malgré ce biais et en colligeant les données d'autres centres d'accueil d'urgence, il est clair qu'il n'y a pas d'augmentation forte de cette population S. D. F. très désocialisée. L'augmentation importante du nombre de passages montre l'intérêt et la nécessité d'une structure comme Nanterre. Pour 1995, on retrouve 2710 nouveaux usagers sur un total de 6660 usagers, soit 40,7%.

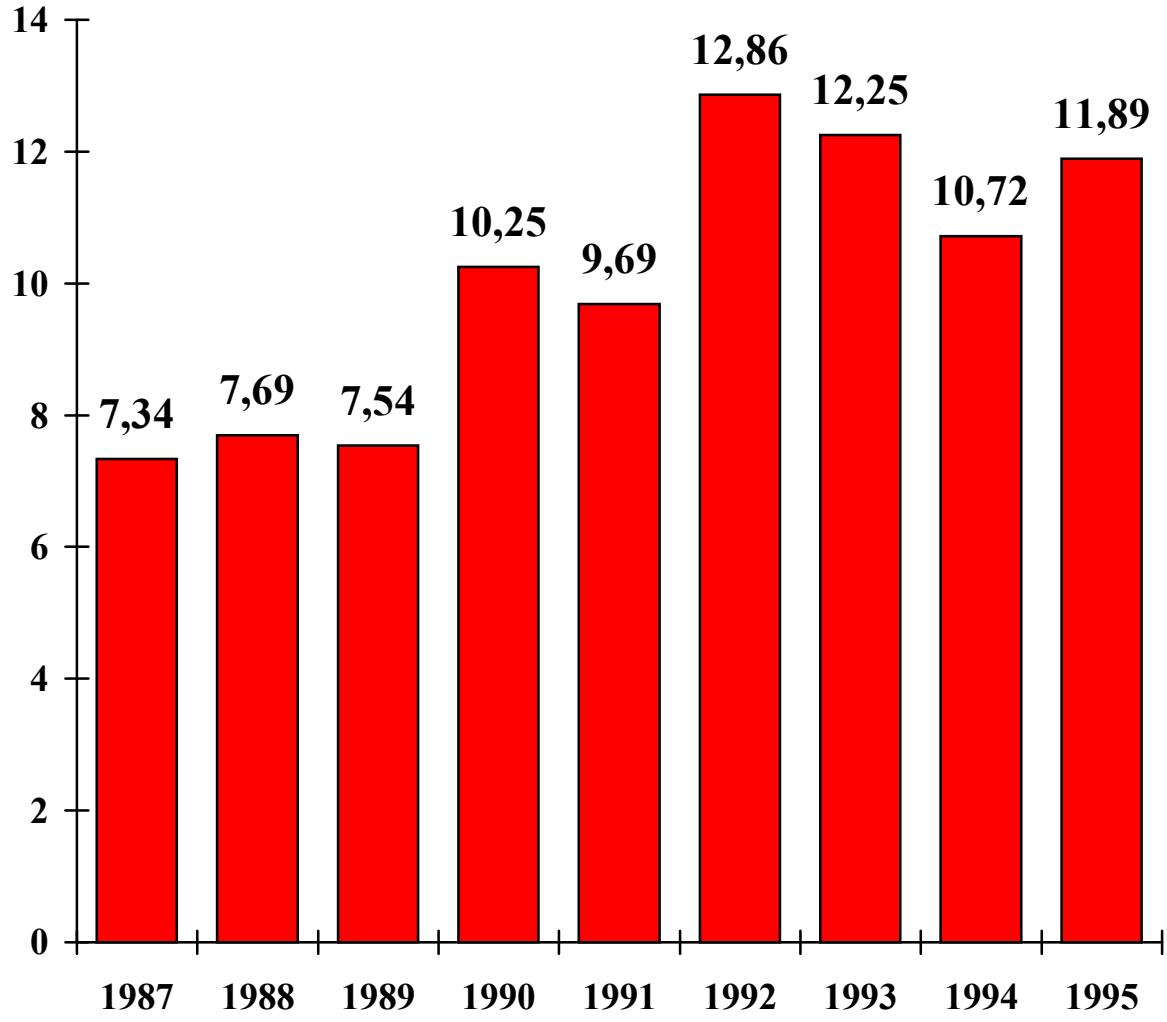
TABLEAU N°5
NOMBRE DE PASSAGES ET NOMBRE D'USAGERS



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Le sixième tableau concerne la moyenne de passages par usager et par an. Il existe une augmentation sensible du nombre de passage sur les neuf dernières années. En effet, on retrouve une augmentation de plus de cinq passages par an et par usager entre 1987 et 1992, et de plus de quatre passages entre 1987 et 1995. Il faut préciser, bien sûr, que les conditions de ramassage, le nombre de rotation de bus, et les conditions d'accueil n'ont pas varié par ailleurs. Cette donnée est importante à considérer dans la discussion concernant le ramassage. Une augmentation du nombre de passage par usager est contradictoire avec les fréquentes dénégations jusqu'en 1994 du caractère volontaire de ces ramassages.

TABLEAU N°6
NOMBRE MOYEN DE PASSAGES PAR USAGER PAR AN



©Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Le septième tableau distingue les différents modes d'arrivée au C. H. A. P. S. A.. Ils sont au nombre de quatre.

- Par les cars de la B. A. P. S. A. (39.486 soit 51,8% des arrivées en 1994 contre 57,3% en 1987), avec une augmentation en nombre d'usager de 54,9% entre 1987 et 1993.

- Par les cars de la R. A. T. P. (9362, 12,3% des arrivées en 1994 contre 39,8% en 1987), avec une diminution en nombre d'usagers de 26,8% entre 1987 et 1993.

- Par des cars de Police-Secours (219 en 1994, 0,28% des arrivées).

- Et enfin, par leurs propres moyens en hébergement volontaire (27.158, 35,5% des arrivées contre 3,5% en 1987), avec une augmentation en nombre d'usagers de 176% entre 1987 et 1993. Cette augmentation doit être relativisée par le fait que l'accueil des volontaires a débuté en 1987 expliquant le faible nombre (1865) d'usagers volontaires cette année-là. Le tassement observé en 1993 provient comme nous l'avions indiqué de l'interruption de l'accueil volontaire à partir de novembre 1993.

Nous individualisons ensuite les chiffres de 1995. En effet, à partir de 1994 on assiste à la mise en place et la montée en puissance du S. A. M. U. Social de Paris, des dispositifs d'accueil de jour et des consultations précarité. Il est donc intéressant de voir le chiffre des arrivées à Nanterre par rapport à ces nouveaux dispositifs. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser du fait de ces nouveaux dispositifs, le nombre de passage en 1995 progresse par rapport à 1994. La modification qui sera, bien sûr à valider dans les prochaines années concerne la répartition dans les modes d'arrivée.

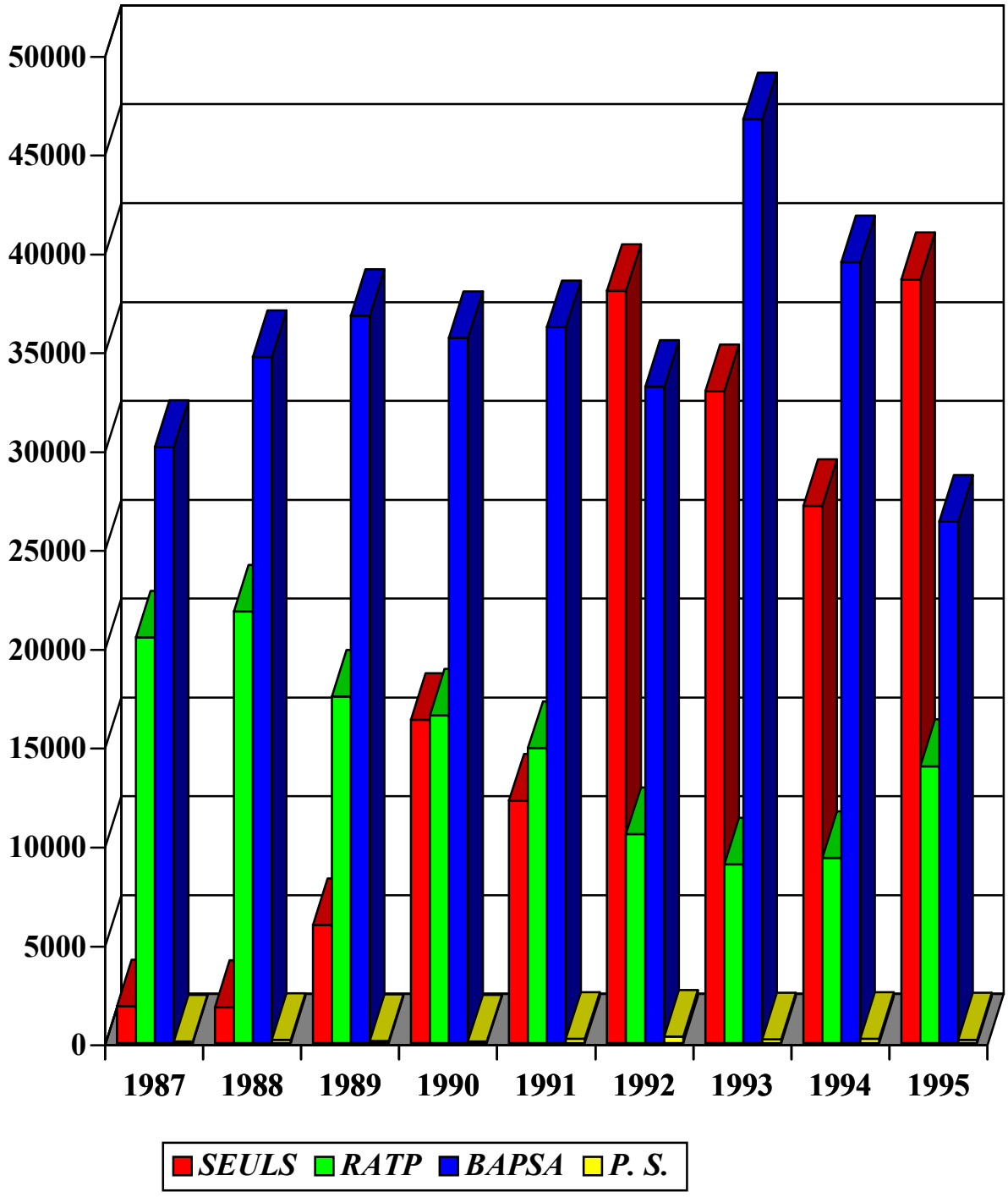
- La B. A. P. S. A. a accompagné 26.361 personnes soit 33,3% des arrivées, avec une baisse de plus de 18% par rapport à 1994.

- La R. A. T. P. a accompagné 14.003 personnes soit 17,7% avec une hausse de 5,4%.

- Le nombre d'usagers venant seul est lui passé à 38.626 soit 48,8% avec une hausse de plus de 13%.

Ainsi, on constate une diminution globale des arrivées accompagnées au profit des accueils de volontaires qui représentent près de la moitié des arrivées.

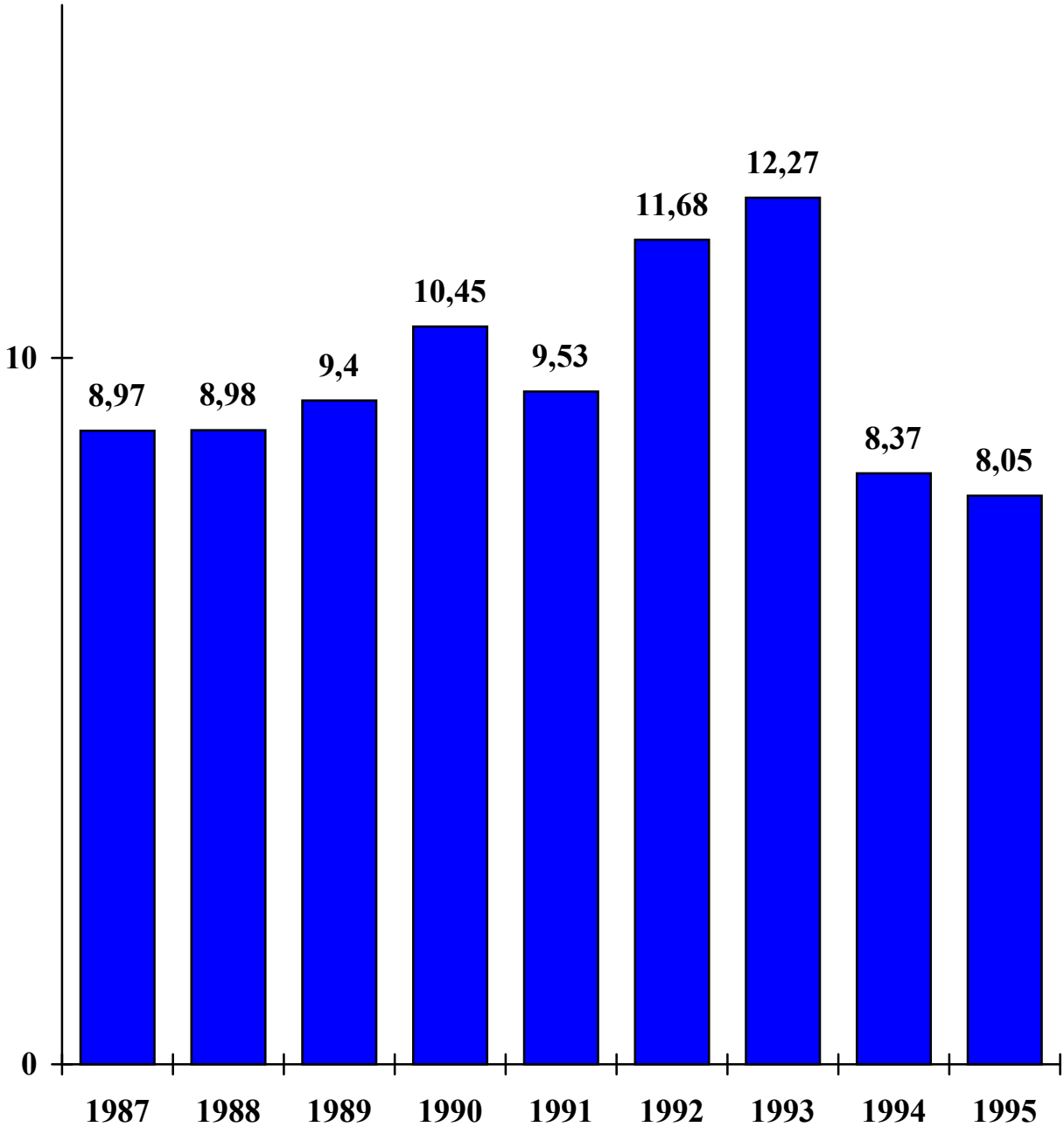
TABLEAU N°7
MODES D'ARRIVEE AU C. H. A. P. S. A.



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Le huitième tableau concerne le sexe-ratio. Il n'y a pas de modifications significatives dans le rapport hommes-femmes entre 1987 et 1991 (+ 0,56%). Par contre, on retrouve une augmentation de 28% du pourcentage de femmes entre 1991 et 1993. Cette augmentation s'infirme complètement en 1994 et surtout 1995 où l'on retrouve le ratio le plus bas depuis 1987. Quoi qu'il en soit, le très faible pourcentage de femmes parmi les usagers est vérifié par tous les chiffres disponibles. Cela se retrouve dans toutes les structures d'accueil.

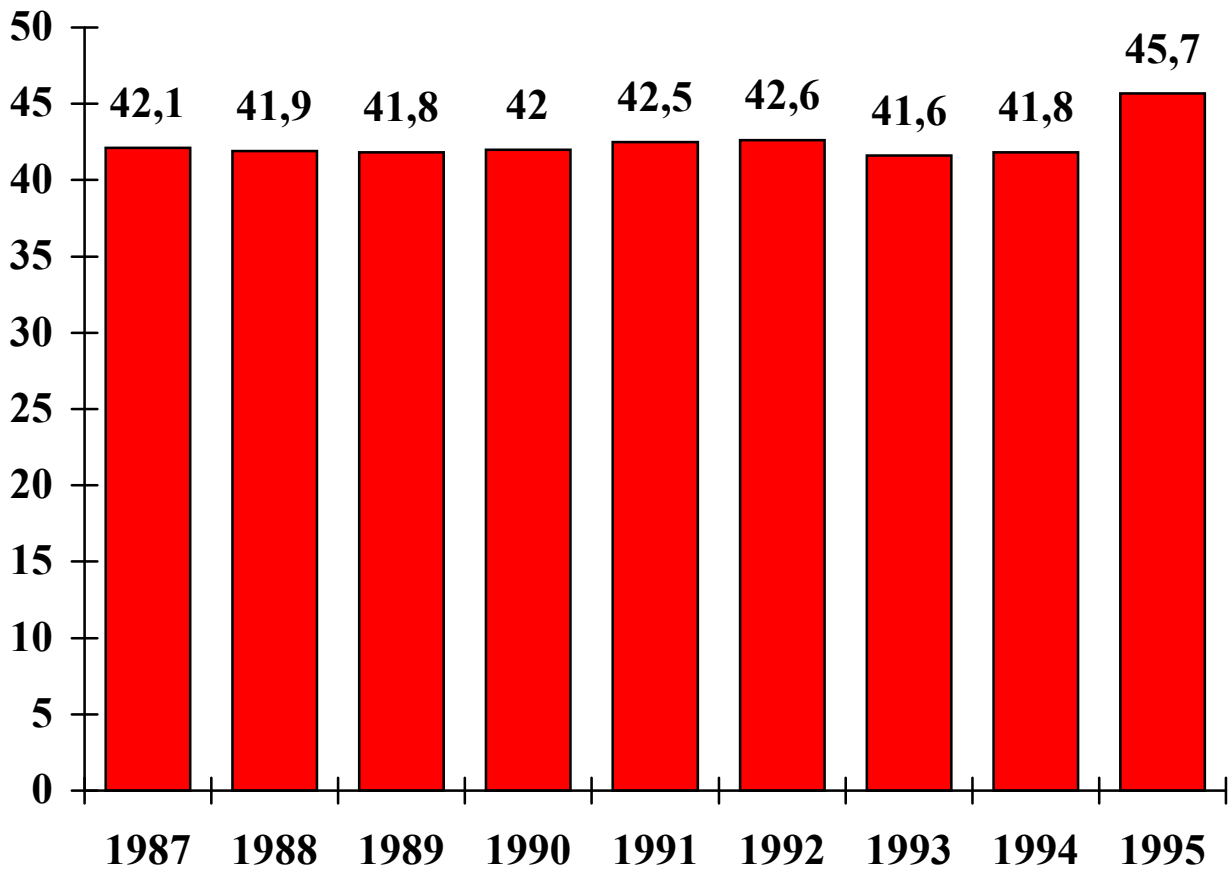
TABLEAU N°8
SEXE RATIO : POURCENTAGE DE FEMMES



©Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

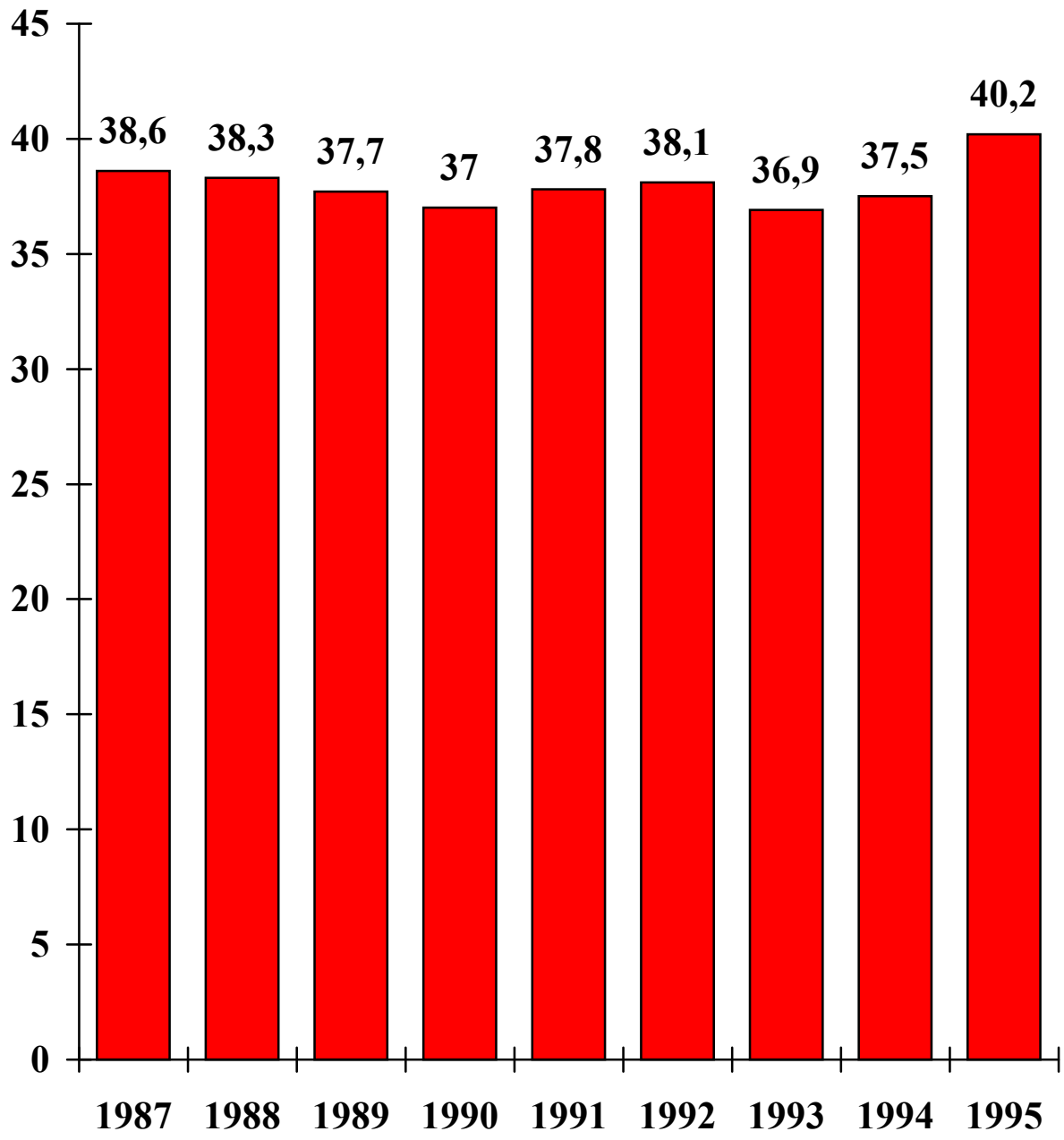
Les neuvième et dixième tableaux concernent l'évolution de l'âge moyen. Entre 1987 et 1994, on retrouve un âge moyen autour de 42 ans. Il y a une stabilité remarquable (42,1 pour 1987 et 41,8 pour 1994). Il est logique que l'âge moyen des usagers venant pour la première fois soit inférieur (d'environ 5 ans), avec un âge moyen de 37,5 ans. Il existe une tendance très modérée (inférieure à deux ans entre les valeurs extrêmes) au rajeunissement des nouveaux arrivants. 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 dans notre population. En tout cas, là encore, les chiffres retrouvent une très grande stabilité sur huit ans. En ce qui concerne 1995, on est surpris au contraire par une augmentation de près de quatre ans de l'âge moyen. Il sera important de voir s'il s'agit d'un épiphénomène ou si cette tendance se confirme dans les années à venir. Cependant, il faut relativiser cette donnée. En effet, l'ensemble du personnel relève « intuitivement » un rajeunissement manifeste de la population. La dépénalisation du vagabondage en 1994 et la disparition de toute attitude coercitive au C. H. A. P. S. A. laisse penser qu'une partie des personnes accueillies et en particulier les jeunes n'est pas enregistrée et rentre de façon plus ou moins clandestine (par dessus les murs ou par les portes désormais souvent ouvertes).

TABLEAU N°9
EVOLUTION DE L'AGE MOYEN DES S. D. F.



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

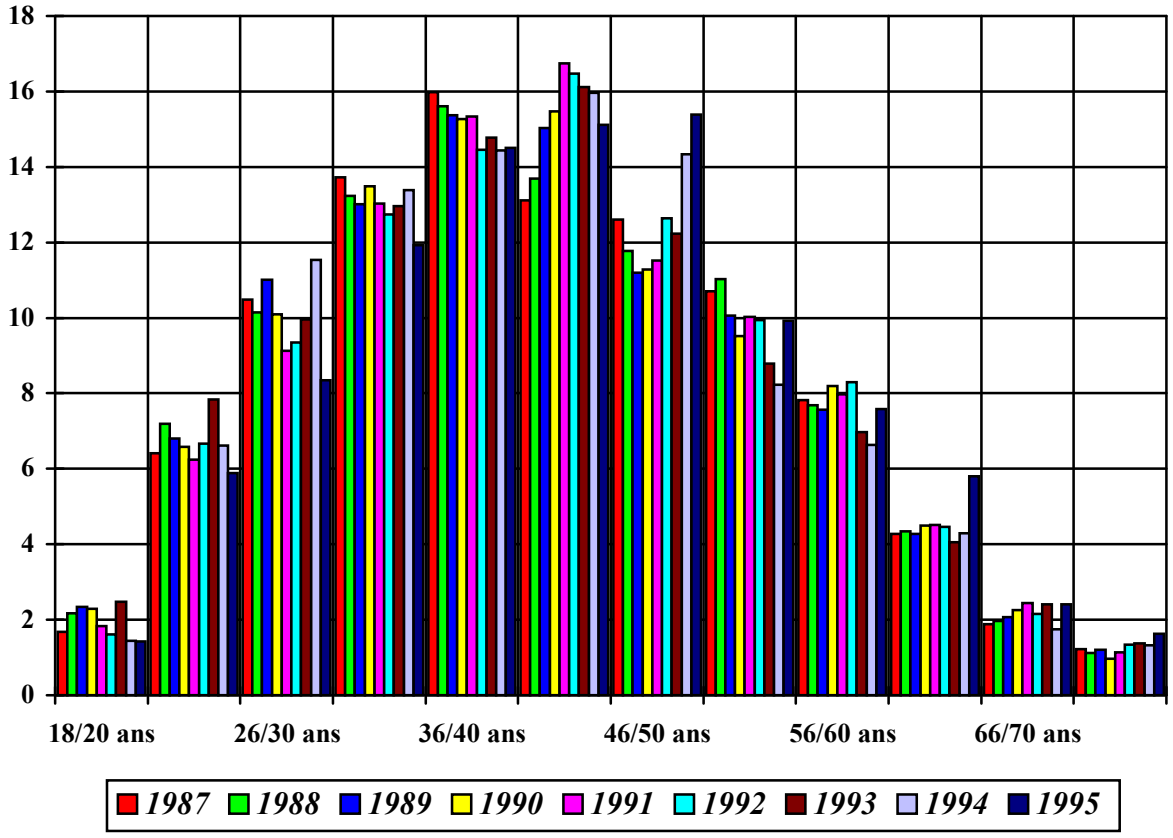
TABLEAU N°10
AGE MOYEN DES NOUVEAUX ARRIVES



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Le onzième tableau indique la répartition, en pourcentage, par tranches d'âge sur 7 ans. Il n'y a pas de variation très significative sur les années étudiées. La seule différence peut-être concerne la tranche 41 - 45 ans, où on note une augmentation de 2%, avec la même diminution dans la tranche des 26-30 ans. Environ 30% d'entre-eux a moins de 35 ans. Cependant, pour 1995, comme nous l'avons vu, on retrouve un léger vieillissement de notre population.

TABLEAU N°11
EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR AGE

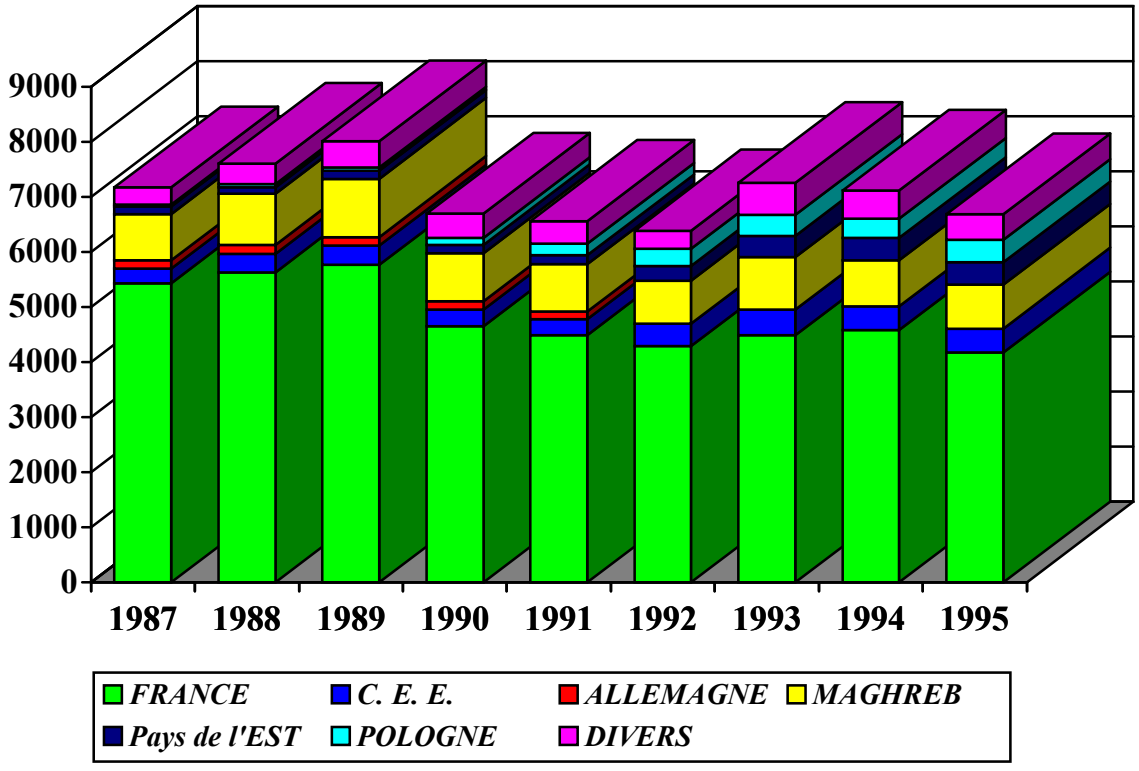


	18/20 ans	21/25 ans	26/30 ans	31/35 ans	36/40 ans	41/45 ans	46/50 ans	51/55 ans	56/60 ans	61/65 ans	66/70 ans	> 70 ans
1987	1,68	6,42	10,48	13,73	15,98	13,11	12,6	10,71	7,82	4,28	1,89	1,22
1988	2,18	7,19	10,15	13,23	15,61	13,69	11,77	11,02	7,68	4,35	1,96	1,12
1989	2,34	6,81	11,01	13,01	15,37	15,03	11,19	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
1992	1,62	6,66	9,34	12,74	14,46	16,48	12,64	9,95	8,29	4,46	2,16	1,34
1993	2,48	7,84	9,96	12,96	14,77	16,11	12,23	8,79	6,98	4,05	2,41	1,37
1994	1,44	6,62	11,54	13,38	14,43	15,96	14,34	8,22	6,63	4,30	1,75	1,32
1995	1,42	5,88	8,34	11,92	14,50	15,12	15,39	9,93	7,59	5,81	2,41	1,63

© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Les tableaux suivants donnent la répartition par nationalité des vagabonds amenés pour la première fois par la B. A. P. S. A. et la R. A. T. P.. Il est patent qu'une 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. Cependant, il est vrai qu'il existe une augmentation progressive et presque régulière du pourcentage d'étrangers jusqu'en 1993. L'Allemagne n'est plus comptabilisée à partir de 1992 puisqu'il s'agissait de l'ex-Allemagne de l'Est. Ces usagers sont maintenant comptabilisés dans la C. E. E. (avec une augmentation d'autant par rapport aux chiffres antérieurs cumulés). Cette augmentation des usagers étrangers est due, quasi exclusivement, à l'augmentation très forte des ressortissants des anciens pays de l'Est en particulier Polonais. En 1994 et 1995, l'évolution continue de l'augmentation de personnes étrangères marque le pas avec une diminution de plus de 5%. Il semble qu'il s'agisse là d'un épiphénomène puisqu'en 1995 on retrouve un pourcentage voisin de 1993. La rubrique divers comprend des ressortissants d'Afrique, 201 en 1995, d'Asie, 89, d'Amérique du nord, 13 et d'Amérique du sud, 11 et enfin autres 30.

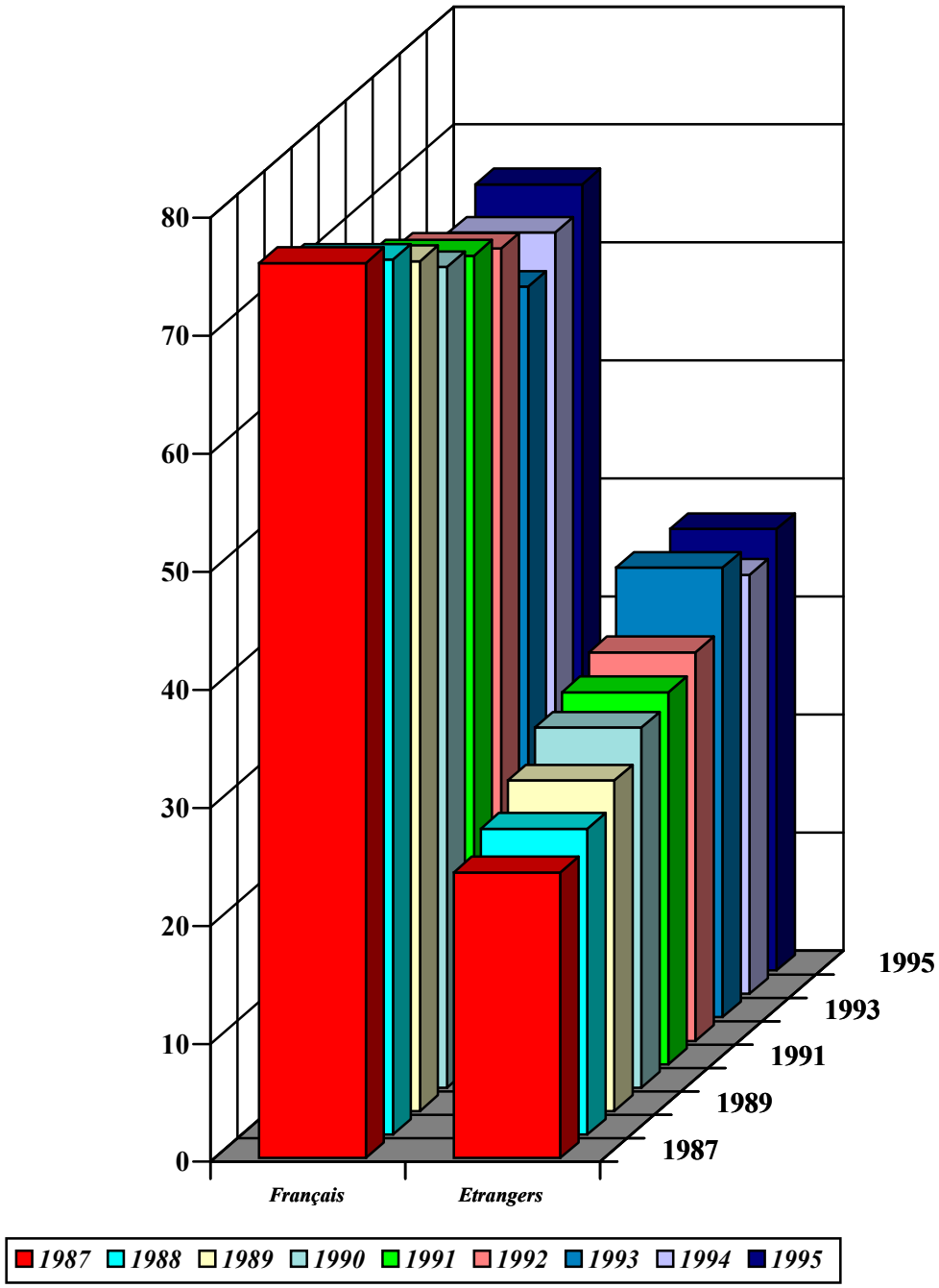
TABLEAU N°12
EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR NATIONALITE



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
FRANCE	75,8%	74,1%	72%	69,5%	68,5%	67,1%	61,9%	64,5%	66,6%
C. E. E.	3,7%	4,4%	4,4%	4,4%	4,3%	6,4%	6,4%	5,9%	6,6%
ALLEMAGNE	2,0%	2,1%	1,9%	2,3%	2,1%	-	-	-	-
MAGHREB	11,8%	12,2%	13,2%	13%	13,1%	12,3%	13,2%	11,8%	12,0%
PAYS DE L'EST	1,8%	1,6%	1,8%	2,3%	2,5%	4,2%	5,3%	5,6%	6,1%
POLOGNE	0,6%	0,7%	0,8%	1,8%	3,3%	4,8%	5,2%	5,0%	6,0%
DIVERS	4,3%	4,9%	5,9%	6,7%	6,2%	5,2%	8,1%	7,8%	6,7%
TOTAL	7170	7602	8009	6698	6561	6388	7256	7110	6660

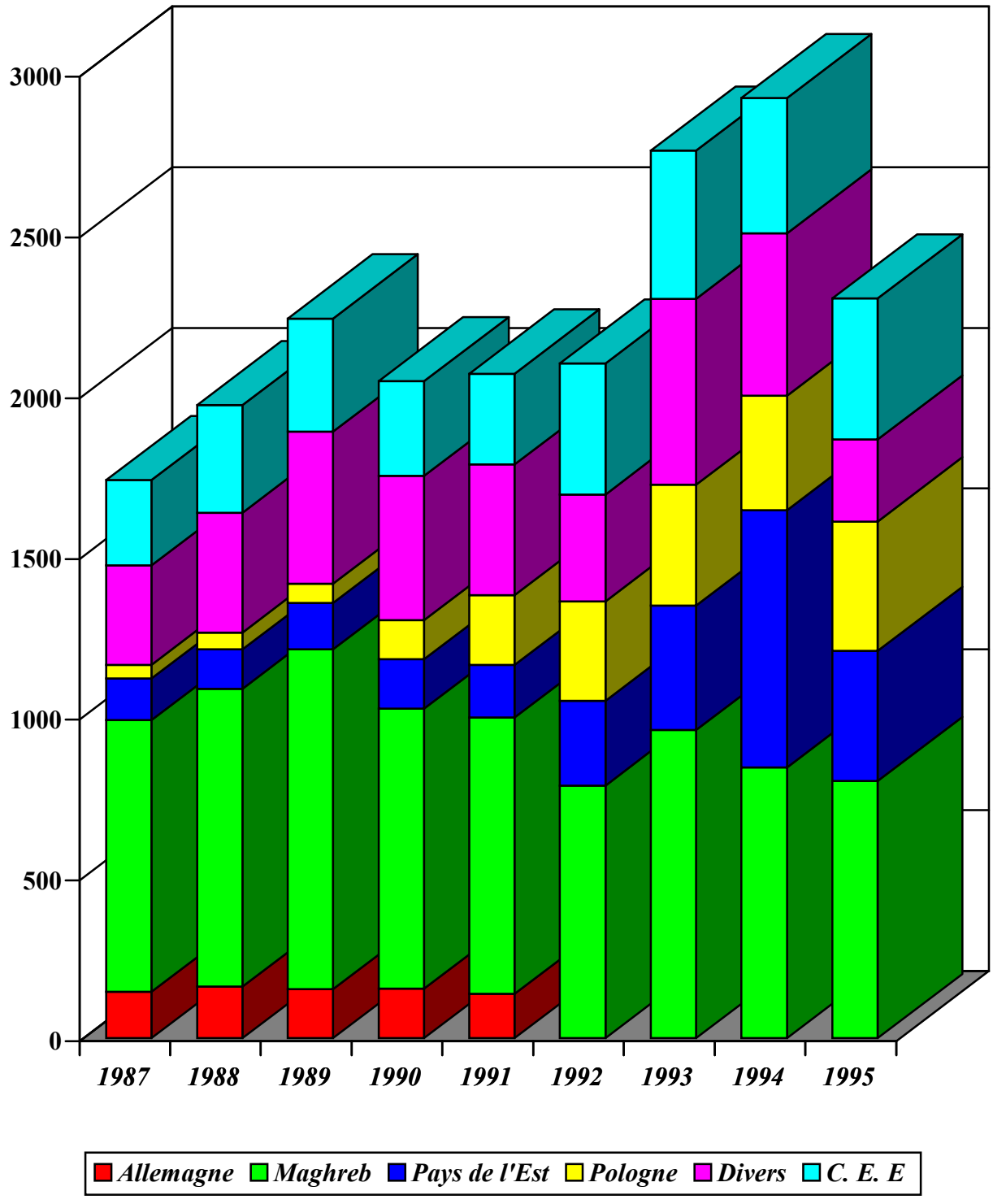
TABLEAU N°13
REPARTITION FRANCAIS-ETRANGERS



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

ANNEES	FRANCAIS	ETRANGERS
1987	75,8	24,2
1988	74,1	25,9
1989	72,0	28,0
1990	69,5	30,5
1991	68,5	31,5
1992	67,1	32,9
1993	61,9	38,1
1994	64,5	35,5
1995	66,6	37,4

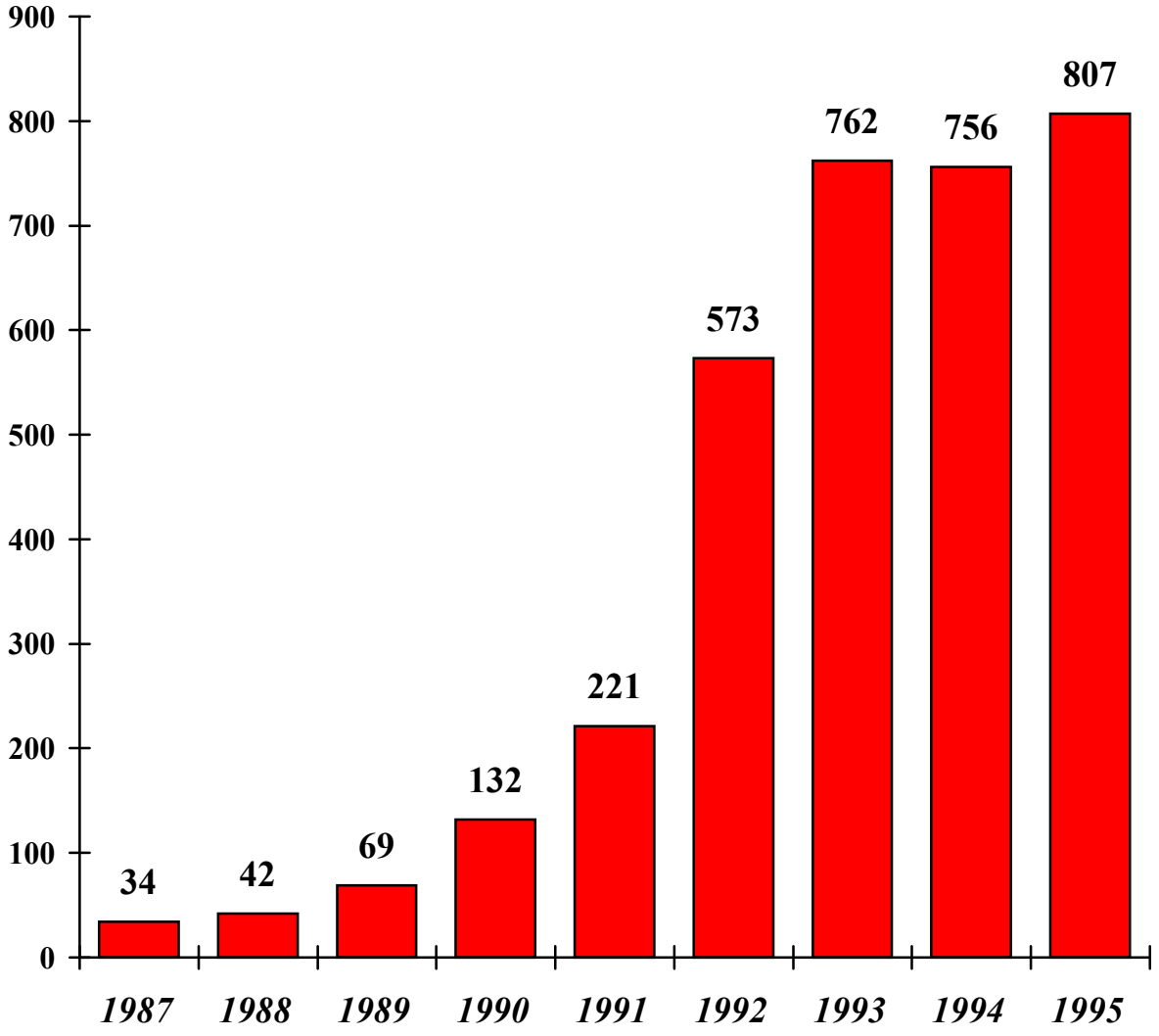
TABLEAU N°14
REPARTITION ETRANGERS



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

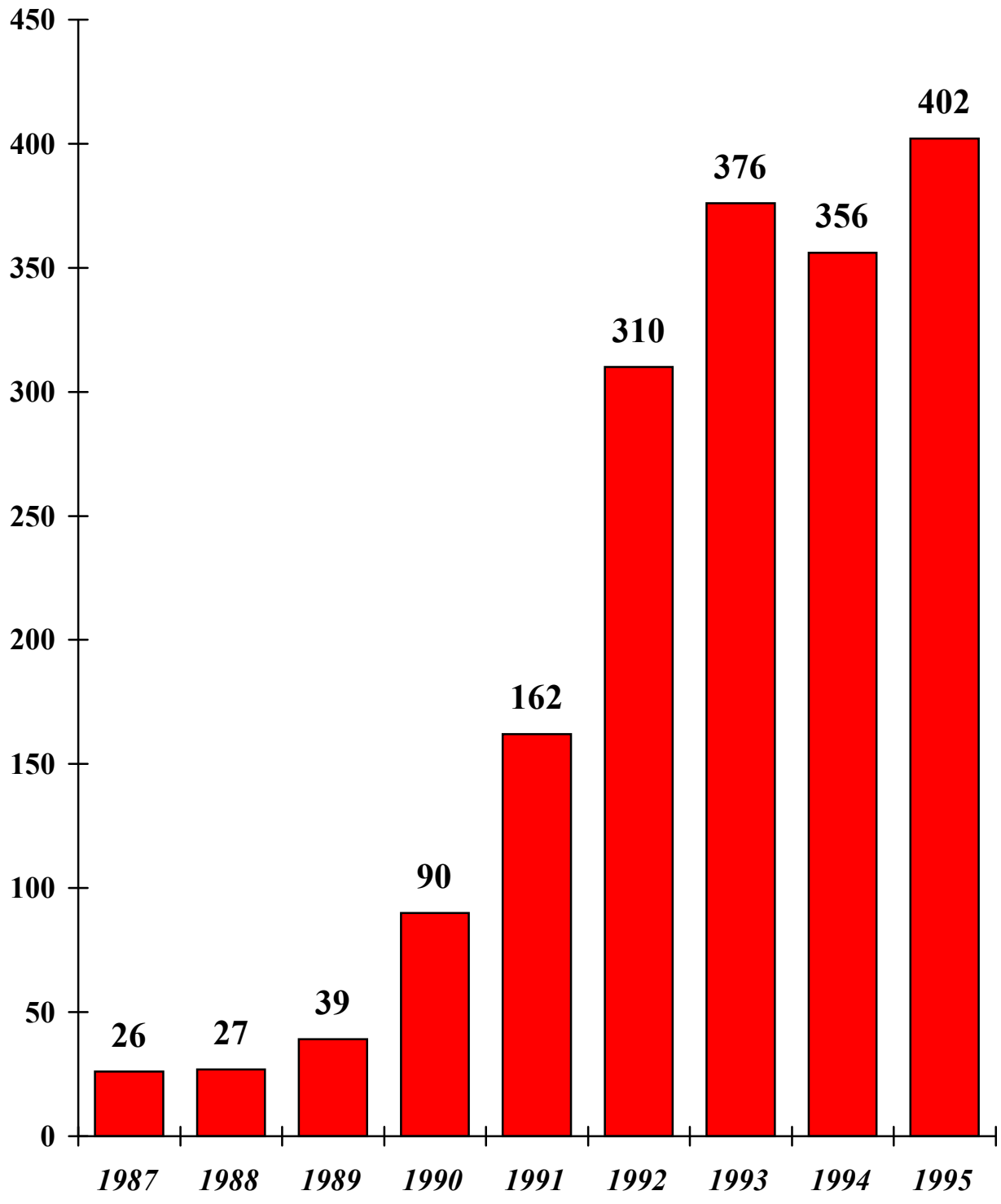
Les tableaux quinze et seize pointent un phénomène récent. Ils concernent les ressortissants des anciens Pays de l'Est conduits pour la première fois à Nanterre. Le taux de croissance de cette population, même si les chiffres en valeur absolue restent modestes, est élevé. Ceci pose un problème nouveau qui n'est pas sans implication éthique. **Le TABLEAU N°16** isole les ressortissants Polonais qui sont numériquement les plus importants. La progression est extrêmement forte puisque l'on passe de 26 en 1987 à 162 en 1991 pour arriver à 376 en 1993 et 402 en 1995. Rappelons que « la chute » du mur de Berlin se situe en 1992. Il sera intéressant de voir l'évolution, car malgré tout, à partir de 1993, ce phénomène semble se stabiliser.

TABLEAU N°15
S. D. F. EN PROVENANCE DES ANCIENS PAYS DE L'EST
HONGRIE, C. E. I., POLOGNE, ROUMANIE, YOUGOSLAVIE,
TCHECOSLOVAQUIE, BULGARIE



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

TABLEAU N°16
S. D. F. ORIGINAIRES DE POLOGNE



© Hôpital Max FOURESTIER - D.I.M. 1996

Ainsi, nos chiffres sont assez cohérents par rapport à ceux recueillis dans d'autres sites, ceci malgré les difficultés méthodologiques de recueil de l'information et de qualification de population comptabilisée.

4°) La définition quantitative

La dernière approche pour essayer de définir notre population est celle de son évaluation quantitative. Mais le repérage est extrêmement difficile. Les S. D. F. sont classés statistiquement dans la catégorie des inactifs. Il s'agit de populations étudiées de façon paradoxale. En effet, extrêmement médiatisées l'hiver, elles sont parallèlement très mal connues. L'ensemble des intervenants auprès des personnes S. D. F., tant au niveau institutionnel que caritatif, déplore l'inexistence de renseignements crédibles et vérifiés. La simple évaluation de leur nombre donne matière à des discussions animées et contradictoires où les données varient dans un rapport de un à dix sans qu'aucun des chiffres avancés ne soit réellement vérifiable ou reproductible. L'intérêt médiatique ou militant pour les personnes sans-abri produit ainsi des « effets de manche » qui ne masquent pas l'absence d'évaluation fiable. Ce flou permet aussi la révélation de chiffres qui ne reposent sur aucun support vérifié. Ainsi l'abbé Pierre en 1993 parle de 15.000 jeunes femmes de moins de 25 ans dont la moitié a un niveau supérieur au baccalauréat vivant dans la rue en région parisienne. Ou encore le Père Joseph Wrésinski qui parle en 1987 de 400.000 personnes à la rue. Ces chiffres sont repris « ad libitum » par les journalistes et finissent par apparaître comme parfaitement valides et admis par tous. Il semble alors tout à fait iconoclaste de les remettre en cause ou de s'interroger sur leur provenance et leur pertinence. Ce recensement est si difficile que le gouvernement préparant une loi cadre de lutte contre l'exclusion a confié au Conseil National de l'Information Statistique une mission de recensement des sans-abri. L'examen critique des sources existantes par l'I. N. S. E. E a abouti au constat qu'aucun chiffre actuellement avancé n'est fiable (Le quotidien du médecin, n° 5666, 30 juin 1995, p 19). Dans son rapport final, Pierre Calame, Président du groupe de travail sur les sans-abri du Conseil National de l'Information Statistique (C. N. I. S.) refuse la logique du chiffrage et invite à mieux prendre en compte ces populations dans le système statistique. « *Il y a des sans-abri dans nos villes (...). Ils sont sur nos écrans, ils sont dans nos consciences. Combien ? Qui ? Pourquoi ? Que faire ? Question légitime (...). Et pourtant, question dangereuse. Porteuse de tentations inavouables (...). Savoir oui, mais pas n'importe comment, mais pas à n'importe quel prix. Comprendre, connaître et reconnaître comme personnes et non étiqueter et dénombrer* » (Actualité sociales hebdomadaires, n° 1965, 8 mars 1996). Il est vrai, comme le notent Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat et Michel Bozon [65] (p. 29 - 51) qu'on peut s'interroger sur la légitimité de mener de telles études qui mettent à jour de nombreux questionnements éthiques comme l'utilisation partisane ou militante des chiffres, l'utilisation à fin de contrôle social, la vulnérabilité des enquêtés à toute agression symbolique, ou l'intrusion plus facile dans la vie privée de ces personnes dépourvues d'espace privé.

(65) - FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, BOZON Michel, *Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ?,* Revue Française des Affaires Sociales, N° 2-3, avril-septembre 1995, Masson, 321 pages.

Toutefois, il est vrai aussi, comme le souligne Joseph Wresinski fondateur d'A. T. D. - Quart Monde en 1987 « que sans méconnaître les inconvénients réels d'une détermination trop précise des populations, un minimum d'évaluation du nombre potentiel de mesures destinées à lutter contre de telles situations s'avère nécessaire pour fonder une politique réaliste et étayer la prise de conscience de la société [46].

Selon le rapport remis à Simone Veil par Christian Chassériaud en 1994, 1,4 million de personnes en France seraient en situation de grande exclusion sociale (sur 2,6 millions de bénéficiaires de l'aide sociale). Il évalue à 250.000 le nombre de Sans Domicile Fixe en France (Le Quotidien du médecin, n° 5346 du 8 février 1994). Plus récemment, une étude du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C. R. E. D. E. S.) portant sur 12.649 adultes rendue publique le 14 août 1996 montre que 500.000 personnes soit 1,5% de la population française âgée de 16 à 59 ans cumulent précarité sociale et vulnérabilité médicale et que 10,5% des ménages français sont en situation socialement précaire (Libération, jeudi 5 août 1996, p. 15). Le R. M. I. permet l'étude de 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* » [66] (p. 21).

Cette difficulté est loin d'être nouvelle puisque Bronislaw Gérémek note que « *L'évaluation du nombre de pauvres apparaît comme un des principaux objets de préoccupation des premiers essais de calculs statistiques entrepris en Europe à la fin du XVII*è *siècle. Le Marquis de Vauban, politicien, homme d'Etat et haut fonctionnaire de l'administration Royale lorsqu'il élabore la réforme du système fiscal, dresse le tableau de la société française (Vauban, Projet d'une dîme royale, 1707, E. Coornaert, éd., Paris, 1933, p. 77-81). Les mendiants représentent selon lui un dixième de la population et un tiers des gens vivent à la limite de la mendicité. La catégorie des pauvres représenterait donc approximativement 40% de la population française* » [19] (p. 156-157).

a) Pour Paris et l'Ile de France

Historiquement, cette population semble en diminution. Guillebert de Metz, dans sa description de Paris au XVè siècle, évalue le nombre de mendiants à 80.000 personnes (Guillebert de Metz, *Description de Paris sous Charles VI*, in Leroux de Lincy et L.A. Tisserand, *Paris et ses historiens au XIV*è *et XV*è *siècles*, Paris, 1867, p. 232). Cela signifie, si l'on prend le chiffre total de la population qu'ils représentaient le tiers des habitants. Au XVIè siècle, Paris qui avait moins de 100.000 habitants comptait 30.000 mendiants pour T. Platter (*Description de Paris*, mémoires de la Société d'histoire de Paris, 1889, in [5] p. 13). On peut noter que l'un des historiens de Paris accepte encore ce rapport au XIXè siècle (L. Chevallier*, Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris dans la première moitié du XIX*è *siècle,* in [4] p. 209).

(66) - GEVAUDAN Thierry, Docteur SORIA Jacques, *Santé et précarité : du Droit à la réalité,* Ecole Nationale de Santé Publique, Décembre 1991, 318 pages.

Pour donner un ordre de grandeur, sur une population actuelle évaluée en 1990 pour l'Ile de France à 10.660.554 personnes dont plus de 8 millions à Paris intra-muros (source INSEE, modèle Omphale, juin 1994), cela représenterait plus de trois millions de personnes sans-abri pour la seule Ile de France, soit 200 fois plus que les évaluations actuelles.

Necker en 1773 estime que les trente-trois dépôts de mendicité disposent d'environ 7 à 8000 places et que, dans la généralité de Paris cette année-là, on a arrêté 18.523 mendiants dont 11.895 (64,2%) ont recouvré leur liberté, 3150 (17%) sont morts à l'asile, 1963 se sont évadés (10,5%) et 88 (0,5%) se sont enrôlés dans l'Armée [19] (p. 289). Ce qui relative quand même les chiffres précédemment donnés.

Au début du siècle, 100.000 sans-abri sont « recensés » dans Paris. Alexandre Vexliard en 1957 [40] (p. 36) les évalue pour Paris entre 15 et 20.000 personnes (soit moins de 1% de la population totale), mais en signalant qu'il ne faut pas les confondre avec les sans logis dont le nombre est évalué à 100.000 personnes. Il note par ailleurs que l'on enregistre en France une diminution sérieuse du nombre d'errants. En outre, il existe à Paris et ses environs 34 asiles (dont 4 pour nord-africains, ce qui semble pour le moins curieux) et 22 soupes populaires [40] (p. 42 et 57). Déjà, il déplore qu'en été, de nombreux asiles sont fermés ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes. Malgré les réserves que l'on peut apporter sur tous ces chiffres et en fonction de la différence de population et de recueil entre ces époques, il est malgré tout vraisemblable que le nombre de vagabonds était beaucoup plus important dans le passé.

Pour ce qui concerne la période actuelle, le Bureau d'Information et de Prévisions Economiques (*Sans abri, l'état des lieux*, étude du BIPE conduite par Bernard Préel pour la SCIC, Paris 1992) en région parisienne, on retrouve 35.100 personnes, dont 16.500 à la rue, 7700 squatters et 10.900 hébergés en centre d'urgence. Le pointage de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France [67] pour ce qui est des capacités d'accueil d'urgence, recense sur l'Ile de France 174 centres d'accueil (93 à Paris) de quatre types : C. H. R. S., Centres maternels, Hôtels sociaux, Hébergements d'urgence (nuitée). Pour ce qui est de l'accueil d'urgence en nuitée, on recense 2117 places (dont 1231 à Paris) sur 14 centres (10 à Paris). Ces chiffres sont sous-évalués, car ils ne tiennent pas compte des centres du S. A. M. U. Social. Michel Thierry [26] (p. 4) de façon plus exhaustive et sur des données de la D. R. A. S. S. I. F. recense un total de 5052 places dont 2900 à Paris avec, en période hivernale des taux d'occupation moyens de 80%. Il faut noter que certains centres comme la Mie de pain (600 places) ne fonctionnent que du 15 novembre au 15 avril, alors que la faible décélération des fréquentations estivales ne va pas dans ce sens et que 900 places disparaissent au printemps. Toutefois, même si ces centres ne sont pas toujours pleins et même si certains S. D. F. ne veulent pas les fréquenter, pour des raisons parfois compréhensibles, on mesure cependant le caractère fantaisiste des chiffres parfois avancés quant au nombre de S. D. F. en Ile de France.

(67) - OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE DE FRANCE, *Guide des Centres d'accueil pour personnes en difficulté en Ile de France*, édition 1995-1996, 55 pages.

Au total, et sur une estimation grossière, on peut évaluer cette population entre 8 et 15.000 personnes pour Paris et l'Ile de France. Mais la fourchette est assez grande entre René Teulade qui en 1993, en accord avec la mairie de Paris, fixe un chiffre de 4 à 5000, Serge Paugam [20] qui signale en outre qu'ils étaient estimés à 1500 en 1976 ou Gilles Bruckner, Président de Médecins du Monde (Libération, 5 janvier 1993, p. 2), qui les chiffrent à 15 à 20.000, jusqu'à certaines sources qui avancent des chiffres de 30.000 (Elisabeth Drévillon, Le Nouvel Observateur 2-8 avril 1992, p. 12), voire de 60.000 personnes (Jean-Baptiste Eyraud, le Nouvel Observateur, 25 novembre-1er décembre 1993, p. 62-63). Les fonctionnaires de la B. A. P. S. A. les recensent autour de 8 à 10.000 personnes (Valeurs Actuelles, 25 octobre 1993, p. 40-41), précisant toutefois qu'autour de ce premier cercle de clochards inadaptés, pacifiques et malheureux, se retrouve une deuxième population d'environ 15.000 marginaux, asociaux et délinquants. Mais, là encore, se pose un problème de définition 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 8000 (simplement à Nanterre, au centre d'accueil, il y a plus de 1000 personnes). Cependant, les chiffres les plus rigoureux de personnes réellement à la rue se retrouvent dans cette fourchette de 8 à 15.000. Les statistiques de la B. A. P. S. A. présentent assurément une certaine pertinence par la rigueur de l'enregistrement pour ce qui est des sans-abri, clochards et vagabonds, à la rue, en bref pour la partie la plus désocialisée de cette population. Rappelons que, jusqu'en 1994, elle était le seul dispositif de ramassage existant.

De même, lorsque l'on voit dans la presse les chiffres 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. [59] (annexe 1, p. 3). Cinq éducateurs ont parcouru de fond en comble une zone déterminée du réseau R. A. T. P. et du R. E. R. (stations, quais, accès, couloirs), afin de recenser les individus. Ils ont repéré 1145 personnes en moyenne, par jour, entre 10 h et 17 heures, et 1943 personnes entre 17 et 22 heures. Enfin, de façon très récente, une étude méthodologiquement assez fiable de l'I. N. E. D. (Institut National des Etudes Démographiques) effectuée entre février et mars 1995 comptabilise entre 7600 et 8300 Sans Domicile dans Paris intra-muros (La tribune Desfossés, 9 mai 1996). Nous sommes bien dans notre « fourchette » que nous affinons en fixant entre 8 et 10.000 le nombre de personnes à la rue en Ile de France.

b) Pour l'ensemble de la France

Les chiffres se situent actuellement autour de 200 à 250.000 personnes sur une population totale de 56,8 millions. Selon une enquête commandée par la Caisse des Dépôts, on arrive à une fourchette de 200 à 400.000 (Libération, le 5 janvier 1993, p. 2). Pour A. T. D. Quart-Monde ou Serge Paugam [20] (p. 59), ils sont environ 400.000.

Cependant, certaines sources font état de 500.000 personnes sans-abri (Pascal Bruckner, Le Nouvel Observateur, 2-8 avril 1992, p. 10 et 11, Jean-Baptiste Eyraud, le Nouvel Observateur, 25 novembre-1er décembre 1993, p. 62-63, Thierry Soufflard, La médecine du macadam, JIM n° 294 du 17 novembre 1993). Pour le Bureau d'Information et de Prévisions Economiques, en France, 98.000 personnes sont à la rue (0,2% de la population totale), 45.000 sont squatters où vivent dans des abris de fortune (0,1%) et 59.000 fréquentent des centres d'urgence (0,1%).

Au niveau national également, ces chiffres peuvent sembler sous-évalués si l'on considère que 10 à 22,4 % de la population française vit en dessous du seuil de pauvreté [66] ce que l'on a constaté avec le R. M. I. 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 [45] (p. 35) représentant environ 30.000 lits. Le Haut Comité au Logement, créé en 1992 (Composé de Louis Besson, Françoise Gaspart, Geneviève De Gaulle-Anthonioz, Albert Jacquard, René Lenoir, Paul Virilio et André Chaudier) identifie 98.000 S. D. F., 45.000 personnes disposant d'abris de fortune (caravanes, camions, cabanes de jardin), 59.000 personnes logées en centre d'urgence, en C. H. R. S., ou en hôtels sociaux, et 470.000 personnes logées en meublés ou en hôtel de basse catégorie sur l'ensemble de la France pour 1993. Soit au total 700.000 personnes en situation de grande précarité. A titre indicatif, on peut rappeler que les 762 Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (C. H. R. S.) abritaient 23.466 personnes au 1er janvier 1994 (Le Monde, 2 mars 1996). En matière d'urgence, Michel Thierry dans un rapport récent [26] (p. 2), après une mission d'évaluation constate qu'il y a en tout 25.000 places, avec une capacité qui a doublé en cinq ans. Mais surtout il relève que cette capacité apparaît comme quantitativement suffisante.

c) Quelques villes dans le monde

A Chicago, le Health Département qui avait la charge des garnis municipaux a étudié avec soin les conditions locales en 1907-1908 [2] (p. 49). Il a estimé que le nombre de sans-abri à Chicago n'était pas inférieur à 60.000 sur une population de près de trois millions d'individus soit environ 2% de la population, mais il signale que le groupe des clochards et mendiants n'excède pas les 2500 individus ce qui est une remarque d'importance. En Floride, et en incorporant Miami (3,52 millions d'habitants), sur un total de 19 millions d'habitants en 1990, ils sont évalués à 6 à 10.000 personnes [68]. Pour Washington, on en dénombre 5 à 10.000 sur une population de 575.000 personnes [69]. A New York, on les estime à 36.000 personnes sur un total de 7,033 millions [70] d'habitants.

(68) - PLAN DATE COUNTY, *Characteristics and risk behaviors of homeless black men seeking services from the community homeless assistance*, Florida, august 1991, in MMWR morb Mortal WKLY rep, 1991 dec 20, 40 (50), 865-8.

(69) - BRICKNER EDS P. W., SCHARER L. K., CONANAN B., ELVY A., SAVARESE M., *Washington D. C. The Zacchaeus Clinic, A model of health care for homeless persons*, Health Care of Homeless People, p. 323-332, Ed. Bargmann, 1985.

(70) - GOUNIS K., CONOVER S., SUSSER S., DRUCKER E., *First timers at the Franklin men's shelter : A program to prevent shelterization of newly homeless men*, Bronx, NY, Departement of psychiatry and Departement of epidemiology and social medecine. Monteriore médical center, 1987.

A Londres en 1902, Jack London évalue les S. D. F. à 35.000 personnes. De plus, il signale qu'il existe 1,8 million personnes en situation de très grande pauvreté sur une population totale de 6 millions d'habitants [32] (p. 59). Plus récemment, en mars 1990 ils sont estimés à un minimum de 60.000 personnes sur un total de 6,68 millions [71].

A Moscou, ils sont évalués à 90.000 personnes (Journal du dimanche, 8 juillet 1993, n° 140, p. 15), voire à 300.000 selon la police de Moscou (l'Evénement Du Jeudi, 11-17 janvier 1996) sur une population totale de 8,97 millions. L'Humanité du 22 décembre 1994 signale que dans la nuit du mardi au mercredi, six personnes sont mortes de froid à Moscou, portant à trente et une le nombre des victimes du froid depuis le début du mois de décembre dans la capitale russe, où la température atteint - 30°C. On recense entre 50 et 150.000 personnes S. D. F à Moscou selon Médecins Sans Frontières. Le monde du 5 janvier 1996 signale que pour le seul week-end des fêtes, du 30 décembre au 2 janvier, plus d'un demi-millier de moscovites ont été hospitalisés pour hypothermie, dont 94 dans un état grave. Parmi elles, 17 n'ont pas survécu, ce qui porte à 277 le nombre de personnes mortes de froid en novembre et décembre 1995. Il n'existe à Moscou qu'un seul centre d'accueil de 24 lits.

A Tokyo, sur 12 millions d'habitants (8,3 millions intra-muros), on recense officiellement 3300 sans-abri. Mais en fait, ils seraient au moins 10.000. Pour d'autres sources, les estimations varient entre 20 et 30.000 personnes. Il faut noter qu'au Japon, les sans-abri doivent supporter le regard généralement dégoûté de la population. Personne ne leur donne de l'argent, ce serait mal vu. D'ailleurs, ils ne mendient pas, ils auraient trop honte. En décembre 1993, les travailleurs sociaux du quartier populaire d'Asuka avaient recensé 38 personnes mortes de froid (Libération, 25 janvier 1996). Durant l'hiver 1993, 200 S. D. F. seraient morts de froid (Libération, 10 octobre1994) et 300 pour l'hiver 1994 [62] (p. 21).

A Montréal, on recense 10 à 15.000 itinérants pour une population de 3 millions (1million d'habitants intra-muros) [72] (p. 59).

A Rio de Janeiro, il y a officiellement 7000 S. D. F. sur une population de 5,6 millions, mais il semblerait que ces chiffres soient à multiplier au moins par deux. De plus, 20% des 5,4 millions d'habitants vivent dans des conditions très précaires, caractérisées par la municipalité d'habitations irrégulières et 40% vivent dans des favelas (Le Figaro, 6-7 juillet, p. 2).

d) Quelques pays dans le monde

Aux Etats-Unis, la population des S. D. F. est évaluée entre 600.000 et trois millions de personnes d'après Barbara Cohen (The Urban Institute, personal communication en 1991, in [68] p. 865). « *En 1982, Mary Ellen Hombs et Mytch Snyder estiment dans leur livre Homeless in America : A Forced March to Nowhere que le nombre de Homeless se situe entre 2 et 3 millions.*

(71) - BLACK M. E., SCHEUER M. A., VICTOR C., BENZEVAL M., GILL M., JUDGE K.*, Utilisation by homeless people of acute hospital services in London*, in British Medical Journal, 1991, oct 19, 303 (6808), 958-61.

(72) - FOURNIER Louise, *Enumération de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants à Montréal*, Polycopié, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 1989.

Ce chiffre très peu plausible dans la mesure où il représente plus de 1% de la population américaine stimula les chercheurs pour proposer des estimations plus cohérentes. Le livre de jenks est une recension critique de toutes les études produites sur la question homeless. L'auteur montre combien il est difficile de définir, à tout le moins d'estimer, le nombre de personnes sans domicile. Mais à force d'additions, de rapports et de logarithmes, il conclut que sur une semaine de mars 1990 (date du dernier recensement) près de 300.000 Américains (soit dix fois moins) étaient homeless, au sens où ils dormaient soit dans des centres d'hébergement gratuits, soit dans des espaces publics tels que des gares, des trottoirs ou des immeubles abandonnés. Jencks indique que le phénomène homeless a énormément augmenté au cours du temps. Le nombre de personnes sans domicile semble avoir plus que doublé entre la fin des années 70 et le milieu des années 80, mais il ne semble pas avoir beaucoup augmenté depuis. Cependant, sur toute cette période, l'opinion publique a été bombardée d'informations sur une population qui, il est vrai, devenait de plus en plus visible, ce qui a certainement contribué à augmenter l'importance qu'on accorde au phénomène dans des grandes villes comme New York ou Chicago » [73] (p. 1). Wright et Devine en 1992 en dénombrent 228.621 pour l'ensemble des Etats-Unis sur une population totale de plus de 252 millions d'habitants [74].

Pour la Grande Bretagne, on estime qu'entre 1 et 3 millions de personnes sont sans domicile (Libération, 6 janvier 1993) pour une population de 57,5 millions.

Pour le Danemark, ils sont évalués à 10 à 20.000 personnes sur une population de 5,14 millions d'habitants (Le monde, samedi 6 mars 1993, p. 9).

TABLEAU N°17
EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR PARIS ET L'ILE DE FRANCE

Précisons que nous avons pris dans les chiffres l'hypothèse haute lorsqu'ils étaient donnés sous forme de fourchette, et que le nombre de S. D. F. n'est pas cumulé avec celui du nombre de clochards lorsque ces deux indications sont mentionnées. Pour les calculs de pourcentage, nous avons pris le chiffre de « clochard », et pour les villes les chiffres de population intra-muros. Bien entendu, tous ces chiffres sont donnés à titre purement indicatif. Les problèmes de méthodologie, en particulier les phénomènes de double comptage et les problèmes de spécification des populations concernées, de rigueur et d'exhaustivité de recueil rendent éminemment suspectes et contestables l'ensemble de ces chiffres. Cependant, on voit quand même que d'une façon générale, nous sommes loin d'un phénomène massif et inquiétant et ce, sur l'ensemble des sites mentionnés.

En terme de pourcentage, que ce soit pour Paris, pour la France, ou dans le monde, on retrouve une fourchette à peu près constante entre 0,10 et 1% de la population totale.

(73) - DAMON Julien, *Homeless, Le phénomène S. D. F. aux Etats-Unis*, polycopié, 1995, 1 page.

(74) - WRIGHT J. D., DEVINE J. A., *Counting the homeless : The Census Bureau's « S-Night » in five U. S. cities*, 1992, Evaluation revieuw, 16 : 355-364.

TABLEAU N°17
EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR PARIS ET L'ILE DE FRANCE

PERIODE OU ANNEE	SOURCE OU AUTEURS	CLOCHARDS, MENDIANTS	S. D. F., PAUVRES, GRANDS EXCLUS	RATIO/POP TOTALE
XV^{è} s	Guillebert	80.000		33,00%
XVI^{è} s	Platter	30.000		30,00%
1773	Necker	18.000		
1957	Vexliard	20.000	100.000	1,00%
1976	Paugam	15.000		0,15%
1992	BIPE (SCIC)	16.500	35.100	0,16%
1992	Drévillon	20.000		0,20%
1993	Teulade	5.000		0,05%
1993	BABSA	10.000	15.000	0,10%
1993	Paugam	20.000		0,20%
1993	Eyraud	60.000		0,60%
1995	INED	8.300		0,08%

TABLEAU N°18
EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR L'ENSEMBLE DE LA FRANCE

ANNEE	SOURCE OU AUTEURS	CLOCHARDS, VAGABONDS	S. D. F. ou GRANDS EXCLUS	RATIO / POPULATION
1987	Wrésinski	400.000		0,73%
1992	BIPE	98.000	104.000	0,17%
1992	Bruckner, Eyraud	500.000	10.000.000	0,88%
1993	Haut Comité Logement	98.000	700.000	0,17%
1993	Chassériaud	250.000	1.400.000	0,44%
1993	Caisse des Dépôt, ATD	400.000		0,70%
1993	FEANTSA	500.000		0,88%

TABLEAU N°19
EVALUATION DU NOMBRE ANNUEL DE S. D. F. EUROPEENS AYANT RECOURS AUX SERVICES PUBLICS ET ASSOCIATIFS (DEBUT 1990)

Nous empruntons ce tableau au remarquable travail de Brigitte Ménoret Calles [75] (p. 39). Les données sont fournies par Dragana Avramov (*Les sans-abri dans l'union européenne*, FEANTSA, 1995).

PAYS	ESTIMATION SUR UNE PERIODE DE UN AN	RATIO SANS ABRI/POPULATION GENERALE (pour 1000 habitants)
Espagne	11.000	0,28
Portugal	4000	0,41
Luxembourg	200	0,54
Belgique	5500	0,56
Grèce	7700	0,77
Danemark	4000	0,78
Pays-Bas	12.000	0,81
Irlande	3700	0,99
Italie	78.000	1,36
France	346.000	6,11
Royaume-Uni	460.000	8,01
Allemagne	876.450	11,00
TOTAL	**1.808.550**	

(75) - MENORET CALLES Brigitte, *Accès aux soins des populations démunies*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université Paris XII Val de Marne, polycopié, juin 1996, 204 pages.

TABLEAU N°20
EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. DANS QUELQUES VILLES OU PAYS

VILLE OU PAYS	SOURCE OU AUTEURS	ANNEE	CLOCHARDS, VAGABONDS	S. D. F.	RATIO/POP TOTALE
Chicago	Anderson	1907	2.500	60.000	0,1%
New-York	Gounis	1987	36.000		0,5%
Washington	Brickner	1985	10.000		1,7%
Montréal	Fournier	1989	15.000		1,5%
Moscou	Police	1996	300.000		3,3%
Moscou	M. S. F.	1996	150.000		1,7%
Floride	Plan County	1991	10.000		0,5%
Londres	London	1902	35.000	1.800.000	0,6%
Londres	Black	1990	60.000		0,9%
Tokyo	Officielle	1993	3.3OO		0,04%
Tokyo	M. S. F.	1994	10.000		0,1%
Rio de Janeiro	Officielle	1996	7000	1.080.000	0,1%
Etats-Unis	Hombs	1982	3.000.000		1,0%
Etats-Unis	Jenks	1990	300.000		0,1%
Etats-Unis	Cohen	1991	3.000.000		1,0%
Etats-Unis	Wright	1992	229.000		1,0%
Danemark	Le Monde	1993	20.000		0,4%
Grande-Bretagne	Libération	1993	3.000.000		5,2%

5°) <u>Conclusion</u>

On voit donc combien il est difficile de caractériser de façon plus fine cette population des Sans Toit Stable. Que ce soit sur un plan sémantique, qualitatif ou quantitatif, le plus grand flou règne devant des populations par définition non sédentaires, mouvantes et furtives. L'essentiel des données et observations rapportées dans ce travail proviennent des personnes sans domicile amenées ou venues au C. H. A. P. S. A. de Nanterre. Elles viennent également des personnes de composition d'ailleurs différente rencontrées au S. A. M. U. Social de Paris.

Comme nous l'avons déjà signalé, cette laxité de caractérisation évite probablement une stigmatisation trop facile, mais elle est à l'origine de nombreuses

incompréhensions concernant les données recueillies. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne leur nombre, leur âge, leur origine et leurs caractéristiques médico-sociales. Devant cette difficulté, en toute rigueur rationnelle voire rationaliste, le réflexe premier est d'essayer de catégoriser plus finement cette population. Nous avions précédemment [3] (p. 24) individualisé deux catégories de populations tournant autour de l'existence ou non d'un sens, autrement dit d'une population partiellement désocialisée et d'une population complètement désocialisée. Dans l'opération « coup de pouce » [59] (annexe 1, p. 1) les éducateurs avaient mission pour recenser les individus, de déterminer à vue un âge approximatif, de noter le sexe et de tenter d'évaluer en fonction de l'aspect extérieur le degré de désocialisation autant que faire se peut. Quatre catégories de départ étaient individualisées :

TABLEAU N°21
CRITERES DE RECENSEMENT DE L'OPERATION COUP DE POUCE

Catégorie I **Désocialisation complète (24,6%)**	**Catégorie II** **Désocialisation largement engagée (23,2%)**
Généralement seuls	Généralement en petits groupes
Absence totale d'hygiène, comportement de mendicité élaboré	Présence fréquente d'animaux (chiens) Attitude volontiers provocatrice
Aspect vestimentaire : Taille et coupe inappropriées, déchirures	Vêtements encore « à la mode » mais jamais entretenus
Bouteille de vin à proximité	Consommation d'alcool plus orientée vers la bière

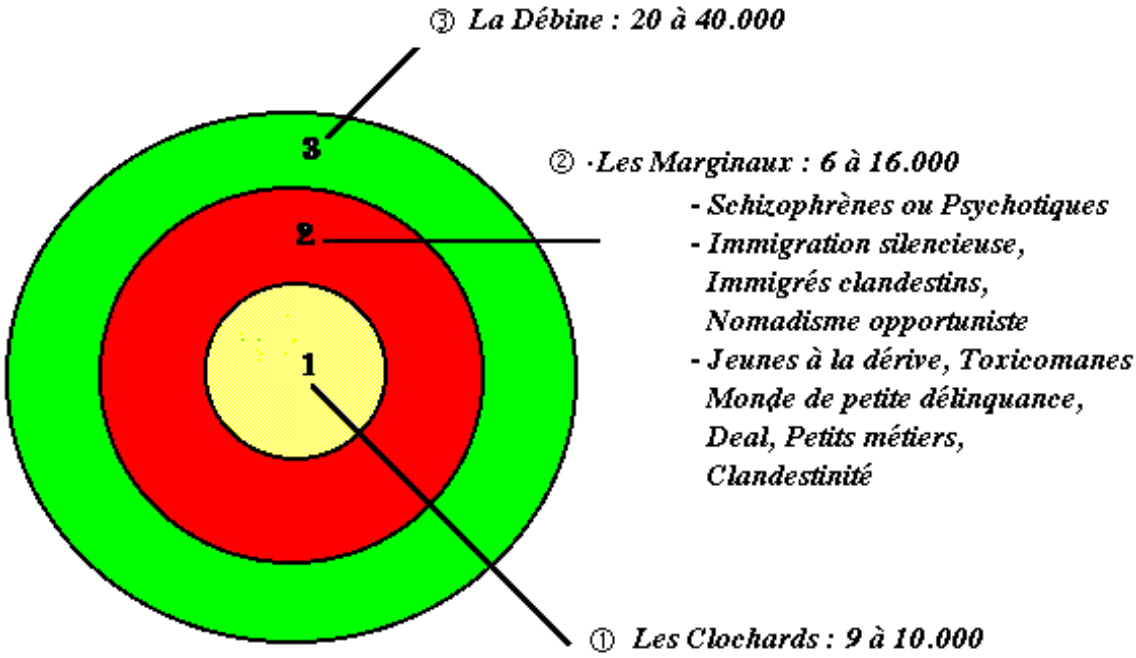
Catégorie III **Errant non socialisé (11,5%)**	**Catégorie IV** **Bandes, musiciens, dealers (41%)**
Seuls ou en groupe	Essentiellement en groupe
Hygiène conservée tant bien que mal	Comportement très élaboré
Pas d'alcool à proximité	Pas de différentiation vestimentaire
Paraissent moins installés sur le réseau	Remarquables que par leurs activités

Notre population étudiée correspondrait approximativement dans cette classification aux catégories - I - et - II -.

En fait, une des classifications les plus pertinentes, car la plus opératoire est celle de Xavier Emmanuelli dans le document fondateur du S. A. M. U. Social de Paris [76] (p. 2).

(76) - EMMANUELLI Xavier, *Proposition pour la création d'un SAMU social*, Polycopié, 1994, 13 pages.

TABLEAU N°22
CLASSIFICATION EN TROIS CERCLES DE XAVIER EMMANUELLI



Les médias confondent souvent la catégorie ③ avec la catégorie ①. Ces cercles sont opératoires, car il existe des « Go Between » pour reprendre une expression d'Isaac Joseph [77] des aller-retour sauf pour le clochard qui est au bout de la route, en position terminale mortifère. Pour le reste, entre les catégories ② et ③, les échanges sont fréquents et constants. Pour le dire autrement, il n'y a pas de trajet rectiligne entre la socialisation et la désocialisation complète. Bien entendu, nous parlons pour faire simple de désocialisation complète, mais nous verrons, un peu plus loin combien ce concept ne peut correspondre à une réalité. En effet, l'homme est un animal social et l'on voit difficilement comment, surtout en milieu urbain, il pourrait exister stricto sensu une désocialisation complète. Cependant, il est vrai qu'il existe une ligne invisible qui, une fois franchie rend le retour en sens inverse plus qu'aléatoire.

(77) - JOSEPH Isaac, *Introduction à Ulf HANNERZ, Explorer la ville*, éditions de minuit, 1983.

Cette classification reprend d'ailleurs, de façon bien involontaire, celle d'un sociologue américain David Matza qui avait lui aussi distingué trois niveaux de pauvreté figurés sous forme de cercles concentriques [78] (p. 657). « *Le cercle le plus grand englobe tous les pauvres qualifiés comme tels du fait de leur bas niveau (évalué relativement) de revenus. Le deuxième plus petit, regroupe les pauvres qui bénéficient d'une assistance sociale. Dans le troisième enfin, le plus petit, il a réuni ceux qui reçoivent occasionnellement ou en permanence un soutien, mais en même temps sont considérés comme des gens dépravés et malfamés. Ce dernier groupe formé principalement de chômeurs ou de personnes travaillant par à coups, constitue un milieu à part où s'élaborent des modèles spécifiques de comportements déviants (...)* ». On peut en rapprocher la classification de Serge Paugam [79] (p. 49) qui distingue lui aussi trois catégories. Les *fragilisés* correspondent à des personnes tout à fait socialisées mais dans une situation sociale précaire et en voie de paupérisation. Les *habitués* se retrouvent sur les espaces publics. Ils sont souvent en voie de marginalisation de par leur consommation d'alcool ou de stupéfiants. Les *habitués* ne correspondent pas encore exactement à ce que l'on entend par personnes « désocialisées ». Les *marginalisés* s'illustrent par le clochard ivrogne ou le jeune totalement déclassé.

Les classifications de ces deux auteurs si elles sont démonstratives ont l'inconvénient à notre sens de rattacher étroitement et presque exclusivement ce phénomène à la pauvreté et à des facteurs économiques prépondérants. Elles figent ainsi les catégories. D'ailleurs, Serge Paugam lui-même dans la préface de la troisième édition [79] (p. 4-5) note que si il devait réécrire son livre, il indiquerait avec plus d'assurance que ces trois types de population correspondent à trois phases différentes d'un processus de disqualification sociale et non à une catégorie statistique de strates figées. De plus, il emploierait fragilités plutôt que fragile, dépendance vis-à-vis des travailleurs sociaux plutôt qu'assisté et rupture du lien social plutôt que marginal.

Au fond, pour tracer un archétype ou un prototype de notre population, on peut dire qu'il s'agit d'un homme de 37 à 40 ans, seul, célibataire, sans contact avec sa famille, ayant perdu un emploi peu rémunérateur, sans logement réel depuis plusieurs années, sans ressources ni contact social. Il présente quelques problèmes de santé, buveur excessif au moins et dont les besoins exprimés sont soit réduits à néant, soit exprimés sous forme de demande de travail et de logement, mais sur un fond de désocialisation largement entamée. Nous aurons à voir au chapitre - IV -, la validation éventuelle de cet archétype dans les résultats de notre étude.

(78) - MATZA David, *The disreputable poor*, in Bendix R., Lupret S. J. ed., *Class status and power social, stratification in cooperative perspective*, Free press, 1966, 678 pages.

(79) - PAUGAM Serge, *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, P. U. F., 1994 (1991), 255 pages.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CHAPITRE - II - PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

Un mendiant (chante)

A de bons coeurs comme les vôtres
Bien faire cause un doux émoi ;
Qu'un jour de fête pour tant d'autres
Soit un jour de moisson pour moi.

GOETHE, *Faust* [80] (p 58-59).

(80) - GOETHE Jean - Wolfgang, *Faust* , G. F. Flammarion, 1964, 178 pages.

A) PROBLEMATIQUE

Nous formalisons ici les questions et les problématiques débouchant sur des réflexions d'ordre éthique. En partant du postulat qu'il existe une émergence très récente de l'abord médico-social de ces populations, nous essayons de voir les questions que cela pose et les problématiques spécifiques qui s'en dégagent. Ces questions se déclinent schématiquement en trois problématiques.

1°) Les questions touchant à la fonction médicale

a) La fonction du médecin « dans son essence même »

Comme médecin non seulement somaticien, mais plus encore hypertechnicien, nous exerçons une spécialité à bien des égards porteuse de fantasmes, d'angoisses et de mystères. Ré-animer, redonner le souffle, plonger le patient dans le coma, à la frontière de la mort afin qu'il soit opéré, et de façon quasi magique, le réveiller à la demande. Le geste qui sauve, l'urgence, l'hyperactivité, la compétence, la sûreté du geste, le raisonnement clair, arracher le malade à la grande faucheuse, la vie sauvée. Voilà assurément des activités qui sont prestigieuses et glorifiantes. Dans ce cadre, le syndrome « d'omnipotens » n'est pas loin. Egaler les Dieux, magnifier la science et la technique, on retrouve là ce que Michel Maffesoli dénommerait le mythe prométhéen basé sur la pulsion de l'avenir et sur la grande loi linéaire du progrès [81] (p. 133). Il ne s'agit en rien de nier le bienfait du progrès technique et scientifique, mais on se situe là dans le domaine du savoir faire. L'interrogation éthique débute - semble-t-il - lorsque l'on passe du savoir faire au pourquoi faire. C'est à dire lorsque dans la relation médecin-machine ou médecin-savoir se réintroduit le malade et plus particulièrement son visage. Nous illustrons cela par un exemple démonstratif. L'amélioration des pratiques en ce qui concerne l'anesthésie a d'abord introduit puis rendu obligatoire la consultation de pré-anesthésie. Dans le passé, bien souvent, l'anesthésiste recevait en salle d'opération un patient déshabillé, sur un brancard, ensommeillé par une prémédication, le cas échéant sans dentier, et pour les femmes sans maquillage. Ce patient qu'il ne connaissait pas était rapidement endormi, puis le praticien s'affairait avec ses machines et la poursuite de son geste technique sur ce corps inconscient, immobile, et sans autre réaction que purement végétative. La relation médecin-malade était, dans ces conditions, réduite à sa plus simple expression. Actuellement, la pratique obligatoire des consultations de pré-anesthésie conduit à voir le malade largement à distance de l'intervention.

(81) - MAFFESOLI Michel, *La conquête du présent*, Presses Universitaires de France, 1979, 200 pages.

Cette consultation a lieu dans un bureau médical, avec un patient habillé et en possession de toutes ses capacités en particulier cognitives. Ses peurs, ses questions sur sa maladie, sur la compétence des professionnels qui vont s'occuper de lui, tout cela nous interpelle directement. La relation qui se noue, ces visages qui se rencontrent me rendent responsable plus encore de celui qui est en face de nous et qui remet en quelque sorte son sort entre nos mains.

Ce qui est déjà sensible dans une relation médicale quotidienne « normale », normatisée, l'est également et plus encore dans la relation paroxystique, quasiment baroque entre le clochard et le médecin. A la marge de la relation sociale normale, entendue ou plutôt convenue voire ressentie dans l'horrible, le puant, le violent et l'efflorescent, se noue pourtant une relation de même type. C'est toute l'ambition de ce travail d'éthique que de chercher à le montrer. Alors, dans cette institution qu'est le C. A. S. H. de Nanterre, on ne peut que s'interroger. En particulier, il est fréquent que le patient S. D. F. soit remis à la rue, alors même que des soins longs et patients comprenant plusieurs interventions chirurgicales, avec greffes de peau et traitements divers, ont permis de guérir son ulcère de jambe. Mais il revient souvent, un ou deux mois après, avec des lésions pires encore. La question du pourquoi faire est là, bien présente. Elle se pose notamment avec des critères économiques de plus en plus pesants, des indicateurs d'évaluation de plus en plus contraignants comme la durée moyenne de séjour (la D. M. S.), le taux d'occupation (le T. O.), le programme de médicalisation des systèmes d'information (le P. M. S. I.), les groupes homogènes de malades (les G. H. M.), les points d'indice synthétiques d'activité (points I. S. A.), l'indice de coût relatif (I. C. R.), etc.. Cette question se pose entre l'économique et les questions posées par le personnel vis-à-vis de ces « mauvais » malades que l'on ne guérit jamais. Découlant de la réponse à cette question du pourquoi faire, on peut s'interroger pour savoir ce qu'il en est exactement de la mythique ou réelle médecine à deux vitesses.

De façon très concrète, on se fait souvent interpeller par le personnel paramédical de la façon suivante : « *Y en a marre des clochards. Ils sont désagréables et grossiers. Ils présentent lorsqu'ils arrivent un état de dégradation physique effroyable avec des pieds dans un état épouvantable. On les traite 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 leurs pansements et qu'ils reviennent dans un état encore plus dégradé ? Il y en a assez des clochards, il n'y a plus que ça dans les services* ». On a vu pourtant qu'en réalité, on ne retrouve que 9 et 16% de S. D. F. dans les services de chirurgie et de médecine. Il est cependant vrai, d'après les chiffres du Département d'Information Médicale, que pour 1994, les S. D. F. représentent 14,31% des 8454 hospitalisations mais 53,92% des journées d'hospitalisation témoignant ainsi d'une durée de séjour beaucoup plus élevée.

Ces remarques viennent de personnels hospitaliers. Au niveau du personnel administratif, venant d'un responsable des services économiques, on peut aussi entendre : « *Quand même, M. Dupont, hospitalisé en Service de Soins Intensifs durant 45 jours à 5.864 francs par jour, cela fait 263.880 francs. Pour quelqu'un qui va retourner vivre sous les ponts, est-ce bien raisonnable* ? ».

Au fond, et par un curieux retour, la question que l'on peut poser est de savoir si la rencontre entre le S. D. F. et le médecin héritier de Galien n'amène pas, par une curieuse ironie historique, à revenir à un médecin fils spirituel de Paracelse. Galien (vers 130 - vers 200), est considéré comme le « père » de la médecine scientifique. Il est un des précurseurs de la pharmacologie moderne et il est probablement le premier à préconiser le raisonnement clinique. Quant à Paracelse (1493 - 1541) il est médecin et alchimiste. Lui, au contraire, replace l'homme dans une totalité macrocosmique. Il est à l'origine de l'homéopathie. Il fera inscrire cette épitaphe sur sa tombe : « *La médecine est tout amour* ». Sur le thème de cette opposition, on trouvera un grand intérêt à la lecture de Gilbert Durand [82] en particulier dans son chapitre - IV - Hermetica ratio et sciences de l'homme (p. 140 -216). Pour le dire autrement, le travail à la consultation médicale du C. H. A. P. S. A. amène le médecin à un travail de deuil. Deuil des principes médicaux académiques, des conduites thérapeutiques schématiques et rigoureuses, rationnelles et logiques, deuil de notre idéal d'explorations diagnostiques abouties, de thérapeutiques logiques et complètes, de guérisons gratifiantes et de réinsertions sociales réussies. Nous avons à examiner, de façon critique, ce rôle médical en posant le problème de la culpabilité ou de l'impression de culpabilité et de la responsabilité (répondre de) de cet intervenant privilégié qu'est le médecin au contact de cette population qui souvent ne se sent pas malade et qui a de la santé une définition bien différente de la nôtre. En bref, nous verrons s'il ne faut pas abandonner l'image idéale du bon soignant et faire le deuil de ce que l'on peut appeler le syndrome du docteur Schweitzer. En fait, comme souvent, il est probable que la « vérité » trouve dans un mixte de ces deux approches : l'approche scientifique et technique d'une part, et l'approche globale de l'homme dans sa totalité de l'autre. Si l'on définit l'éthique non comme une tentative de synthèse et de consensus, mais comme le choix de la moins mauvaise solution, c'est à dire comme le moins mauvais compromis entre les valeurs en jeu dans la situation concrète où l'on se trouve, alors assurément, nous sommes bien là dans une problématique éthique.

b) La place du médecin dans un dispositif institutionnel médico-social

Il s'agit du deuxième type de questions que l'on peut poser en ce qui concerne la fonction médicale. Le C. A. S. H. de Nanterre est le seul établissement en France qui n'a pas appliqué la loi du 30 juin 1975. Celle qui précisément a séparé radicalement le social du médical. Cette singularité, ce statut d'exception a souvent été source d'inconvénients dans le passé récent. Ce statut unique place maintenant cet établissement au premier rang pour s'interroger sur le bien-fondé d'une telle séparation. On peut même dire que devant l'émergence du médico-social il se trouve tout à fait à la pointe du progrès.

Néanmoins, la perdurance voire le renouveau de ce mixte de médical et de social doit poser la question de la place du médecin dans une institution sociale. Y a-t-il place pour le médecin dans de telles structures ? Si la réponse est positive, existe-t-il des raisons légitimes, en dehors de justifications utilitaristes ou de défense corporatiste, pour affirmer que, par la nature même de ses fonctions, le médecin à une place au milieu des travailleurs sociaux pour prendre en charge des personnes aussi désocialisées que le sont ces Sans Toit Stable. En ce domaine, la problématique éthique sera abordée par la place éventuelle du médecin. Dans cette

(82) - DURAND Gilbert, *Science de l'homme et tradition*, éditions Albin Michel, 1996 (1976), 239 pages.

optique, nous poserons le problème de l'acte médical entre le convaincre et le contraindre. Comme nous l'avons vu, le C. H. A. P. S. A. est un héritage des visées coercitives. Nombre de ces patients est amené par une brigade de police. L'évaluation de leur propre santé est inexistante. Comment se situer entre la promotion de la santé et l'accès aux soins d'un côté et le rôle de protection de la population « normale » devant des maladies transmissibles en recrudescence comme la tuberculose par exemple. Le médecin est soumis à des interrogations multiples et complexes ou se confrontent en permanence le respect des valeurs humaines universelles et les limites contraignantes des décisions à prendre, pris entre l'intimité de la relation inter-individuelle et les enjeux de l'organisation institutionnelle.

Dans une thèse d'éthique médicale, devant ces populations, on ne peut pas semble-t-il, faire l'économie d'un questionnement sur la place du médecin dans le système global, sur son rôle comme témoin et comme acteur vis-à-vis de patients qui ont de la maladie et de la santé une définition bien différente de la notre.

2°) Les questions touchant à la connaissance du phénomène de l'errance

La première question préalable à poser est celle de l'implication du chercheur lui-même dans cette recherche. Ceci représente un véritable pré-requis méthodologique. Ainsi, il faudra envisager les problèmes éthiques posés par une telle recherche sur des populations défavorisées.

Un autre point doit être ici précisé. Lorsque l'on veut s'intéresser à ces populations, il paraît très incomplet de se limiter à l'aspect médical de la question. Comme cela a été montré précédemment, la pathologie médicale spécifique des clochards ne concerne que quelques affections particulières liées essentiellement à leurs conditions de vie. Aussi, lorsque l'on veut essayer de globaliser l'approche éthique des problèmes posés par les S. D. F., force est de pénétrer dans le domaine des sciences sociales. La sociologie apporte certainement un éclairage très important et indispensable sur ces populations. Cependant, à elle seule, elle transmet une information que le professionnel de terrain ressent comme incomplète voire superficielle. Que ce soit par l'abord scientifique du chercheur en sciences humaines ou par celui du journaliste, le praticien de terrain est souvent surpris et déçu par l'écrit sur « son clochard ». La question qui se pose alors est de savoir si la réflexion et l'approche de cette population par un auteur les connaissant au quotidien, dans la banalité du jour le jour, appuyée sur un corpus sociologique, est susceptible d'enrichir la connaissance de ces populations furtives et « invisibles » au quotidien.

Cela peut éventuellement permettre de déboucher sur une pratique sociétale différente à leur égard, voire sur une problématique éthique particulière. Il nous semble que ce vécu, cette proxémie permet un certain savoir, éclairant pour approcher et parler de cette population.

Précisons toutefois que notre souci dans tout ce travail est de parler de cette population et non au nom de cette population. Nous n'avons ni vocation ni goût

particulier à vouloir être un porte-parole représentant les S. D. F.. Si nous pensons avoir quelque légitimité pour écrire sur eux, cela ne nous en donne en aucune pour parler à leur place. Par cette approche « socio-anthropologique », nous essayerons de voir si une qualification particulière de ces populations errantes est possible, voire souhaitable.

Nous tenterons de repérer si un certain nombre de traits communs, de données groupales, de caractérisations plus fines, est susceptible de déboucher sur des concepts plus élaborés.

La troisième question sera de voir si le fait de chercher à améliorer leur connaissance ne pose pas le risque d'une stigmatisation ou d'une disqualification supplémentaire. La connaissance de l'exclusion se trouve au carrefour de différentes logiques et de différentes disciplines. La question d'une recherche qui aurait comme but second ou parallèle de permettre un contrôle social sur des populations qui, de façon mythique ou réelle représentent un risque pour l'ensemble du corps social ne doit pas être évacuée. Pour ce qui nous concerne, cette question nous conduira au concept de personne humaine. Il sera abordé dans la discussion éthique. Nous tenterons également de voir si, après les trois abords de la mendicité que nous avons décrits, le caritatif, le coercitif et le socio-politique, nous ne pouvons pas imaginer une autre façon d'aborder le problème en ajoutant la dimension éthique. Lorsque l'on parle du « pauvre mondial », on transforme un problème qui appartient au domaine du socio-économique, de l'ordre public ou du sacré en un domaine d'éthique sociale où est développé le sentiment de solidarité et de fraternité entre les hommes.

3°) <u>Les questions touchant au traitement médico-social réservé à ces populations</u>

Dans ce cadre, il nous faut envisager les conséquences induites par la séparation du médical et du social dans l'accueil de ces populations. Nous nous interrogeons sur l'émergence récente d'un concept nouveau réalisé sous la forme d'un S. A. M. U Social qui est, de façon apparemment paradoxale, associé à la « réinvention » d'un dispositif ancien abandonné en dehors de la médecine militaire de corps de troupe qui est celui de lits d'infirmerie. On peut rappeler que Nanterre a été pendant fort longtemps une infirmerie. Enfin, au milieu de ces nouveaux dispositifs, nous verrons s'il n'en manque pas quelques-uns et en particulier des structures de type asilaire. La fonction d'asile, grevée aujourd'hui d'une image fortement négative mérite peut être une réhabilitation dans une forme adaptée au quotidien de ces personnes. Au fond, il nous faut voir si ces nouvelles structures ne traduisent pas un changement de paradigme vis-à-vis de ces populations, changement matérialisé par la mise en place de ces nouveaux dispositifs de type médico-social.

Finalement, il faudra s'interroger pour savoir si les politiques en faveur des plus démunis ne dépendent pas des problèmes sociaux tels qu'ils sont perçus à une période donnée et si, comme le note Serge Paugam [20] (p. 26) ils ne sont pas en fait le produit de la réflexion sur la société elle-même.

A travers ces trois groupes de questions et leurs éventuelles réponses, nous tenterons de formaliser la problématique éthique que l'on abordera dans la dernière partie de ce travail. Les questionnements éthiques se posent en fait dans les trois types de problématiques que nous avons définies.

B) METHODOLOGIE

1°) Pour la fonction médicale

Sur ce point, notre méthodologie s'appuie sur une analyse de notre pratique au quotidien par rapport aux questions que nous avons posées. A partir de cette analyse, et en nous référant à des monographies et en particulier celles d'auteurs ayant approfondi la question du face-à-face et de l'interaction, et plus spécifiquement dans la relation médicale, nous essayerons d'apporter des éléments de réponse. De plus, notre pratique quotidienne tant au niveau de la consultation médico-sociale du C. H. A. P. S. A., qu'au niveau du S. A. M. U. Social nous servira de référent pour positionner la place du médecin dans ces dispositifs.

2°) Pour la connaissance des phénomènes de l'errance

Nous nous arrêtons sur notre méthodologie, car cet aspect représente un point central de notre travail. L'approche de cette connaissance se fera en trois parties distinctes.

a) L'approche socio-anthropologique du phénomène de l'errance

De façon un peu théorique et à travers une recherche bibliographique, nous essayons d'approcher au mieux les divers abords de cette population et les différentes analyses de ce phénomène de l'errance et de la marginalité. L'essentiel des données rapportées est d'origine sociologique.

A travers des monographies plus concrètes en particulier d'observation participante et par notre contact quotidien auprès de cette population, nous tentons de les approcher sous l'aspect beaucoup plus trivial de leur quotidien.

b) L'étude portant sur l'état médico-social et psychopathologique des personnes S. D. F.

Il était dans nos intentions, pour cette thèse de ne réaliser une approche des populations errantes que par une étude de biographies. A la réflexion, il semble pertinent de produire deux études avec des méthodologies différentes.

Une étude « docimologique » et une étude biographique permettent peut-être de croiser des résultats ou à tout le moins d'ouvrir le champ des renseignements obtenus. Parallèlement à la rédaction de cette thèse, le C. A. S. H. de Nanterre a soumis un projet de recherche au Réseau National de Santé Publique. Il proposait la mise en place d'un Observatoire de Recherche en Santé Publique pour les Individus Sans Toit (O. R. S. P. I. S. T.). Ce projet a été accepté par le Réseau National. Après la définition de référentiels et la mise au point d'outils informatiques adaptés, ce travail tente de faire le point au temps 0 de l'état médico-social et psychopathologique des personnes accueillies à l'antenne médico-sociale du C. H. A. P. S. A.. Cette étude O. R. S. P. I. S. T. [83] s'est achevée en février 1996. Le docteur Xavier Emmanuelli, directeur scientifique de l'étude ayant, en mai 1995, été appelé au gouvernement, nous sommes chargé de la responsabilité de ce travail à sa suite. Il nous faut préciser qu'en raison même de son caractère multidisciplinaire, cette étude ici rapportée ne nous est pas strictement personnelle. Cependant, ayant assuré, comme directeur scientifique, une grande part de sa réalisation et de sa rédaction, il semble utile et licite, après accord des coauteurs de ce travail, de le reprendre et de l'approfondir dans une thèse consacrée au même thème. L'objectif recherché était d'améliorer la connaissance médicale, paramédicale, psychopathologique et sociale de ces populations. Pour ce faire, cette étude est développée sur une approche multidisciplinaire associant dans les quatre domaines cités le travail des professionnels au contact quotidien des personnes accueillies au C. H. A. P. S. A.. Le projet initial avait comme ambition de mieux connaître les pathologies présentées, leurs spécificités et si possible leurs causes (retard d'accès aux soins, rapports au corps, etc.). Il voulait également voir comment améliorer les dispositifs d'action sanitaire et sociale et réduire les disparités dans ce domaine, en particulier concernant ceux que l'on appelle de façon convenue les exclus. Il souhaitait également, en s'inscrivant dans la mission du Réseau National de Santé Publique, proposer des solutions techniques, pragmatiques et opérationnelles, pour optimiser cette démarche.

Enfin, il avait pour ambition d'identifier et d'alerter éventuellement sur les problèmes de santé publique posés. La pérennité du dispositif théoriquement prévue à la fin de l'étude devant permettre de dépister précocement une problématique nouvelle. Même avec cette méthodologie « docimologique », pour tenter de réaliser ces objectifs, il semble nécessaire d'aller bien au-delà du strict domaine médical dans la compréhension de cette population désinsérée. Il apparaît également indispensable de mieux appréhender les mécanismes sociaux, économiques et psychologiques qui conduisent à une telle marginalisation. C'est la raison pour

(83) - DECLERCK Patrick, DUPRAT Philippe, GASLONDE Odile, HASSIN Jacques, PICHON Jean-Pierre, *L'état médico-social et psychopathologique des personnes S. D. F.,* polycopié, février 1996, 166 pages.

laquelle ce projet a d'emblée été conçu sur une approche multidisciplinaire associant le médical, le paramédical, le social et le psychopathologique. La création de cet observatoire, rejoignant ainsi les préoccupations du Haut Comité de Santé Publique, semble de nature à permettre de mieux connaître l'état sanitaire et social de cette population, les problèmes qu'elle rencontre dans l'accès aux soins et les dangers qu'elle peut courir ou représenter en terme de santé publique.

Nous avons rédigé le travail introductif, la partie médicale, la synthèse et les conclusions de cette étude. De plus, nous avons assuré la coordination du travail et du rapport final ainsi que la saisie et l'exploitation primaire de la partie sociale colligée par les travailleurs sociaux.

La partie infirmière est rédigée par Odile Gaslonde, surveillante chef des Urgences, de la Réanimation et du C. H. A. P. S. A. qui a par ailleurs assuré la saisie et le traitement des fiches infirmières. La partie sociale est coordonnée par Patrick Declerck, ethnologue et psychanalyste qui en outre en a réalisé l'analyse. La partie psychopathologique est également rédigée par Patrick Declerck qui a assuré le recueil, la saisie et l'exploitation des informations. La partie informatique est conçue par le Dr Jean-Pierre Pichon qui a produit les logiciels sur « Paradox » permettant de réaliser cette étude. De plus, il a réalisé l'étude sur les données issues du P. M. S. I. concernant les S. D. F. hospitalisés à l'hôpital Max Fourestier. La partie assistance au projet, contrôle, expertise, validation de la méthodologie et production des fiches de recueil est réalisée par le Dr Philippe Duprat, enseignant chercheur en santé publique à l'Ecole Nationale de Santé Publique.

- **La méthodologie de la partie médicale** (Dr. J. Hassin)

Une fiche médicale d'antécédents a été conçue en collaboration avec les différents médecins de l'Antenne Médicale du C. H. A. P. S. A.. Elle est articulée autour des éléments recherchés dans cette étude et permet, par l'anamnèse, de rechercher les antécédents notables de la personne. Cette fiche est couplée à une deuxième fiche permettant de recueillir le motif de consultation, les données de l'examen clinique, le diagnostic et l'orientation donnée. En outre, cette deuxième fiche permet ensuite de recueillir les données cliniques lors des visites ultérieures. A titre de « test », ces fiches ont été mises en application. Une quarantaine d'entre elles ont été remplies. Des données importantes qui avaient été omises ont été ajoutées. Ces fiches sont bien sûr évolutives et se sont enrichies à mesure des observations des praticiens de consultation. Elles sont remplies en routine, de manière systématique par les médecins consultant au C. H. A. P. S. A.. Il n'y a aucune sélection particulière. Le dossier patient actuel de tout nouveau patient contient systématiquement ces deux documents.

TABLEAU N°23
LA FICHE MEDICALE D'ANTECEDENTS

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	C. H. A. P. S. A. CASH de Nanterre

Fiche établie le : **par le Docteur :** **NOM / Prénom :**

APPAREILS	**DIAGNOSTICS**	CIM9	**CHIRURGIE**	ACTES
BRULURES				
CARDIO-VASCULAIRE	ARTERITE			
	HTA			
	INSUFFISANCE CARDIAQUE			
	TROUBLES DU RYTHME			
	INSUFFISANCE CORONARIENNE			
DERMATOLOGIE	MYCOSE			
	PARASITOSE			
	ULCERE			
GASTRO-ENTEROLOGIE	CONSTIPATION			
	DUODENITE			
	GASTRITE ALCOOLIQUE			
	GASTRO-ENTERITE			
	HEMORROIDES			
	OCCLUSION			
	OESOPHAGITE			
	ULCERE DUODENAL			
	ULCERE GASTRIQUE			
GENITO-URINAIRE	INFECTION URINAIRE			
	HEMATURIE			
	BLENNORRAGIE			
NEUROLOGIE	EPILEPSIE			
	HEMIPLEGIE			
	POLYNEVRITE			
OPHTALMOLOGIE	BRULURE CORNEENNE			
	CONJONCTIVITE			
ORL				
PSYCHE				
RESPIRATOIRE	ASTHME			
	BPCO			
	BRONCHITE AIGUE			
STOMATOLOGIE				
TOXICOMANIE	ETHYLISME			
	TABAGISME			
TRAUMATOLOGIE	FRACTURE			
	LUXATION / ENTORSE			
	PLAIE			
AUTRES				

TABLEAU N°24
LA FICHE OBSERVATION ET DE SUIVI MEDICAL

Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre

ANTENNE MEDICALE DU C. H. A. P. S. A.

OBSERVATION ET SUIVI MEDICAL

NOM : **Prénom :**
Date de naissance :

Date	Médecin	Observation	Code

En pratique, de très nombreux dossiers se sont révélé inexploitables du fait de l'insuffisance de rigueur dans la collecte des données et de la difficulté de recueil de l'information. En particulier, l'incomplétude flagrante des antécédents risquait d'incorporer des biais dans les résultats. Par exemple, une fiche d'antécédents non remplie peut laisser croire si elle est incorporée qu'il n'y a aucun antécédent ce qui est inexact. Un travail explicatif long et répété a donc été nécessaire. Pour ce qui concerne la difficulté de recueil de l'information, il est clair que de très nombreux dossiers ont dû être écartés puisque l'étude présentée concerne 276 patients alors que dans la période de recueil, d'avril à décembre 1995, l'antenne a reçu 519 nouveaux patients (445 hommes et 74 femmes). Il est vrai que, sur 6660 personnes reçues au C. H. A. P. S. A. en 1995 cela représente environ 4% des passages annuels. Sur 4900 consultations réalisées en 1995, cela représente en 8 mois près de 6% des consultations annuelles. Cependant, il faut souligner qu'une part importante de cette population (33,4% en 1995) est d'origine étrangère. Parmi elle, un nombre significatif de patients ne parle ni le français ni l'anglais et rend l'interrogatoire et parfois le motif de consultation, parfaitement aléatoire et inexploitable. De surcroît, l'alcoolémie fréquemment mesurée à 2 ou 3 g/l à l'éthylomètre et les troubles de comportement induits ne facilitent pas un recueil complet et fiable des antécédents médicaux. Il faut toutefois signaler qu'en raison de grandes difficultés méthodologiques et de suivi de ces populations, rares sont les études qui portent sur des séries supérieures à 300 patients en ce qui concerne les activités de consultation. Les travaux portant sur des séries plus importantes touchent en général des patients S. D. F. hospitalisés. Les dossiers contenant un compte-rendu d'hospitalisation ont été enrichis des données d'anamnèse contenues dans ces documents. Par ailleurs, sur ces 276 patients, 64 sont communs à l'étude infirmière. Tout ceci explique le petit nombre de dossiers incorporé à l'étude. Les dossiers ont systématiquement été repris et incorporés lorsque les informations étaient complètes. Le seul critère d'inclusion a donc été représenté par la complétude des renseignements nécessaires. Une fois remplies, les fiches ont été codées à partir de la classification simplifiée du code O. M. S. réduit à trois chiffres. Il faut noter que ce codage n'a été effectué que par nous-même, ce qui évite le biais d'interprétations divergentes de classification.

TABLEAU N°25
LE CODE O. M. S. REDUIT

Considérant qu'il est inutile de rééditer la Classification Internationale des Maladies, dans son intégralité (95 pages), nous avons restreint ce tableau aux seules têtes de chapitre des codifications mentionnées dans ce travail.

009	COLITE ET GASTRO-ENTERITE INFECTIEUSE
011	TUBERCULOSE PULMONAIRE
014	ASCITE DE L'INTESTIN, DU PERITOINE
015	ARTHRITE TUBERCULEUSE
017	TUBERCULOSE D'AUTRES ORGANES
035	ERYSIPELE
044	INFECTION PAR LE V.I.H.
045	POLIOMYELITE
054	HERPES
070	HEPATITE VIRALE
072	OREILLONS
084	PALUDISME
097	SYPHILIS
098	INFECTION GONOCOCCIQUE
099	AUTRES MALADIES VENERIENNES
111	DERMATOMYCOSES AUTRES & SANS PRECISION

117	AUTRES MYCOSES
125	FILARIOSE ET DRACUNCULOSE
132	PEDICULOSE
133	ACARIASE
134	AUTRES INFESTATIONS
136	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES AUT
137	SEQUELLE TUBERCULOSE
144	TUMEUR MALIGNE PLANCHER DE LA BOUCHE
149	TUMEUR MALIGNE CAVITE BUCCALE ET PHARYNX
150	TUMEUR MALIGNE DE L'OESOPHAGE
151	CANCER GASTRIQUE
161	TUMEUR MALIGNE DU LARYNX
162	TUMEUR MALIGNE BRONCHE ET POUMON
172	MÉLANOME MALIN DE LA PEAU
180	TUMEUR MALIGNE COL DE L'UTERUS

182	TUMEUR MALIGNE DU CORPS DE L'UTERUS
188	TUMEUR MALIGNE VESICALE
189	TUMEUR MALIGNE DU REIN ET VOIES URINAIRES
205	LEUCEMIE MYELOIDE
215	AUT T. BENIGNES CONJONCTIF ET TISSUS MOUS
217	TUMEUR BENIGNE DU SEIN
218	FIBROMYOME UTÉRIN
235	T. ÉVOL IMPRÉVISIBLE APP DIGESTIF ET RESP
241	GOITRE ADÉNOMATEUX
250	DIABETE SUCRE
251	AUT TROUB DE LA SECRETION PANCREATIQUE
253	TROUBLES DE L'HYPOPHYSE
256	AUTRE INSUFFISANCE OVARIENNE
258	AUTRES ASSO DYSFONCTIONS ENDOCRINIENNES
262	MALNUTRITION DU 3E DEGRÉ, CLASSIFI DE GOMEZ
275	TROUBLES DU METAB DES HYDROMINERAUX
280	ANÉMIE PAR CARENCE EN FER
281	ANEMIE AU COURS AUTRES CARENCES NUTRI
282	THALASSÉMIE
285	ANÉMIE AUTRE ET SANS PRECISION
291	ALCOOLISME (CHRONIQUE) AVEC PSYCHOSE
294	AUTRES ETATS PSYCHOTIQUES ORG CHRONIQUES
295	PSYCHOSE SCHIZOPHRÉNIQUE
296	PSYCHOSES AFFECTIVES
297	ETAT DÉLIRANT
300	TROUBLE NEVROTIQUE
301	TROUBLE DE LA PERSONNALITE
303	ALCOOLISME CHRONIQUE
304	PHARMACODEPENDANCE
305	ABUS DE DROGUES CHEZ PERSONNE NON DEPEND
306	TROUBLE DU FONCT PHYSIO ORIGINE PSYCHIQUE
307	TROUBLES SPECIAUX NON CLASSES AILLEURS
308	ETAT REACTIONNEL AIGU
310	TR. MENTAUX NON PSYCHOTIQUES SUITE ATTEINTE CEREBRALE ORGANIQUE
311	DÉPRESSION SANS AUTRE INDICATION
312	TROUBLE DE LA CONDUITE NON CLASSE AILLEURS
322	MENINGITE DE CAUSE NON PRECISEE
323	ENCEPHALITE, MYELITE ET ENCEPHALOMYELITE
331	AUTRES DEGENERESCENCES CEREBRALES
332	MALADIE DE PARKINSON
333	AUT AFF EXTRA-PYRAMIDALES ET TROUBLES ACCOMPAGNES DE MOUVEMENTS ANORMAUX
334	AFFECTIONS CEREBELLO-MEDULLAIRES
342	HEMIPLEGIE
344	AUTRES SYNDROMES PARALYTIQUES
345	EPILEPSIE
346	MIGRAINE
352	AFFECTION D'AUTRES NERFS CRANIENS
353	AFFECTIONS DES RACINES ET DU PLEXUS NERVEUX
357	NEUROPATHIE INFLAMMATOIRE OU TOXIQUE
360	ABCÉS DU GLOBE OCULAIRE
361	ANOMALIES RÉTINIENNES ET DÉCOLLEMENT
366	CATARACTE
367	ANISOMÉTROPIE ET ANISÉICONIE
368	TROUBLES DE LA VISION
369	BAISSE DE VISION
370	KERATITE
372	AFFECTIONS DE LA CONJONCTIVE
377	AFFECTIONS DU NERF ET DES VOIES OPTIQUES
378	STRABISME ET AUTRES ANOMALIES DES MOUVEMENTS BINOCULAIRES
379	AUTRES AFFECTIONS DE L'ŒIL
381	OTITE MOYENNE NON SUPPUREE ET AFFECTIONS DE LA TROMPE D'EUSTACHE
382	OTITE MOYENNE SUPPUREE ET SANS PRECISION
384	AUTRES AFF DE LA MEMBRANE DU TYMPAN
388	AUTRES AFFECTIONS DE L'OREILLE
389	SURDITE
391	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE + COMP CARD
394	MALADIE DE LA VALVULE MITRALE
395	MALADIE DE LA VALVULE AORTIQUE
396	LÉSIONS VALVULES MITRALE ET AORTIQUE
401	HYPERTENSION ARTÉRIELLE
413	ANGINE DE POITRINE
421	ENDOCARDITE AIGUE ET SUBAIGUE
425	CARDIOMYOPATHIES
426	TROUBLES DE LA CONDUCTION CARDIAQUE
427	TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE
428	INSUFFISANCE CARDIAQUE
429	COMPL DES CARDIOPATHIES ET MAL CARD MAL DEFINIES
436	ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
440	ARTERIOSCLEROSE
444	EMBOLIE ET THROMBOSE ARTERIELLES
451	PHLEBITE ET THROMBOPHLEBITE
453	AUTRES EMBOLIES ET THROMBOSE VEINEUSES
454	VARICE DES MEMBRES INFERIEURS
455	HEMORROÏDES
456	VARICES D'AUTRES LOCALISATIONS
460	RHINO-PHARYNGITE AIGUE
461	SINUSITE AIGUË
462	PHARYNGITE AIGUE
463	ANGINE
465	INF AIGUË DES VOIES RESP SUP
466	BRONCHITE ET BRONCHIOLITE (AIGUË)
473	SINUSITE CHRONIQUE
474	AFF CHRONIQUES AMYGDALES ET VEGETATION
478	AUTRES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUP
482	AUTRES PNEUMONIES BACTERIENNES
485	BRONCHO-PNEUMONIE, MICRO-ORG NON PRECISE
486	PNEUMONIE, MICRO-ORGANISME NON PRECISE
487	BRONCHO-PNEUMONIE GRIPPALE
490	BRONCHITE SANS AUTRE INDICATION
491	BRONCHITES CHRONIQUES
492	EMPHYSÈME
493	ASTHME
496	OBSTRUCTION CHRON DES VOIES RESP NON CLAS
521	MALADIE DES TISSUS DENTAIRES DURS
522	MALADIE DE LA PULPE ET DES TISS PERIAPICAUX
523	MALADIE GINGIVALE ET PERIODONTALE
525	AFFECTION PERIODONTALE
530	MALADIE DE L'OESOPHAGE
531	ULCERE DE L'ESTOMAC
532	ULCERE DU DUODÉNUM
535	GASTRITE ET DUODENITE
536	TROUBLE FONCTIONNEL DE L'ESTOMAC
540	APPENDICITE AIGUE
541	APPENDICITE, SANS PRECISION
550	HERNIE INGUINALE
556	RECTOCOLITE IDIOPATHIQUE
558	AUTRES GASTRO-ENTERITES & COLITES NON INFS
560	OCCLUSION INTEST SANS MENTION DE HERNIE
564	TR DIGESTIF FONCTIONNEL NON CLASSE
565	FISSURE ET FISTULE ANALES
566	ABCÈS ANAL
567	PERITONITE
570	NECROSE AIGUE ET SUBAIGUE DU FOIE
571	MALADIE CHRONIQUE ET CIRRHOSE DU FOIE
574	LITHIASE BILIAIRE
577	MALADIE DU PANCRÉAS
580	GLOMERULONEPHRITE AIGUE
590	INFECTION RENALE
592	CALCUL DU REIN ET DE L'URETERE
595	CYSTITE
602	AUTRE AFFECTION DE LA PROSTATE
605	PHIMOSIS
610	ADENOFIBROSE DU SEIN
611	AUTRES AFFECTION DU SEIN
614	AFF INFLAMMATOIRE OVAIRE TROMPE TISSUS CELLULAIRE PELVIEN ET DU PERITOINE PELVIEN
617	ENDOMETRIOSE
621	AFFECTION DE L'UTERUS NON CLASSEE AILLEURS
625	DOULEUR & AUTRE SYMPTOME EN RELATION AVEC ORGANES GENITAUX DE LA FEMME AUTRES
635	AVORTEMENT PROVOQUE LEGAL

680	FURONCLE & ANTHRAX
681	PANARIS DES DOIGTS ET DES ORTEILS
682	AUTRES PHLEGMONS ET ABCES
684	IMPETIGO
686	AUT.INFECT.LOCAL.PEAU ET TIS.CELL.S/CUT.
690	DERMATOSES ERYTHEMATOSQUAMEUSES
691	ECZEMA INFANTILE ET AFFECTIONS APPARENTEES
692	DERMITE CONTACT ET AUT. ECZEMAS
693	DERMITE DUE A INGESTION ET ADMINISTRATION PARENTERALE DE SUBSTANCE
694	DERMATOSE BULLEUSE
696	PSORIASIS ET TROUBLE SIMILAIRE
698	AUTRES PRURITS
702	AUTRES DERMATOSES
707	ULCERATION CHRONIQUE DE LA PEAU
709	AUTRE MALADIE DE LA PEAU ET DU TISSU SOUS-CUTANÉ
714	ARTHRITE RHUMATOIDE ET AUTRES POLYARTHROPATHIES INFLAMMATOIRES
715	ARTHROSE ET AFFECTION APPARENTEE
717	LESION ARTICULAIRE DU GENOU
718	AUTRE LESION DES ARTICULATIONS
719	AUTRES SYMPT RELATIFS AUX ARTICULATIONS
721	ARTHROSE RACHIDIENNE ET AFF APPARENTEE
722	DETERIOR.STRUCTUR.DISQ.INTERVERTEB.
727	AUT.ATTEINT.SYNOVIALES, TENDONS ET DES BOURSES
730	OSTEOMYELITE, PERIOSTITE ET AUT INFECTION AVEC ATTEINTE OSSEUSE
731	AUT ATTEINTES OSSEUSES AU COURS AFFEC. CLA
741	SPINA BIFIDA
756	ANOMAL. CONGENIT. DU CRANE ET DES OS FACE
780	SYMPTOMES GENERAUX
781	SYMPT SYSTEMES NERVEUX, OSTEOMUSCULAIRE
782	SYMPTOMES RELATIFS AUX TEGUMENTS
785	SYMPT L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE
786	SYMPT L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET AU THORAX
787	SYMPTOMES RELATIFS A L'APPAREIL DIGESTIF
788	SYMPTOMES RELATIFS A L'APPAREIL URINAIRE
790	RESULTATS HEMATOLOGIQUES NON SPECIFIQUES
793	RESULTATS ANORMAUX NON SPECIFIQUES D'EXAMENS DES STRUCTURES CORPORELLES
800	FRACTURE DE LA VOUTE DU CRANE
802	FRACTURE DES OS DE LA FACE
803	FRACTURE DU CRANE, AUTRE OU NON PRECISEE
805	FRACTURE DE LA COLONNE VERTEBRALE SANS MENTION DE LESION MEDULLAIRE
807	FRACTURE COTES,STERNUM,LARYNX,TRACHEE
808	FRACTURE DU BASSIN
810	FRACTURE DE LA CLAVICULE
812	FRACTURE DE L'HUMERUS
813	FRACTURE DU RADIUS ET DU CUBITUS
814	FRACTURE DU CARPE
815	FRACTURE DES METACARPIENS
816	FRACT. D'UNE OU PLUSIEURS PHALANGES DE MAIN
818	FRACTURES MAL DEFINIES DU MEMBRE SUP.
820	FRACTURE DU COL DU FEMUR
821	FRACTURE DES PARTIES AUTRES DU FEMUR
822	FRACTURE DE LA ROTULE
823	FRACTURE DU TIBIA ET DU PERONE
824	FRACTURE DE LA CHEVILLE
825	FRACT UN OU PLUS OS DU TARSE ET METATARSE
827	FRACT DU MEMBRE INFERIEUR, AUTRES, MULTIPLES OU MAL DEFINIES
828	AUT FRACTURES MULT DU MEMBRE INFERIEUR
829	FRACTURE D'UN OU PLUS OS NON PRECISES
831	LUXATION DE L'EPAULE
837	LUXATION DE LA CHEVILLE
838	LUXATION DU PIED
839	AUTRE LUXATION
844	ENTORSE DU GENOU ET DE LA JAMBE
845	ENTORSE DE LA CHEVILLE ET DU PIED
848	ENTORSES MAL DEFINIES
852	HEMORRAGIES SOUS-ARACHNOIDIENNE, SOUS-DURALE ET EXTRA-DURALE TRAUMATIQUE
854	TRAUM INTRACRANIEN AUTRE OU NON PRECISEE
860	PNEUMOTHORAX ET HEMOTHORAX TRAUM
864	TRAUMATISME DU FOIE
865	TRAUMATISME DE LA RATE
868	TRAUM D'AUTRES ORGANES INTRA-ABDOMINAUX
873	AUTRES PLAIES DE LA TETE
879	PLAIES À LOCAL AUT NON PRECISEE, SF MEMBRES
880	PLAIE DE L'EPAULE ET DU BRAS
882	PLAIE DE LA MAIN SAUF DES DOIGTS SEULS
883	PLAIE DES DOIGTS
884	PLAIES D'UN MBRE SUP MULT OU NON PRECISEES
886	AMPUT TRAUM D'AUTRES DOIGTS QUE LE POUCE
891	PLAIE DU GENOU DE LA JAMBE ET DE LA CHEVILLE
892	PLAIE DU PIED SAUF DES ORTEILS
893	PLAIE DES ORTEILS
894	PLAIES DU MBRE INF MULT OU NON PRECISEES
895	AMPUTATION TRAUMATIQUE D'ORTEILS
896	AMPUTATION TRAUMATIQUE DU PIED
897	AMPUTATION TRAUMATIQUE DE LA JAMBE
905	SEQ LES TRAUMATIQUES DES TISSUS MUSC, OS, CONJONCTIF
910	TRAUM SUP FACE, DU COU ET DU CUIR CHEVELU
911	TRAUMATISME SUPERFICIEL DU TRONC
913	TRAUMATISME SUPERFICIEL DU COUDE
914	TRAUM SUP DE LA MAIN SAUF DES DOIGTS
915	TRAUMATISME SUPERFICIEL DES DOIGTS
916	TRAUM SUPERFICIEL DE LA HANCHE, DE LA CUISSE, DE LA JAMBE ET DE LA CHEVILLE
917	TRAUM SUPERFICIEL DU PIED, ET DES ORTEILS
919	TRAUM SUP AUTRES, MULTIPLES OU NON PRECISES
920	CONT DE LA FACE, DU CUIR CHEVELU ET DU COU
921	CONTUSION DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES
924	CONT DU MBR INF, AUTRES OU NON PRECISES
940	BRULURE LIMITEE A L'ŒIL ET SES ANNEXES
941	BRULURE DE LA TETE ET DU COU
945	BRULURE DU MEMBRE INFERIEUR
949	BRULURE SANS PRECISION
991	EFFETS DU FROID
V22	GROSSESSE NORMALE
V40	PROBLEMES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT
V45	AUTRES ETATS POST-OPERATOIRES
V48	PB RAPPORT AVEC LA TETE, LE COU OU LE TRONC
V49	PBS EN RAPPORT AVEC MEMB OUUN AUTRE TYPE
V54	AUTRES SURVEILLANCES ORTHOPEDIQUES
V57	SURVEILLANCES IMPLIQUANT REEDUCATION
V58	SURVEILLANCE AUTRE ET SANS PRECISION
V61	AUTRES RAISONS FAMILIALES
V62	AUTRES RAISONS PSYCHOSOCIALES
V63	ABSENCE DE CONDITIONS PERMETTANT LES SOINS
V64	MOTIFS DE RECOURS AUX SCES DE SANTE DES ACTES MED PAS REALISES
V65	AUT MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES SANTE
V66	CONVAL CONSECUTIVE A INTERV OU TRAITEMENT
V67	EXAMEN DE SURVEILLANCE
V68	VISITES A DES FINS ADMINISTRATIVES
V70	EXAMENS MEDICAUX GENERAUX
V73	EXAMEN SPECIAL DE DEPIST DES MAL VIRALES

- **La méthodologie de la partie infirmière** (O. Gaslonde)

La première phase a consisté à élaborer une grille qui relèverait l'ensemble des soins réalisés par les infirmières de l'Antenne médicale du C. H. A. P. S. A. pour les personnes soignées. Cette grille est réalisée en collaboration avec les infirmières du terrain, le directeur du Service infirmier et la surveillante chef du secteur. Plusieurs réunions de travail ont permis de mettre au point un modèle à tester. Cette fiche comprenait les soins du rôle propre divisé en trois parties (soins d'hygiène, soins relationnels et autres soins) et les soins du rôle prescrit. Les grilles ont été mises en circulation sous forme de test. Dans un premier temps, elles ne figuraient pas au dossier patient. Les fiches, ainsi testées sur plusieurs mois, ont évolué. Elles ont subi, au fur et à mesure des utilisations, les modifications qui se sont imposées par la pratique quotidienne des infirmières. Le support en fonction actuellement comporte trois parties. Tout d'abord les soins issus du rôle propre. Ensuite, les soins issus du rôle prescrit. Enfin, les autres activités afférentes aux soins. La mise en place de ces grilles s'est révélée difficile à instaurer, car leur rédaction représentait une contrainte pour les infirmières qui, sur ce secteur, axent plutôt leurs actions sur la prise en charge relationnelle des patients mais ont des difficultés à les transcrire sur le papier. Cette grille, totalement sortie du dossier, en un premier temps, ne représentait pas un élément d'information pour la connaissance du patient mais plutôt un surcroît de travail. Il a donc fallu plusieurs mois avant que ce document devienne un élément indispensable et fasse partie de la pratique quotidienne. Pour arriver à ce résultat, il a été nécessaire de redéfinir l'utilité et la finalité de ces grilles lors de plusieurs réunions de service. Progressivement, l'ensemble de l'équipe a été amené à conduire une réflexion à propos du dossier patient et entrevoir ainsi la nécessité de remplacer les fiches cartonnées faisant office de dossier par un réel dossier patient comportant tous les éléments nécessaires à un suivi correct. Le dossier actuellement en service a été conçu en réalisant une synthèse de la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire et de celle du Docteur Duprat, conseiller de projet. Il est bien évident qu'il a fallu tenir compte à la fois de la pratique quotidienne des utilisateurs, de la réalité du terrain et des contraintes imposées par l'Observatoire de Santé Publique. Depuis quelques mois, un nouveau dossier est ouvert pour chaque personne qui se présente à l'antenne, qu'il s'agisse d'un ancien ou d'un nouveau patient. Sur les 10.000 dossiers patients qui existaient, 1200 nouveaux dossiers environ ont été ouverts (décembre 1995). On peut ajouter que la saisie des grilles a permis de mettre en évidence certains points fondamentaux, notamment que la rubrique « orientation » n'est remplie que pour la moitié des patients environ. Cela peut s'expliquer par le fait que les infirmières s'inscrivent plutôt dans une logique de relation d'aide et que, bien souvent, elles accompagnent le patient après le soin et oublient de noter la destination de celui-ci. Un autre point observé concerne la multiplicité des motifs de consultation. Il est donc nécessaire de prévoir, à l'usage des infirmières, une liste type des grandes rubriques à retenir en motif de consultation tout en détaillant pour chaque rubrique les items qui seront compris dans celle-ci. Nous avons déjà dû opérer un regroupement de motifs de consultation pour faire la synthèse des résultats obtenus. Ainsi, par exemple, sous la rubrique Parasitose ont été regroupés les items : poux, gale, démangeaisons, prurit, lésions de grattage, éruption.

TABLEAU N°26
LA FICHE INFIRMIERE

Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
ANTENNE MEDICALE DU C. H. A. P. S. A.

Grille de soins infirmiers

NOM : **PRÉNOM :** **DATE DE NAISSANCE** :
LIEU DE NAISSANCE :
DATE :
HEURE DE PRISE EN CHARGE : ☐ DEMANDE DE SOINS EXPRIMÉE
HEURE DE FIN DE PRISE EN CHARGE : ☐ DEMANDE DE SOINS INDUITE
Motif de la consultation infirmière : ☐ **ORIENTATION :**

SOINS ISSUS DU ROLE PROPRE

☐ *Cuir chevelu* ☐TA :
☐ Bain de pied ☐ Shampoing ☐ Rasage ☐ *Barbe* ☐ Coupe des ongles ☐ T° :
☐ *Corps* ☐ Soins de l'état de la peau ☐ Poids :
☐ Aide à la douche ☐ Habillage avec nouveaux vêtements ☐ Alcootest :
☐ Administration de douche ☐ Pédicurie :
☐ Petit Pansement ☐ Nettoyage de plaie
☐ Communication-écoute (encourager-valoriser rassurer-sécuriser) :

SOINS ISSUS DU ROLE PRESCRIT

☐ Bain d'oreilles ☐ Prélèvement de plaie ☐ Bandage de contention
☐ Test tuberculine ☐ Application de pommade ☐ Administration de collyre :
☐ Examen de crachats ☐ Ablation de fils
☐ Pansement important :
☐ Badigeonnage : ☐ Injection :
☐ Bilan sanguin :
☐ Bilan urinaire :
☐ Distribution de médicaments :

AUTRES ACTIVITES AFFERENTES AUX SOINS

☐ Démarches téléphoniques :
☐ Démarches sociales :
☐ Transmissions, écrits divers :
☐ Rédaction de bons d'examen (radio, biologie..) :

- **La méthodologie de la partie sociale** (P. Declerck)

La fiche sociale a été élaborée avec les travailleurs sociaux et avec l'aide de Nadège Maréchal, sociologue au C. A. S. H. de Nanterre. Sa conception a eu pour origine la grille d'entretien de l'enquête psychopathologique, qui a été adaptée et étendue au champ social et administratif. Cette fiche sociale a été élaborée dans le souci, non seulement de fournir un instrument de recueil d'informations, mais aussi, et peut-être surtout, d'apporter un outil intégré à la pratique des travailleurs sociaux, manière pour eux de rationaliser les entretiens, manière pour tout le monde de baliser et rendre transparent ce qui ne l'était pas. Ceci, dans la mesure où une interrogation ancienne n'avait jamais été levée quant aux rapports entre la clientèle des travailleurs sociaux et le profil des consultants moyens. Bien évidemment, on était en droit de supposer que les personnes formulant encore des demandes sociales étaient, par définition, moins désocialisées, que celles, qui, de ce point de vue, ne demandaient plus rien. Mais, si cette hypothèse paraissait vraisemblable, rien cependant, à ce jour, ne permettait de l'affirmer incontestablement. On verra plus loin le détail des réponses à cette question.

Dans les faits, la démarche a rencontré certaines résistances de la part des travailleurs sociaux. Il est devenu rapidement évident que le double objectif du projet - mesurer ponctuellement dans un premier temps et pérenniser une mesure constante intégrée au quotidien des pratiques - était problématique à bien des égards. La première partie du programme ne recueillait qu'une adhésion minimale. Il se développa, par exemple, presque immédiatement des inquiétudes quant à la confidentialité des informations recueillies. Elles n'ont pas été totalement levées à ce jour. Surtout, il s'est manifesté une résistance générale à normaliser et rendre transparent des pratiques de travail considérées comme idiosyncrasiques et privées. Si cette remarque, en dernière analyse structurellement inévitable dans un projet de ce type, peut s'appliquer à des degrés divers aux autres acteurs de la consultation, force est de constater, malgré tout, que ces diverses manifestations de résistances semblent avoir particulièrement pesé sur le travail des travailleurs sociaux et ce, jusqu'à en affecter, au moins partiellement, la qualité des données recueillies. Ainsi, sur 240 fiches, une vingtaine ne mentionne par exemple, aucune date de naissance, une douzaine omet de noter le sexe, une trentaine, à la question « provenance » répond systématiquement « Nanterre » puisque les malades viennent des dortoirs. Beaucoup d'autres enregistrent, sans autre commentaire, des contradictions flagrantes. Il ne semble pas que de telles insuffisances soient imputables aux seules difficultés inhérentes à la population.

Si tous les efforts ont été faits pour combler, dans la mesure du possible, ces insuffisances, à l'aide du croisement possible des fiches avec les données des dossiers médicaux et infirmiers des mêmes patients, néanmoins, l'examen détaillé des fiches et de la manière dont elles ont été remplies, conduit à conseiller l'exercice de la plus grande prudence dans l'interprétation des résultats de l'enquête sociale. C'est uniquement, sous cette réserve, qu'il a été décidé d'inclure malgré tout, bon nombre de fiches sociales existantes, dans les résultats de cette étude.

Cela dit, même en supposant une participation optimale des divers intervenants au programme de l'Observatoire, une interrogation profonde demeurerait cependant. Il

s'agit - et nous reprendrons ce point dans les conclusions - de s'interroger, avec certains travailleurs sociaux d'ailleurs, sur les possibilités réelles de ce recueil de données autres que strictement administratives, que leur laissent les entretiens qu'ils accordent à la clientèle.

Ces entretiens ont, ou sont supposés avoir, des enjeux et objectifs précis et opératoires (demande de papiers d'identité, d'ouverture de droits, etc.). Ils n'ont pas de but ou de légitimité thérapeutique autre. Dans ce cadre, dépasser, pour le travailleur social, le champ de ce qu'il doit savoir pour pouvoir répondre à la demande du client (ou simplement l'évaluer), peut légitimement être vécu par le client comme inquisiteur, intrusif et menaçant, et éventuellement, par le travailleur social, comme sadique et culpabilisant. Ces réflexions diverses, nous conduiront, plus loin, à poser la question de la pertinence de cet aspect du travail.

TABLEAU N°27
LA FICHE SOCIALE

Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
ORSPIST - FICHE SOCIALE

Patronyme :

Nom de femme mariée : **Code Sexe :**

Prénoms : **Né(e) le :** **à :**

Date : **Situation actuelle** **1ère Arrivée au C. H. A. P. S. A. le :**

Etat civil :
- ☐ CELIBATAIRE
- ☐ MARIE
- ☐ COUPLE NON MARIE
- ☐ DIVORCE
- ☐ SEPARE
- ☐ VEUVAGE
- ☐ EN GROUPE
- ☐ AVEC AMI(E) ☐ NR

Provenance :
- ☐ HOPITAL M. FOURESTIER
- ☐ HOPITAL EXTERIEUR
- ☐ SPONTANEE
- ☐ SERVICES SOCIAUX
- ☐ BAPSA - RATP
- ☐ POLICE - POMPIERS
- ☐ NR

Lieu de Naissance :
- ☐ PARIS
- ☐ HAUTS DE SEINE
- ☐ ILE DE FRANCE
- ☐ PROVINCE
- ☐ ETRANGER

Absence de domicile
- ☐ N ☐ O

Dernier endroit stable
- ☐ AMIS
- ☐ FAMILLE
- ☐ FOYERS
- ☐ HOTEL
- ☐ LOGEMENT
- ☐ CASH
- ☐ NR

Séjour en France
- ☐ REGULIER
- ☐ IRREG.

Pièce d'Identité
☐ ☐

Date de début du statut SDF

HISTOIRE PERSONNELLE

Expression en Français

Français Parlé :
- ☐ COURANT ☐ NR
- ☐ DIFFICULTES
- ☐ PAS DU TOUT

Français Ecrit :
- ☐ COURANT
- ☐ DIFFICULTES
- ☐ PAS DU TOUT
- ☐ NR

Français Lu :
- ☐ COURANT
- ☐ DIFFICULTES
- ☐ PAS DU TOUT
- ☐ NR

Rupture majeure
- ☐ SEPARATION
- ☐ DIVORCE
- ☐ DECES
- ☐ ELOIGNEMENT GEO.
- ☐ NR
- ☐ AUTRES

Service Militaire
- ☐ N ☐ O ☐ NR
- ☐ Exempté ☐ P4

Enfance et Adolescence

Séparation des parents		☐ N	☐ O	☐ ?
Séparation d'avec les parents		☐ 1	☐ 2	☐ ?
Décès des parents		☐ 1	☐ 2	☐ ?
Placements	DDASS	☐ N	☐ O	☐ ?
	JUSTICE	☐ N	☐ O	☐ ?
	FAMILIAL	☐ N	☐ O	☐ ?
Violence des parents		☐ N	☐ O	☐ ?
Marginalité		☐ N	☐ O	☐ ?
Inceste		☐ N	☐ O	☐ ?
Toxicomanie		☐ N	☐ O	☐ ?
Accidents		☐ N	☐ O	☐ ?
Fugues		☐ N	☐ O	☐ ?

Niveau d'études
- ☐ PAS SCOLARISE ☐ ETUDES PRIMAIRES
- ☐ FORMAT. PROFES. ☐ CEP ☐ CAP ☐ NR
- ☐ BEPC ☐ BAC ☐ BAC et +

Antécédents familiaux

Paupérisme	☐ N	☐ O	☐ ?
Alcoolisme	☐ N	☐ O	☐ ?
ATCD Somat.	☐ N	☐ O	☐ ?
ATCD Psychiat.	☐ N	☐ O	☐ ?
ATCD Justice	☐ N	☐ O	☐ ?
Violence	☐ N	☐ O	☐ ?
Accidents	☐ N	☐ O	☐ ?
Marginalité	☐ N	☐ O	☐ ?
Toxicomanie	☐ N	☐ O	☐ ?

Antécédents personnels (depuis la majorité)

Judiciaire	☐ N	☐ O	☐ ?
Alcoolisme	☐ N	☐ O	☐ ?
Epilepsie	☐ N	☐ O	☐ ?
Psychiatrique	☐ N	☐ O	☐ ?
Handicap Phy.	☐ N	☐ O	☐ ?
Prostitution	☐ N	☐ O	☐ ?
Toxicomanie	☐ N	☐ O	☐ ?
Tutelle	☐ N		☐ ?
	☐ Tutelle		
	☐ Curatelle		

Liens actuels

Conjoint	☐ N	☐ O	☐ ?
Enfants	☐ N	☐ O	☐ ?
Parents	☐ N	☐ O	☐ ?
Grands Parents	☐ N	☐ O	☐ ?
Oncle ou Tante	☐ N	☐ O	☐ ?
Cousins	☐ N	☐ O	☐ ?
Amis	☐ N	☐ O	☐ ?
Autres	☐ N	☐ O	☐ ?
Aucun	☐ N	☐ O	☐ ?

Présentation
- ☐ Négligée
- ☐ Acceptable
- ☐ Bonne

Nombre d'Enfants

ELEMENTS D'ORIENTATION

Ressources actuelle

Salaire	☐ N	☐ O	☐ ?
Indemnités Maladie	☐ N	☐ O	☐ ?
RMI	☐ N	☐ O	☐ ?
AAH	☐ N	☐ O	☐ ?
Rente Accid. Trav.	☐ N	☐ O	☐ ?
Retraite	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide Familiale	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide Amicale	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide Association	☐ N	☐ O	☐ ?
Api	☐ N	☐ O	☐ ?
Prostitution	☐ N	☐ O	☐ ?
Trafics divers	☐ N	☐ O	☐ ?
Mendicité	☐ N	☐ O	☐ ?
Pension	☐ N	☐ O	☐ ?
Reversion	☐ N	☐ O	☐ ?
Stage	☐ N	☐ O	☐ ?
CES	☐ N	☐ O	☐ ?
Héritage	☐ N	☐ O	☐ ?

DETTES

☐ NON ☐ LOGEMENT
☐ CREDIT CONSOMMATION
☐ AUTRES ☐ NR

Motif d'absence de ressource

☐ Pas de papiers
☐ Aide non sollicitée
☐ Ne croit pas avoir droit
☐ Moins de 25 ans
☐ Refus des aides
☐ Ne sait où s'adresser
☐ NR

Motif d'absence de ressource

☐ NON
☐ PERTE/VOL DU DOCUMENT
☐ PAS DE CARTE D'IDENTITE

Protection sociale

☐ NON ☐ NR
☐ ASSURE SOCIAL
☐ AYANT DROIT
☐ AIDE MEDICALE
☐ RMI
☐ ASSURANCE PERSONN.

Justificatif de Protection sociale

☐ CARTE D'ASSURE A JOUR
☐ CARTE D'ASS. PERIMEE
☐ CARTE PARIS SANTE/éq.
☐ FEUILLE DE SOINS D'AMG
☐ TITRE DE PENSION
☐ AUTRE ☐ NR

Statut Légal

☐ PAPIERS EN REGLE
☐ PAS DE PAPIER
☐ EN ATTENTE DE PAPIERS
☐ SITUATION PARTICULIERE
☐ REFUGIE POLITIQUE
☐ DEMANDEUR D'ASILE
☐ TOURISTE ☐ NR

Dernière catégorie d'emploi

☐ OUVRIER QUALIFIE ☐ PERSONNEL DE SERVICE
☐ MANOEUVRE ☐ TECHNICIEN
☐ EMPLOYE ☐ ARTISAN
☐ AGRICULTEUR ☐ SAISONNIER
☐ SALARIE AGRICOLE ☐ FEMME AU FOYER
☐ MILITAIRE ☐ CADRE
☐ TRAVAILLEUR INDEPEND. ☐ AUTRES
☐ N'A JAMAIS TRAVAILLE ☐ NR

Situation professionnelle

☐ CDI ☐ CDD
☐ CRE ☐ STAGE
☐ CHOMEUR ☐ RETRAITE
☐ INACTIF ☐ ETUDIANT
☐ INSCRIT ANPE ☐ NR
☐ AUTRE

Travail continu jusque là

☐ OUI ☐ NR
☐ ALTERN. TRAVAIL/CHOMAGE
☐ TRAVAIL AU NOIR (sans emploi)

Cause perte dernier emploi

☐ PAPIERS IRREGULIERS ☐ SALAIRE NON PAYE
☐ RAISONS FAMILIALES ☐ HOSPITALISATION
☐ LICENC. ECONOMIQUE ☐ COUP DE TETE
☐ CONFLIT ☐ ABSENTEISME
☐ ALCOOLISME ☐ TOXICOMANIE
☐ DEMISSION ☐ AUTRES
☐ FIN DE CONTRAT ☐ NR

Démarches Recherche Emploi

☐ AUCUNE ☐ PONCTUELLES
☐ NR ☐ REGULIERES

Durée de la Période sans Emploi (mois)

Suivi Institutionnel Actuel

- ☐ CCAS ☐ CMP
- ☐ ASSOCIAT. CARITATIVES
- ☐ SERVICE DE TUTELLE
- ☐ COMITE DE PROBATION
- ☐ AUTRES ☐ AUCUN

Préciser

Nature des aides sollicitées par le travailleur social

Régularisation Administrative	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide Recherche Hébergement	☐ N	☐ O	☐ ?
Soins	☐ N	☐ O	☐ ?
Cure désintoxication	☐ N	☐ O	☐ ?
Obtent./rétab. prestations sociales	☐ N	☐ O	☐ ?
Relai avec institutions eff. suivi	☐ N	☐ O	☐ ?
Contacte la famille	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide au retour région ou pays	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide à établ. dem. d'asile politique	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide à la recherche d'emploi/stage	☐ N	☐ O	☐ ?
Aide Matérielle	☐ N	☐ O	☐ ?

Autres

ELEMENTS D'ORIENTATION (Suite)

Démarches depuis le C. H. A. P. S. A.

Démarches de Soins	☐ N	☐ O	☐ ?
Démarches Administ.	☐ N	☐ O	☐ ?
Recherche Herberg.	☐ N	☐ O	☐ ?
Recherche Formation	☐ N	☐ O	☐ ?
Recherche d'Emploi	☐ N	☐ O	☐ ?
Bilan Professionnel	☐ N	☐ O	☐ ?
Contrat d'Insertion	☐ N	☐ O	☐ ?

Autres

Liens actuels avec Nanterre

- ☐ C. H. A. P. S. A. CONS. SOCIALE
- ☐ C. H. A. P. S. A. CONS. MEDICALE
- ☐ CENTRE D'ACCUEIL CHRS
- ☐ CENTRE DE REINSERTION
- ☐ AUTRE

Orientation Institutionnelle

- ☐ IMPOSSIBLE
- ☐ REFUS
- ☐ RUPTURE DU SUIVI
- ☐ ACCEPTATION

Orientation Immédiate

- ☐ CASH DE NANTERRE
- ☐ HOPITAL PSYCHIATRIQUE
- ☐ FOYER SPECIALISE PARIS/RP
- ☐ FOYER SPECIALISE PROVINCE
- ☐ HOPITAL GENERAL
- ☐ MAISON DE RETRAITE
- ☐ FOYER MATERNEL
- ☐ FAMILLE
- ☐ ASSOCIATION SPECIALISEE
- ☐ CHRS (Hors Nanterre)
- ☐ AUTRE

Orientation Réalisée ☐ N ☐ O ☐ ?

Commentaires

• **La méthodologie de l'enquête psychopathologique** (P. Declerck**)**

Il convient d'emblée, pour indiquer le sens et l'accent qui a été donné à cette partie de l'enquête, de préciser qu'elle a été confiée à Patrick Declerck, psychanalyste et ethnologue, spécialisé dans l'étude des populations désocialisées. La volonté exprimée dans cette enquête était de « ratisser large », au-delà des définitions souvent trop étroites du « psychiatrique » véhiculées par beaucoup de médecins généralistes qui ont tendance à entendre par là « psychose » et uniquement « psychose ». Sur ce point, nous étions, en effet, les uns et les autres, conscients de la faiblesse structurelle de l'exploitation des fiches médicales et infirmières, qui risqueraient systématiquement de sous-estimer les dimensions psychiatriques et psychopathologiques de la clinique. Il s'agissait d'ouvrir l'étude à une interrogation aussi qualitative que possible sur les diagnostics et processus psychopathologiques de cette population.

Les difficultés inhérentes à la clinique particulière de la population reçue à la consultation et déjà exposée plus haut, ont particulièrement marqué les limites du possible de l'enquête psychopathologique. La pratique des entretiens à visée de recherche effectués dans la rue, lors de travaux antérieurs, nous avait conduit à penser qu'il s'avérerait nécessaire de prévoir, pour les sujets, une rémunération de 50 francs par entretien. C'était là dans notre expérience, une des conditions de possibilité tant pour contenir partiellement les transferts qui ont tendance à s'installer extrêmement rapidement vis-à-vis des enquêteurs, que pour instaurer un cadre et pour établir les termes d'un échange équitable entre argent et informations. L'interaction prend alors le caractère d'un travail qui, toujours valorise et pour lequel on est en droit d'attendre un certain sérieux. Les bordures de ce cadre permettent aussi de pallier à une perte identitaire et narcissique, induite par la sollicitation du récit de sa vie, dans des circonstances artificielles et coupées de toute demande thérapeutique. Si ces considérations se révèlent pertinentes pour la recherche effectuée dans le milieu « naturel », nous avons découvert qu'elles ne s'appliquaient pas à des entretiens menés dans le cadre de la consultation ou celui des lits d'infirmerie. En fait l'irruption de l'argent dans ce cadre s'est révélé incongrue voire même menaçante et angoissante. L'argent, pour les patients des lits d'infirmerie est tentation. Tentation d'acheter ou de faire acheter de l'alcool par un ami, et par cette transgression du règlement, mettre en péril son séjour. Pour tout le monde, le caractère public de la transaction (les choses se savent), représente une menace d'être volé par les autres. Qui plus est, il a semblé que les propositions d'entretien figuraient pour les patients une sorte de contre-demande de service, qui faisait pendant à leurs propres demandes vis-à-vis des consultants. Echange de bons procédés en somme, dans lequel l'argent apparaissait comme un élément disruptif. La pratique de la rémunération a été rapidement abandonnée.

En revanche, les sujets ayant accepté de participer à l'enquête sont restés anonymes. Cela semblait être une exigence minimale pour un dispositif d'enquête où des questions personnelles et généralement douloureuses étaient posées à des sujets souffrant, en dehors de la légitimité conférée par une relation thérapeutique.

L'inconvénient de cette réserve, fut de rendre impossible le croisement des informations obtenues avec d'autres sources (enquête médicale, dossiers médicaux

et sociaux) mais c'était précisément là le cadre que l'on souhaitait donner à ces entretiens. Les sujets sont restés maîtres de ce qu'ils ont souhaité divulguer et partager d'eux-mêmes.

Cent dix entretiens ont été réalisés auprès de personnes qui soit attendaient de pouvoir consulter dans la salle d'attente, soit avaient été placés dans les lits d'infirmerie. De ces 110 entretiens, 70 seulement ont été jugés de qualité suffisante pour pouvoir être retenus dans le cadre de l'étude. Les 40 autres étant généralement trop superficiels ou trop pauvres de contenu, pour présenter un intérêt quelconque. Les 70 entretiens retenus se sont déroulés entre avril 94 et octobre 95. Le plus court a duré une demi-heure, le plus long près de trois heures. 42 entretiens (soit 60%) concernaient des patients des lits d'infirmerie. Les 28 autres (soit 40%) ont été réalisés auprès de patients de la salle d'attente. Le poids relatif des patients des lits d'infirmerie dans cet échantillon est dû à l'état d'alcoolisation massive et générale de la population de la salle d'attente. Les patients des lits d'infirmerie étaient, statistiquement, plus lucides. Aucune différence significative n'a été trouvée pour autant entre les contenus des entretiens des patients de ces deux origines.

La grille d'entretien (qui par ailleurs, a servi de base à ce qui est devenu plus tard la fiche sociale) utilisée et dont on trouve un exemplaire, n'avait pour autre fonction que d'offrir un canevas possible à l'entretien. Entretien, dont on savait pertinemment, qu'il serait illusoire de lui faire prendre l'allure d'un remplissage de questionnaire. Et ce, parce que les capacités d'investissement des patients vis-à-vis d'un exercice aussi discipliné sont insuffisantes, mais aussi et surtout parce que le caractère anxiogène de bon nombre d'items aurait rendu un tel entretien traumatique et intrusif, sans parler de son caractère banalement injurieux. Aussi la grille, n'a pu dans le meilleur des cas qu'être remplie de façon très succincte durant l'entretien lui-même et complétée plus ou moins partiellement, dans son immédiat après coup. L'essentiel du contenu résidant, d'ailleurs beaucoup moins dans les dimensions quantifiables (très pauvres, comme on le verra, et fort sujet à caution), que dans les dimensions qualitatives des entretiens (types de mouvements d'angoisses, etc.), qui conduit à poser des diagnostics (larges) de personnalité et à faire apparaître les logiques de la psychopathologie face à laquelle nous nous trouvons incontestablement.

TABLEAU N°28
LA FICHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Nom :
Date :
Sexe :
Année de naissance :
Nationalité :
Séjour en France : régulier irrégulier
Arrivée en France :
Date d'arrivée :

Papier d'identité :	oui	non		
perdus :	oui	non	quand :	comment :

Scolarité : générale
professionnelle
technique

Service militaire : oui non
légionnaire
réformé motif :

Couverture sociale :
Sécurité sociale
RMI

Mode de vie :

Nature	*depuis quand*
seul	
marié(e)	
en couple	
avec ami(e)	
en groupe	

Présentation : bonne
médiocre
incurique

Travail actuel

type (au noir, déclaré)	*nature*	*fréquence*

Hébergement :

Nature	*localisation précise*	*depuis quand*	*fréquence*
amis			
famille			
foyer			
hôtel			
métro			
CASH			

Rupture :

Nature	*nombre*	*depuis quand*
séparation		
divorce		
décès		
chômage		
éloignement		
autres		

Enfants :

sexe	nombre	âge	prise en charge

Liens actuels :

Nature	*fréquence*	*localisation*
Conjoint		
Enfants		
Parents		
Grand-parents		
Oncle / Tante		
Cousins		
Amis		

Liens Institutionnels :

Nature	*nombre*	*où*
CCAS		
Ass. Caritatives		
Autres		

Liens avec CASH :

Nature	*nombre*	*depuis quand*
C. H. A. P. S. A.		
CS C. H. A. P. S. A.		
Hébergement		
Foyer de réinsertion		

Ressources :

Provenance	*budget*
travail déclaré	
travail au noir	
RMI	
AAH	
invalidité	
retraite	
héritage	
aide familiale	
aide amicale	
aide association	
prostitution	
trafics divers	
mendicité	
autres	

Dettes :

nature	*somme*	*depuis quand*

Mendicité :

Nature	budget	date de début
active		
passive		

Enfance adolescence :

nature	*date*
fugue	
séparation des parents	
séparation d'avec un parent	
séparation d'avec les deux parents	
placement DDASS	
placement justice	
placement intra-familial	
décès d'un parent	
décès des deux parents	
marginalité	
inceste	
toxicomanie	
accidents	

Antécédents familiaux :

Nature	*date*
paupérisme	
alcoolisme	
antécédents somatiques	
antécédents psychiatriques	
antécédent justice	
violence	
accidents	
marginalité	
toxicomanie	

Antécédents judiciaires :

type	*date*

Antécédents chirurgicaux :

type	*date*

Handicaps :

type	*date*

Tatouages :

nature	*nombre*	*quand*

Accidents :

type	*date*

Antécédents médicaux :

type	*date*

Hospitalisation :

type	*motif*	*date*	*durée*
somatique			
psychiatrique			

Pathologies somatiques :

type	*depuis quand*

Epilepsie : oui non

fréquence	*depuis quand*

Pathologies psychiatriques :

type	*depuis quand*

Médicaments :

nature	*depuis quand*

Alcool :				
quand	*quoi*	*combien*	*cure*	
Toxicomanie :				
type	*quoi*	*quand*	*combien*	*cure*

COMMENTAIRES :

En outre, il nous a semblé intéressant de mener une enquête à partir des dossiers médicaux tels qu'ils étaient remplis spontanément, avant l'instauration des fiches médicales, afin d'y chercher dans les médicaments distribués et les commentaires diagnostiques ou sémiologiques des consultants, des traces du poids de la psychiatrie dans la pratique quotidienne de la consultation. Pour ce faire, une liste de médicaments, de diagnostics et de commentaires sémiologiques a été élaborée.

TABLEAU N°29
LA FICHE MEDICATIONS, DIAGNOSTICS, ET SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

ANTI-EPILEPTIQUES.
- ALEPSAL
- EPANAL
- GARDENAL
- ORTENAL
- RIVOTRIL
- DEPAKINE
- DI-HYDAN
- TEGRETOL

ANTI-DEPRESSEURS
- ANAFRANIL
- LAROXIL
- LUDIOMIL
- ATHYMIL
- PROZAC
- STABLON
- SURVECTOR
- VIVALAN

BENZODIAZEPINES
- URBANYL
- VALIUM
- HALCION
- HAVLANE
- LEXOMIL
- LYSANXIA
- TEMESTA
- TRANXENE
- XANAX

ASSIMILES BENZO
- EQUANIL
- ATARAX
- ATRIUM

SOMNIFERES
- MOGADON
- ROHYPNOL
- STILNOX
- IMOVANE

NEUROLEPTIQUES
- LARGACTIL
- NOZINAN
- PIPORTIL
- TERCIAN
- THERALENE
- DROLEPTAN
- HALDOL

Angoisse/dépression

Alcoolisme/ivresse

Crises comitiales

Délire/état confus

Agit./agres./violence

Tentative d'autolyse

Toxicomanie

- drogues dures

- drogues douces/médic.

Psychiatrie +++/consultation/suivi

Cette fiche a été appliquée à l'étude de 500 dossiers, pris au hasard dans un total d'environ 5000 qui ont été ouverts avant juin 92. Un examen préliminaire a en effet fait apparaître que, la multiplication des consultants après cette date fait considérablement chuter la présence de commentaires qualitatifs dans ces dossiers. Phénomène dû vraisemblablement à la dispersion du suivi d'un même patient entre plusieurs consultants et par là même à une distanciation des rapports entre patients et consultants.

- **Les remarques méthodologiques de l'intervenant externe** (Dr. P. Duprat)

La meilleure connaissance de la situation de ces personnes peut être considérée comme une opportunité de mieux comprendre le processus de précarisation et de marginalisation, tout en analysant de façon fine ses conséquences sanitaires et sociales. De plus, il semblait utile d'envisager d'aboutir à un dispositif de surveillance, susceptible d'apporter à la fois des données tendancielles, mais aussi de servir éventuellement de système d'alerte.

En ce qui concerne les données médicales, il n'a pas été demandé aux cliniciens de coder l'information. Celle-ci l'a été par une seule personne sur la base d'un thesaurus C. I. M.. Les résultats ont ensuite fait l'objet de regroupements (antécédents et motifs de consultations), dans un souci de faciliter la compréhension des résultats (tabulation effectuée par la personne responsable du codage).

Pour les données infirmières, les commentaires sont sensiblement les mêmes mais on notera qu'une démarche active existait dans l'analyse du rôle infirmier et de son objectivation.

Pour les données sociales, psychologiques et épidémiologiques, un travail d'analyse croisée des items a été réalisé pour simplifier et structurer le recueil. Un problème majeur sur ce champ, a été la nécessité de disposer d'un support de recueil simple, n'interférant pas de façon trop gênante avec la logique d'intervention et d'aide.

Dans la mise en cohérence des informations, deux éléments ont joué un rôle important : la mise en place du dossier unique et l'utilisation d'un identifiant permanent unique.

De plus, une proposition d'étude complémentaire sur l'hospitalisation a été proposée. La situation unique du C. H. A. P. S. A., placé à la fois en aval d'un dispositif aux multiples facettes et au sein d'une structure hospitalière dotée d'une offre de soins et de prise en charge complète, permet d'envisager d'enrichir le projet d'études spécifiques complémentaires. Deux domaines se prêtaient a priori à une telle démarche, les Urgences et l'hospitalisation de court séjour. L'existence d'un système d'information médicalisé opérationnel, disposant de données rétrospectives de bonne qualité avec possibilité de lien entre statut social et caractéristiques P. M. S. I. de chaque épisode d'hospitalisation, a permis de mettre en oeuvre en parallèle au projet, une étude complémentaire. Ce travail réalisé par le responsable D. I. M. de l'établissement, permet d'apporter un premier éclairage sur les caractéristiques des épisodes d'hospitalisation des personnes sans domicile fixe. Des limitations méthodologiques doivent être signalées. Tout d'abord sur la période de recueil effectif des données.

Il avait été envisagé de recueillir l'ensemble des données de façon synchrone sur une période d'un an. En fait, les différents retards n'ont pas permis d'atteindre l'objectif sur un an, ni d'obtenir un recueil synchrone sur les cinq champs (médical, infirmier, social, psychologique, flux d'utilisation). Il faut donc considérer les données présentées comme une première restitution du niveau d'information qu'il est désormais possible de produire en routine (à condition d'en financer de façon adéquate la saisie, le contrôle et l'exploitation). Les conclusions qu'il est possible d'en tirer, tant au plan épidémiologique qu'au plan d'une meilleure compréhension des causes et des conséquences de la situation sanitaire et sociale des personnes ayant recours au C. H. A. P. S. A. sont donc limitées. Ensuite en ce qui concerne les données manquantes, l'analyse a porté sur 276 fiches médicales, 325 fiches infirmières, 188 fiches sociales, 445 hospitalisations et 570 fiches psychologiques. On notera cependant les points suivants. Pour les fiches médicales, il s'agit en fait d'un ensemble de fiches qui sont les fiches considérées comme utilisables sur près de 700 dossiers depuis la mise en place du dossier commun, le reste des fiches étant non renseigné (absence de contact médical et/ou omission du clinicien de renseigner le document). Pour les fiches infirmières, il s'agit par contre d'un relevé quasi-exhaustif portant sur l'ensemble des contacts infirmiers pendant une période d'environ trois mois. Situation analogue pour le questionnaire social. La validation de la réalité de l'exhaustivité sur les périodes annoncées n'a pu cependant être effectuée. Un tableau de synthèse résume ces informations.

En ce qui concerne le contrôle de qualité des données : à ce stade, les seuls contrôles effectués ont été de deux types. Un contrôle sur site a été effectué en ce qui concerne le caractère systématique et la conformité administrative des dossiers individuels. A ce jour, la démarche de création est respectée, et doit permettre rapidement d'améliorer le suivi et le partage de l'information. Cependant, une analyse de la séquence des derniers dossiers créés et de quelques dossiers tirés au sort permet de noter plusieurs points. Les dossiers contiennent les éléments du projet, des éléments propres issus de l'équipe soignante et d'autres supports. Certains supports sont souvent redondants (en particulier antécédents médicaux et soins infirmiers), d'autres peut-être peu utiles (multiples fiches de suivi par thème). Il apparaît donc nécessaire d'encourager la poursuite de cette démarche au sein de l'équipe, de toiletter une dernière fois les supports, d'encourager la saisie de l'information par tous les intervenants. Pour les données concernant les hospitalisations, c'est le contrôle de qualité en place dans l'établissement qui a servi de validation, sans qu'il n'ait été encore possible d'effectuer de contrôle de cohérence entre les données du dossier C. H. A. P. S. A. et les données d'hospitalisation.

Des dispositifs complémentaires seront donc à mettre en place, en parallèle avec formation/information des différents groupes d'intervenants sur les outils et avec une aide informatisée au recueil par la mise en réseau du système d'information concernant le C. H. A. P. S. A..

TABLEAU N°30
LES MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES

	ECHANTILLON	TOTAL ANNUEL	ACTIVITE ANNUELLE	SELECTION	DEBUT	FIN	EXPLOITABLES	EXPLOITABLES	COMMENTAIRES
FICHES MEDICALES	519	1 500	35%	SERIE	AVRIL 95	DECEMBRE 95	276	53%	Uniquement nouveaux contacts
ANALYSE PMSI	1 145	7 753	15%	SYSTEMATIQUE	JANVIER 94	DECEMBRE 94	1 145	100%	Uniquement SDF hospitalisés
FICHES INFIRMIERES	352	7 000	5%	SERIE	AVRIL 95	OCTOBRE 95	325	92%	
FICHES SOCIALES	195	600	33%	SERIE	JANVIER 95	AOUT 95	188	96%	
FICHES MEDICAMENTS	500	NP	NP	ECHANTILLON	DEBUT 94	JUIN 95	500	100%	Tirage au sort non décrit
ENTRETIEN PSYCHOLOGUE	110	?	?	SERIE	JANVIER 95	AOUT 95	70	64%	
TOTAL	2 821				JANVIER 95	DECEMBRE 95	2 504	89%	Taux d'exploitables par lignes 2 et 5

- **En conclusion**

Il nous faut préciser que, par rapport au travail initial O. R. S. P. I. S. T. ici rapporté, toute la discussion en particulier bibliographique que nous aurons autour des résultats provient d'un travail spécifique effectué pour cette thèse.

c) L'étude biographique

Une grande partie de notre méthodologie pour les biographies nous est inspirée par Alfred Schutz [84] et Franco Ferrarotti [85]. La grande pertinence de leurs réflexions concernant la méthode biographique et la vie quotidienne a trouvé une vérification pratique au cours de notre recherche. Par ailleurs, ils ont été pour nous des guides pour une méthodologie plus rigoureuse. Le cadre géographique du contact présupposé avec ces personnes sans toit stable se situe au C. H. A. P. S. A.. Nous avons pensé recueillir des témoignages biographiques à l'arrivée des personnes. Lors de nos premières tentatives, nous nous sommes heurté soit à un refus poli soit, en fonction du fait qu'ils nous connaissaient, à des réactions d'évitement typiques telles que les décrit Erving Goffman [86] (p. 17). En réalité, au début de notre travail, dans la recherche « d'intervieuwés », nous nous sommes rapidement aperçu qu'il existait une très grande pudeur. En effet, sur dix demandes, nous avons recueilli sept refus. Trois personnes ont refusé une rencontre immédiate, et aucune n'en a accepté d'emblée le principe parmi les dix premières personnes sollicitées. L'arrivée, dans un climat plus ou moins violent et agressif, les rendait peu disponibles pour accepter un entretien surtout lorsqu'il est proposé au vu et su de tout le monde, autres S. D. F., surveillants, etc.. Il n'est pas anodin de signaler ici qu'il était dans nos premières intentions de leur proposer une mesure de leur alcoolémie par éthylomètre. Cette idée dont nous avons perçu ensuite l'inadéquation avec les buts recherchés avait été imaginée pour permettre de mieux valider un certain nombre d'hypothèses. Au fur et à mesure de la progression de nos recherches, nous avons pu mesurer combien cette pratique aurait pu pervertir la qualité de l'échange et surtout comme elle pouvait être en contradiction avec l'essence même de la méthode biographique. Cette mesure n'a été proposée à aucune personne. Après ces échecs, nous avons donc décidé de les rencontrer lors d'une hospitalisation. Nous sommes bien conscients des biais méthodologiques supplémentaires créés, mais ils sont dans ces conditions beaucoup plus disponibles, souffrant surtout d'inactivité et de solitude, et appréciant l'intérêt qu'on peut leur porter même si c'est dans le cadre d'une recherche. De façon à essayer de rétablir une certaine dimension d'équilibre dans la relation, nous avions en outre décidé de borner l'échange sur la base de trois entretiens prolongés maximum afin de « baliser » la relation, et de payer chaque entretien 50 francs.

(84) - SCHUTZ Alfred, *Le chercheur et le quotidien*, Méridiens Klincksieck, 1994, 286 pages.

(85) - FERRAROTTI Franco, *Histoires et histoires de vie*, Méridiens Klincksieck, 1990, 195 pages.

(86) - GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, éditions de minuit, 1974, 225 pages.

A partir du moment où nous avons assumé à plein-temps la responsabilité de la consultation médico-sociale, ayant un contact quotidien avec eux, il a été beaucoup plus facile de solliciter un entretien. Ce d'autant plus que les personnes admises dans les lits d'hébergement médicalisés sont présents pour des durées moyennes de quinze jours. Il ne faut cependant pas cacher que cette fonction médicale est susceptible de créer des biais. En effet, c'est du médecin, en accord avec les infirmières, dont dépend la décision de sortie des lits. Dans leur cas, la sortie signifie le retour à la rue. La connaissance préalable à travers une relation médicale de soins, est certainement une faille méthodologique si l'on s'en tient à l'objectivité « scientifique » où aucun élément affectif ne doit parasiter l'entretien. Mais c'est pourtant - semble-t-il - un formidable moyen de dépasser le stade de l'histoire de malheurs. Cependant, même si la demande de rencontre pour des entretiens biographiques est assortie d'explications détaillées, il est clair que cet aspect doit être signalé. Néanmoins, ce biais joue essentiellement sur l'acceptation ou le refus d'interview. Toutefois, ces réserves méthodologiques sont pourtant à modérer par rapport à une certaine profondeur de la relation qui ne peut être obtenue par un intervenant pas ou peu connu d'eux. Il est clair que nous n'essayerons donc pas d'éloigner tout soupçon de subjectivité pour en arriver à une présence-absence strictement passive, à un rôle d'opérateur de magnétophone. Cette exorcisation de l'implication semble irréalisable et du type du leurre. A l'image de l'engagement qui existe vis-à-vis de ces populations en tant que médecin praticien, et plus encore dans l'interview biographique, il existe une grande implication liée à une interaction qu'il importe de connaître, d'accepter et de défendre comme objet de connaissance à part entière. Cette parité entre chercheur et objet de recherche n'est pas, bien évidemment, sans poser quelques problèmes. Néanmoins, ces difficultés et biais méthodologiques peuvent être partiellement levés par un maximum de rigueur. Nous sommes le médecin traitant d'un certain nombre d'entre eux et identifié comme le médecin responsable de la consultation médicale des personnes sans-abri. Le choix des candidats à l'interview ne résulte donc pas à l'évidence d'un pur hasard. Ainsi, il n'est pas possible de dégager une théorisation surplombante pertinente en s'appuyant sur quelques entretiens. Cela étant, on peut considérer que ces entretiens ont intrinsèquement valeur de connaissance en eux-mêmes.

Pour nous guider, lors de nos entretiens, nous nous sommes aidés d'une grille très lâche, afin de pouvoir éventuellement, lors de l'entretien, « relancer » l'échange. Il ne s'agit pas d'un questionnaire dans la mesure où tous les items ne sont pas systématiquement évoqués ni nécessaires pour présenter les entretiens. Dans cette grille, nous avons, en suivant Marco Ferraroti [85] (p. 50) essayé de construire ce guide autour de quatre grands thèmes. En premier est évoqué la mémoire des lieux et des événements ainsi que l'histoire personnelle. Ensuite, l'inscription éventuelle du sujet dans la société, dans sa vie quotidienne actuelle, axée sur le discours et le vécu affectif. En troisième est abordé le présent avec l'institution, le rapport au monde extérieur, la maladie, la santé etc.. Enfin, éventuellement lorsque cela était possible sans être outrageux envers les personnes rencontrées, les perspectives et l'avenir. Nous reproduisons ci-après la grille d'entretien utilisée.

Chaque premier entretien débute par une présentation stéréotypée et univoque : « *Vous me connaissez comme médecin (le cas échéant, anesthésiste, de l'antenne médicale, etc.). En plus, je fais une recherche uniquement scientifique à l'occasion d'une thèse. L'entretien, si vous l'acceptez est bien sûr strictement*

anonyme, et tout ce qui sera dit ne sortira pas d'entre-nous. Vous pouvez parler librement, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. La vie des personnes dans la rue est en fait très mal connue, de même que leur enfance et leur passé. Vous me rendez service en me permettant de mieux connaître quelques aspects de votre vie. Il y aura au maximum trois entretiens prolongés. Je vous donnerai 50 francs pour chacun deux. Si cela ne vous ennuie pas trop, je me sers d'un petit magnétophone qui m'est utile pour pouvoir réécouter et écrire notre entretien, mais je vous garanti de nouveau que cet enregistrement est strictement confidentiel ».

TABLEAU N°31
GUIDE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE

1°) <u>ANAMNESE, PRESENTATION DE SOI</u>

Nom, âge, nationalité, sexe

Origine familiale, enfance, fratrie, relations affectives, métier du père, de la mère

Origine géographique : campagne ? Ville ? Grande ou petite ?

Scolarité, ancienne activité professionnelle, dernier emploi, diplômes

Famille, contact actuel, conjoint, enfants

Réseau relationnel et affectif actuel et passé

Date et raison invoquée de la rupture

Logement, historique

2°) <u>LA VIE QUOTIDIENNE DANS LA RUE</u>

Relation avec les « socialisés »

Relation avec les « non socialisés »

Relations avec les Institutions :

- Police, C. H. A. P. S. A., Samu Social, Foyers d'hébergement temporaire, Travailleurs sociaux
- Ressources, lesquelles ? pour quoi faire ?

3°) <u>LA VIE AU C. H. A. P. S. A.</u>

Le ramassage, l'accueil,

Les locaux :

- Les douches
- Les dortoirs, la séparation hommes - femmes, la promiscuité
- Le réfectoire, la nourriture, le transit
- Le service médical

Les relations avec :

- Les bleus, les surveillants
- Le médecin, l'infirmière, les agents hospitaliers
- Les auxiliaires

- Les autres usagers du C. H. A. P. S. A.

- L'hôpital et le Centre d'hébergement

4°) LES PERSPECTIVES D'AVENIR : L'ASILE

Que souhaitez-vous, qu'est-ce qui répondrait à vos besoins ? Quelle projection dans l'avenir ? (Existe-t-elle ?)

Nécessité des Institutions ? Des caritatifs?

Lieu ouvert ? Durée de séjour maximale ?

d) Conclusion

A travers ces deux études, quantitative et qualitative, nous verrons comment répondre à la problématique posée, en particulier dans l'émergence de la prise en charge médico-sociale de ces populations.

3°) Pour les questions concernant le traitement médico-social de ces populations

Notre travail consistera, à partir de l'analyse de l'expérience récente du S. A. M. U. Social crée en novembre 1993 et de la réhabilitation des lits d'infirmerie, à voir, à travers le cadre juridique et notamment la loi de 1975 comment ces questions sont actuellement traitées et comment elles pourraient éventuellement l'être. Dans ce contexte, nous verrons comment proposer, dans une optique non plus coercitive mais médico-sociale, un certain nombre de possibilités de prise en charge des populations sans-abri.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CHAPITRE - III - ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DU PHENOMENE DE L'ERRANCE

Et non point comme vertu, car nous en avons guère
Et non point par devoir, car nous ne l'aimons pas
Mais, comme un charpentier s'arme de son compas
Par besoin de se mettre au centre de la misère

Charles PEGUY

Extraits de la classification des vagabonds par "A n°1"

Raseur (*pillinger)* : Demande l'aumône dans les magasins, les bureaux et les maisons particulières
Mendigot *(moocher*) : Accoste les passants dans la rue
Ventouse (*flopper*) : S'accroupit sur les trottoirs des artères commerçantes
Piquet (*stiffy*) : Paralysie simulée
Silencieux : Fait semblant d'être sourd et muet
Fil de fer : Colporte des objets faits de fils télégraphiques volés
Raccommodeur : Raccommodeur de parapluie ayant appris son métier
Maniganceur : Mendicité sous couvert de la vente de lacets de chaussures
Bequilleur (*stick)* : Passager de train clandestin qui a perdu une jambe
Pllon (*peg)* : Passager de train clandestin qui a perdu un pied
Palmé : Passager de train clandestin qui a perdu un ou plusieurs doigts
Bigleux : Passager de train clandestin qui a perdu un oeil ou deux yeux
Manchot (*wingy)* : Passager de train clandestin qui a perdu un ou deux bras

Mitaines : Passager de train clandestin qui a perdu une ou deux mains
Droitier : Passager de train clandestin qui a perdu son bras droit et sa jambe droite
Gaucher : Même chose pour le bras et la jambe gauche
Moitié : Passager de train clandestin estropié des deux jambes au-dessus des genoux
Bon estropié : Individu véritablement estropié ou affligé d'une autre infirmité
Faux estropié : Individu automutilé ou simulant une difformité
Client de taule (*pokey stiff*) : Qui vit uniquement d'aumônes
Vendeur de toc ; Qui écoule des faux bijoux
Ventre à boisson, Ventre à bibine : Consommateur invétéré d'alcool
Imbibé : Individu au cerveau dérangé par une consommation chronique de rhum non raffiné
Pochard, babiole, Queue frisée, Queue grasse, Busard des jungles : La lie des vagabonds
Café au lait ou bronzé : Vagabond de couleur
Poule armée : Dangereuse vagabonde
Sac de foin : Pocharde
Colporteur de pilules (*pill pedler*) : Médecin
Bouledogue harnaché (*harness bulls*) : Policier

(in [2], p. 122-123)

A) INTRODUCTION

Nous débutons ce chapitre par cette évocation assez pittoresque en raison de son caractère anecdotique et caricatural. Francis Lacassin dans la préface des vagabonds du rail [47] (p. 32) signale que l'auteur en est Léon Ray Livingston. Il a publié une modeste plaquette, publiée à compte d'auteur, après la mort de London : « *D'une côte à l'autre avec Jack London, A n°1 le fameux vagabond* ». Il prétendait avoir parcouru 800.000 kilomètres pour 7,61 dollars. Ceci n'était pas du goût des vagabonds qui, déjà à l'époque, considèrent que les incidents et les événements qu'il relate sont beaucoup trop colorés pour être véridiques. On retrouve dans différents ouvrages des lexiques en argot de voleur ou de mendiant. Nous l'avons déjà signalé, le clochard, l'errant, amène dans son maigre bagage un nombre important de clichés, de fantasmes et de représentations sociales qui ne correspondent que de très loin à la réalité quotidienne. En ce sens, *Boudu sauvé des eaux* par Jean Renoir et Michel Simon en 1932, Gérard Jugnot qui vit *Une époque formidable* en 1991, Vincent Lindon et Coline Serreau dans *La crise* ou Coluche avec son « pote » Ahmed le clochard philosophe arabe en sont des représentations typiques. Elles sont en terme de « box office » beaucoup plus porteuses qu'Agnès Varda et Sandrine Bonnaire *Sans toit ni loi* en 1985 ou Léos Carax et Juliette Binoche dans *Les amants du pont neuf* en 1992 qui pourtant approchent de façon plus réaliste ce phénomène.

Comme le dit Hubert Prolongeau [87] (p. 25), « *Gérard Jugnot en cadre déchu, dans une époque formidable, comédie sympathique mais ramassis d'âneries sur la vie des S. D. F., a rameuté plusieurs millions de spectateurs qui ont sûrement cru que les clochards avaient tous tâté de la Mercédes et de la nana mannequin avant de sombrer. Cliché sur lequel surenchérit souvent une presse écrite et télévisuelle pressée et paresseuse : un cadre « clodo », c'est tellement plus révélateur de l'état de notre société. Tellement plus pratique aussi : quelqu'un qui dans un français correct et avec une élocution aisée, raconte sa chute en dix minutes, en tirant même dans le meilleur des cas, de vastes considérations sur l'état du monde, voilà qui est plus facile à mettre en boite qu'une authentique loque qu'il faut filmer pendant une heure pour, entre quelques renvois, en extirper trois phrases pas toujours très limpides* ».

Les sources accessibles à la connaissance de l'exclusion et des exclus sont de différents ordres. Mais, ces approches quelles qu'elles soient, même si elles présentent parfois un grand intérêt apparaissent aux professionnels de terrain lorsqu'elles sont prises isolément comme insatisfaisantes et incomplètes. Nous avons le sentiment que pour comprendre cette population, il est nécessaire d'envisager le contexte historique, social et politique mais aussi de s'appuyer sur les médecins, infirmières et travailleurs sociaux qui la pratiquent au quotidien. La connaissance de ces S. D. F. reste très parcellaire. On peut classer schématiquement ces sources en trois grandes catégories.

1°) L'aspect journalistique

On a parfois l'impression que les S. D. F. n'ont une existence visible que lorsque les médias en parlent. C'est à dire lorsqu'ils sont reconnus comme sujets sociaux par les journalistes. Nous avons connu deux époques. Jusqu'en 1993, les populations errantes sont représentées pour reprendre l'expression de Xavier Emmanuelli par des « hommes invisibles ». Ils représentent une petite fraction de personnes désocialisées et ne sont pas vécus comme un problème social ou un risque pour la cohésion sociale. On considère qu'au titre du principe de liberté, ils ont plus ou moins choisi cette vie d'errance et on ignore ou on refuse de voir la dureté et l'inhumanité des conditions de vie à la rue et des dispositifs de survie qui leur sont réservées. Après 1993, les feux prolongés de l'actualité et les actions médiatisées de quelques figures emblématiques ont amené ces personnes et ces questions sur le terrain du « débat public ». Le profane qui découvre cette problématique a tendance à penser qu'il s'agit d'un sujet nouveau n'existant que depuis que les journalistes s'en sont emparé. Toutefois, il ne faut pas être naïf. Ce faisant, les médias facilitent la dénonciation d'un « problème social » et stimulent ou aiguillonnent les politiques pour qu'ils prennent en compte cette question. Cependant, comme le note Pierre Bourdieu, « *ces malaises médiatiquement mis en scène peuvent donner parfois une image assez fantaisiste de la réalité avec une succession d'images d'Epinal* » [48] (p. 61). Il est patent qu'en ce domaine, on ne fait que peu de place au discours de celui qu'on veut présenter. Peut-être parce que ce discours est souvent difficile à entendre.

C'est alors que le travail de terrain se limite souvent à quelques minutes ou au mieux à quelques heures passées sur place et qui permettent de donner une couleur

(87) - PROLONGEAU Hubert, *Sans domicile fixe*, Hachette, 1993, 215 pages.

de « vérité » ou de vécu à un scénario déjà construit par avance. Ceci est peut-être une explication à leur très grande méfiance et au refus fréquent de tout contact avec ce qui ressemble de près ou de loin à des micros et surtout à des caméras. Sur ce thème, il est très étonnant de voir chez ces personnes désocialisées avec quelle acuité et avec quelle rapidité ils évaluent « l'épaisseur », la qualité, l'empathie et l'intérêt désintéressé ou non de l'interlocuteur. Mais au fond, il s'agit probablement d'un mécanisme d'adaptation à la vie dans la rue. En effet, et on le verra, pour la manche en particulier « à la volée » ou à la « rencontre », il importe de percevoir très vite qui est l'autre pour ne s'intéresser qu'à celui qui est susceptible de donner, et ne pas perdre de temps avec les autres. Le scénario et la théâtralité nécessaires pour obtenir le don n'excédant pas en terme de durée quelques secondes.

On peut ici rapporter que, lors d'une inauguration officielle un soir au C. H. A. P. S. A., des journalistes de télévision essayaient discrètement de s'infiltrer vers les dortoirs où les usagers sont hébergés. Lorsqu'on leur a fait savoir que ce n'était pas par là qu'ils devaient se diriger, la réponse a été : « *on n'en a rien à foutre des officiels, ministres ou anciens ministres, préfet, etc., nous ce qu'on veut c'est filmer la misère* ». Comme le malaise urbain ou le « spleen » des banlieues, le S. D. F. représente actuellement en terme de marché un « créneau porteur ». On ne manque ni d'exemples ni d'informations sur une exclusion qui semble véritablement susciter un excès d'informations. Pourtant, on a le sentiment à la fois d'être informé à l'excès et en même temps de ne rien savoir sur l'exclusion. Dans le cadre de la chasse médiatique dont nous avons déjà parlé, on peut relater une autre expérience vécue sur le terrain. Lors de l'hiver 1992-1993, trois personnes sont mortes de froid dans la rue. L'actualité étant par ailleurs assez pauvre, on a vu l'ensemble des médias en particulier télévisés se ruer dans la rue pour chasser l'image capable d'émouvoir le téléspectateur. L'arrivée à Nanterre la nuit d'équipes de télévision de deux grandes chaînes est apparue comme tout à fait surréaliste voire même comme inconvenante. Un grand nombre de ces personnes refusait d'être filmé comme si, malgré tout, persistait un sens à leur existence et comme si le fait d'être filmé était pour eux une atteinte à leur dignité perdue et une atteinte à leur dignité à venir. Beaucoup disaient : « *On n'est pas des animaux, on n'est pas au zoo, on a de la famille et il n'est pas question qu'ils nous voient dans cet état* ». Les rares personnes acceptant d'être filmées égrenaient leur histoire des malheurs. Tout le monde était content, le S. D. F. intervieuwé dans son exhibitionnisme, le journaliste dans son voyeurisme, le reportage était bon. Cela dit, il est vrai que si l'on veut dépasser l'écueil du manichéisme, notre société semble réclamer cela. Les médias entretiennent une faim d'images et de témoignages. Elles donnent pour reprendre les termes de Michel Maffesoli « *à consommer de l'événement et des tranches de vie* ». On peut rapprocher de cet aspect un peu voyeur - et il faut le dire parfois très malhonnête - les nombreuses monographies écrites par des journalistes ou des auteurs relatant des passages plus ou moins longs et plus ou moins vraisemblables auprès de grands exclus. Pour quelques-uns même, ces écrits sont supposés être des témoignages de leur vie dans l'errance à la rue. Ils représentent souvent l'équivalent pour l'écrit de ce qu'est une musique d'ambiance. Pourtant quelques ouvrages, par leur sérieux, sont porteurs d'une réelle connaissance sur la vie quotidienne d'une personne dans la rue. Ainsi, on peut rappeler que Nels Anderson, sociologue de l'école de Chicago, était lui-même un ancien hobo et connaissait donc bien les conditions de vie au quotidien des hoboes au début du siècle.

La situation dans laquelle il se trouve au moment de son travail de terrain n'est donc pas celle de l'ethnologue ou du sociologue professionnel extérieur à un groupe auquel il est étranger. Son enquête repose sur un individu particulier qui se fait

l'ethnologue de son propre milieu, même s'il est engagé dans la tentative d'en sortir. Pour définir cette position, on peut reprendre l'expression judicieuse d'Olivier Schwartz qui parle « d'ethnologue indigène » (in [2] p. 13). Comme le rappelle Jean Penneff [88] (p. 48-49) les auteurs des monographies de l'école de Chicago sont souvent âgés et professionnalisés. Park les incite à saisir les opportunités qu'offrent leur emploi ou leur origine. Ainsi Ben Reitman qui, comme nous l'avons signalé, est médecin des hoboes. Il est l'amant d'Emma Goldman qui sera renvoyée en U. R. S. S. comme apatride rouge. Il se définit comme américain d'origine, juif de naissance, baptiste d'adoption, professeur et médecin de profession, cosmopolite par choix, socialiste par inclinaison, célèbre par accident, vagabond par le poids de vingt ans d'expérience et réformateur par inspiration. Il publie en 1937 une biographie de Boxcar Bertha [89], une sœur de la route « brûlant le dur » (voyageant par le train sans payer). Après une vie de rebelle bagarreuse, libre d'esprit et de moeurs, elle finit par être engagée dans un bureau d'aide sociale où son activisme et son efficacité est remarquable. A ce titre, elle participe à de grandes enquêtes sociologiques sur ses compagnons hoboes. La vie tout à fait extraordinaire de cette femme relatée par Ben Reirman a fait l'objet d'un film de Martin Scorsese en 1972, *Boxcar Bertha* interprété par Barbara Hershey. On peut, de façon bien sûr non exhaustive, lister un certain nombre de monographies entrant dans cette catégorie « journalistique ». Jack London a produit deux ouvrages sur ce thème. Le premier, *Les vagabonds du rail* relate avec un certain romantisme et un réel talent littéraire la vie de ces itinérants du début du siècle qu'étaient les hoboes, vagabonds et chemineaux voyageant frauduleusement par le train. En particulier, London a suivi à son début « l'armée des gueux » mobilisée par le « général » Kelly et sa marche de San Francisco à Washington pour réclamer du travail au président : « *Messieurs, comprenez bien la situation. Mes gars n'ont rien dans le ventre depuis quarante-huit heures. Si je les lâche dans votre ville, je ne réponds pas des conséquences. Ils sont à bout de patience. Je me proposait de leur acheter de la nourriture, mais vous m'avez refusé de m'en vendre. Ce n'est plus une prière que je vous adresse, mais un ordre. Je vous donne cinq minutes pour réfléchir. Ou bien vous abattrez six bouvillons et me livrerez quatre milles rations, ou je lâche mes hommes. Vous avez cinq minutes, messieurs !* » [47] (p. 264). Le deuxième, *Le peuple de l'abîme* est un ouvrage militant qui dénonce la grande pauvreté dans le Londres du début du siècle où l'auteur a passé deux mois à vivre la vie quotidienne des plus démunis : « *Ce peuple de l'abîme ainsi que vous le découvrirez par un simple coup d'oeil, est simplement le livre d'un correspondant écrit depuis le terrain d'une guerre industrielle* » [32] (p. 12). Georges Orwell, vit une expérience identique, mais de façon non-volontaire durant trois ans entre 1928 et 1931. Elle est relatée dans son livre *Dans la dèche à Paris et à Londres* [90]. C'est plutôt une expérience de « débine » qu'une vie d'errance qui est relatée dans la période parisienne. Son expérience londonienne se rapproche plus de notre sujet. On peut rapporter sa forte conclusion (p. 277) : « *Je tiens toutefois à souligner deux ou trois choses que m'a définitivement enseignée mon expérience de la pauvreté. Jamais plus je ne considérerai tous les chemineaux comme des vauriens et des poivrots, jamais plus je ne m'attendrai à ce qu'un mendiant me témoigne sa gratitude lorsque je lui aurai glissé une pièce, jamais plus je ne m'étonnerai que les chômeurs manquent d'énergie. Jamais plus je ne verserai la moindre obole à l'armée du salut (...). Et ceci pour commencer* ».

(88) - PENEFF Jean, *La méthode biographique*, Armand Colin, 1990, 144 pages.

(89) - REITMAN Ben, *Boxcar Bertha*, Coll. 10/18, (1937), 1996, 260 pages.

(90) - ORWELL Georges, *Dans la dèche à Paris et à Londres*, Ivréa-Champs libre, 1993 (1933), 277 pages.

Il s'agit là de deux auteurs qui se situent à la limite entre l'observation participante et le roman littéraire. Plus récemment, nous avons trouvé un ouvrage de Jean-Paul Clébert *« Paris insolite »*, publié en 1952 [91]. S'il présente l'intérêt de décrire la vie du Paris de l'époque, il contient un très grand nombre de représentations, de clichés sur le clochard philosophe, épris de liberté et ce dans un argot parisien dont on peut déjà douter de la représentativité et de la véracité dans le milieu des S. D. F. Parisiens. Ainsi, on trouve : « (...) *tout ce monde-là était cul et chemise avec le voisin. Depuis Paulo le gitan acrobate à Zizi la Rapière qui un soir hurlait à travers les potagers qu'elle voulait sa copine Mado pour lui trancher la gorge, et fouillait, dangereusement éméchée, tous les recoins où l'autre pouvait se terrer (...)* » (p. 62). Ou bien encore « (...) *je retrouve d'ailleurs cinq minutes plus tard dans les proches bistrots d'Ivry, tâtant de la gobette et se payant des pipes au détail, l'œil plissé, les bajoues couperosées, la barbe grasse, l'haleine puissante, ce sont là le père Tripette, le Veuf et la Bouscaille, trois bonshommes des confins de Charenton (...)* » (p. 67). Dans le même genre, on peut citer Jean-Louis Degaudenzi, un journaliste qui raconte son passage à la rue, dans un langage lui aussi très coloré, que nous n'avons, pour notre part, jamais rencontré dans notre population. « *(...) J'ai pas renquillé à l'Arnaque. Belle lurlure que l'heure d'entoilage a fait baskets. M'auraient jeté comme un rat borgne, tu parles, les morbaques (...) et jouissifs encore, de me vouer tout naze au macadam frigo des rues et des bancs publics ! Va geler dru cette nuit, pas pour se marrer. Et ça leur déplaît pas aux clodos de la Péniche. On a plus chaud aux couilles quand un autre se les caille, y a pas (...)* » [92] (p. 180).

Depuis quelques années, surtout l'hiver, un certain nombre d'ouvrages paraît ainsi périodiquement et relate des expériences personnelles. Quelques-uns sont à la gloire de bienfaiteurs les ayant sauvé du naufrage. Ils sont de qualité littéraire très inégale et pour certains, il est difficile de faire la part des choses entre réalité, mythe et reconstruction a posteriori. On peut citer pour les plus récents Lydia Perréal [93], Eslie, un peintre [94] et André [95] dont le recto de la couverture donne pour probable un chiffre de 110.000 S. D. F. à Paris et 600.000 en France (selon quelles sources ?) mais qui présente l'intérêt d'une sincérité et d'une authenticité indiscutable. Ces trois auteurs relatent leur passage et leur vie à la rue. Par ailleurs, on peut mentionner quelques ouvrages d'acteurs militants de terrain relatant à la fois leur pratique et leur engagement le plus souvent d'ordre spirituel. On peut citer à titre d'exemple Denise Brigou [96] et [97]. Cette étudiante révoltée, militante trotskiste puis routarde hippie est devenue capitaine de l'armée du salut. On peut d'ailleurs noter que, dans un milieu où les personnes que nous accueillons se livrent volontiers à une critique acerbe de « la concurrence », des autres structures d'accueil ou de soins, nous n'avons pour notre part jamais entendu une seule personne dire autre chose que « du bien » de Denise Brigou. Sa monographie puisée du terrain et de la vie quotidienne comporte une grand nombre de constatations avec lesquelles nous sommes tout à fait en accord, en tout cas dans ses aspects factuels. Sur le plan métaphysique, le débat est tout autre. Cependant, de façon utilitariste, on peut parfois dire que peu importe le moyen ou le

(91) - CLEBERT Jean-Paul, *Paris insolite*, Denoël, 1952, 254 pages.

(92) - DEGAUDENZI Jean-Louis, *Zone*, Fixot, 1987, 207 pages.

(93) - PERREAL Lydia, *J'ai vingt ans et je couche dehors*, Jean-Claude Lattès, 1994.

(94) - ESLIE, *Viens chez moi, j'habite dehors. Un carnet de voyage chez les sans abri*, Albin Michel, 1994.

(95) - ANDRE, *Témoignage sur les SDF : La rue, pour moi, c'est fini*, éditions n°1, 1995, 114 pages.

(96) - BRIGOU Denise, *Soupes de nuit*, éditions Belfond, 1990.

(97) - BRIGOU Denise, *La maison du partage*, éditions Cabédita, 1994, 195 pages.

chemin à partir du moment où le but est bien le même : la restauration de la dignité et de la citoyenneté.

On trouve par ailleurs des ouvrages journalistiques de circonstance comme celui d'Antoine Silbert et Rahmatou Keita [98]. Ils prétendent relater l'histoire de vie d'une vingtaine de personnes. L'une Fatmata, fille d'un commerçant aisé parle huit langues (p. 15). L'autre, Danielle possède une licence de Français moderne (p. 35). Nino lui a été le plus jeune bachelier de France (p. 51). Philippe était cadre dans le pétrole (p. 62). Jean quant à lui était correspondant de guerre aux côtés de Lucien Bodard, photographe d'agence à Gamma (p. 75). Enfin, Maurice était maître d'hôtel à Passy, passait ses week-end à Deauville et roulait en porche (p. 101). Toutes ces personnes sont devenues clochards. Nous verrons plus loin que la réalité est beaucoup moins romantique et que des personnages de ce type ne sont jamais ou que très exceptionnellement rencontrés. Déjà, en 1957, Vexliard s'insurgeait de ces fausses biographies de l'avocat célèbre ruiné par les femmes, de ce grand musicien victime d'un accident, etc. [40] (p. 64-65). Il insiste sur le caractère non représentatif des « clochards intellectuels », « mendiants millionnaires », « roi des vagabonds », « princesse de la cloche » [40] (p. 28).

On peut distinguer deux ouvrages qui présentent un grand intérêt documentaire sur la vie dans la rue par le sérieux de l'expérience d'observation participante rapportée. Tout d'abord le livre de Jean-Luc Porquet qui relate son expérience volontaire de vie à la rue durant plusieurs mois d'hiver en 1988 [6]. Il présente l'intérêt supplémentaire de décrire la vie de la rue en province dans la région grenobloise et d'illustrer son récit par des notions historiques et politiques. Enfin Hubert Prolongeau effectue la même démarche en 1993 [87]. En plus de rapporter très précisément la vie à la rue, il en donne lui aussi une lecture souvent pertinente après une observation attentive.

Dans cet aspect journalistique, nous ne ferons que mentionner l'apparition récente, en mai 1993, des journaux de rue dont le premier mensuel paru en France est Macadam Journal. Son impressionnant tirage atteint 700.000 exemplaires. Il a entraîné des vocations et on a vu ensuite arriver sur le marché des périodiques comme Le Réverbère, devenu depuis l'itinérant, La Rue et Faim de Siècle. Sur ce point on peut voir, en particulier pour l'analyse de contenu, l'étude qu'en a fait Julien Damon [99]. Nous avons retrouvé leur équivalent à Montréal créé en 1994 et appelé l'Itinéraire. Tiré à 25.000 exemplaires, il est vendu 1§ canadien (environ 4 francs) dont là aussi la moitié revient au vendeur. Tout récemment, ce sujet est redevenu d'actualité avec l'interdiction faite aux vendeurs d'opérer dans le métro.

Il est vrai, comme l'écrit à juste titre Julien Damon [100] (p. 131) que les médias à la fois rapprochent du lointain et en même temps éloignent du prochain. Ils ont vraisemblablement contribué à rendre les exclus plus distants et plus différents.

De surcroît, si les médias ne fabriquent pas vraiment les sentiments individuels, on peut noter que les gouvernements et les hommes politiques sont y sont eux très sensibles. Il existe donc un jeu subtil entre les journalistes, les politiques, les populations socialisées et notre population S. D. F.. Ce jeu subtil est source vraisemblablement à l'origine d'une

(98) - SILBERT Antoine, KEITA Rahmatou, *S. D. F., Sans Domicile Fixe*, Jean-Claude Lattes, 1992, 191 pages.

(99) - DAMON Julien, *Les journaux de rue, Usage social d'un handicap économique, ou usage économique d'un handicap social* ?, in Revue Française des Affaires Sociales, 49 (2-3), Avril-Septembre 1995, p. 53-77.

(100) - DAMON Julien, *Les S. D. F., stars médiatiques ?,* in Le banquet, revue du CERAP, 2ème semestre 1994, n°5, p. 117-137.

reconstruction des typologies et des problématiques des populations désocialisées à la rue. On peut vérifier que, selon cette reconstruction, la réponse globale au phénomène sera différente. Ainsi par exemple, l'indignation, l'appel à la solidarité, l'empathie seront suscitées l'hiver, mais la peur, une indignation de nature différente et des mouvements divers le seront l'été justifiant ou combattant les arrêtés anti-mendicité.

2°) L'aspect scientifique

L'explosion apparente ou en tout cas fortement médiatisée de l'exclusion s'est révélé un puissant stimulant aux travaux de recherche sur ce thème. Il existe en ce domaine un véritable pari épistémologique devant un terrain peu exploré. En effet, même si et on le verra, le thème théorique de l'exclusion n'est pas à proprement parler nouveau et s'il est largement traité, son implication pratique et sa traduction concrète ont été peu décrites. Pour ce qui est des sciences humaines - sociologie, anthropologie ou ethnologie - on trouve de nombreux ouvrages touchant à l'exclusion. Là aussi de qualité très inégale, ils permettent d'aborder une réflexion de fond sur le phénomène de la grande pauvreté. Cependant, ils semblent souvent loin de la réalité quotidienne et à ce titre apparaissent parfois comme une construction intellectuelle éloignée du concret et du réel. Néanmoins, on trouve quelques auteurs qui appuient leurs travaux sur une connaissance et une pratique réelle et approfondie du terrain.

Sur le plan purement conceptuel, on peut rappeler pour la partie descriptive et symbolique de la relation sociale un auteur déjà cité comme Ervin Goffman [8] et [64]. Martine Xibérras [51] répertorie et analyse les travaux des différents sociologues s'étant intéressé à cette question. Pierre Bourdieu ou plutôt Anne Marie Waser va à la rencontre de Nanou et Michel un couple de S. D. F. (in [48] p. 499-518). Howard Salomon Becker sur lequel nous reviendrons pour le concept « d'outsider » [52]. Alexandre Vexliard [40] dont les travaux font toujours autorité. Serge Paugam [20] et [79] pour ses analyses sociologiques récentes. Ce dernier a d'ailleurs dirigé un ouvrage collectif sur l'exclusion tout à fait intéressant par son approche pluridisciplinaire du phénomène [101]. Cette monographie fait en quelque sorte le point en 1996 sur l'état des savoirs par des auteurs qui, pour la plupart, font référence en la matière. Cet ouvrage a de plus l'intérêt d'approcher l'exclusion scolaire, question rarement prise en compte dans le débat sur l'exclusion. Pourtant, ainsi qu'on le verra au chapitre suivant il s'agit d'un élément clé de la réflexion sur ce thème. On peut ajouter à ces auteurs Robert Castel [102] en ce qui concerne le rapport entre le travail, le salariat et le lien social ou plus exactement entre la précarité économique et l'instabilité sociale.

Richard Hoggart [103] sur l'aspect de la culture ou de la sous-culture ne s'intéresse pas à notre population, mais il décrit ethnologiquement les pratiques culturelles des milieux populaires anglais, des « petites gens ». En particulier sur le scepticisme et le cynisme, le « je m'en fichisme », avec le débrouillard, le combinard et le nihiliste [103] (p. 327-343), on retrouve un écho et un éclairage tout à fait fondateur de la compréhension de cet aspect de culture dans notre population.

---

(101) - PAUGAM Serge (sous la direction de), *L'exclusion, l'état des savoirs*, éditions La découverte, 1996, 583 pages.

(102) - CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale, un chronique du salariat*, Fayart, 1995, 474 pages.

(103) - HOGGART Richard, *La culture du pauvre*, Les éditions de Minuit, 1970 (1957), 423 pages.

Plus récemment, on peut citer les travaux de l'ethnologie Patrick Gaboriau qui a partagé durant plusieurs mois la vie d'un petit groupe de cinq-six clochards dans le XVIè arrondissement de Paris [104]. Il soutient avec pertinence à notre sens l'idée qu'il existe une culture du S. D. F. en continuité avec une culture de la place publique et qu'on ne peut pas voir chez ces personnes seulement une absence ou une privation de toute culture, une « acculturation ». Patrick Declerck, ethnopsychanaliste, étudie les S. D. F. parisiens depuis de nombreuses années. Ainsi l'étude ethnographique de Hans, Albert, Yves et Gérard posait déjà en 1983 la question de l'errance par rapport à la crise et aux conditions socio-économique de façon pertinente voire impertinente [105]. Dans une vie pour rien [106], il s'insurge sur l'idée d'en faire des êtres faibles et paresseux. Il montre au contraire comme la vie à la rue est difficile et épuisante. 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. Bien sûr, 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. En outre, il pose la question du rapport direct de causalité unique entre la crise et la marginalisation. Avec a propos, il note « *qu'il n'existe pas des clochards de la prospérité et des clochards de la crise, ce sont les mêmes* » [105] (p. 129). Dans apragmatisme et clochardisation, c'est le rapport entre désocialisation et acculturation qui est posé [57]. Enfin, le dernier jour de l'humanité est une angoissante nouvelle, brève tranche de vie d'un psychanalyste consultant et de ses patients au C. H. A. P. S. A. [107]. Nous reviendrons sur cette lecture assez peu conventionnelle de la population exclue qui nous semble pourtant à bien des égards fondée et pertinente. On peut joindre à ces auteurs Marc Augé qui, dans une courte mais percutante étude dans le métro parisien analyse également nos patients S. D. F. dans l'activité de la manche [108] (p. 81-86). La monographie de Louis Moreau de Bellaing et de Jacques Guillou se situe elle à la limite entre l'ouvrage de terrain et l'ouvrage théorique. Il présente tous les biais opposables à ces deux types d'écrits [109].

Sur ce thème, devant la figure mythique de l'errant qui à la fois fascine et repousse, on peut se demander quel peut être le sens d'une approche scientifique ?

Mais d'abord et surtout, quelle est la question posée et comment y répondre ? In fine quel est le signifiant ? Ces personnes laissent perplexe et impuissant. Comment tirer au clair les relations qu'ils entretiennent avec nous et celles que nous avons avec eux ? Quels sont leurs besoins ? Comment y répondre ? Comment évaluer la pertinence et l'efficacité des solutions proposées ? Que veulent-ils ? et d'abord veulent-ils quelque chose ?

---

(104) - GABORIAU Patrick, *Clochard*, éditions Julliard, 1993, 235 pages.

(105) - DECLERCK Patrick, *Quatre clochards ou le fantôme de la liberté*, in Contradiction, hiver 83/84, page 125-139.

(106) - DECLERCK Patrick, *Une vie pour rien, ethnographie des clochards de Paris*, in Les temps modernes, n° 478, mai 1986, page 11-36.

(107) - DECLERCK Patrick, *Le dernier jour de l'humanité*, in Esprit n° 12, Déc.1988, p. 76-84.

(108) - AUGE Marc, *Un ethnologue dans le métro*, Hachette, 1986, 125 pages.

(109) - MOREAU DE BELLAING Louis, GUILLOU Jacques, *Les Sans Domicile Fixe - Un phénomène d'errance*, éditions L'Harmattan, 1995, 270 pages.

3°) L'aspect socio-politique

Même et peut-être surtout dans ce domaine, il faut aussi prendre en considération l'univers symbolique dans lequel se construit la question publique de la pauvreté. Des faits de la vie quotidienne, des jeunes à la rue, des familles avec des enfants en bas âge, des personnes très âgées, une vague de froid prolongée ou bien des reportages télévisés en « prime time » sur des « pauvres » peuvent créer un choc dans la conscience collective. Ces symboles sont mobilisateurs et souvent utilisés par des groupes de pression. Ils s'appuient sur des faits objectifs, le manque de logement, la rigueur d'un hiver, la misère absolue. L'action conjuguée de personnes charismatiques et des médias les transforment en enjeu social. « *Ces groupes sollicitent des soutiens parmi différents publics et encouragent l'Etat et les responsables économiques et sociaux à réagir. Les partis politiques ne peuvent rester insensibles à la question de la pauvreté, en particulier lorsqu'elle devient une question prioritaire du débat social. Ce phénomène renvoie à des dysfonctionnements sociaux, mais il est aussi très souvent perçu comme la preuve de l'incapacité des pouvoirs publics à les atténuer. La pauvreté devient alors un thème de campagne* » [20] (p. 24-25).

Dans cette problématique, en particulier, avec l'émergence de la prise en compte médico-sociale du phénomène, depuis sa majoration apparente sous l'effet de « la crise » et surtout depuis sa grande visibilité, ce sujet est devenu un sujet de débat politique. Rappelons qu'il fût un enjeu important de la dernière élection présidentielle avec la description d'une nouvelle pathologie identifiée comme « la fracture sociale ». Les débats ont tourné à la fois sur le terme mais aussi et surtout sur le fond. Ainsi, les pouvoirs publics sont saisis de questions longtemps considérées comme marginales et qui à présent semblent devenues centrales. Une métaphore de la périphérie et du centre se trouve bien dans le discours du président de la République lors de la journée mondiale du refus de la misère le 18 octobre 1995 : « *La France est à un tournant dans le combat contre la misère (...), il ne s'agira plus de traiter l'exclusion comme une plaie inévitable, il s'agit de mettre la lutte contre l'exclusion au centre de toute politique, de toute action collective* ». Ce phénomène qui apparaît comme nouveau réactive et met en lumière une réalité qui a toujours existé. Devenu un élément important de ce que l'on nomme le débat de société, il traduit essentiellement le changement de regard vis-à-vis du phénomène. Comme nous essayons de le montrer, nous nous trouvons là sur un changement de système de références dans la façon de traiter ce problème. Il est donc logique que, en dehors des très nombreuses circulaires et recommandations aux services de l'Etat tous les hivers, on trouve également quelques ouvrages de type « politique » consacrés à ce sujet et on peut rappeler le livre de René Lenoir [45].

Il est clair, comme le signale Martine Xibérras [51] (p. 22) qu'une analyse politique montre bien que la majoration de l'exclusion présente un double risque. Un risque individuel bien sûr pour chaque individu exclu mais aussi un risque pour la société qui ne peut elle-même souffrir de cet effritement du tissu social et de la perte des valeurs communes. Comme l'écrit à juste titre Serge Paugam [101] (p. 389), « *La compréhension du rapport social à la pauvreté et à l'exclusion peut être défini à partir de deux dimensions.*

- *La première est d'ordre macro-sociologique et renvoie aux représentations collectives et sociétales de ce phénomène et à l'élaboration sociale de catégories considérées comme pauvres ou exclues. Elle peut être appréhendée, au moins partiellement à partir des formes institutionnelles des interventions sociales auprès de ces populations, puisqu'elles traduisent à la fois la perception sociale de la*

« pauvreté » et de « l'exclusion », l'importance que les sociétés accordent à ces questions et la manière dont elles entendent les traiter.

- *La seconde est d'avantage d'ordre micro-sociologique, elle concerne à la fois le sens que donnent les populations ainsi définies à leurs expériences vécues, les comportements qu'elles adoptent à l'égard de ceux qui les désignent comme tels et les modes d'adaptation aux différentes situations auxquelles elles sont confrontées* ».

Dans cette perspective de la représentation collective et sociétale, la nomination au gouvernement de Xavier Emmanuelli comme secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence représente un signifiant fort. En effet, responsable de l'antenne médico-sociale du C. H. A. P. S. A. et fondateur du S. A. M. U. Social, c'est sur le terrain de l'exclusion que s'exerce une partie importante de son action. En outre l'idée que l'humanitaire est non seulement nécessaire à l'étranger mais aussi « chez nous » voit, pour la première fois, une reconnaissance forte de la part du politique. Chaque prise de position en ce domaine éclaire sur une société, car elle permet de saisir le rapport qu'elle entretient avec ses exclus ou mieux encore révèle quelle est sa représentation de l'exclusion. Il est clair qu'il existe un mouvement de feed-back, de rétroaction entre la société et l'exclu.

Pour le dire autrement, on peut reprendre une métaphore d'Edgar Morin dans un entretien avec Jean Yves Barreyre [110] (p. 340) lorsqu'il désigne l'exclu comme un hologramme de notre société qui présente plus les constantes du système global que ses avantages.

Sur ce thème, on peut également se rapprocher de Norbert Elias qui, dans « *La société des individus* », insiste sur cette interaction en pointant les dépendances réciproques qui lient les individus les uns aux autres comme une matrice constitutive de la société. « *On ne parvient pas à comprendre une mélodie si l'on considère au départ chacune de ses notes en soi telle qu'elle existe indépendamment de ces rapports avec les autres. Même sa structure n'est rien d'autre que la structure des relations entre différentes notes* » [111] (p. 55).

(110) - MORIN Edgar, *Entretien avec Jean-Yves Barreyre*, in Société, n° 42, Dunod, 1993, page 335-343.

(111) - ELIAS Norbert, *La société des individus*, éditions Fayard, 1991 (1987), 301 pages.

B) ELEMENTS SOCIOLOGIQUES

1°) Quelques aspects théoriques autour de l'exclusion

L'exclusion présente en fait un double visage. Dans sa plus grande « concrétude », elle véhicule un cortège d'images négatives et repoussantes. Mais en même temps, on ne peut en gommer tout l'aspect symbolique. Comme l'indique Gilbert Durand en empruntant à Cassirer l'heureuse expression de « pregance symbolique » : « (...) *celui de la présence inéluctable du sens qui fait que, pour la conscience humaine, rien n'est jamais simplement présenté mais tout est représenté* » [112] (p. 64). A la suite de nombreux auteurs, on peut observer que la figure de l'errant est une figure majeure et ancienne de l'imaginaire collectif. Au fond, les premiers S. D. F. étaient bien Adam et Eve chassés du paradis terrestre. A moins que ce ne soit Caïn, ce fils d'Adam qui, exclu du paradis, est parti au hasard, « errant et fugitif sur la terre », avant de pouvoir s'établir à Nod, à l'est d'Eden [5] (p. 7). Déstabilisateur, l'errant, l'anomique est en même temps celui qui fonde. Comme l'écrit Michel Maffesoli, on peut considérer la pulsion d'errance comme une « structure anthropologique » [1] (p. 165). C'est à partir de cette rébellion que commence véritablement l'histoire humaine. En quittant le paradis, la cité des hommes est fondée. Nous sommes là dans le mythe fondateur. Dans la tradition catholique, mais aussi dans la tradition religieuse juive, ce thème est omniprésent. Notre patrimoine culturel est rempli de ces métaphores, épopées et légendes où le héros fait route vers une patrie éloignée, vers un Eden paradisiaque. Le vagabond autrefois sacralisé, le pèlerin, le routard, tous participent de ce paradigme. De plus, comme l'analyse fort justement Gilbert Durand [113] (p. 67-320), il y a des « structures anthropologiques de l'imaginaire » qui, par le biais du « régime diurne » et du « régime nocturne », intègrent le fantastique et le symbole au devenir social dans ce qu'il a de plus quotidien.

(112) - DURAND Gilbert, *L'imagination symbolique*, éditions Quadrige-PUF, 1993 (1964), 132 pages.

(113) - DURAND Gilbert, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, éditions Dunod 1992 (1969), 536 pages.

Cependant, dans la préface à la onzième édition (p. VII) il est revenu sur le caractère simplificateur du binaire qu'il pense devoir être nuancé et affiné peut-être par un passage direct au tertiaire, aux trois continents symboliques.

Il est important de s'intéresser à « l'éprouvé ensemble », à la sensation, à la reliance chers à Michel Maffesoli. « Cela force à une conversion du regard : apprécier chaque chose à partir de sa propre logique, à partir de sa cohérence souterraine, et non à partir d'un jugement extérieur qui dicte ce qui doit être. Il peut donc y avoir une logique interne dans telle situation paraissant parfaitement illogique, et on peut en trouver une dans le jeu de l'apparence ou dans tel acte parfaitement frivole » [42] (p. 119). Si l'on n'a pas constamment ce point en mémoire, il parait difficile d'avoir une lecture compréhensible du phénomène que l'on prétend explorer. On peut trouver dans cette symbolique une des explications à l'attitude que l'on rencontre vis-à-vis de ces marginaux. On peut reprendre là cette belle citation de Gilbert Durand [114] (p. 316) : « *Mercure le conducteur d'âmes, le subtil qui ne s'éloigne astronomiquement jamais trop de l'éclat du soleil non plus que de la vertu nocturne de Vénus* ». En effet, il est frappant que ces anomiques déclenchent à la fois fascination et répulsion. Nous avons déjà signalé combien le mythe du clochard philosophe ayant choisi librement sa vie d'errance avait la vie dure. On est d'ailleurs souvent surpris par les réactions étonnantes, car assez peu rationnelles lorsque l'on traite de ces sujets. Ainsi, dans notre précédent travail [3], nous avions essayé, probablement un peu benoîtement, de recueillir des renseignements quantitatifs. A partir des informations colligées lors de l'accueil des personnes reçues au C. H. A. P. S. A., nous avions tenté de formuler des hypothèses à partir des questions que l'on peut se poser. Quel est leur nombre, leur âge moyen, leur nationalité, etc.. Cette méthodologie « docimologique » avait fourni des résultats que nous avions, en toute rigueur, confrontés aux quelques données déjà colligées par d'autres auteurs. Les résultats avaient montré que, malgré les représentations sociales, malgré les idées convenues, malgré les fantasmes usuels, ils n'étaient ni de plus en plus nombreux, ni de plus en plus jeunes, ni de plus en plus étrangers pour la population que nous avions définie. Nous avons été surpris de constater - en dépit de ce qui semblait être l'objet d'un travail de recherche relativement rigoureux - lorsque ces résultats étaient exposés, après avoir été écouté bien poliment, de susciter souvent des commentaires expliquant que nous n'avions pas retrouvé cela dans notre population, mais que quand même, il était évident qu'il y en avait de plus en plus et qu'ils étaient de plus en plus jeunes et ceci sans que rien ne vienne à l'appui de cette hypothèse contradictoire. On a mis l'accent sur la mythologie, le fantasme, la représentation sociale qui entoure le clochard, l'anomique par excellence et qui le noie lui et tout ce qui l'entoure dans un halo à la fois trouble et fascinant, mais aussi irréel et convenu. Qu'il suffise ici de dire que nous restons persuadés, comme la plupart des personnes travaillant au contact de ces populations que nous avions définies comme les plus désocialisées des sans toit stable, qu'il n'est pas objectivement noté d'augmentation notable de leur nombre ou de rajeunissement manifeste.

Au fond, et avec le recul, le débat est de peu d'importance. L'utilité d'une recherche sur ces populations semble être de mieux préciser leur connaissance individuelle.

Ou plus exactement leur connaissance essentielle, prise dans le sens d'une connaissance de l'essence de l'être. En effet, il est de faible importance que leur nombre soit en France de 100 ou de 500.000 personnes. Ceci bien sûr dans la mesure où notre

(114) - DURAND Gilbert, *Orphée et Iris 80, l'exploration de l'imaginaire*, in Colloque de Cordoue, *Science et conscience, les deux lectures de l'univers*, édition Stock/France culture, 1980, 416 pages.

démarche ne s'inscrit pas au premier chef dans un travail destiné à guider le politique dans ce qu'il convient de faire vis-à-vis de ces populations désinsérées. Le sens premier de notre recherche ne s'inscrit pas dans une optique utilitariste même si, ici ou là, quelques pistes peuvent être suggérées et même s'il est évident qu'une recherche docimologique sérieuse peut et doit guider le politique dans la gestion de l'accueil, en particulier mais pas uniquement hivernal, de ces populations. Autrement dit, nous ne répondons pas aux questions que l'on pose au premier abord. Les questions ou les affirmations péremptoires les plus fréquentes que l'on voit sont de ce type, purement descriptives ou statistiques. Combien sont-ils ? Ils sont de plus en plus nombreux, n'est-ce pas ? Ils sont de plus en plus jeunes, il y en a de plus en plus. Et surtout, vous qui les connaissez bien, comment devient-on clochard ? Ainsi, on attend d'une telle recherche une évaluation de leur nombre exact, de leur origine et au maximum, pour éviter les doublons au comptage, de les « baguer » comme des oiseaux migrateurs, à défaut de les marquer au fer rouge comme autrefois. Surtout, on attend une théorisation explicative permettant de savoir comment on devient clochard. Car alors, tout devient simple et il est possible de prévenir le passage à la rue. Les barrières entre les deux mondes sont bien nettes. Chacun reste chez soi, dans son camp et il n'y a pas de risques de confusion ou d'échange. Mais, tout cela part du présupposé qu'il existe une explication, une « étiologie » à la marginalisation et à la désocialisation. Si cela peut « intellectuellement » et rationnellement être séduisant, cette visée purement utilitariste doit être examinée et discutée soigneusement. Toutefois, outre qu'elle stigmatise et exclue plus encore l'exclu, nous verrons que cette approche ne peut pas être produite par l'étude sérieuse du terrain de l'exclusion, ne serait-ce qu'en raison du caractère multifactoriel et polyphonique du phénomène.

Il est vrai que l'exclusion a une large tendance à attirer par gravitation tous ceux qui travaillent à son contact. On peut illustrer cela quelques exemples. Le docteur Patrick Henry, créateur de la consultation médicale du C. H. A. P. S. A., était poursuivi par une légende tenace : « *s'il avait fait « çà », s'il avait créé cette consultation réservée aux sans-abri, s'il ne soignait que les clochards c'est parce qu'il n'avait jamais pu avoir son « diplôme de docteur », s'installer en ville et soigner des malades normaux*. A son départ lorsque nous avons accepté de le remplacer, des collègues chirurgiens s'étaient indignés. « *Quand même, un médecin anesthésiste-réanimateur pour soigner des clochards, c'est du gâchis. Sa place est au bloc opératoire et pas auprès des clochards* ». Au fond, comme le dit Patrick Declerck, médecin des pauvres devient pauvre médecin. Le deuxième exemple est d'une autre nature. La consultation médicale a été transférée dans un ancien bâtiment qui constituait l'ancienne prison entièrement réhabilité. Les nouveaux locaux sont fonctionnels, aérés et lumineux. La conception architecturale est moderne, agréable et esthétique. Quelques-uns ont pensé et dit que c'était vraiment là « *donner de la confiture à des cochons, que d'aussi beaux locaux pour ces clochards c'était du gâchis et çà allait être dégradé très rapidement* ». En fait le recul et l'expérience ont montré que tel n'était pas le cas. Mais, comme nous l'avons vu, à la fin du XIX^{è} siècle, à l'ouverture de la Maison, on retrouvait ce type de réaction indignée : « *un lieu d'asile à la misère et d'expiation se doit d'être vieux, indigne et austère* ».

Enfin, pour donner un dernier exemple, Alexandre Vexliard rapporte dans une interview très récente **[115]** (p. 39) que Bronislaw Gérémek a eu des moments difficiles en Pologne car ses adversaires l'accusaient d'écrire sur les prostituées et les bandits et l'assimilaient personnellement à ses objets de recherche.

(115) - VEXLIARD Alexandre, *Vagabondage*, in Urbanisme, n° 290, septembre-octobre 1996, page 38-40.

2°) Le pauvre et le vagabond, quelques réflexions théoriques et pratiques

Nous avons déjà cité le remarquable travail de Martine Xibérras. Elle a repris les travaux de très nombreux sociologues qui se sont penchés sur cette question de l'exclusion. Comme elle le dit, « (...) *l'exclusion souligne un rejet, hors des autres représentations normalisantes de la société moderne. Il existe toute une série de normes ou de niveaux à atteindre, en deçà desquels les individus ne semblent pas habilités à participer à un modèle normatif, c'est-à-dire à ce qui est bien, beau, convenable, ou performant. Pratiquement toutes les sphères de la société moderne semblent soumises à ces niveaux ou ces limites de la normalité qui définissent un retour à la norme. Or, cet échec à la normalité semble constitutif des processus d'exclusion (...)* » [51] (p. 26). Si cela est exact, on peut néanmoins penser que l'impuissance apparente des conceptions classiques à expliquer le phénomène et son augmentation apparente conduira peut-être à produire de nouvelles définitions, de nouveaux concepts, voire même un nouveau sens à l'anomie, à la déviance et la marginalité. Ceci peut-être pour tenter d'éclairer et d'expliquer les causes de son augmentation continue, mais aussi et surtout pour mieux comprendre à travers ce paroxystique les mouvements et mutations d'une époque qui pour certains comme Michel Maffesoli traduisent le passage de la modernité à la post-modernité. Autrement dit, l'approche de l'exclusion nous amène inévitablement à nous interroger sur le modèle normatif de nos sociétés modernes, sur le bien, le beau, le convenable et le performant qui semble générer de plus en plus d'exclus.

a) L'anomie

La thématique de la déviance et de l'exclusion se construit autour du concept d'anomie dont Guyau au début du siècle a été le premier à parler. L'anomie permet de voir, par un effet de miroir inversé, le fonctionnement de la cohésion sociale. Comme le remarque Michel Maffesoli, elle renvoie à cette métaphore du « pont » qui, selon Georg Simmel est une forme essentielle de toute vie sociale. Une telle remarque peut servir de fil directeur à la compréhension de l'errance dans l'imaginaire social. « *Il est naturellement des périodes où cette errance ne s'exprime qu'en mineur, c'est l'institué qui prédomine; il en est d'autres où elle est essentielle, elle fonde la socialité profonde d'une entité spécifique. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'y revenir lorsque l'on veut comprendre les logiques qui souterrainement sont à l'oeuvre dans toutes les sociétés* » [1] (p. 162). Cette problématique permet de comprendre comment le modèle individualiste, excluant par définition, nous empêche de voir, de reconnaître et donc d'analyser toute forme de regroupement des hommes entre eux.

Ainsi, on peut avancer l'hypothèse selon laquelle l'exclusion ne peut être résolue qu'au prix d'un changement de paradigme, qu'au prix d'une mutation épistémologique de notre propre pensée. On peut émettre l'idée que c'est bien le mythe fondateur de l'occident libéral, le modèle individualiste, accompagné depuis le XIX^{è} siècle de la prééminence de la valeur travail - ce que Gérémek appelle l'éthos du travail - qui génère pour partie de l'exclusion. On peut percevoir cette notion dans les nuances qui existent entre pauvreté et exclusion. Il existe des sociétés dans lesquelles les pauvres ne sont pas des exclus. Il existe des sociétés dans lesquelles les exclus ne sont pas les plus pauvres. Si la thématique de l'exclusion englobe celle de la pauvreté, elle ne se réduit pas à elle. On

peut ainsi remarquer que des sociétés qui ne sont pas construites sur le modèle individualiste et sur la valeur travail si elles comptent beaucoup de pauvres semblent produire moins d'exclus que nos sociétés modernes. Cette question de l'anomie en négatif qui amène celle de la cohésion sociale est une question transversale retrouvée chez de très nombreux sociologues. Emile Durkheim [116] s'est attaché à décrire et à définir la notion d'anomie qu'il désigne sur le plan des représentations comme la dégradation des valeurs et l'absence de repères et sur le plan collectif comme la dégradation du tissu des relations sociales. Dans son ouvrage « *le suicide* » [117] (p. 264 - 311) il aborde le suicide anomique. Il est tentant de faire le parallèle avec notre population et de donner autour de ce suicide anomique une clé explicative à la désocialisation. Mais, il faut pour cela admettre le postulat du « plein » de l'homme socialisé et du « vide » de l'homme désocialisé. Malgré cet aspect d'évidence, nous verrons qu'à notre sens ce postulat n'apparaît pas fondé. D'ailleurs, nous avons déjà signalé que l'incidence du suicide dans nos populations était extrêmement faible sauf à considérer que l'alcoolomanie majeure est une forme de suicide, hypothèse qui à notre sens n'est ni démontrée ni pertinente.

Nous sommes au cœur de cette discussion en ce qui concerne les S. D. F. très désocialisés lorsque Durkheim affecte à l'individu une double valence - individuelle et collective - à la fois liée intrinsèquement à l'autre mais aussi aux valeurs de la société. Ainsi, « *l'anomie désigne sur le plan des représentations la désagrégation des valeurs et l'absence de repères ; sur le plan des rapports humains, la désagrégation du tissu des relations sociales ; et enfin, l'anomie désigne aussi la désaffection ou le manque d'adhésion aux valeurs* » [51] (p. 42). Ce thème est repris sous diverses modulations par de nombreux auteurs tournant autour du vide, du négatif, de la désocialisation, de la disqualification, de la désaffiliation etc.. Un des points forts de la pensée de Durkheim réside dans les deux notions de « densité morale » et « d'anomie ». Si la densité morale désigne une forte cohérence des représentations collectives, le concept d'anomie désigne à l'inverse leur désagrégation. Il semble important, au moment où l'homme de cette fin de siècle s'interroge sur la pertinence des fondations qui tournent autour des valeurs « travail » de revenir sur cette pensée. Ainsi, pour lui « *l'ordre de la division du travail et de la liberté individuelle n'aboutit qu'à livrer les consciences individuelles à leurs propres abîmes et n'est pas suffisant à créer de l'organicité sociale; d'où la disparition des corps intermédiaires de la société, sans instance de remplacement pour occuper les mêmes fonctions. L'anomie décrit ainsi un vide au niveau des représentations collectives qui se propage jusqu'à atteindre la structure du lien social. L'anomie figure donc comme le principal des mécanismes d'exclusion. Tout d'abord livré au vide des représentations collectives, l'homme de la modernité est ensuite livré à l'absence des cadres sociaux d'intégration traditionnelle, pour enfin se confronter de façon solitaire au mal de l'infini. C'est pourquoi l'anomie en tant que mécanisme d'exclusion macro et micro social aboutit si facilement à la désagrégation de l'ordre social par mort d'homme : le suicide anomique. L'anomie, dans son sens le plus fort contient bien l'idée de mort, individuelle puis collective* » (in [51] p. 72). Cette démonstration est à notre sens fondamentale. En effet, non seulement il est « bien », ou moral de se préoccuper des malheureux à la rue, mais de plus et peut-être de façon cynique ou utilitariste, le paroxystique, le monstrueux et l'anomique sont par leur étude riches d'enseignement sur l'ensemble de notre corps social et sur son évolution.

(116) - DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, éditions PUF, 1978.

(117) - DURKHEIM Emile, *Le suicide*, éditions Quadrige-PUF, 1991 (1930), 463 pages.

A la suite de Durkheim, le deuxième auteur que l'on peut citer est Georg Simmel [118]. Reprenant Durkheim en ce qui concerne le lien social global, il avance l'idée que le gain en liberté individuelle conduit peu à peu à l'anomie ou à la désagrégation du lien social. Pour lui, la cité urbaine semble manquer l'étape de l'inclusion totale de l'altérité. Nous retrouverons plus loin dans l'émergence de l'abord médico-social et dans la discussion éthique cette opposition ou à tout le moins cette discussion entre la liberté individuelle, la cohésion sociale et le lien social. Pour Simmel la cité urbaine n'est pas passée d'un style de relations froid et lointain à une interaction de type chaleureuse et proche, car elle a plutôt développé une recherche des différences au détriment des similitudes singulières ou générales. Il établit ainsi une relation causale directe entre les *représentations collectives* de la cité à propos de la notion d'étranger et la *position concrète de l'étranger*. Nous pouvons tout à fait reprendre cette hypothèse pour notre population. Ainsi l'anomie n'est pas une scorie, une involution du lien social mais l'aboutissement logique, porté à l'extrême de l'évolution peut-on dire aujourd'hui des sociétés de la modernité. On peut, bien sûr, se lamenter sur l'augmentation du nombre de personnes S. D. F. très désocialisées. Mais il semble fondamental si cette théorie est pertinente d'analyser ce phénomène et de comprendre les logiques souterraines à l'œuvre, car elles seraient alors éclairantes sur notre société à venir. Etonnant paradoxe au fond de cette errance venant de notre passé et de nature à nous éclairer peut-être sur notre avenir.

Cependant, c'est avec les interactionnistes symboliques, auteurs de « l'école de Chicago » que nous avons trouvé sur le plan conceptuel un grand nombre d'analyses tout à fait pertinentes en ce qui concerne notre recherche. Ils ont particulièrement étudié l'errance et l'anomie. Avec une méthodologie résolument tournée vers l'étude de terrain, l'observation participante, et surtout l'empathie avec l'objet d'étude, leurs travaux ont véritablement marqué une rupture dans l'abord de ces populations socialement marginalisées. On peut citer Goffman [11] (p. 37) : « *Je pensais et je pense encore qu'il n'est pas de groupe - qu'il s'agisse de prisonniers, de primitifs, d'équipage de navires ou de malades - où ne se développe une vie propre, qui devient signifiante, sensée et normale dès qu'on la connaît de l'intérieur ; c'est même un excellent moyen de pénétrer ces univers que de se soumettre au cycle de contingences qui masquent l'existence quotidienne de ceux qui y vivent* ». L'idée que pour atteindre et décrire la déviance, il est nécessaire d'adopter un point de vue de l'intérieur, comportant outre une étude in situ, des relations stables et durables avec les acteurs étudiés s'est révélée particulièrement féconde.

Pourtant, le concept d'anomie peut aboutir à considérer ces sujets occupant des situations hors normalité comme étant privés de toute règle de vie ou mode de pensée, comme vidés de tout contenu. Cette image figée et définitive ne correspond pas à l'essentiel des populations que nous rencontrons. Elle ne pourrait caractériser que la partie la plus désocialisée, pour faire simple les clochards les plus désinsérés. Pour le reste, nous nous rapprocherons des sociologues de la post-modernité. Lorsqu'ils travaillent auprès des groupes dits « anomiques » et on peut citer Jean-Yves Barreyre dans « *Les Loubards »* [119] et dans un texte publié dans la revue Société [120], ils s'étonnent des analyses qui ne perçoivent que du vide social. Un certain nombre observe et qualifie

(118) - SIMMEL Georg, *Disgression sur l'étranger*, 1908, in GRAFMEYER Yves, JOSEPH Isaac, *L'école de Chicago*, éditions Aubier-Montaigne, 1984.

(119) - BARREYRE Jean-Yves, *Les loubards, une approche anthropologique*, L'Harmattan, 1992.

(120) - BARREYRE Jean-Yves, *Marche et démarches dans la ville*, in Société n° 42, 1993, Dunod, page 383-392.

comme des pratiques déviantes et anomiques ce que d'autres repèrent comme des conditions dans lesquelles se reconstruisent d'autres typologies sociales. On peut ici penser au concept de néo-tribalisme de Maffesoli [37] qui, au contraire du vide, y voit de nouvelles formes de lien social en recomposition faits de liens plus instables plus ponctuels et plus éphémères. On peut aussi pour dénier l'existence d'un vide social et conforter cette image de recomposition s'appuyer sur Edgar Morin avec son appropriation métaphorique de la notion d'entropie [121] (p. 11). Le désordre est le fondement même de la vie. La vie ne fonctionne que par le désordre. Il semble difficile d'individualiser chez quelques personnes un absence complète de liens sociaux qui correspondrait à une espèce de néguentropie. Il semble difficile d'imaginer que notre société passe, de façon linéaire, de l'ordre au désordre.

b) La carrière, le stigmate

C'est avec Goffman [11] (p. 179-183 et 206) et [64], Becker [52] et Anderson [2] que l'on retrouve les notions de « carrière » et de « stigmate ». Ces concepts, hautement opératoires pour nos S. D. F., envisagent l'entrée dans le monde de l'anomie non comme un état un peu figé et de survenue brutale, mais comme un processus. On voit bien comment cette entrée s'accompagne de jeux relationnels tout à fait caractéristiques entre déviants et « normaux ». Cette idée de carrière permet de rendre visible les différentes passerelles qui fonctionnent toujours à double sens. « *Dans le monde de la déviance comme dans le monde de la normalité, cette métaphore permet de décrire la trajectoire d'un individu dans une organisation, tout en tenant compte d'au moins deux dimensions : l'une objective, comme la série des statuts et des positions occupées, l'autre subjective, comme les changements de perspectives selon lesquelles un individu se perçoit* » [51] (p. 111-112). On voit bien qu'il est difficile de définir la norme de façon univoque et par conséquent tout aussi difficile de définir « l'outsider ». Ainsi, si la norme est représentée par toute situation ou tout comportement qui est attendu par un groupe social, on voit que certaines actions sont donc prescrites, tandis que d'autres sont interdites. En terme de jugement moral, on peut traduire cela par : ce qui est « bien » et ce qui est « mal ». Cependant, il est plus délicat de définir ceux qui transgressent ces normes et, pour Becker, il existe au moins deux sens au terme d'outsider : il peut s'agir effectivement de l'individu qui transgresse une norme et qui devient ainsi « étranger » au groupe. « *Mais le terme peut aussi bien désigner ceux qui sont étranger au groupe de déviants. Le terme d'outsider contient donc un double regard, il sert à désigner ce que contient d'étrangeté ce regard des déviants pour les normaux et celui des normaux pour les déviants* » [51] (p. 97-98). Ainsi, on retrouve une perspective inversée de la déviance. Ce n'est plus la qualité de l'acte ou de l'auteur déviant qui est caractérisant mais les conséquences provoquées par les réactions, le regard de l'autre qui caractérisent l'attribut ou le stigmate. L'exclusion est une rupture matérielle et réelle du lien social mais aussi du lien symbolique. L'utilisation du stigmate représente pour les interactionnistes symboliques la manifestation principale de l'exclusion symbolique de certains membres et de certains groupes rejetés de la société. Ce point de vue est particulièrement important au quotidien. Il peut sembler incongru lorsqu'on est dans le quotidien le plus trivial de rechercher du symbole. Pourtant c'est par lui que l'on peut parfois décrypter des comportements ou des attitudes paradoxales ou incompréhensibles. En effet, on verra que les S. D. F. que nous rencontrons jouent beaucoup de ce point de vue. Pour prendre un exemple, ils nous culpabilisent parfois avec

(121) - MORIN Edgar, *L'homme et la mort*, éditions du Seuil, 1976 (1970), 372 pages.

un certain sadisme. « *Regardez ce que VOUS m'avez fait semblent-ils dire en nous montrant des plaies effroyables et putréfiées. Ce n'est pas de ma faute, mais de la votre si je suis dans cet état* ». Ce point de vue doit être entendu, mais aussi compris comme un mécanisme symbolique désespéré de sauvegarde minimum d'une estime de soi. On retrouvera ce trait également dans « l'histoire des malheurs ». Cette compréhension permet de diminuer le sentiment de culpabilité induit chez l'intervenant. Ceci est fondamental pour pouvoir lire, décoder et comprendre des comportements qui nous apparaissent comme déviants. Comme Pascale Pichon [122] (p. 149-157) nous utilisons ce terme de carrière pour décrire la vie de nos S. D. F.

Nous associons à cette approche du stigmate, la métaphore du « bouc émissaire » développée par René Girard. Dans « *La violence et le sacré* » [123] il formule l'hypothèse d'une victime réelle et d'une violence collective à l'origine du mythe. Mais surtout dans « *Le bouc émissaire* » [124] il développe une réflexion sur le mécanisme sacrificiel. En particulier, son approche de ce qu'il appelle les stéréotypes de la persécution nous apporte un éclairage judicieux. Par exemple, lorsqu'il dit : « *Plus un individu possède des signes victimaires, plus il a de chances d'attirer la foudre sur sa tête, (p. 40). Les stéréotypes se mélangent pour susciter des monstres mythologiques où la monstruosité physique ne se distingue plus de la monstruosité morale* » (p. 53) ou encore « *Nous avons l'équivalent, je pense dans un thème qui joue un rôle central dans toutes le parties du monde, celui de l'étranger collectivement chassé ou assassiné* » (p. 50). Cela nous oriente vers notre population. Particulièrement en ce qui concerne la correspondance directe entre la monstruosité physique et la monstruosité morale qui en découle à l'origine de bien des exclusions supplémentaires dans l'histoire. Nous avons déjà évoqué la chasse féroce dont étaient victimes les vagabonds lors des épidémies de peste. Nous évoquerons dans « l'étiologie » les théories scientifiques du XIX^{è} siècle qui tentent de donner un substratum anatomique ou physiologique à l'asocialité et à l'errance. Plus concrètement nous nous sommes interrogés sur le sadisme dont on peut voir les effets encore de nos jours sur ces personnes S. D. F.. Lors de la prise en charge coercitive, on peut à l'extrême trouver une apparente cohérence dans les mauvais traitement dont ils sont l'objet.

Par contre, on peut s'étonner de retrouver un certain nombre d'attitudes et de pratiques dont ils font encore l'objet souvent en toute bonne foi dans le secteur sanitaire par exemple. Ainsi, on continue dans les centres d'hébergements d'urgence ou dans les hôpitaux à interdire toute consommation d'alcool. On repère bien tout le côté moraliste de la pratique. « C'est bien pour eux car l'alcool est un produit nocif » pense-t-on. Mais on refuse de voir le sadisme violent de cette pratique. Lorsque l'on boit jusqu'à 12 litres de vin par jour, un sevrage brutal, non voulu est horriblement douloureux. Ce sevrage est responsable d'états de pré-délirium tremens extrêmement pénibles. Nous faisons l'expérience dans nos lits de soins infirmiers de leur donner simplement un quart de vin avant les repas. Cela suffit souvent à atténuer le manque et à adoucir les souffrances chez la plupart d'entre-eux. De même les vexations, les brimades et les comportements hostiles dont ils sont souvent l'objet expliquent leur fréquente sortie « contre avis médical » des services dans une procédure que nous qualifions de divorce par consentement mutuel. Cet éclairage du « bouc émissaire » est de nature à nous aider à mieux comprendre l'hostilité, la méfiance ou la peur suscitée par ces clochards. La figure

(122) - PICHON Pascale, *La manche, une activité routinière*, Les annales de la recherche urbaine, ministère de l'équipement et du tourisme, n° 57-58, Paris, 1992.

(123) - GIRARD René, *La violence et le sacré*, Le livre de poche, Biblio essais, 1972.

(124) - GIRARD René, *Le bouc émissaire*, Le livre de poche, Biblio essais, 1982, 314 pages.

mythifiée de l'étranger, de l'anomique, de l'errant a eu et a encore toutes les caractéristiques de l'individu « victimaire » par excellence.

c) La solidarité

✧ La solidarité de groupe

Sur ce thème, nous devons en préalable faire amende honorable vis-à-vis de notre directeur de thèse. En effet, dans notre précédent travail nous avons entonné l'air connu et souvent rabâché de l'absence de toute solidarité et de l'individualisme forcené de ces personnes « dans la galère ». Michel Maffesoli nous avait fait part à l'époque, de sa divergence avec cette vision. Pourtant, Il est vrai que l'exclusion exclut et que nombre de comportements observés, en particulier en état alcoolique avancé alimente ce constat d'absence de toute solidarité. Il est classique de dire que la solidarité résulte d'une force aboutie du lien social et que l'anomie, la désocialisation par définition dénoue ce lien. Anderson remarque [2] (p. 52) qu'en ville, dans les conditions normales, le sans domicile recherche la compagnie de ses semblables. Malgré cela, il est très seul, et les relations qu'il entretient avec ses compagnons sont relativement formelles et distinctes. La vie en ville est intéressante mais pleine de risques. Même dans un monde où les conditions de vie sont si élémentaires, la prudence dicte un certain degré de réserve d'où le caractère formel et conditionnel des relations entre ces hommes. L'asile de nuit et l'hôtel bon marché imposent la promiscuité, mais n'incitent pas à l'intimité ou à la familiarité. Des hommes peuvent se côtoyer pendant des jours et même des semaines sans jamais connaître le nom de l'autre. Nous avons pour notre part noté avec étonnement qu'au réfectoire, personne ne dit « bonjour » ou « au revoir », il règne dans ce réfectoire un silence qu'aucune conversation ne vient troubler. Personne ne s'inquiète de personne. Dans les dortoirs, nous avons relevé le graffiti suivant : « ici secteur franças (Français) et propre ». A la sortie des bus, lorsque un d'entre-eux convulse par terre, personne ne s'en inquiète et on va l'enjamber pour sortir. 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.

Les relations de camaraderie semblent de très brève durée, le fil se dénoue au gré des séjours dans les centre d'hébergement d'urgence. Un d'entre eux a cherché pendant plusieurs semaines sa compagne dont il avait été séparé (car la plupart des centres ne sont pas mixtes). 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. Tous ces faits et bien d'autres encore alimentent l'idée que pour s'en sortir, seul un individualisme forcené permet d'augmenter ses chances. Comme le dit Hubert Prolongeau : « *Les rapports humains entre eux sont réduits à leur plus simple expression : ils se volent, se violent, s'exploitent, se tuent parfois. Ils s'empressent de faire subir aux plus faibles, comme une triste copie vengeresse, la loi du plus fort qui les a écrasés* » [87] (p. 11-12).

Malgré ces faits patents, l'observation plus prolongée et plus attentive en particulier des patients séjournant en salle d'attente ou présents une dizaine de jours dans les lits médicalisés infirme quelque peu cette conception. Il est vrai que l'on a toujours tendance à projeter son propre vécu de « normal » socialisé et bien inséré et que cela scotomise la perception de phénomènes par nature différents. En fait, on retrouve bien une forme de

lien social, que l'on peut appeler comme Maffesoli un lien de socialité. « *A trop s'interroger sur la société et sur les éléments purement rationnels, intentionnels ou économiques qui la constituent, on a laissé de côté la socialité, qui est en quelque sorte une empathie communalisée* » [125] (p. 186). Le regroupement pour des fêtes éphémères autour de quelques bouteilles partagées en commun peuvent en être le témoin. A titre d'exemple, on peut prendre le cas de cette personne S. D. F. aveugle. On imagine bien ce que peut-être la vie de la rue dans ces conditions. Ce monsieur était en fait constamment flanqué et protégé par ami qui, à la manière d'un poisson pilote le guidait jour et nuit. On peut aussi témoigner de la réelle et sincère peine qui les touche lorsqu'ils apprennent le décès de l'un d'entre-eux. L'observation attentive permet souvent de voir chez eux des manifestations de solidarité. Souvent discrètes et furtives, elles n'en sont pas moins réelles. Le vécu commun, l'éprouvé ensemble sont des sentiments que l'on perçoit, même dans ce milieu violent et hostile. Nous sommes finalement d'accord avec Michel Maffesoli pour y voir « (*...) une forme de solidarité sociale qui n'est plus rationnellement définie, en un mot « contractuelle », mais qui au contraire s'élabore à partir d'un processus complexe fait d'attractions, de répulsions, d'émotions et de passions...* » [37] (p. 15). Simmel traduit bien cela par l'histoire suivante : les passagers d'un autobus ne détiennent rien en commun et permettent d'illustrer l'absence de conscience collective. Cependant, si une fuite d'eau s'écoule sur le chapeau d'un des passagers de l'autobus, l'éclat de rire général permet de rassembler, l'espace d'un instant, cet agrégat d'êtres humains dans une communauté fugitive de sentiments [126]. Nous avons couramment pu observer des phénomènes de ce type dans notre salle d'attente. Il est vrai qu'ils fréquentent les mêmes circuits, les mêmes institutions, et le « paradigme esthétique », le sentir commun existe. Ils boivent à plusieurs, et là aussi, les phénomènes de socialité existent même s'il sont ponctuels et fugaces. De plus, les différents témoignages de personnes passées à la rue [87] (p. 146) et [92] (p. 32-35) montrent que dès le premier jour, des « collègues de galère » affranchissent le néophyte sur les façons de régler les problèmes immédiats (où dormir, où manger, etc.).

L'exclu découvre d'autres exclus qui lui apprennent « les trucs » du métier. D'ailleurs, au chapitre suivant, on retrouve bien cette notion avec l'entretien d'Antoine. Si de notre point de vue socialisé il existe une désocialisation globale, elle peut s'accompagner d'une resocialisation au sein d'un groupe restreint. Pendant la pratique déviante et pendant l'interaction avec des déviants plus accomplis, le novice fait l'apprentissage de l'entrée dans la « carrière ». D'ailleurs, se pose la question de l'appartenance à une « sous-culture » de la rue. Sans aller plus loin ici sur cette question, même si, nous l'avons vu l'argot, le langage des S. D. F. ne nous semble pas représenter une réalité, on peut trouver quelques éléments de nature à interroger sur cette sous-culture. Les déviants ont au moins en commun le fait de leur déviance, ce qui leur donne le sentiment d'avoir un destin, une galère en commun. En affrontant les mêmes difficultés, ils composent un ensemble d'idées et de points de vue, un lot d'activités semblables qui peut se constituer comme une culture commune.

✧ Solidarité et société

On peut, comme les interactionnistes, considérer la rupture du lien symbolique qui existe entre ces personnes exclues et la société. Ils relèvent l'existence d'un conflit de

(125) - MAFFESOLI Michel, *La connaissance ordinaire*, Librairie des méridiens, 1985, 260 pages.

(126) - SIMMEL Georg, De la religion au point de vue de la théorie de la connaissance, t. 2, Armand Collin, 1903, extraits in Société n° 11, 1986.

représentation. Il y a nous l'avons vu une tendance forte à considérer que les S. D. F. sont responsables de leur exclusion et de leur désocialisation. Il est vrai que l'on a l'impression d'un « découplage » entre les exclus et la société. Les relations de solidarité qui se manifestent apparaissent ainsi souvent ambiguës. Ballottée entre la charité et la coercition, jusqu'à il y a peu cette solidarité se manifestait essentiellement par des initiatives individuelles plus que par une implication du service public dans cette question. On peut citer par exemple la création des « restaurants du cœur » par Coluche en 1985-1986. Il fut aussitôt soutenu par des journalistes, des gens du spectacle, des hommes politiques de toutes tendances et une partie de l'opinion publique. Quarante ans après les campagnes de l'abbé Pierre un autre personnage charismatique entre en scène. Une émission télévisée de janvier 1986 lance l'opération. En quelques heures, le standard de la chaîne reçoit plus de 5000 appels. Les dons des auditeurs s'élèvent à 27 millions de francs. Au total, 40 millions de francs furent engagés par les restaurants durant l'hiver. Le message était simple : « donner à manger à ceux qui ont faim, qui ont froid ». Mais, on l'a vu, cette solidarité a souvent un caractère saisonnier et ponctuel. Elle est efficace lorsqu'elle est mise en scène médiatiquement, mais l'est beaucoup moins vis-à-vis du clochard devant sa porte. De plus, et c'est là une affaire de principe, le problème posé est celui d'une affirmation de la citoyenneté et de la solidarité sociale. C'est à travers l'Etat à notre sens que doit s'exercer essentiellement la solidarité envers les maillons les plus faibles du corps social. Ce n'est que depuis peu avec des dispositifs d'urgence de lutte contre l'exclusion comme le S. A. M. U. Social en particulier que s'exerce véritablement cette solidarité. On peut aussi, comme Durkheim [116] distinguer la solidarité mécanique qui fonctionne selon le principe de similitude et la solidarité organique qui fonctionne grâce au principe de différenciation. En ce cas, notre première subdivision de solidarité entre eux serait une solidarité mécanique alors que vis-à-vis de la société se développerait une solidarité organique. Mais, dans cette hypothèse, on ne voit pas en quoi ces personnes participeraient au fonctionnement du tout. Néanmoins, cette distinction a le mérite de reconnaître au moins l'existence d'une solidarité, fut-elle mécanique et de sortir de cette notion de vide social et de l'absence de toute solidarité dans le milieu des S. D. F.

d) L'histoire des malheurs

Un récit est assez monotone est retrouvé depuis le Moyen-Âge. Des histoires stéréotypées dans lesquelles ils prétendent être des bateliers attaqués par des pirates, qui ont volé leurs marchandises et ont fait couler leur embarcation ou bien des pèlerins dévalisés lors du retour de pèlerinage de Saint-Jean sont fréquentes. Cette expression d'histoire des malheurs employée par Anderson [2] (p. 86) qualifie bien la narration assez stéréotypée et archétypique de leur passé que l'on trouve de façon quasi constante dans leur discours. On retrouve également cette expression chez Erving Goffman utilisée chez les malades psychiatriques [11] (p. 207). Plus près de nous, chacun a entendu à peu près cette même histoire dans le métro : « *Je suis à la rue, j'essaye de rester propre et de m'en sortir. Un ticket restaurant ou mieux n'importe quel travail m'aiderait etc.* ». Cette histoire, que l'on appelait autrefois le boniment représente une explication les justifiant dans leur passage à la rue. L'histoire est rapportée, de façon étonnante, avec très peu de modulations entre les différentes personnes. Elle tourne autour d'une rupture violente, soudaine, brutale, chargée d'affects et d'émotion. On peut donner les deux versions principales de cette histoire des malheurs. La première est une histoire d'abandon conjugal, de divorce. « *Un jour, parce que j'étais souffrant, je suis rentré chez moi à l'improviste. J'ai trouvé ma femme avec mon meilleur ami. Je suis parti sur un coup de tête*

et j'ai tout abandonné ». La deuxième histoire est encore plus tragique. « *Avant, j'étais normal, mais j'ai perdu ma femme et mes enfants dans un accident de voiture. J'ai commencé à boire, j'ai perdu mon travail puis mon logement et je me suis retrouvé à la rue* ». Nous n'avons pas, bien entendu à juger de la matérialité des faits. Après tout, on connaît l'incidence des divorces et près de 9000 morts par an sur les routes, 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 sa désocialisation, lui permettant de « sauver la face ». 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 de légitimation et de déresponsabilisation dans leur situation actuelle. Ce qui frappe d'emblée dans la relation avec ces patients, c'est la passivité psychique qu'ils semblent vivre, passivité que l'on retrouve dans leurs rapports aux autres, au monde, dans leur parcours de désocialisation. Ils se cantonnent dans un discours de victime, ce qui leur évite de s'interroger sur eux-même. En effet, 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, cette « histoire des malheurs » a une fonction sociale très importante. Elle permet une double identification, à 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. Il apparaît clairement que cette histoire 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. A travers cet exemple, on voit bien qu'il ne s'agit pas de désocialisation voulue mais au contraire que tout est fait pour se raccrocher au normal, au rationnel.

Comme l'écrit Patrick Gaboriau [104] (p. 183) : « *La psychologie doit prendre du recul vis-à-vis des interprétations simplificatrices. L'alcoolisme n'est jamais qu'un élément dans la biographie d'une personne. Le vin seul n'est pas la cause d'un départ à la rue. D'autres éléments se retrouvent. Il faut souligner la fréquence des chocs affectifs. La rupture amoureuse est un élément qui revient constamment (...). Il existe rarement, pour ne pas dire jamais, un facteur unique qui permet de comprendre la clochardisation. Des causes multiples s'associent. Les facteurs psychiques et sociaux se renvoient les uns les autres, créant une dynamique d'échec qui conduit à la situation sans abri. La causalité est plurielle : choc affectif, alcoolisme, milieu social ouvrier ou sous prolétaire, manque de moyens financiers qui entraînent l'éviction d'un logement, découragement et état dépressif, discorde familiale, chômage, désir de voir « ailleurs » parce que « l'ici » n'est pas satisfaisant* ».

Quoi qu'il en soit, 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. On trouve là 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. De plus,

cette histoire répétée souvent depuis longtemps finit par être complètement métabolisée par la personne et par devenir véritablement son histoire. Pourtant, comme on le verra au chapitre suivant, ce récit représente certainement le premier niveau d'une histoire qui en comprend bien d'autres. De plus, cette histoire est en quelque sorte un moyen permettant de garder le secret. Secret sur des choses indicibles au tout venant comme les violences et les traumatismes infantiles, l'inceste, etc. Sur cette fonction du secret, on peut voir avec intérêt la monographie de Georg Simmel « S*ecret et sociétés secrètes* » [127].

e) La désocialisation

De nombreux termes ont été introduits pour décrire dans leur complexité les phénomènes dont nous parlons sous cette appellation. Ainsi, outre le terme de désocialisation, on trouve le terme de disqualification sociale employé par Serge Paugam [79], d'invalidation sociale, de ségrégation, de relégation ou de désaffiliation par Robert Castel [102] (p. 12). Il est probablement péremptoire de vouloir rajouter une terme à cette liste, pourtant, le terme qui nous semble le plus approprié en ce qui concerne notre population est celui de dyssocialisation. C'est à dire d'une socialisation en décalage, dissonante par rapport aux normes sociales. Depuis le début de ce travail, nous parlons de désocialisation. il convient de s'arrêter sur ce terme. Comme le terme d'anomie, il contient une image négative par rapport à la socialisation. Pourtant, l'homme est un animal social et si l'on s'y arrête, on voit mal comment il serait possible d'être totalement désocialisé, surtout dans une grande ville. L'absence complète de tout rapport social semble impossible. Nos clochards les plus installés dans leur vie marginale conservent encore une vie relationnelle même si elle est réduite. On retrouve de l'échange social que ce soit à travers les organisations caritatives, avec « les bleus », dans les rapports avec « le voisinage » dans leur territoire, avec le monde socialisé dans les activités de mendicité. En gros, la désocialisation extrême représenterait une sorte de mort sociale précédant la mort biologique or, ce n'est pas ce que nous observons.

Les sociologues de la post-modernité soutiennent qu'il existe une « atomisation » du lien social, mais qu'en même temps, il existe différentes formes d'agrégations éphémères. C'est tout à fait ce que nous retrouvons dans notre population. Des liens sociaux existent, mais ils sont de l'ordre de l'éphémère et du factuel, se nouant et se dénouant au gré des circonstances. Comme le note Martine Xibéras, « *plusieurs auteurs de la modernité se sont déjà saisis de cette distinction flagrante concernant le concept d'anomie, car la dissolution du lien social global reste effectivement porteuse de mort ou d'absence sociale, mais elle peut aussi donner naissance à quelques formes nouvelles d'innovation ou de survie* » [51] (p. 125). Pour Michel Maffesoli l'ensemble des « problèmes sociaux » contemporains relève d'une ambivalence, voire d'une polyphonie de sens. Ils apparaissent aux yeux des profanes comme un « mystère », tandis qu'ils sont pour ceux qui les vivent comme un facteur d'union [1] (p. 125-126). Il est vrai que lorsque ces auteurs utilisent le concept d'anomie, c'est avec un contenu nettement différent qu'il convient de souligner : pour la sociologie classique, l'anomie désigne le vide social, mais pour la sociologie moderne, l'anomie contient l'idée d'un ferment social ou d'une recomposition potentielle. C'est pourquoi quelques auteurs tendent de plus en plus à rejeter toute désignation de ce phénomène et de ces catégories de populations, qui contiendrait elle-même un stigmate. Déviance, anomie, marginalisation, constituent déjà des concepts

(127) - SIMMEL Georg, *Secret et sociétés secrètes*, éditions Circé, 1991, 123 pages.

contenant les *a priori* ou les images que la société d'accueil entretient vis-à-vis de ses exclus. Images du vide social, du manque ou du retrait, négation de leur identité ou identité négative. On peut retrouver ce basculement conceptuel dans le renversement sémantique d'un avant-projet de loi **contre** l'exclusion devenu avant-projet de loi **pour** la cohésion sociale. Aussi, plutôt que de ce lamenter sur ce vide social ou plutôt sur cette mort sociale précédant la mort réelle biologique, non symbolique, on peut utiliser ici le concept d'apocalypse développé entre autre par Xavier Emmanuelli [76] (p. 91-108). Bien sûr, il est très marqué religieusement pourtant, il ne s'agit pas à travers cette idée d'alimenter un fantasme de fin de siècle ou plutôt de fin du monde, mais symboliquement de suggérer un passage d'un monde à un autre. Pour le dire autrement il s'agit peut-être de sentir une transition vers de nouveaux liens sociaux. *« Mais, si on laisse filer la métaphore du guetteur sur son gaillard d'avant, l'on doit admettre que la vision des côtes qui se dessine dans le lointain n'est en rien assurée. Elle comporte une bonne part de rêve, elle est incertaine quant aux contours de ce qui s'esquisse et elle ne peut rien prévoir quant à la durée du trajet à accomplir (...). Il n'en reste pas moins que l'on est en route et que l'ancien monde est derrière nous* » [128] (p. 18). En ce sens, l'anomique, le paroxystique, le monstrueux peut être riche d'enseignement sur ce changement de monde. En partant de ce qui semble être une décomposition du lien social, il est peut être pertinent de voir ce que pourrait être une ordre social en recomposition.

Naturellement, on rencontre des cas où la position sociale présente une image particulièrement négative. Ainsi ces personnes pour l'essentiel, présentent une très faible valeur sur le marché de l'emploi liée à un cumul de handicaps et à une très faible intégration à la vie sociale dans notre monde actuel. Dans une vision simpliste, on a un peu l'impression d'un tout ou rien. On n'est ou on n'est pas socialisé. En ce sens, le mythe de « avant, tout était normal » conforte l'idée d'une désocialisation brutale.

Cependant, comme le signale Pascale Pichon [43] (p. 11-18), ou comme on le verra dans le chapitre -IV -, 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. Les troubles et les modifications par rapport à une vie sociale normale peuvent apparaître avant même toute difficulté matérielle grave. De nombreux travaux montrent clairement que la chute et le passage dans la rue ne sont pas aussi brutaux, mais au contraire doux et progressifs confortant par là l'idée de carrière. Cette absence de barrière nette présente l'avantage de rendre difficile toute stigmatisation supplémentaire. La notion de carrière, de trajectoire individuelle plus que celle de désocialisation rend compte des phénomènes observés. La sémantique et la définition de la désocialisation sont complexes. Cependant, on repère par l'observation quotidienne un certain nombre de signes traduisant ce processus et représentant ce que l'on pourrait appeler une sémiologie de la désocialisation.

Tout d'abord, on peut aborder la question du sens. Il est classique de définir l'homme comme un animal en quête de sens. Chez ceux que l'on rencontre on voit au cours du temps s'affaiblir cette notion. Au début de la carrière, on trouve bien présente cette idée de 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.* » Ce sont là des dires entendus fréquemment au C. H. A. P. S. A.. Par contre, au bout de la carrière, on repère clairement une perte complète de tout sens et de toute recherche même de sens, leur horizon se limite à trois ou quatre jours et c'est peut-être ce qui explique qu'ils ne se

(128) - MAFFESOLI Michel, *L'éloge de la raison sensible*, Grasset, 1996, 279 pages.

suicident pas. L'étude reproduite au chapitre - IV - montre que le suicide est chez eux rarissime. Peut-être faut-il avoir un sens pour se suicider, 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 Baudelaire, etc.. Les prescriptions de Neuroleptiques et de Benzodiazépines sont 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. Ainsi, lorsque Emmanuel Lévinas parle de la mort [129] (p. 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. De nombreux observateurs attentifs ont noté que le clochard est une personne qui ne rit pas, qui ne pleure pas, qui ne manifeste aucune émotivité ni aucune émotion. Il semble comme deshabité de tout sentiment. Il n'exprime aucune demande. Cela conforte bien souvent le mythe du clochard heureux de son sort. Nous avons souvent observé cet état de fait. Ces personnes ne semblent pas souffrir car elles ont progressivement éliminé tout ce qui peut entraîner chez elles douleur et souffrance. Cet aspect pourrait conforter l'idée d'une mort sociale.

Cependant lorsque s'engage un processus de « remontée » on assiste à une réémergence très violente de la douleur et de la souffrance morale. A ce moment là, les personnes pleurent. Ceci pose sur le plan éthique une question fondamentale. En effet, leur imposer cette douleur et cette souffrance, certes, mais pourquoi faire ? A terme et dans le meilleur des cas, en ces périodes de grandes difficultés économiques, les accompagner vers quel emploi, vers quelle activité, vers quel logement, vers quelle solution ?

Pourtant, là aussi, comme pour l'anomie nous modulerons quelque peu cette conception. Quelle que soit la profondeur de la désinsertion, il reste quand même une socialité, un corpus, un lien social, fut-il le plus ténu possible. On ne peut pas véritablement parler de mort sociale, comme le montre Norbert Elias **[111]** par exemple. Cette distinction, l'existence ou non d'un sens 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. Cette connaissance par ailleurs est de nature à produire une description de « signes cliniques » comme la diminution de l'attention au corps, la dégradation de l'hygiène, la désorientation temporo-spaciale. Ces signes présentent un intérêt à condition de les relativiser quelque peu. Cette distanciation est nécessaire pour ne les considérer que comme des signes d'orientation qui ne doivent pas être pris « au pied de la lettre » pour trier en quelque sorte et évaluer cliniquement le niveau de désocialisation.

(129) - LEVINAS Emmanuel, *Le temps et l'autre*, PUF, éditions Quadrige, 1991, 92 pages.

f) La réinsertion

Il s'agit là d'un point important en regard de notre population. Ce terme est à la source d'un décalage particulièrement sensible entre les « penseux » et les « besogneux ». Nous donnons au terme d'insertion sociale le sens généralement admis, c'est à dire un travail, un logement, une vie affective, familiale et sociale riche. La réinsertion est donc le retour à cet état. Cependant, les problèmes liés au langage ne facilitent pas la tâche. La notion d'insertion a plusieurs sens, qui sont souvent mêlés dans les discours de ceux qui y font référence. Elle a tout d'abord un fondement idéologique. Elle donne des réponses et en quelque sorte un échappatoire souvent incantatoire à ce qui, de plus en plus, est perçu comme un grave problème de société. Ensuite, comme le note serge Paugam [20] (p 13-14), « *l'insertion correspond à un projet socio-politique et à la création institutionnelle d'un ensemble de dispositifs administratifs et juridiques ayant pour objectif de combler le vide laissé par la montée du chômage en particulier pour les jeunes générations. Cette notion est aujourd'hui très souvent accompagnée dans le discours volontariste des promoteurs du « social » d'une référence aux « nouvelles solidarités » qu'il faut inventer pour lutter contre la pauvreté* ». Maintenant, les services administratifs de l'action sociale se réfèrent aussi à cette approche sociologique. Pour exprimer l'idée d'un processus, les travailleurs sociaux ont pris l'habitude de définir leurs actions en fonctions d'objectifs gradués allant de l'insertion sociale à l'insertion professionnelle. L'insertion sociale est définie par rapport à l'autonomie de fonctionnement de l'individu, à ses relations familiales et à sa sociabilité de quartier. L'insertion professionnelle caractérise les démarches de l'individu pour retrouver une place sur le marché de l'emploi.

La notion d'insertion fait aussi référence à actions précises fondées sur une appréciation des difficultés rencontrées par des personnes en difficulté. Insérer, c'est restaurer l'image de soi de la personne en difficulté, pour l'investir dans le réel social, c'est creuser la place de la personne en difficulté au coeur de la rationalité moderne, c'est enfin s'inscrire dans un système social régit par la loi de l'échange [20] (p 14-15). Ainsi, particulièrement utilisé comme concept socio-politique par les responsables administratifs et les hommes politiques, cette notion permet de se situer dans la praxis. Pas de désespérance, on est dans un projet de vie et de réinsertion, on bouge, on agit. Il n'est pas besoin de s'interroger sur le sens, celui-ci est tout trouvé. De plus, et ce par postulat, tout le monde est réinsérable. Prétendre qu'une fraction de notre population n'est pas réinsérable dans l'acceptation du terme ainsi définie est un propos obscène et inconvenant. Le rationalisme le plus absolu, la foi en l'homme conduit à penser que tout le monde a sa chance. Ceci est à voir. Adoptant, pour une fois une métaphore médicale, nous voyons là dans ces deux acceptions toutes les nuances entre les soins curatifs et les soins palliatifs, l'accompagnement à la mort. Il est certain que, comme pour le médecin, le travailleur social doit aussi faire parfois son deuil d'un travail gratifiant et d'une réinsertion complète et réussie. Il doit savoir lui aussi parfois s'inscrire dans une démarche d'aide et d'accompagnement en dehors de tout critère de succès mesurable dans l'immédiateté.

En fait, et pour résumer, il existerait un trajet, un passage assez rectiligne qui fait passer la personne du statut de personne socialisée à celui de personne désocialisée devant par conséquent se ou être réinsérée. Cette chute est présentée comme assez brutale. Un élément de rupture est à l'origine de la chute. Ceci est alimenté par l'histoire des malheurs. Au fond l'image qu'on peut utiliser est celle de la chute d'une pierre jetée à l'eau. Par ailleurs, et nous l'avons vu dans le chapitre - I -, la volonté ou l'engagement de réinsertion représente un préalable indispensable à l'octroi d'un certain nombre d'aide et

d'assistance. On avance l'idée que le corps social n'est prêt à accepter d'aider les plus démunis qu'à la condition que ceux-ci se conduisent comme des bons pauvres et manifestent leur bonne volonté en tentant de se réinsérer. On retrouve cette notion dans les débats du comité de mendicité comme dans ceux de l'assemblée nationale lors du débat sur le R. M. I.. Pourtant, il semble clair, que si d'un coup de baguette magique il était possible, instantanément de donner un travail et un logement à tous, on perçoit bien que pour une partie de notre population, ces éléments matériels ne sauraient à eux-seuls être gage de réinsertion. Ceci n'est pas sans étonner tous les « hyperrationnalistes » qui ne voient alors que des explications liées au caractère de l'individu pour expliquer l'échec de la réinsertion chez des personnes pour lesquelles, pourtant on a tout fait. C'est là encore négliger le symbole, la part d'ombre, présente chez chacun de nous. En ce domaine le moralisme n'est pas opératoire, au contraire, il met une barrière qui est vécue comme infranchissable par les personnes dans cette situation.

De surcroît, on a quelque peu le sentiment qu'il est nécessaire d'être réaliste. On peut avec Philippe Genestier poser deux question simples [130] : « *Le système de valeurs français, son modèle de société constituent-il des absolus ? Ce pays peut-il espérer imposer à toutes les personnes vivant en marge une acculturation rapide et définitive, alors qu'elles sont laissées à la périphérie de son fonctionnement économique, social, et électoral ?*

La réponse à ces deux questions conditionne notre stratégie pour l'intégration. Si nous répondons affirmativement par deux fois alors, ne changeons rien à l'attitude actuelle. Si quelques doutes s'insinuent dans notre esprit, si la marginalité concrète, ce qui signifie pauvreté et parfois même authentique misère, nous touche, alors il convient d'analyser toutes les solutions qui peuvent s'offrir à nous ». Quand le tissu social se déchire, il ne faut négliger aucun des moyens de retisser des liens, il faut faire éclore les lieux de la solidarité et permettre à tous de participer à la production de la société sous diverses modulations mais de quelle façon ? sous quelle forme ?.

Cette problématique est à l'origine d'un réel malaise chez le personnel travaillant au contact de ces populations. En effet, oeuvrer pour « sortir quelqu'un de la rue » certes, mais pour quoi faire ? Quelles perspectives lui offrir lorsque l'on sait que depuis longtemps on lie indissociablement revenu et activité. Tout est fait pour empêcher d'imaginer qu'on pourrait être payé sans rien faire. « *Dans notre société, ce n'est pas le revenu qui est un droit, c'est le travail. Rien ne serait plus grave que de laisser se développer l'idée folle selon laquelle il serait possible en France d'être payé à ne rien faire. Au revenu minimum doit être indissociablement lié une activité minimum. La solidarité, c'est donnant donnant. La société verse une allocation; la personne s'engage à prendre ou à reprendre une place dans la société. Si cette notion de contrat d'insertion était abandonnée, la généralisation de l'assistance serait une atteinte à la dignité des pauvres, et elle provoquerait inéluctablement des réactions de l'opinion publique* ». (Jacques Godfrain, J. O., Débats parlementaires, 5 octobre 1988, p. 700). Cependant, comme le relève Serge Paugam [20] (p. 101), « *la finalité du revenu minimum d'insertion a été comprise par la grande majorité, aussi bien à l'assemblée nationale qu'au sénat comme signifiant l'insertion professionnelle. Seules quelques voix ont exprimé un avis plus nuancé en rappelant que l'insertion est un processus long et qu'il ne faut pas se faire d'illusion tant la misère sociale, culturelle, psychologique de certaines personnes est grande* ». Cette réinsertion est la condition de passage obligée à l'aide qu'on veut bien leur fournir. Mais dans nombre de cas, cette

(130) - GENESTIER Philippe, *Pour une intégration communautaire*, in Esprit, février 1991, n°2, p. 59.

condition ressemble à une corde que l'on enverrait d'un hélicoptère à un naufragé, mais qu'on ne pourrait descendre à moins de dix mètres de l'eau et où on dirait : « *Vous voyez, on fait tout pour le sauver, mais regardez, il ne veut pas et il se complaît dans sa position de naufragé* ». Il est vrai que l'insertion ne peut se décliner comme un slogan un peu rigide et idéologique. Elle ne se décrète pas mais se construit pas à pas progressivement à partir d'infimes victoires mises bout à bout. Bien qu'en marge de notre thème, on peut à l'image de Guy Débord poser le problème du passage de l'être en l'avoir puis de l'avoir au paraître caractérisant nos sociétés [131] (p. 9).

g) La culture S. D. F.

On peut là aussi mentionner les très nombreux auteurs qui comme pour le vide social voient une déculturation de ces populations S. D. F.. il est vrai comme on le verra au chapitre - V -, que le niveau de culture de la majorité d'entre-eux peut être considéré comme peu élevé. Pourtant, là aussi nous nous situerons en opposition par rapport à ces auteurs. Il existe manifestement une culture « transversale » une appartenance à cette idée de réseau.

Au fond, il est vrai qu'on peut, en niant l'existence d'une culture de la rue expliquer ainsi facilement la difficulté à les regrouper au sein d'un groupe social facilement identifiable. Il n'existe pas de 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 ». Les seules expressions un peu particulières que nous avons notées se retrouvent d'une part dans la pratique fréquente d'attribution de sobriquets : double mètre, le gaulois, l'avocat, la musique, camembert, etc., d'autre part dans l'appellation monétaire : la roue de brouette (5 francs), le soleil (10 francs), le pascal (500 francs). Le rituel de la manche décrit par Pascale Pichon [43] (p. 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 globale. De surcroît, tous les clochards et vagabonds ne sont pas des mendiants. En fait, Le seul point commun semble être le mode de vie, et l'utilisation de structures d'aide et d'assistance commune. On peut sur ce thème citer une nouvelle fois Hubert Prolongeau [87] (p. 11) : « *J'avais imaginé découvrir des rites mystérieux, des codes « culturels », une contre-société vivant en parallèle de la nôtre. Quelque chose entre les Apaches de Fantomas et la cour des miracles de Notre dame de Paris. J'ai plongé dans un milieu amorphe, sans rite, sans culture, sans mode de vie, sinon quelques rendez-vous obligés et communs* ». Cependant, en y regardant de plus près, il semble que, même si elle est difficile à observer, il existe d'une certaine manière une culture de la rue voire une socialité (c'est à dire un être ensemble dans une sociologie de proxémie). Sur ce thème, nous somme tout à fait en accord avec Patrick Gaboriau lorsqu'il écrit : [104] (p. 101-102) « *s'il est possible de parler de « culture des sans-abri » ou « de culture du pauvre », notion qui insiste sur la privation, il semble autrement pertinent de penser la culture des clochards en continuité avec la culture de la place publique (...). Plutôt que d'appréhender le clochard en rupture avec les modèles sociaux, tel un excentrique ou un marginal sans assise culturelle, la culture de la place publique lui accorde une place fonctionnelle dans la société contemporaine, vivant des valeurs similaires à celle d'autres groupes sociaux. Et surtout elle le situe dans une*

(131) - DEBORD Guy, *La société du spectacle*, NRF Gallimard, 1992 (1967), 168 pages.

continuité historique et une dynamique dont il serait l'expression. Ce modèle de description permet d'imaginer le clochard comme vivant de manière particulière dans la cité ». Sa condition ne serait pas celle de l'exclu, au contraire son équilibre apparent peut faire dire qu'il est un citoyen d'un type particulier. Il n'est plus le citoyen à la rue, mais le citoyen de la rue ».

h) L'étiologie

Au cours de l'histoire, on retrouve de nombreuses spéculations, théories et études scientifiques consacrées à ceux qui apparaissent comme étrangers à la collectivité parce qu'ils dévient des normes. Presque toutes tentent de découvrir l'étiologie du « mal », c'est à dire des causes d'un comportement indésirable, pourquoi des individus font « çà » et vivent comme çà. Bien sûr la difficulté dans un positionnement a posteriori provient du fait que ces normes sont fluctuantes. Grâce à Becker [52] ou à Goffman [11] on voit bien comment, plus que le stigmate « objectif », c'est notre regard sur ce stigmate qui est déterminant. Pourtant, de nombreuses recherches ont tenté de trouver des réponses à ces questions en prenant comme point de départ le bon sens selon lequel il y a quelque chose de fondamentalement déviant dans les actes qui transgressent le comportement social.

De là découle le présupposé selon lequel la réalisation d'un acte déviant découle nécessairement de certaines caractéristiques de son auteur, qui rendent la réalisation de cet acte nécessaire ou inévitable. La conception la plus simple de la déviance est d'ordre statistique. On peut considérer comme déviant ce qui s'écarte de la moyenne. Quand on analyse les résultats d'une expérimentation, seront déviants tout ce qui s'écarte significativement de la moyenne. Comme le fait Becker [52] (p. 28), qui note que « *les gauchers et les roux sont déviants puisque la plupart des gens sont droitiers et châtains* ». Une conception moins simple et répandue de la déviance, repose sur une analogie médicale. La déviance est définie comme une caractéristique pathologique, qui révèle la présence d'un « mal ». Comme pour d'autres thèmes il n'est pas sûr que la métaphore médicale soit très opératoire. Elle part d'un présupposé venant du sens commun situant la déviance à l'intérieur de l'individu et pose ainsi le jugement comme une composante « scientifique » et établie.

✧ - L'étiologie psychologique

On se rapporte ici aux travaux d'Alexandre Vexliard [40] (p. 241-245) qui décrit quatre phases dans le processus de clochardisation. Même s'il précise que la condition de clochard n'est pas le résultat d'un état bien déterminé mais le résultat d'un processus mêlant les fragilités psychologiques des individus et les drames objectifs de l'existence sociale, il est évident qu'il privilégie les fragilités psychologiques. La première phase est une phase d'agression ou d'agressivité. L'individu va essayer de rétablir son équilibre brisé. Son univers intime demeure inchangé. La deuxième phase est une phase de régression où il se replie sur lui-même et commence à refuser les aides. Sa situation lui devient familière. La troisième phase est une phase de fixation. La dévalorisation s'établit, la personne rentre dans le système de l'assistanat. C'est à ce stade que s'introduit l'alcool s'il n'était pas préexistant. La dernière phase est une phase de résignation. Le clochard précise alors qu'il a choisi cette vie. Vexliard précise qu'il y voit là le signe d'une rationalisation autistique niant autrui et l'univers normal. Au maximum se trouve réalisé un

véritable « abandonisme » avec une diminution extrême des besoins et des désirs. Ainsi, « *La rétraction du moi est un mécanisme de défense, en général mi-conscient, dont le but est de réduire le nombre et l'intensité des conflits, d'atténuer les tensions et leurs charges affectives, émotionnelle éprouvées comme trop « coûteuse » pour l'équilibre énergétique de l'organisme. Les procédés employés sont des plus « pauvres », tendant à réaliser sous des formes extrêmes le principe d'économie : diminution, atrophie des besoins, réduction ou suppression des « attachements » affectifs susceptibles de devenir indispensables. La conséquence objective est une diminution, une dévalorisation du moi, par une diminution de ses possibilités de réalisation, d'objectivation* » [132] (p. 507). Il est clair qu'on peut retirer de nombreux éléments de connaissance dans cette approche. Cependant, il faut se garder de toute tentation de simplification. Des causes multiples s'associent dans le passage à la rue. Cet aspect n'est qu'un des aspects de la désocialisation. En outre, il conforte l'idée du négatif pur, du trajet un peu rectiligne entre le positif, le socialisé et le négatif, le désocialisé. Ceci est bien montré par les termes diminution, atrophie, réduction, suppression, diminution que l'on retrouve chez Alexandre Vexliard. C'est bien là aller vers le vide. Nous avons déjà développé ce thème et manifesté notre divergence avec cette conception purement mécanique du positif vers le négatif.

✧ - L'étiologie médico-psychiatrique

Il importe de rappeler ici un certain nombre de conceptions ou de théories qui, il faut l'avouer a posteriori, ne sont pas forcément à la gloire de la profession médicale. Ainsi, au XIX^{è} et au début du XX^{è} siècle, des auteurs comme Gobineau, Spencer, Darwin et Galton fondateur de l'école anglaise de biométrie défendent les théories de la sélection naturelle et de la survie des plus adaptés. On peut relever à cette époque le terme de déambulation existentielle qui avait cours dans les milieux scientifiques pour qualifier le vagabondage. Le terme de dégénérescence peut aussi les qualifier. Comme le note Anne Krams-Lifschitz (in [133] p. 131-158), il fait partie du vocabulaire de la révolution Française. Il qualifie et stigmatise à la fois les esclaves, les malades mentaux, les noirs, les juifs et les vagabonds. Ces qualificatifs montrent 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 concrétisé dans les lois d'un certain nombre d'Etats entre 1914 et 1930. Partant du principe que, non seulement le vagabondage, mais aussi la pauvreté résulte de prédisposition héréditaires, deux prix Nobel, Charles Richet [134] et Alexis Carrel dans « *L'homme cet inconnu* » [135] ont pu proposer l'élimination des anormaux par un eugénisme volontaire permettant de construire une élite (p. 351). 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 ».* En ce qui concerne l'aspect scientifique de l'ouvrage de Carrel, nous n'émettons évidemment aucun avis a posteriori. Par contre, en ce qui concerne la partie « réflexion et philosophie », on ne peut qu'être effaré par son apologie du génie : « *Un grand artiste, un grand savant, un grand philosophe est généralement un homme ordinaire dont une fonction s'est*

(132) - VEXLIARD Alexandre, *Le clochard* (III) *: un homme sans histoire*, l'Evolution Psychiatrique, 1952, p. 507-527.

(133) - NOVAES Simone, sous la direction de, *Biomédecine et devenir de la personne*, Coll. Esprit Seuil, 1991, 350 pages.

(134) - RICHET Charles, *La sélection humaine*, éditions F. Alcan, 1919.

(135) - CARREL Alexis, *L'homme cet inconnu*, Plon, 1986 (1935), 380 pages.

hypertrophiée (...). L'humanité n'a jamais rien gagné par l'effort de la foule. Elle est poussée en avant par la passion de quelques individus, par la flamme de leur intelligence, par leur idéal de science, de charité, ou de beauté » (p. 189). Nous passons sur l'apologie de la race blanche luttant pour la défense de la chrétienté contre les ennemis du nord, de l'est, et du sud (p. 330). Pour en arriver à l'élimination des anormaux : « *Il est nécessaire de faire un choix parmi la foule des hommes civilisés. Nous savons que la sélection naturelle n'a pas joué son rôle depuis longtemps. Que beaucoup d'individus inférieurs ont été conservés grâce aux efforts de l'hygiène et de la médecine. Que leur multiplication a été nuisible à la race. Mais nous ne pouvons pas prévenir la reproduction des faibles qui ne sont ni fous ni criminels, ni supprimer les enfants de mauvaise qualité comme on détruit dans une portée de petits chiens ceux qui présentent des défauts* » (p. 348-349). Enfin, il est étonnant de lire, écrit en 1935, que « *Pour ceux qui ont tué, volé à main armée (...) un établissement euthanasique, pourvu de gaz appropriés, permettrait d'en disposer de façon humaine et économique* » (p. 371).

Il semble possible d'appliquer tous les types d'interprétations psychopathologiques au vagabond. « *L'inadaptation sociale des vagabonds est en dernière analyse d'origine psychologique, souvent psychopathologique* » [136] (p. 6). On voit en lui un « psychopathe voyageur », un « instable », un « arriéré », un cas atténué de « manie errante » ou de « dromomanie des dégénérés ». Ce dernier terme utilisé par Régis (1885) semble admettre l'existence d'une pathologie spécifique à l'errance chronique. Il suppose également une tendance innée et irrésistible à l'instabilité, une incapacité à résister à l'appel de la route. Il faut également citer Charcot et ses élèves de l'école de la Salpétrière. On trouve chez eux une association très fréquente entre les juifs et les clochards. Ainsi, après avoir professé 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 »* [137], étonnant parallèle avec notre vagabond S. D. F. Charcot développe ensuite le concept d'automatisme ambulatoire. Le vagabond est un malade mental, et la déambulation permanente n'est qu'un symptôme de la maladie dégénérative qui l'atteint. Sur ce thème, on peut citer ses élèves Meige [138], Benon et Froissard [139] (p. 79) ainsi que Pagnier [140] dont le simple titre de sa monographie : « *Le vagabond : un déchet social* » est assez éloquent.

Les psychiatres ont eu tendance à assimiler automatiquement vagabond et malade mental. Ainsi l'automatisme ambulatoire, la manie errante, la dromomanie seraient des formes de déséquilibre mental, présentées par tous les individus en situation d'errance. Certaines analyses contemporaines en particulier sur le thème de souffrance psychique, maladie psychiatrique et désocialisation se situent dans la logique de cette tendance qui voit une corrélation essentielle entre errance et pathologie mentale. 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

(136) - MARIE A., MEUNIER R., *Les vagabonds*, éditions Grard et Brière, 1908.

(137) - CHARCOT Henri, *Les leçons du mardi à la Salpétrière*, 1889, page 348.

(138) - MEIGE Henri, *Le juif errant à la Salpétrière, études sur certains psychopathes voyageurs*, Thèse de Doctorat en médecine, Paris, 1893, nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1893, n°5, 1893.

(139) - BENON R., FROISSARD P., *L'automatisme ambulatoire*, Gazette des hôpitaux, juillet 1909.

(140) - PAGNIER A., *Le vagabond un déchet social*., éditions Vigot, 1910.

devrait être possible de repérer les individus, préalablement au passage à la rue. Un certain nombre de médecins au XIX^{è} et au début du XX^{è} siècle s'y sont essayé en vain. Cet essai de pointer le vagabond et de le stigmatiser a eu son heure de gloire avec Lombroso qui répertorie dix sept indices crâniens spécifiques aux délinquants ou Nordau pour qui 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 sont caractéristiques du criminel né et du déviant asocial [133] (p. 146-147). Plus récemment, on trouve encore ce type de conception et on peut citer Brenda : « *Dans le cas des sans-abri, la théorie de la dégringolade suggère que la forte proportion de malades mentaux, de toxicomanes et de criminels est la résultante de la compétition naturelle qui a pour objet de répartir les personnes dans les différentes couches sociales à partir de leur habileté, de leurs fragilités intrapsychiques naturelles, apprises ou induites à la suite de l'usage de drogues* » [141].

De façon plus fine, Alexandre Vexliard [142] (p. 134) s'il écarte des prédispositions inconditionnelles chez l'individu à la vie vagabonde, émet l'idée que chaque individu est caractérisé par une capacité de résistance plus ou moins développée aux pressions désocialisantes. Cela amène alors à rechercher en quelque sorte l'étiologie de la rupture. C'est à dire les éléments de la structure psychologique individuelle qui favorisent la désocialisation sous l'action des pressions extérieures ou à l'inverse ceux qui renforcent la qualité de résistance.

✧ - L'étiologie biologico-génétique

Les progrès de la biologie risquent bien nous rapprocher des fantasmes de nos examinateurs de crânes du début du siècle. La génétique peut nous entraîner un jour vers une médecine prédictive repérant des prédispositions claires même si elles sont multifactorielles à l'hypertension, au diabète, à certains cancers, etc.. La tentation serait grande d'imaginer et de rechercher une prédisposition génétique à la désocialisation ou à l'errance. Qui peut affirmer dans ces conditions que le dépoussiérage de théories eugéniques passées ne conduirait pas à une élimination préventive des « asociaux » dès le début de la conception. Ne serait-ce que de la médecine fiction ?

✧ - L'étiologie sociale

Il est patent que, même si elles sont moins caricaturales, des recherches étiologiques dans ce domaine également sont retrouvées. On note, fréquemment en particulier des tentatives pour se rapprocher de la clinique médicale au moins dans les expressions. Ainsi le terme fréquemment employé de pathologie ou de maladie sociale. Par assimilation il existerait une maladie sociale dont les symptômes seraient représentés par la désocialisation. Comme une maladie infectieuse, il existe une cause aux symptômes observés et au fond il suffirait d'en trouver la cause pour guérir de cette maladie sociale grâce à un traitement approprié. On peut en rapprocher le terme parfois

(141) - BRENDA B. B., *Crime, drugs abuse, mental illness and homeless*, Deviant Behavior, 1987, 8 : 361-375.

(142) - VEXLIARD Alexandre, *Le clochard (II), Le seuil de résistance à la désocialisation*, l'Evolution Psychiatrique, 1951 (I), page 133-150.

employé d'inadapté ou d'handicapé social. Comme l'observe Colette Pétonnet [143] (p. 16) « *ces termes ne décrivent pas un mode de vie. Ils suggèrent une notion de danger, d'infirmité, d'anormalité. ils désignent une partie de la société en la présumant capable de n'importe quel acte aberrant, et traduisent peut-être ainsi une peur sociale latente* ». Ainsi, on le verra dans le chapitre - IV - la recherche d'antécédents dans la biographie de l'individu est une approche permettant la connaissance. En ce sens, il et vrai que l'on retrouve souvent un accident, un séjour en prison, un handicap physique ou mental, et tout particulièrement l'alcoolisme. Mais on ne peut pas utiliser ces données comme explication mono-causale de la situation sans domicile fixe d'un individu qui, à cause de cet antécédent, serait ensuite entré rapidement dans la déchéance. Des variables qui atténuent ou renforcent l'explication sont souvent associées à cette explication unique. Pourtant, on ne retrouve pas un déterminisme de l'alcool ou de la maladie mentale qui conduise nécessairement un individu à devenir S. D. F. Se retrouver défini comme S. D. F. n'est pas le fruit d'un déterminisme, d'une suite d'explications causales mais bien plutôt d'une contingence.

Nous reprenons à Céline Mercier [63] (p. 28-32) ces différentes classifications étiologiques dans le domaine social :

- La théorie des carences sociales où la désocialisation provient d'une socialisation familiale déficiente

- La théorie de la dégringolade qui élimine les facteurs structuraux et fait de l'errance une manifestation du processus de sélection naturelle qui a cours dans les sociétés animales et humaines.

- La théorie de la désaffiliation qui est basée sur l'absence de liens familiaux, de relation amicale sentimentale et sexuelle significative, du retrait des rôles de parent, de travailleur et de citoyen. Il s'agit donc d'un processus à long terme qui débute bien avant l'errance.

- La théorie de la vulnérabilité qui associe à la fois les causes structurelles (logement, désinstitutionnalisation, diminution de protection sociale) et des éléments de rupture (perte de logement, perte du soutien familial, violence familiale, etc.). Ainsi Koegel [144] (p. 22) qui montre que les individus et les familles qui sont sans réserve se trouvent au bord du désastre économique et social. Dans ce cas, le moindre événement même mineur peut conduire à l'errance d'autant plus que les réseaux de soutien appauvris ou débordés ne sont d'aucun secours.

✧ - L'étiologie économique

Nous ne détaillons pas ce thème déjà largement abordé. Rappelons simplement qu'une clé explicative est donnée, de façon erronée à notre sens si on en fait un critère premier et prédominant, à l'errance. « La crise », le chômage, la disparition des hôtels bon marché, des pensions de famille, la disparition « des petits métiers » : remouleurs, rempailleurs de chaise, la mécanisation de l'agriculture, etc. tout ceci sont des critères

(143) - PETONNET Colette, *On est tous dans le brouillard*, *éthnologie des banlieues*, éditions Galilée, 1979.

(144) - KOEGEL P., *Ethnographic perspectives on homeless and homeless mentally ill woman*, National Institute of Mental Health, 1987.

donnés à l'appui de cette étiologie économique. Bien sûr, ces éclairages sont intéressants, mais on en voit toutes les limites. A leur lecture, on a envie de dire : « certes, et alors ? ». Aucune ne présente un caractère satisfaisant et pertinent à lui seul. Il est clair que l'approche rationnelle et scientifiquement sérieuse de ces populations a fait voler en éclat ces approches monocausales et monodiciplinaire de l'exclusion. Bien sûr, il ne s'agit pas d'occulter les contradictions et les souffrances de ces individus. Mais il ne s'agit pas là, à bon compte, de « psychologier » leur attitude. La crise pas plus que la faiblesse psychologique ou l'atténuation du lien social n'expliquent tout. Ou alors il faudrait penser que la présence de ces facteurs entraînent inéluctablement une évolution vers l'errance et la désocialisation, ce qui n'est évidemment pas le cas. La recherche étiologique surtout lorsqu'elle est singulière aboutit parfois à des applications sociales et politiques non dénuées d'erreurs et qui pour ces populations présente un risque important de stigmatisation supplémentaire. Nous l'avons signalé dans notre histoire récente, il n'y a pas loin entre la démarche de quelques-uns voulant trouver une explication psychopathologique au vagabondage, et celle de quelques anatomistes ou psychiatres qui prétendaient établir des critères morphologiques signant l'asocialité.

✧ - L'étiologie de la rupture

La recherche biographique des antécédents d'une personne met souvent en évidence un accident, un séjour en prison, une hospitalisation somatique ou psychiatrique et l'irruption de l'alcool Ceci semble clair dans notre étude dont les résultats sont rapportés au chapitre suivant. Cet accident aurait - à lui seul - provoqué le passage à la rue. Nous l'avons déjà souligné, mais de tels accidents n'entraînent pas chez toutes les personnes une désocialisation et une errance même s'il est vrai que c'est parfois un facteur démultipliant sur une « fragilité » préexistante. Cette étiologie à elle seule n'est pas plus pertinente que les autres. Au fond, on retrouve chez toute personne quelle qu'elle soit au cours de sa vie des accidents, des ruptures, des deuils de proches et de personnes chères, un divorce, une déception sentimentale, un chômage ou une maladie. Pourtant, l'immense majorité des personnes frappées par ces aléas de la vie ne devient pas S. D. F.

i) La réaction thérapeutique négative

Nous empruntons ce concept à Patrick Declerck [145]. Il fait de cette conduite 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. L'errance poursuit chez eux une conduite de l'échec commencée depuis l'enfance. Que ce soit les formations, les stages, les petits boulots, les cures de désintoxication, le mariage, la paternité, l'amitié, rien ne marche jamais. S'agit-il chez le clochard, d'une déveine permanente ou bien y-a-t-il autre chose ? Pour Patrick Declerck, « *A examiner ces histoires de vie, qui sont toujours fragmentaires, difficiles à obtenir, parsemées de confusion de dates, on est d'emblée frappé par la surprenante fréquence d'actes manqués, d'accidents, de catastrophes. C'est précisément l'accident qui constitue la toile de fond, le chaos fondamental de toute leur existence, et cela depuis le premier temps. Il semble que rien jamais ne puisse chez eux aboutir. Le projet n'est là que comme*

(145) - DECLERCK Patrick, *Les naufragés à l'écoute des clochards de Paris*, Plon-Terre humaine, à paraître (oct. 1997).

prétexte à la mise en acte d'un invariable et compulsif échec, paradoxale action qui se mobilise pour mieux « échouer ». Nous assistons au travail de la compulsion de répétition et des effets de la pulsion de mort, cette force qui écarte le patient de la vie de relation d'objet et de la guérison et lui fait avoir un comportement paradoxal (...). On peut citer les exemples nombreux de patients pour lesquels des démarches sociales ont été entreprises et qui s'alcoolisent avant le premier entretien avec un employeur ou sur un lieu de stage, ou de patients pour lesquels on met en place une hospitalisation d'urgence pour un problème somatique grave et qui disparaissent entre temps (...). Aussi faut-il oser penser que cette immense souffrance de tous les instants qu'est la clochardisation, répond à un besoin inconscient. Et que cette souffrance anomique, diffuse, sans nom, à la fois en deçà et au delà du langage, cette souffrance de bête, cette sourde douleur de mort vivant est là pour apaiser, on ne sait quelle auto-persécution intra-psychique du sujet. Le clochard s'apaise dans et par sa souffrance comme l'enfant s'endort en suçant son pouce. Son horreur est aussi sa paix. Cette pensée est odieuse, mais l'inconscient est-il jamais autre chose qu'essentiellement injurieux ? Cette pensée est odieuse, elle est néanmoins centrale à la compréhension de cette clinique ».

Ce concept nous semble tout à fait pertinent pour décrire des situations que connaissent tous les professionnels médicaux ou sociaux travaillant au contact de cette population. Cette réaction thérapeutique négative qualifie le fait que quelles que soient les solutions proposées, en terme médical ou social, rien ne marche. Ainsi, il est flagrant de noter un exhibitionnisme très fréquent à la consultation médicale. Le clochard se donne à voir dans une espèce de strip-tease en négatif avec quelque part une jouissance dans la répulsion qu'il inspire. On vient exhiber 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 somatiques, la personne va faire exactement le contraire de ce qu'elle devrait faire. Il y a là ce que Patrick Declerck 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. On peut tout à fait se rapporter à Sigmund Freud lorsqu'il écrit à propos des malchanceux [146] (p. 146) : « *Certains individus répètent invariablement au cours de leur existence les mêmes et nuisibles actions. Ils semblent poursuivis par un destin implacable ; une observation plus minutieuse montre qu'ils sont les artisans de leur propre malheur* ».

On peut être choqué par ces propos et les trouver proprement scandaleux. Pourtant on a réellement l'impression qu'il y a un bénéfice quelque part pour le sans toit à sa situation, qu'il y a un désir qui est satisfait à être un clochard. Poussant même le paradoxe et en suivant Michel Maffesoli [42] (p. 44) on pourrait même dire qu'il y a de l'épicurisme quotidien même chez nos S. D. F.. Il existe un hédonisme du plaisir dans leur situation. Si on ne prend pas cette notion en compte, on ne peut pas comprendre complètement les difficultés du travail à leur côté. On reverra ce point dans notre étude biographique, mais 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,

(146) - FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, éditions Gallimard, 1936.

ou que l'on sera tellement agressif avec un interlocuteur que celui-ci perdra patience et refusera d'agir. Comme l'indique Patrick Declerck, tout se passe comme si, au delà d'un certain niveau d'exclusion, l'individu devenait lui-même l'agent de sa propre marginalisation. Comme s'il trouvait une satisfaction étrange, c'est à dire inconsciente dans les affres même de sa déchéance. La suite de ce raisonnement est bien de constater l'équilibre du clochard dans sa condition et donc d'affirmer que l'idée de réinsertion est une construction fantasmatique si on entend par là amener le patient à redevenir un élément autonome de la société ».

j) Les tatouages

Il peut sembler curieux au sein de réflexions fondamentales d'inclure un sous-chapitre sur les tatouages. Cependant, cet aspect nous a beaucoup étonné. La désocialisation nous l'avons vu s'accompagne d'un désintérêt pour son propre corps, pour les soins d'hygiène nécessaires. Ces personnes viennent exhiber des plaies monstrueuses dont ils ne semblent pas souffrir ni même s'inquiéter. Il semble alors discordant de constater qu'un grand nombre d'entre-eux est porteur de tatouages.

On verra au chapitre suivant que 40% des personnes sont tatouées et pour la plupart avec plus de deux tatouages. Ils semblent assez caractéristiques, qu'ils soient réalisés dans les règles de l'art ou bien auto-produits et sont de localisation très diverse. Nous ne saurions dire s'ils sont assimilables aujourd'hui à un élément de sous-culture comme ils l'étaient autrefois. Notre attention avait déjà été attiré sur ce thème, par notre pratique d'anesthésiste. En effet, lors de la fermeture du bagne de Cayenne en 1948, un certain nombre d'anciens bagnards qui ne pouvait plus espérer se réinsérer avaient été conduits à la Maison de Nanterre. Certains parmi les derniers survivants étaient opérés de la cataracte en particulier jusqu'au début des années 80. Il nous a été donné de voir comme médecin anesthésiste dans ce cadre de magnifiques tatouages chez des personnes tatouées entièrement de la tête aux pieds. Comme l'indique Michel Maffesoli [42] (p. 135) « *on peut ajouter que le souci et le soin du corps que l'on observe constamment, les masques et les parures qui représentent une constante anthropologique, peuvent y être analysés comme autant de moyens de se situer les uns par rapport aux autres. Le corps en spectacle étant dès lors cause et effet de communication* ». Les tatouages traduisent la volonté de se rattacher à un groupe une communauté professionnelle, un compagnonnage, etc.. Ils traduisent et signent d'autre part un parcours initiatique comme la prison.

On peut en indiquer quelques significations [50] (p. 41). Les yeux de biche autour des yeux signalent le voyou. Le point unique visible sur la joue symbolise le proxénète. Les trois points sur les premières phalanges de la main caractérisent l'aimable mort aux vaches destiné aux représentants de la maréchaussée. Un point sur chaque première phalange signifie j'emmerde la justice jusqu'au bout des doigts. Quatre points en carré symbolisent la cellule de prison. Cinq points (les quatre précédents avec un point au milieu) se décryptent comme je suis seul entre quatre murs. Une larme sous l'oeil représente des larmes de crocodile et signifie j'ai tué quelqu'un en prison (et je ne le regrette pas). L'oiseau ou le papillon symbolisent le voyage, l'ancre ou la sirène le marin, le robinet au dessus du sexe représente le robinet d'amour, la panthère indique je suis un fauve, un petit mickey signale que j'ai de nombreuses aventures avec les femmes. Le poignard sur lequel s'enroule un serpent signifie j'ai une vengeance à accomplir lorsque la tête est vers le haut ou ma vengeance est accomplie lorsque la tête est vers le bas. Le

saint des voyous est un personnage stylisé avec une auréole sur la tête. Autant je peux être méchant, autant je peux être gentil se symbolise par la croix christique assortie de deux points au dessus du trait horizontal. La même croix assortie de quatre points, deux au dessus et deux en dessous du trait horizontal exprime le célèbre ni dieux ni maître. La rose des vent au lieu d'indiquer le Nord, le Sud, l'Est où l'Ouest indique N. S. V. M. ce qui signifie Naître pour Souffrir, Vivre pour Mourir.

Lorsque l'on voit l'importance des lésions cutanées, la difficulté de les guérir et la fréquence des tatouages, on peut se demander si ces deux éléments dermatologiques n'ont pas la même fonction signifiante. Comme le dit Xavier Emmanuelli : « *la peau parle quand la bouche se tait* » [50] (p. 40).

C) ELEMENTS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Bien sûr, il est paradoxal après ce que nous avons déjà écrit de vouloir rapporter ici ce qu'est la vie quotidienne à la rue. Il est clair que nous n'avons pas vécu cette vie et que nous n'avons pas compétence ou vocation à la décrire. Sur ce plan du plus concret, il est nécessaire de se rapporter aux auteurs déjà cités ayant vécu de façon prolongée cette vie. Signalons toutefois que même les journalistes ou les chercheurs ayant vécu temporairement cette expérience, lorsqu'ils sont honnêtes précisent bien comme le fait Hubert Prolongeau que : « *Leur désespoir n'a jamais été le mien, et je n'ai été pour eux qu'un faux frère d'infortune. Si cela me donne le droit d'écrire sur eux, cela m'interdit de parler à leur place* » [87] (p. 10). Nous voulons simplement sur ce thème apporter quelques éléments particuliers. Il convient de dire, et nous y reviendrons dans le chapitre - IV - que nous retrouvons véritablement deux époques différentes : avant 1993 et après cette date.

Sur ce thème de la vie quotidienne nous rejoignons Michel Maffesoli lorsqu'il écrit : « *Elle échappe à une vision économiste ou à une représentation parfaitement transparente et objective. Elle a toutes les obscurités, toutes les redondances, toutes les incongruités aussi du symbolique. Mais au risque de passer pour un rêveur ou pour un nostalgique réactionnaire, on entend affronter ce symbolique pluriel tout en sachant que ce faisant il ne s'agit moins de trouver les réponses que de pointer des questions toujours et à nouveau pressantes. Il n'est pas question d'affirmer que l'analyse économique ou l'analyse politique ne rendent pas compte de la société, elles ont apporté leur lot d'explications, mais on peut reconnaître qu'elles restent impuissantes à exprimer les*

minuscules situations de tous les jours qui constituent une part essentielle de la trame sociale. Il y a une résistance têtue du concret le plus proche vis-à-vis de toute explication réductrice et simplificatrice. La riche et dense concrétude quotidienne reste allergique au positivisme schématique, et ce parce que les actes et les situations qui l'expriment ne s'épuisent pas dans une causalité ou un finalisme qui leur donnerait sens. On peut maîtriser le passé ou évaluer l'avenir d'une manière plus ou moins objective, il est impossible d'apprécier toute la richesse de ce que Walter Benjamin appelait « l'intérêt d'à présent » (...).

La trame existentielle est constituée d'anecdotiques et insignifiantes situations qui n'ont que faire des justifications ou des finalités qui leur sont attribuées à partir d'une instance surplombante. C'est tout cela qui nous incite à élaborer ce que Erving Goffman appelait une « sociologie des circonstances » et qui prend pour objet la banalité de la vie de tous les jours » [81] (p 14-16).

Pour « planter le décor » de la vie quotidienne, nous reprenons quelques passages de la monographie d'Hubert Prolongeau. « *Dame liberté s'écroule vite, fauchée par la première crampe d'estomac, la première ampoule, le premier regard méprisant. Le lendemain, tu te réveilles, avec les courbatures, la faim. T'as pas trop dormi parce que çà pelait, et qu'à cinq heure du mat, même en plein été, çà caille toujours. Là, tu te sens déjà moins bien. Pourtant, c'est que le premier matin* » [87] (p. 45). « *L'errance est rance. Jour après jour, ils s'usent sans autre perspective que d'assurer la subsistance du lendemain. La rue est une broyeuse. Le chemin qu'elle offre est pavé de minuscules renonciations, d'obstacles où à chaque fois, ils laissent un peu de leur dignité. Rien de très grave en soi, mais une suite de petits gestes qui amènent à renoncer à l'humain qu'ils sont encore : ne plus se laver tous les jours, commencer à tendre la main, devoir se soulager entre deux voitures. Ils ne sont plus rien, et n'espèrent plus rien devenir* » [87] (p. 11). « *Dormir : le voilà le vrai, le grand problème* » [87] *(p. 95). « Et cette faim là, personne ne la calmera. Comme une petite soeur trop collante, la misère appelle aussi la misère sexuelle* » [87](p. 120).

Contrairement à ce que pourrait laisser penser le terme de vagabondage, la vie à la rue est souvent marquée par des éléments chronologiquement assez réguliers et assez circonscrits dans le temps. Avec des rythmes précis, mais on le verra avec une échelle de valeur temps qui se limite à un ou deux jours, avec une conception particulière du temps et de l'espace, ils agissent souvent avec des habitudes régulières. Ainsi que nous l'avons vu, plutôt que de parler d'asocial ou de désocialisé comme le voudrait une idée préconçue, nous parlons plutôt de dyssocialisation. Le clochard essaie de vivre « comme tout le monde » et se réfère à des valeurs de normalité. Les possibilités de repas, d'hébergement de nuit, de vestiaires correspondent en général à des plages horaires assez strictes. Comme le décrit Patrick Gaboriau [104] (p. 174), « *le clochard mène une existence ordonnée. Il vit dans un monde organisé autour de rythmes précis, possède une conception particulière du temps et de l'espace, agit en fonction de schèmes mentaux, avec des habitudes régulières. Il n'est pas asocial ou désocialisé comme le veut une idée préconçue, au contraire, il essaie de vivre « comme tout le monde », et se réfère à des valeurs de normalité, nous l'avons souligné. Résumons d'une phrase : son espace est circonscrit, ses rythmes sont réglés, son temps est délimité. Loin de vivre dans un monde de « paumés », sans foi ni loi, j'ai découvert un univers construit* ».

Il faut d'emblée signifier ici que considérer le clochard comme un être faible moralement et fainéant ne correspond en rien à la réalité. Tous les observateurs en situation le confirment, c'est extrêmement épuisant d'être dans la rue. On y marche

beaucoup pour aller à la rencontre d'un repas, d'un hébergement, de démarches sociales, d'un lieu de mendicité, de soins d'hygiène. Le stress entraîné par le fait de ne pas pouvoir dormir, etc.. Tout ceci, associé au danger de la rue nous laisse assez loin de la vie facile et sans souci du clochard philosophe.

✧ Le manger

Malgré leurs demandes, qu'elles soient écrites ou scandées lors de la manche, réclamant une pièce ou un ticket restaurant pour pouvoir manger, on peut dire que pour ce qui concerne Paris et l'Ile de France, c'est probablement ce qui leur pose le moins de problèmes. Il est clair que l'on ne meurt pas de faim à Paris. Bien sûr cela implique de pouvoir ou de vouloir se déplacer. Cependant, de très nombreuses associations fournissent des repas gratuits ou très peu chers (5 ou 10 francs) aux personnes démunies. En dehors de cela, il y a le passage à la fin des marchés où on peut récupérer des fruits et légumes un peu endommagés. Et puis les gestes de solidarité de restaurateurs ou de commerçants qui permettent parfois d'améliorer l'ordinaire. Même avant 1994 déjà cela ne représentait pas un problème. Depuis, de nombreux dispositifs caritatif ou publics permettent au S. D. F. de se nourrir à peu près correctement, même s'il est vrai qu'on mange peu et surtout très mal. Hubert Prolongeau, raconte qu'en trois mois de zone il a pris trois kilos [87] (p. 78). On compte actuellement plus de cinquante endroits dans Paris où il est possible de manger tous les jours avec cependant il est vrai une variation saisonnière et une diminution des possibilités l'été. Encore aujourd'hui, de nombreux centres sont fermés entre le mois d'avril et de novembre.

✧ Le dormir

Là aussi, la situation a considérablement évolué depuis 1993. Bien sûr, le nombre place a augmenté, mais ce qui a changé surtout, ce sont les conditions d'accueil. Nous avions dans notre précédent travail [3] (p. 65), à l'image de nombreux auteurs constaté que, outre l'alcool, le manque de sommeil était responsable de l'état d'hébétude qu'ils montrent fréquemment. Les personne à la rue ne dorment souvent que deux à trois heures par nuit. 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. Cependant, il faut reconnaître qu'à Paris, l'arrivée du S. A. M. U. social a considérablement transformé cette réalité. Même s'il demeure des personnes qui refusent l'hébergement dans ces centres d'urgence, l'amélioration très sensible des conditions d'accueil en particulier dans les centres sous la gestion directe du S. A. M. U. Social a fait diminuer sensiblement ce pourcentage de personnes réfractaires. Pour ceux qui, avec d'ailleurs de plus en plus de difficultés dorment dehors par contre, la journée commence très tôt vers 5h00 et se finit très tard vers 1 ou 2h00 du matin.

✧ L'hygiène

Outre les conséquences déjà décrites de la désocialisation sur les soins d'hygiène et l'entretien du corps, nous voulons nous arrêter ici sur un point particulier. Pour nous faire comprendre, nous partirons du concret le plus trivial. Cette histoire, usuellement non racontable est pourtant probablement arrivée à chacun d'entre nous. Un jour, durant un épisode de gastro-entérite banale, survient une diarrhée. Pour n'importe lequel d'entre-nous, l'accès rapide et facile à des sanitaires permet de limiter « les dégâts ». Si par hasard, un accident survient, il est possible de se changer et de se laver facilement.

Lorsque l'on est dans la rue, déjà sale et odorant, il n'y a plus de toilettes publiques, l'entrée des cafés vous est interdite, et l'entrée des « sanisettes » est liée à la possession

des pièces nécessaires. On sait que la survenue de diarrhées est fréquente chez les gens de la rue en particulier en raison de l'alimentation aléatoire, monotone et pas toujours de bonne qualité. Dans ces circonstances, ils sont parfois obligé de faire sur eux. Il nous semble que dans un domaine intégré par nous « socialisés » en général, mais plus encore par eux comme du domaine de l'intime et du caché, être obligé d'uriner ou plus encore de déféquer dans la rue et parfois en public représente une des choses parmi les pires de ce qui est considéré comme une déchéance absolue et ramène l'homme au rang de l'animal. On imagine bien le sentiment que peut ressentir celui qui est obligé d'abandonner toute pudeur et doit se conduire ainsi. Dans nos yeux comme dans le leur se lit un jugement sur le stade ultime de la déchéance à laquelle ils sont arrivés. Il est clair qu'il y a là transgression obligée d'un interdit fondamental largement ancré, même si c'est historiquement récent, dans notre humanité.

✧ La manche

Nous ne reprenons pas complètement ce thème qui, à lui seul, sur le plan socio-anthropologique mérite un travail approfondi. Nous renvoyons par exemple au remarquable travail de Pascale Pichon déjà mentionné [43]. La présentation de soi, au sens où Goffman l'avait décrit dans la mise en scène de la vie quotidienne en particulier dans les échanges réparateurs [147] (p. 113-120) trouve véritablement une application dans cette activité de la manche qui est à la fois une activité déviante, routinière et rituelle. Pour revenir sur l'aspect de déviance on repère là le caractère opératoire de l'interprétation de Becker. En effet, et en accord avec Patrick Gaboriau, le clochard lui même n'y voit pas forcement une activité déviante même s'il la perçoit comme stigmatisante. Preuve en est leur façon pour désigner cette activité d'employer le discours du monde du travail et pas forcément de façon dérisoire. La plupart des chercheurs s'accordent d'ailleurs sur cette notion. Plus encore, Noël Jouenne [148] (p. 21), soutient la thèse que la manche est une activité structurante en recréant des repères au niveau de l'espace et du temps. Leur interdire cette activité leur coupe cette possibilité de structuration sauf à parallèlement mettre en œuvre des structures comme les lieux d'accueil de jour qui permettent de restructurer différemment leurs repères temporo-spaciaux. On trouve dans leur langage, « *c'est pas tout ça, mais il faut que j'aille bosser* », ou encore « *hier, j'ai été pris par les bleus et j'ai pas pu bosser* », etc.. Par contre, le caractère stigmatisant de l'activité est bien vécu comme tel. Ainsi, il est clair qu'il est exceptionnel de rencontrer des personnes capables de mendier à jeun. Quasiment tous ne peuvent mendier qu'en état d'alcoolisation avancé. 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 de répulsion produit et souvent provoqué va au-delà - semble-t-il - du simple utilitarisme concernant la manche qui est évidemment plus payante lorsque l'on inspire à la fois dégoût et pitié. Sur cet utilitarisme, on peut rapporter deux histoires démonstratives. Nous avions dans les lits d'infirmerie un patient énucléé d'un œil, avec la paupière ouverte en permanence. On imagine l'aspect esthétique produit par cette cavité orbitaire vide et grande ouverte.

Nous avons donc proposé à ce patient de l'adresser au service d'ophtalmologie afin de lui faire poser une prothèse oculaire. Ce monsieur nous a alors dit que, d'un côté, il

(147) - GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 2 Les relations en public*, éditions de Minuit, 1973, 372 pages.

(148) - JOUENNE Noël, *La mendicité*, in Actualité Sociales Hebdomadaires n° 1984, 19 juillet 1996, page 21.

aimerait bien parce qu'il faisait peur aux enfants et que cela le peinait, mais que d'un autre côté, avec une bille de verre, la manche risquait d'être beaucoup moins productive. L'affaire fût finalement tranchée lorsqu'on lui a expliqué que cette prothèse était amovible. Nous avons observé le même type de comportement chez les patients amputés des membres inférieurs qui fréquemment retirent ou revendent d'ailleurs leur prothèse pour faire la manche. Au fond, on retrouve là un comportement permettant le passage du statut de mendiant valide à celui de mendiant invalide. Cette observation retrouvée dans notre pratique usuelle se valide par des remarques similaires de Goffman [8] (p. 45-46) : « *Le clochard entraîne une idéalisation des impressions car, si l'acteur veut avoir du succès, il doit donner le type de spectacle propre à illustrer, aux yeux des spectateurs, les stéréotypes de l'extrême misère. Les représentations des mendiants des rues constituent un exemple de rôle idéalisé qui est peut-être un des plus intéressant sociologiquement, bien que dans la société occidentale, depuis le début du siècle, les spectacles que nous donnent les mendiants semblent avoir perdu leur intérêt dramatique. on ne voit plus aujourd'hui ces scènes où un homme à demi-nu s'étrangle avec une croûte de pain sale qu'il est apparemment trop faible pour avaler, ou bien la scène de l'homme déguenillé qui chasse un moineau d'un morceau de pain, essuie doucement le quignon sur sa manche et, sans paraître se soucier des gens qui l'entourent, se met à le manger (...) ».* La comparaison entre le clochard et l'acteur montre qu'il existe une véritable mise en scène de l'exclusion et de la grande pauvreté. Ce spectacle est fait de rencontres fortuites, d'échanges de paroles, de regards, de coups, de mimiques, de mots, d'actions et de réactions, de stratégies furtives et rapides. On peut alors assimiler le monde à un théâtre. Sur cet aspect, on peut aussi reprendre Guy Debord [131] (p. 3-4) : « *Toute la vie des sociétés dans lesquelles règnent les conditions modernes de production s'annonce comme une immense accumulation de spectacles. Tout ce qui était directement vécu s'est éloigné dans une représentation (...) Le spectacle n'est pas un ensemble d'images, mais un rapport social entre des personnes, médiatisé par des images* ». Quelque soit la méthode, à la priante, à la rencontre, le tape-cul, à la volée [43] (p. 48-59), en jouant l'insistance, la supplication, la pitrerie, l'indolence, le muet désespoir, le suppliant [40] (p. 55), on estime entre 80 et 100 francs la recette quotidienne d'une personne seule faisant la manche. Sur cette somme, l'essentiel est consacré à l'achat d'alcool et de tabac.

Sur ce sujet de la manche, nous voulons aborder un point qui surprend beaucoup le « socialisé » que nous sommes au contact de cette population. Nous sommes très étonnés de constater que lorsqu'ils ont atteint la somme qui usuellement leur est nécessaire pour leurs achats du jour ils arrêtent leurs activités. On pourrait imaginer que dans ces conditions, 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. Là, tel n'est pas le cas. Dans notre précédent travail, et en accord avec de nombreux auteurs, nous avons rattaché cela à la notion de perte de sens et de toute projection personnelle sur un avenir qui dépasserait quelques jours. Là aussi, comme pour d'autres thèmes, une analyse plus attentive infirme quelque peu cette interprétation peut-être pour partie vraie mais quelque peu théorique. En fait, il existe peut-être une autre explication plus prosaïque et beaucoup plus vraisemblable. Le milieu de la rue, des centres d'hébergement d'urgence, de toutes les structures institutionnelles. représente un milieu extrêmement violent.

Nous l'avons signalé, mais une paire de chaussure en bon état, une carte d'identité et à plus forte raison de l'argent liquide représentent une tentation forte pour autrui et un risque d'agression pour soi. On le voit bien au C. H. A. P. S. A. où on retrouve en début de mois une population de jeunes qui ne vient pour être hébergée qu'à ces périodes. Ces dates correspondent à des moments où certains perçoivent leur R. M. I., leur retraite ou

leur pension. Leurs bénéficiaires représentent des proies faciles à dépouiller durant la nuit. Ainsi il n'est jamais très bon d'avoir de l'argent sur soi. C'est pourquoi dans les activités de la manche, beaucoup s'arrêtent lorsqu'ils ont la somme nécessaire. Il est ainsi probable qu'il ne s'agit pas ici de réflexion sur le sens, sur le temps et sur l'espace mais de façon plus pragmatique d'une adaptation aux conditions de vie de la rue.

✧ La sexualité

Il s'agit d'une domaine sensible, secret sur lequel peu d'auteurs se sont livrés à d'autres commentaires qu'un discret et pudique effleurement. Le sujet est il est vrai délicat. Pourtant en tant que clinicien, nous formulerons deux remarques. Tout d'abord, le sexe-ratio donne un pourcentage de plus de 90% d'hommes dans notre population dont l'âge moyen se situe autour de 40 ans donc en période d'activité génitale. Deuxième remarque : alors que la contraception est inexistante et la protection par préservatif est de l'ordre du voeu pieux, on ne retrouve des grossesses que de façon très exceptionnelle. Pourtant, il est vrai qu'au premier abord, lorsqu'on les côtoie « de loin » ou superficiellement, on trouve logique que leur vie sexuelle soit apparemment inexistante. De fait, 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. Mais peut-être aussi 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 [121] (p. 68-72) ou Louis Vincent Thomas [149] (p. 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, que cela explique parfois leur absence de sexualité. Alors, ce côté de leur vie paraît être négligeable. 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, où dormir, où loger, le sexe 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 a pas de sexualité chez eux, il faut 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.

Nous dirions plutôt que cet aspect n'est pas visible, car ils ne le donnent pas à voir. 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, 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. A la réflexion, quelle que soit l'alcoolisation ou la problématique immédiate et vitale, on voit bien qu'il doit exister un imaginaire, une rêverie, un monde nocturne autour de la femme. Comment se construit l'adaptation autour de cette carence ?

(149) - THOMAS Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, éditions Payot, 1980, 538 pages.

Il y a peu de réponses à cette question dans un domaine ou, plus qu'ailleurs le secret est la règle. Cette question est évoquée par Nels Anderson qui consacre un chapitre à la sexualité [2] (p. 155-64). Il y traite essentiellement de la « perversion homosexuelle ». On sait et on le voit au chapitre suivant qu'il existe un phénomène de prostitution hétérosexuelle. On sait moins car le tabou est plus grand qu'il existe une prostitution homosexuelle. L'homosexualité est fréquente et on l'observe furtivement. Elle est bien souvent de nécessité, l'accessibilité des hommes étant possible, celle des femmes ne l'étant pas. Ainsi, nous avons observé quelques hommes qui, au début de leur errance vivaient plus ou moins en couple hétérosexuel. La perte de leur compagne a fait que nous les avons retrouvé en couple homosexuel. On peut par ailleurs mettre l'accent lorsque l'on est en couple sur les difficultés matérielles pour avoir une relation sexuelle. Les hébergement d'urgence nous l'avons vu dans leur immense majorité ne sont pas mixtes. Et comme le dit une des S. D. F. à Patrick Gaboriau [104] (p. 207) : « *Pour l'amour, c'est un problème, on ne fait pas çà quand on veut mais quand on peut et où on peut. Faut se cacher, trouver des coins. On fait çà sur le côté, à la va vite, comme çà c'est plus discret* ». On retrouve quelques éléments « objectifs » de cet aspect dans une étude de Susser [150]. Faite dans un but assez utilitariste puisqu'elle se situe par rapport à la prévention de la transmission H. I. V. ce travail étudie les comportements sexuels de patients psychiatriques dans un shelter new-yorkais. 122 hommes ont été interrogés sur leurs vie sexuelle des six derniers mois. 65 soit 53% d'entre-eux avaient eu un rapport sexuel dans les six derniers mois. Pour 56%, il s'agissait d'une relation hétérosexuelle, pour 20% d'une relation homosexuelle, et pour 11% de relations bisexuelles. Dans la plupart des cas, le nombre de relations était au plus d'une par mois. 52% des relations hétérosexuelles et 60% des relations homosexuelles l'étaient sans préservatif et avec plusieurs partenaires.

✧ L'alcoolomanie

Nous préférons ce terme à celui d'alcoolisme car il semble ici plus adapté. Ce sous-chapitre à lui seul mérite un travail spécifique. Nous ne livrons simplement ici que quelques remarques particulières. L'alcool semble pour cette population un moyen plutôt qu'une fin. Nous sommes là dans le cadre de ce que certains appellent l'alcool-médicament. Nous l'avons signalé, mais pour supporter la honte, l'alcool leur est absolument nécessaire pour faire la manche. Nous sommes en outre assez surpris de voir qu'il s'agit en quelque sorte d'un « cache misère ». ils passent très facilement d'un produit à un autre et on retrouve fréquemment des personnes qui passent de la toxicomanie intra-veineuse à la toxicomanie médicamenteuse et à l'alcool. Au fond on a un peu l'impression que peu importe le produit pourvu qu'on ait l'ivresse. Les conduites addictives sont relativement peu spécifiques au produit. Par ailleurs, nous l'avons vu, les consommations dans la rue sont en matière d'alcool très élevées atteignant fréquemment les dix litres par jour.

Il est étonnant de voir que lorsqu'ils rentrent au Centre d'accueil, leurs consommations diminuent spontanément sans aucune aide psychologique et en tout cas sans cure de sevrage. Dans ces conditions, leur consommation se restreint pour devenir acceptable en institution. Ce phénomène est étudié spécifiquement par Patrick Declerck

(150) - SUSSER E., VALENCIA E., MILLER M., and all, *Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for H. I. V.*, American Journal of Psychiatry 152 (4), 583-7, 1995 Apr.

dans un travail en cours au Centre d'Accueil du C. A. S. H. de Nanterre [151]. Chez nos patients qui sont indiscutablement de vrais alcooliques chroniques, cette observation est contradictoire avec toutes les données admises usuellement par les alcoologues qui soutiennent généralement que la désintoxication est un préalable nécessaire à l'abstinence et que seule l'abstinence radicale préserve de la rechute. Le malade alcoolique restant un malade toute sa vie en rémission prolongée dans le meilleur des cas. Là, au contraire, les patients ne guérissent pas par l'abstinence absolue mais par une diminution de leur consommation qui les rend « institutionnellement » acceptables.

Une autre observation étonnante repère que les personnes à la rue 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 ou de vodka en deux heures. A l'antenne médico-sociale, pour éviter les discussions et les négociations forcément irrationnelles et injustes, un éthylomètre permet au médecin ou à l'infirmière 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 est curieux de constater qu'avec des alcoolémies mesurées à 2 voire 3 g/l ou plus, il y a mémorisation et que M. X viendra le lendemain s'excuser de son comportement agressif ou désagréable, alors même que son alcoolémie mesurée était à plus de 3 g. Ils attribuent des fonctions curatives à l'alcool. C'est bien là l'alcool-médicament. « *J'ai bu pour oublier, c'est comme un médicament. Je bois quand ça va pas, ça me calme. C'est après que c'est dur* ».

D) CONCLUSION

En conclusion de ce chapitre, on peut dire que la connaissance que nous avons pu acquérir à travers cette recherche théorique autour de l'exclusion sur un simple point de vue utilitariste nous a été extrêmement précieuse dans notre pratique quotidienne. Lorsque l'on est sur le terrain, « le nez collé au guidon », il est parfois difficile « d'ouvrir le grand angle » et de sortir de l'apparente désespérance du jour le jour. Il est clair que cette recherche nous a permis de voir, d'analyser et donc de mieux comprendre la vie et

(151) - DECLERCK Patrick, *Devenir des comportements alcoolo-toxicomaniaques et fonction asilaire*, Projet de recherche (en cours), polycopié, 1996, 6 pages.

l’environnement de ces personnes S. D. F.. Bien sûr cela nous a obligé à sortir de notre strict domaine de compétence. Mais en même temps, ce travail nous permet de voir, au quotidien des aspects importants de la vie des personnes que nous avons à prendre en charge. Notre insertion ancienne auprès de cette population permet d’observer directement les conduites des individus dans les circonstances variées et d'avoir accès à des fragments de vie quotidienne. Elle permet en quelque sorte d’être parfois « dans l’ambiance » du déroulement de la vie quotidienne au milieu d’événements et de crises, de voir et surtout d’écouter et d’entendre. Enfin, notre « rôle social », dans les fonctions que nous occupons, notre positionnement au sein de la société comme son représentant auprès des plus défavorisés est intégré dans une vision globale de compréhension du phénomène de l’exclusion. Sur ce plan très utilitariste et très personnel, il est évident que cette recherche éclaire et formalise notre propre quête de sens.

Quel est le sens de notre action au quotidien ? Y-a-t-il un sens à travailler auprès des exclus ? Avons nous terminé notre travail de deuil sur le mythe prométhéen ? Sur toutes ces questions, nous avons le sentiment que cette recherche nous a éclairé.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CHAPITRE - IV - RESULTATS DES ETUDES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Le médecin de notre temps pourrait être triomphant et satisfait. Il contribue à la guérison d'hommes et de femmes, d'enfants victimes de maladies naguère fatales. Il pourrait tirer gloire de cette victoire, il pourrait admirer le système médical, social qui a permis cette victoire. En vérité, ce médecin, auquel ces victoires apportent le bonheur reste inquiet ; plus qu'aux succès remportés, il pense aux échecs qui demeurent. Et il sait bien que les progrès de la médecine tout à la fois révèlent et aggravent les insuffisances de nos organisations

Pr. Jean BERNARD [152] **(p. 183)**

La méthodologie et les remarques liminaires ayant été exposées au chapitre - III - nous ne produisons ici que les résultats de ces deux études. Nous commençons par l'étude O. R. S. P. I. S. T. [83] réalisée pour le Réseau National de Santé Publique. Ce travail, comme nous l'avons mentionné étant multidisciplinaire, l'auteur de chaque chapitre sera mentionné au fur et à mesure.

(152) - BERNARD Jean, *L'homme changé par l'homme*, éditions Buchet/Chastel, 1976, 231 pages.

A) RESULTAT DE L'ETUDE QUANTITATIVE

1°) Résultats de l'étude médicale (Dr. J. Hassin)

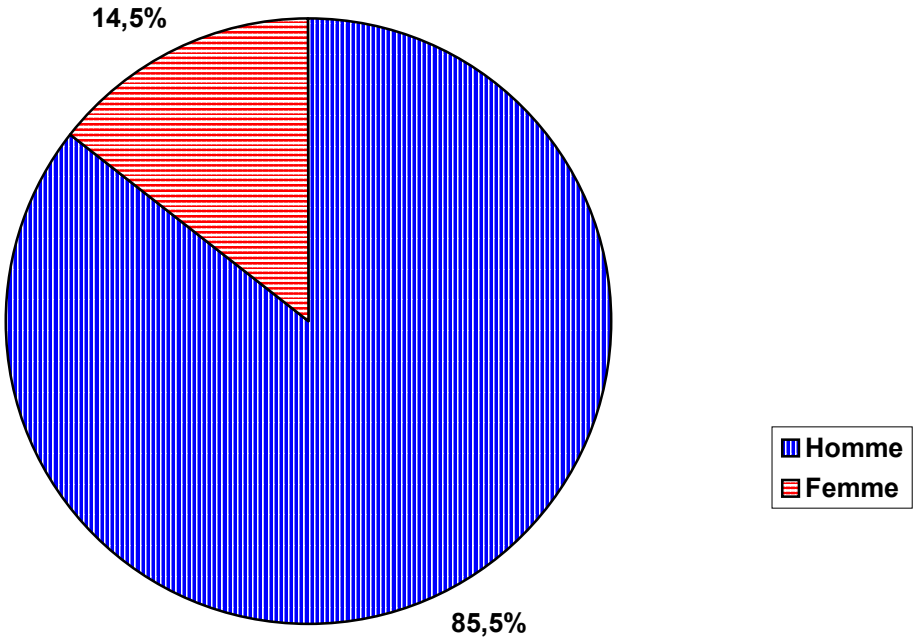
Les résultats présentés ici concernent 276 patients. Le petit nombre de patients a été explicité dans la discussion méthodologique.

TABLEAU N°32
LA REPARTITION MENSUELLE DES DOSSIERS

DATE DE CONSULTATION (1995)	NOMBRE DE PASSAGES
Avril	63
Mai	121
Juin	60
Juillet	25
Août	20
Septembre	26
Octobre	24
Novembre	12
Décembre (1-15)	6
Total	357

Il est possible - bien que cela ne soit pas démontrable ici - qu'une des explications au « pic » retrouvé en mai corresponde à la fermeture de nombreux centres d'hébergement d'urgence à cette période (La Mie de Pain à elle seule dispose de 600 places fermées du 15 avril au 15 novembre). Il sera d'ailleurs intéressant par la suite de vérifier cette hypothèse et de rechercher l'existence éventuelle de variations saisonnières des consultations médicales. Par ailleurs, on constate que 81 patients sont venus deux fois consulter dans la période de recueil. En effet, on retrouve 357 passages pour 276 patients, et dans la saisie des dossiers pour cette étude, deux consultations au maximum par patient étaient enregistrées.

TABLEAU N°33
LE SEXE RATIO



On retrouve 236 hommes pour 40 femmes. Soit un pourcentage de 14,5% de femmes et de 85,5% d'hommes. On peut rappeler que le sexe ratio global des patients venus ou amenés au C. H. A. P. S. A. se situe pour 1995 à 91,95% d'hommes et 8,05% de femmes. Il semblerait donc que la proportion de femmes vues à l'antenne médicale soit plus importante que la proportion globale de femmes venant au C. H. A. P. S. A.

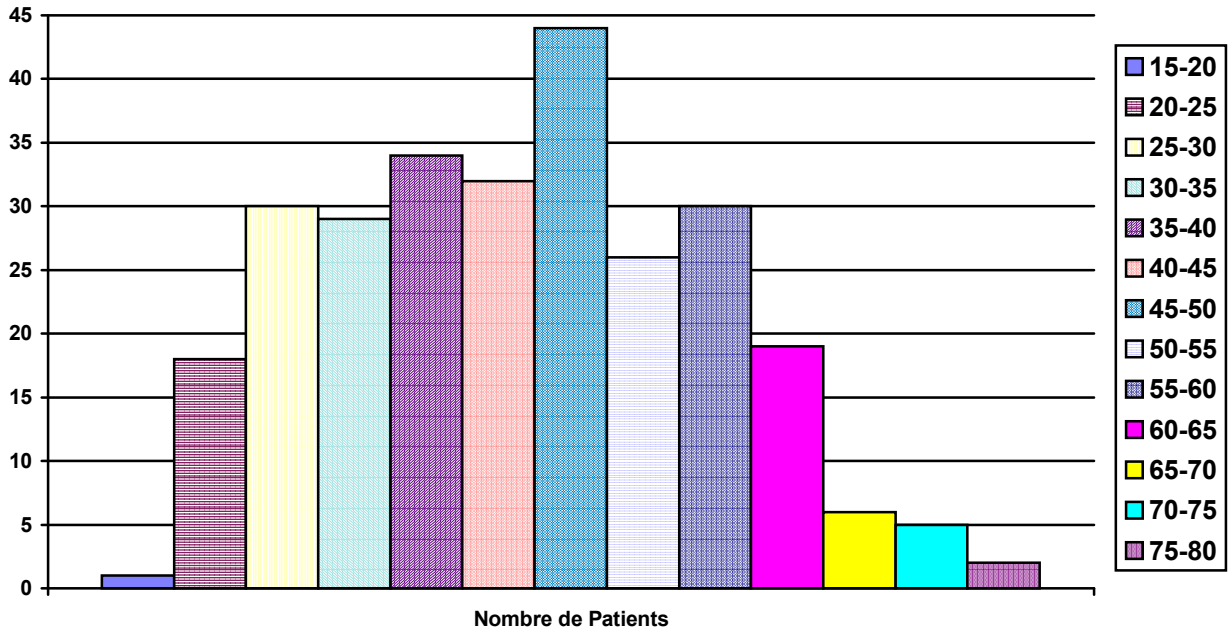
TABLEAU N°34
LA REPARTITION MOYENNE EN AGE

Moyenne	43
Médiane	44
Ecart-type	13
Maxima	78
Minima	19

TABLEAU N°35
LA REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE

Age	Nombre de Patients
15-20	1
20-25	18
25-30	30
30-35	29
35-40	34
40-45	32
45-50	44
50-55	26
55-60	30
60-65	19
65-70	6
70-75	5
75-80	2

TABLEAU N°36
LA DISTRIBUTION PAR AGE



On s'attendrai à ce que la population venant consulter à l'antenne médicale soit plus âgée que la population globale venant au C. H. A. P. S. A.. Si l'on part de l'idée que plus on est âgé et plus on est malade, il n'aurait pas été surprenant de trouver une différence d'âge significative entre les deux populations, ce qui n'est pas le cas. On peut avancer l'hypothèse que leurs conditions de vie, leur mauvais état sanitaire et le retard d'accès aux soins sont une des explications à cet âge moyen quasiment identique entre la population globale et celle venant consulter à l'antenne médicale.

TABLEAU N°37
LES ANTECEDENTS MEDICAUX

Il faut d'emblée préciser que seuls les antécédents notables ont été enregistrés. Ainsi, par exemple, l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie, l'appendicectomie, les réparations herniaires, etc. n'ont pas été prises en compte. Tous les antécédents notables ont été codés. Après le tableau suivant, tous les diagnostics et leur code précis sont détaillés dans le commentaire. Dans un premier temps et pour améliorer la lisibilité, les résultats ont été classés par grandes catégories pathologiques. Dans un deuxième temps, chaque catégorie sera détaillée. Enfin, dans un troisième temps ces antécédents seront regroupés en six grandes catégories.

Alcoolisme	129	11,28 %
Tabagisme	116	10,14 %
Pédiculose - Acariase - Mycose	104	9,09 %
Fracture - Luxation - Entorse	100	8,74 %
Ulcère digestif	78	6,82 %
Pathologie Cardio-vasculaire	51	4,46 %
Infection des voies aériennes	50	4,37 %
Psychiatrie	47	4,11 %
Epilepsie	45	3,93 %
Affection pulmonaire	44	3,85 %
Tuberculose	44	3,85 %
Dermatologie	43	3,76%
Plaie diverse	39	3,41 %
Ophtalmologie	33	2,89 %
Toxicomanie	20	1,75 %
Gastro-entérite	19	1,66 %
Hépatite non virale et Cirrhose	17	1,49 %
Polynévrite	15	1,31 %
Autre Neurologie	13	1,14 %
Rhumatologie	12	1,05 %
Stomatologie	11	0,96 %
Traumatisme crânien grave	11	0,96 %
Cancer	9	0,79 %
Brûlure	8	0,70 %
Pancréatite	8	0,70 %
Tumeur Bénigne	8	0,70 %
Appareil Urinaire	8	0,70 %
Hépatite Virale	7	0,61 %

Endocrinologie	6	0,52 %
Gynécologie	6	0,52 %
MST	6	0,52 %
VIH	6	0,52 %
Contusion viscérale grave	5	0,44 %
Gelure, Hypothermie	5	0,44 %
ORL	5	0,44 %
Parasite	5	0,44 %
Anémie	4	0,35 %
Traumatisme superficiel	4	0,35 %
Amputation de membre	3	0,26 %
TOTAL	1144	

- - L'alcoolisme chronique (code O. M. S. 303) se retrouve au premier rang des antécédents (11,28%) de ces patients. En effet, on retrouve 129 patients soit près de la moitié (46,74%) présentant un éthylisme chronique connu. Bien qu'il ne soit pas possible d'additionner, par malade, à cette donnée les autres pathologies associées à l'alcool puisque chaque malade peut avoir plusieurs antécédents associés, cependant si l'on considère les items gastrite, oesophagites, hépatite non virale et cirrhose, polynévrite, artérite, pancréatite et certains cancers, on voit que la morbidité liée à l'alcool est extrêmement importante dans cette population puisque ces antécédents cumulés représentent 19% des antécédents relevés. Ceci semble d'autant plus notable que l'on sait bien que dans les items traumatologie, fracture, psychiatrie, épilepsie, traumatisme crânien grave, contusion viscérale grave, amputation traumatique, plaie et contusion diverse, et hypothermie, la participation de l'alcoolomanie joue un rôle important sans qu'il soit possible, dans ce travail, de l'évaluer. Il est très significatif, lorsque l'on connaît la difficulté de reconnaissance de l'intoxication par les patients, que près de la moitié de notre population ait un antécédent connu ou avoué d'intoxication éthylique.

- - De la même manière, le tabagisme (code 305) représente lui aussi une composante importante (10,14%) de ces antécédents puisqu'on le retrouve chez 116 patients soit 42,03%. Sa sévérité est elle aussi majorée si on lui associe les items artérite, bronchopathie chronique obstructive et certains cancers en particulier O. R. L..

- - Le chapitre pédiculose, acariase, et mycose cutanée (codes 111, 132, 133) représente 9,09% des antécédents. Il se décompose en 52 acariases, 40 pédiculoses et 12 dermatomycoses. L'importance de cette pathologie n'est pas surprenante. Elle est liée aux conditions de vie et au manque d'hygiène dans la rue. Il semble pourtant, là encore, que ces antécédents soient sous-évalués, tant il est vrai que ce qui semble banal et évident dans la pratique quotidienne n'est pas forcément signalé ou spécifié dans la recherche d'antécédents nécessaires à une étude.

- - Le chapitre fracture, luxation et entorse (codes 800 à 829, 831, 838, 839, 844, 845, et 848) est retrouvé dans 100 fiches patients soit 8,74% des antécédents (mais un

patient peut avoir plusieurs fractures ou luxations différentes notifiées). Il ne s'agit donc pas de 100 patients. La majorité des ces fractures intéresse les membres inférieurs (36). Elles se décomposent en 13 fractures du fémur (7 du col et 6 autre partie ou non défini), 12 fractures de la rotule, du tibia et du péroné, 5 fractures des os de la face, 5 fractures de l'humérus, 5 fractures du radius ou du cubitus, 5 fractures métacarpiennes ou phalangiennes, 4 fractures de la cheville, 4 fractures d'un ou plusieurs os du tarse et du métatarse, 3 fractures de la clavicule, 3 fractures du membre inférieur mal définies, 2 fractures de la voûte du crâne, 2 fractures des os du crâne, autres ou non précisés, 1 fracture de la colonne vertébrale, 1 fracture d'une ou plusieurs cotes, 1 fracture du bassin, 1 fracture du carpe, 1 fracture mal définie du membre supérieur, et enfin 21 fractures d'un ou plusieurs os non précisés. En outre, on retrouve 7 luxations et 4 entorses.

Une partie de cette traumatologie est probablement liée aux conditions de vie dans la rue. Les bagarres entre eux ou les agressions par des vigiles ou des skinheads, les accidents de la voie publique surtout lorsqu'ils sont en état de suralcoolisation aiguë sont des explications connues de l'importance de la pathologie traumatologique dans cette population.

- - Le chapitre ulcère digestif (code 530, 531, 532, 535, 560, 564, 565, 566, 567, et 574) représente 78 antécédents (6,82%). Ils se décomposent en 29 ulcères (21 gastriques et 8 duodénaux), 18 gastrites (essentiellement gastrites alcooliques) et 13 maladies de l'oesophage (oesophagites alcooliques). Les 5 troubles fonctionnels non classés (essentiellement ballonnement, douleurs abdominales, etc.), les 5 abcès, fissures anales et hémorroïdes, les 4 occlusions et les 4 lithiases biliaires ont été ajoutés dans cette rubrique. Là encore, les conditions de la rue en ce qui concerne l'alimentation, les mauvaises conditions d'hygiène alimentaire associées à l'alcoolisme avec de plus essentiellement du vin de mauvaise qualité, explique l'importance relative de ce chapitre.

- - Le chapitre cardio-vasculaire (codes 391, 394, 396, 401, 421, 425, 426, 427, 428, 429, 436, 440, 444, 451, 453, 454, et 455) représente 51 antécédents (4,46%). ils se décomposent en 16 hypertensions essentielles, 7 troubles du rythme ou de la conduction, 6 artérites, 3 insuffisances cardiaques, 3 maladies mitrales ou mitro-aortiques, 1 rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques, 1 endocardite aiguë ou subaiguë, 1 cardiomyopathie, 1 complication de cardiopathie ou maladie cardiaque mal définie, 1 accident vasculaire cérébral et 1 embolie. Les 5 thrombophlébites et les 5 varices ont été ajoutées dans ce chapitre.

- - Le chapitre infection des voies aériennes (codes 460, 466, 473, 474, 478, 482, 485, et 486) représente 50 antécédents (4,37%). Ils se décomposent en 27 bronchites aiguës, 14 broncho-pneumonies, 4 affections chroniques des amygdales, 3 sinusites chroniques et 2 rhino-pharyngites.

- - Le chapitre psychiatrie (codes 291, 294, 295, 297, 310, 311, et V 40) représente 47 antécédents (4,10%). Ils se décomposent en 17 dépressions, 12 états psychotiques organiques chroniques, 8 psychoses alcooliques, 4 psychoses schizophréniques, 3 états délirants, 2 problèmes mentaux et de comportement, et 1 trouble mental spécifique non psychotique consécutif à une atteinte cérébrale organique (il s'agissait de séquelles de méningite). Il convient de souligner que ces

données proviennent d'anamnèses recueillies par des médecins généralistes. Là encore, on trouve confirmation des données connues sur la pathologie psychiatrique des populations S. D. F. En dehors de pathologies psychiatriques sévères et chroniques et des atteintes liées à l'alcool, l'essentiel des antécédents relevés touche à la « petite » pathologie psychiatrique regroupée sous la rubrique dépression. Sans tenter de résoudre l'insoluble question du facteur premier entre la pathologie psychiatrique et la rue que l'on peut résumer trivialement par : est-ce parce qu'on est fou que l'on devient S. D. F. ou est-ce parce qu'on est S. D. F. qu'on devient fou ? Il est cependant clair que les conditions d'insécurité de la rue, le manque de sommeil, la noria entre les différentes structures d'hébergement d'urgence et l'isolement psychoaffectif sont pour beaucoup dans l'apparition ou la majoration de cette pathologie psychiatrique.

- - Le chapitre épilepsie (code 345) est noté chez 45 patients soit 16,3% des patients (3,93% des antécédents). C'est une pathologie importante, c'est pourquoi elle a été individualisée. Parfois liée à des antécédents de traumatisme crânien, elle est le plus souvent « essentielle » bien que l'on connaisse le rôle majeur de l'alcoolisme dans cette pathologie. D'autant plus que pour cette population peu compliante au traitement, lorsqu'un choix doit être fait entre l'alcool et la prise quotidienne d'un anticonvulsivant, c'est souvent ce dernier qui est abandonné.

- - Le chapitre tuberculose (codes 011, 014, et 015) est noté chez 44 patients soit 15,9% (3,85% des antécédents). Il se décompose en 41 tuberculoses pulmonaires, 2 ostéomyélites tuberculeuses et 1 péritonite tuberculeuse. On confirme là l'importance de la pathologie tuberculeuse dans les antécédents de cette population.

- - Le chapitre affections pulmonaires (codes 491, 492, 493, et 496) représente 44 antécédents (3,85%). Il se décompose en 26 bronchites chroniques, broncho-emphysème, et broncho-pneumopathie chronique obstructive et 18 asthmes. Ces chiffres sont, bien sur, à mettre en corrélation avec l'importance du tabagisme relevé.

- - Le chapitre dermatologie (code 035, 125, 136, 680, 681, 682, 684, 686, 690, 691, 693, 694, 696, 702, 707, et 709) représente 43 antécédents (3,76%). On note 22 ulcères de jambes, 6 eczémas et dermites allergiques, 4 phlegmons, anthrax ou panaris, 3 impétigos, 2 psoriasis, 2 érysipèles, 2 dermatoses autres, 1 filariose et 1 maladie infectieuse ou parasitaire autre sans précision. On peut être surpris par le faible nombre des ulcères de jambe et des « pieds de vagabonds » dont on sait pourtant qu'il représente une part importante des pathologies traitées à l'antenne médicale. Probablement, là aussi, les pathologies courantes et banales le sont tellement qu'elles ne sont même pas évoquées ou recherchées.

- - Le chapitre plaie diverse (code 873, 879, 880, 884, 886, 891, 892, 893, et 894) regroupe 39 antécédents (3,41%). Il se décompose en 19 plaies multiples ou non précisées, 5 plaies du membre inférieur, 4 plaies de la tête, 4 plaies des membres inférieurs, 3 plaies des membres supérieurs multiples ou non précisées, 2 plaies de l'épaule ou du bras et 2 plaies de localisation non précisée. On fera ici les mêmes remarques que celles formulées au chapitre fracture.

- - Le chapitre ophtalmologie (code 361, 366, 367, 368, 369, 370, 372, 377, 378 et 379) comprend 33 antécédents (2,89%). On retrouve 16 troubles de la vision, vice

de réfraction et troubles de l'accommodation, 5 affections de la conjonctive et kératites, 4 cataractes, 3 décollements et anomalies de la rétine, 3 affections diverses du globe oculaire et 2 cécités. Bien que mineure, pour l'essentiel en tant que pathologie, il s'agit avec ce chapitre de commencer à repérer les problèmes ophtalmologiques et de lunettes de ces populations. En fait, il est probable qu'un nombre plus important de patients présente des troubles visuels, ce qui dans leur cas pose un important problème pour leur faire obtenir des lunettes. Les conditions de vie dans la rue sont manifestement aggravées lorsque l'on ne dispose pas d'une bonne vision, a fortiori lorsque l'on est aveugle. Par ailleurs, dans le chapitre kératites, 3 d'entre elles sont liées à des agressions par gaz lacrymogène.

- - Le chapitre toxicomanie (code 304) comprend 20 patients soit 7,2% (1,75% des antécédents). Il regroupe les toxicomanies par voie intraveineuse ou médicamenteuse (1 cas). On peut être surpris par le petit nombre de patients concernés. Cependant les conditions de ramassage et d'accueil au C. H. A. P. S. A. en font un lieu assez peu prisé de la population jeune et toxicomane.

- - Le chapitre gastro-entérite (code 009 et 558) est retrouvé chez 19 patients (1,66%). Il comprend essentiellement les diarrhées liées à leur hygiène alimentaire.

- - Le chapitre hépatite non virale et cirrhose (code 570 et 571) est relevé 17 fois (1,49%). Il se décompose en 12 cirrhoses et 5 insuffisances hépatiques aiguës. On peut être étonné par le petit nombre d'insuffisances hépatiques et de cirrhose pour une population dont on a vu l'importance de l'éthylisme chronique. Même si, là aussi, il existe certains biais, le très faible nombre de cirrhoses éthyliques dans ces populations où l'alcoolisme chronique et aigu voire suraigu a une telle incidence est noté depuis longtemps. Ceci est corroboré par la très faible incidence des hémorragies digestives. Ainsi dans cette étude, aucun antécédent d'hémorragie digestive n'est retrouvé. Les complications de l'alcoolisme dans cette population se font essentiellement sur le mode polynévrites, artérites et pancréatites.

- - Le chapitre polynévrite (code 357) est spécifié 15 fois (1,31%). Il est à rapprocher, bien sur, de l'intoxication éthylique. On retrouve comme facteur associé des carences vitaminiques en particulier en vitamine B1 très fréquentes.

- - Le chapitre autre neurologie (hors épilepsie et polynévrite), (code 045, 322, 323, 331, 332, 333, 334, 342, 344, et 346) comprend 13 antécédents (1,14%) décomposés en 4 méningites et encéphalites, 4 autres dégénérescences, syndrome parkinsonien, mouvements anormaux, et autres affections cérébro-médullaires, 2 poliomyélites, 2 spina-bifida et 1 migraine.

- - Le chapitre rhumatologie (code 714, 715, 717, 718, 721, 727, 730, 731, 741 et 781) comprend 12 antécédents (1,05%). On retrouve 8 arthroses, 2 lésions articulaires, et 2 ostéomyélites et ostéites.

- - Le chapitre stomatologie (code 521, 522, et 525) est signalé 11 fois (0,96%). On trouve 10 affections dentaires et 1 affection de la pulpe. Bien que de caractère banal, comme pour les problèmes de vue, il s'agit ici commencer à repérer les problèmes dentaires pour lesquels on connaît les difficultés particulières de prise en charge pour ces populations S. D. F..

- - Le chapitre traumatisme crânien grave (code 852 et 854) est signalé 11 fois (0,96%). Il comprend 6 traumatismes ou hématomes intracrâniens graves et 5 hémorragies sous-arachnoïdiennes, sous et extra-durales.

- - Le chapitre cancer (code 150, 151, 161, 172, 180, 182, 188, et 189) comprend 9 antécédents (0,79%). On retrouve 3 tumeurs malignes de l'utérus, 2 tumeurs malignes du rein et de la vessie, 1 tumeur maligne de l'oesophage, 1 de l'estomac, 1 du larynx et 1 mélanome malin.

- - Le chapitre brûlures (code 940, 941, et 949) est noté 8 fois (0,70%). On note 4 brûlures non précisées, 3 brûlures oculaires (par gaz lacrymogène) et 1 brûlure de la tête ou du cou.

- - Le chapitre pancréatite (code 577) concerne 8 patients et 0,70% des antécédents. Il s'agit de pancréatites alcooliques.

- - Le chapitre tumeur bénigne (code 217, 218, 241, et 610) comprend 8 antécédents (0,70%). On retrouve 5 myomes utérins, 1 tumeur bénigne du sein, 1 goitre nodulaire non toxique et 1 dysplasie mammaire bénigne.

- - Le chapitre urinaire (code 580, 590, 592, 595, et 605) est noté 8 fois (0,70%). Il comprend 4 lithiases urinaires, 2 infections rénales, 1 glomérulonéphrite et 1 phimosis.

- - Le chapitre hépatite virale (code 070) comprend 7 antécédents (0,61%) dont 5 hépatites C chez des toxicomanes.

- - Le chapitre endocrinologie (code 250, 251, 253 et 258) est relevé 6 fois (0,52%). Il comprend 2 diabètes sucrés, 2 diabètes insulino-nécessitants, 2 insuffisances hypophysaires et troubles pluriglandulaires. On peut relever en terme de santé publique la difficulté que rencontrent des patients S. D. F. insulino-nécessitants ou présentant une insuffisance endocrinienne pour se traiter.

- - Le chapitre gynécologie (code 611, 614, 617, et 621) comprend 6 antécédents (0,52%). On note 4 salpingites ou endométrioses et 2 interruptions volontaires de grossesse.

- - Le chapitre MST (code 097, 098, et 099) est relevé 6 fois (0,52%), avec 2 syphilis, 2 gonococcies et 2 autres ou non spécifié.

- - Le chapitre VIH (code 044) concerne 6 patients soit 2,17% des patients et 0,52% des antécédents. On peut être surpris de ce petit nombre. Rappelons que pour différentes raisons, les toxicomanes ne fréquentent guère ou en tout cas peu volontiers le C. H. A. P. S. A..

- - Le chapitre contusion viscérale grave (code 860, 864, et 865) comporte 5 antécédents (0,44%). On trouve 2 pneumo ou hémothorax traumatiques, 2 ruptures de rate et 1 traumatisme hépatique. Les commentaires sont identiques à ceux formulés dans le chapitre fracture.

- - Le chapitre gelure et hypothermie (code 991) est spécifié 5 fois (0,44%). Nous formulerons les mêmes observations sur le recueil de cet antécédent. En effet, on est surpris par le faible nombre de patient ayant présenté des gelures ou une hypothermie alors qu'il s'agit d'une pathologie que l'on sait plus fréquente chez nos patients.

- - Le chapitre ORL (code 381, 382, 388, et 389) est noté 5 fois (0,44%), regroupant 3 otites suppurées et 2 surdités.

- - Le chapitre parasite (code 072, et 084) comprend 3 paludismes et 2 oreillons (0,44% des antécédents).

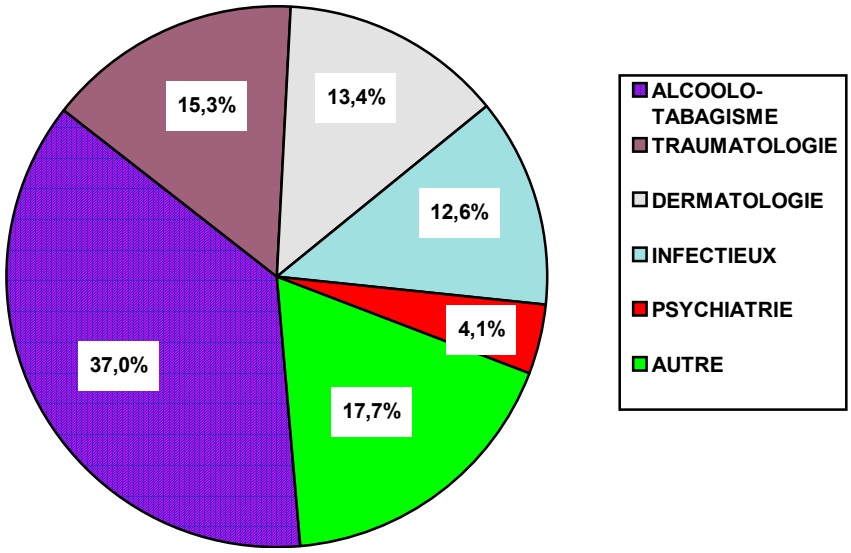
- - Le chapitre anémie (code 281 et 282) comprend 3 anémies carentielles et 1 anémie hémolytique (0,35%).

- - Le chapitre traumatisme superficiel (code 910, 916, 919, et 924) est signalé 4 fois (0,35%).

- - Le chapitre amputation (code 896 et 897) comprend 2 amputations traumatiques de pied et 1 de jambe (0,26%).

En conclusion de ce tableau des antécédents, on voit que pour ces patients entrants dans l'étude, le nombre d'antécédents notables est assez important. En effet, on retrouve 1144 antécédents notables signalés pour 276 patients soit 4,14 antécédents en moyenne par patient. Par ailleurs, on ne relève que deux patients ne présentant aucun antécédent. Malgré les biais méthodologiques déjà signalés, on peut tenter en conclusion de regrouper de façon large les différents antécédents par grands chapitres de pathologies.

TABLEAU N°38
LES ANTECEDENTS PAR GRAND GROUPE DE PATHOLOGIE



- - La rubrique alcoolo-tabagisme (37%) comprend les items :

* alcoolisme et tabagisme
* gastrites et oesophagites
* artérites et polynévrites
* psychoses alcooliques
* épilepsies
* hépatites non virales et cirrhoses
* toxicomanies
* BPCO
* cancers de l'oesophage, gastrique et du larynx
* pancréatites

- La rubrique traumatologie (15,27%) comprend les items :

* fractures, luxations et entorses
* plaies diverses, traumatismes superficiels
* traumatismes crâniens graves, contusions viscérales graves
* brûlures, gelures, hypothermies
* amputations traumatiques

- La rubrique dermatologie (13,35%) comprend les items :

* pédiculoses, acariases, mycoses
* ulcères de jambe

- La rubrique infectieux (12,57%) comprend les items :

* infections des voies aériennes
* tuberculoses
* parasitoses
* gastro-entérites, otites
* phlegmons panaris, anthrax
* salpingites, infections urinaires
* V. I. H. et M. S. T.

- La rubrique psychiatrie représente 4,1%

- La rubrique autre (17,71%) comprend le reste des antécédents

On voit donc, qu'en ce qui concerne les antécédents, l'alcoolo-tabagisme et les pathologies dérivées représentent plus du tiers des antécédents. En outre, le chapitre traumatologie représente une part probablement plus importante que pour la population non - S. D. F.. C'est le cas également des rubriques dermatologie et infectieux. Sans en tirer de conclusions globales, on peut quand même dire que, plus que des antécédents pathologiques spécifiques aux S. D. F., ces antécédents semblent confirmer le « décor » pathologique du S. D. F. lié soit à des problèmes de dépendance (alcoolo-tabagisme) soit aux conditions de vie et d'hygiène dans la rue (dermatologie, infectieux, et traumatologie).

TABLEAU N°39
LES MOTIFS DE CONSULTATION

Dans ce tableau est rapporté les motifs de consultation ou les diagnostics posés lors de l'examen. Comme pour le tableau précédent, deux consultations au maximum par patient ont été enregistrées dans la période de recueil et avec la même méthodologie, les données vont être présentées par ordre de fréquence. Dans un deuxième temps les résultats seront regroupés en grandes catégories. Enfin, un tableau de synthèse en six regroupements sera présenté.

Infection des voies aériennes	81	14,95%

Pédiculose - Acariase - Mycose	67	12,36%
Examen et Surveillance	50	9,22%
Psychiatrie	44	8,12%
Dermatologie	36	6,64%
Alcoolisme	33	6,09%
Pathologie Cardio-vasculaire	29	5,35%
Ulcère digestif	27	4,98%
Autre neurologie	20	3,69%
Affection pulmonaire	17	3,14%
Traumatisme superficiel	17	3,14%
Plaie diverse	14	2,58%
Fracture - Luxation - Entorse	11	2,03%
Polynévrite	10	1,85%
Tuberculose	10	1,85%
Epilepsie	9	1,66%
Gastro-entérite	8	1,48%
Endocrinologie	8	1,48%
Hépatite non virale et cirrhose	7	1,29%
Rhumatologie	7	1,29%
Ophtalmologie	6	1,11%
Cancer	4	0,74%
Toxicomanie	4	0,74%
Stomatologie	4	0,74%
Pancréatite	3	0,55%
Appareil Urinaire	3	0,55%
VIH	2	0,37%
ORL	2	0,37%
Tumeur Bénigne	2	0,37%
Anémie	2	0,37%
Parasite	2	0,37%
Brûlure	1	0,18%
Gynécologie	1	0,18%
Gelure - hypothermie	1	0,18%
Total	542	

- - Le chapitre infection des voies aériennes (codes 460, 461, 462, 463, 465, 466, 473, 485, 486, 487, et 490) représente 81 motifs ou diagnostic de consultation (15%). Il se décompose en 45 bronchites aiguës, 12 rhino-pharyngites, 11 broncho-pneumonies, 5 pharyngites, 4 grippes, 2 amygdalites, 1 sinusite aiguë, et 1 affection aiguë des voies respiratoires non précisée. Ce chapitre représente le motif de consultation le plus fréquent. Cela se conçoit assez facilement étant donné leurs conditions de vie. Rappelons que la période de recueil se situe d'avril à décembre donc essentiellement en dehors de la période hivernale. Cependant, sans être complètement surpris de son importance, on est étonné, malgré tout, de retrouver cet item comme premier motif de consultation.

- - Le chapitre pédiculose, acariase, et mycose cutanée (codes 111, 132, 133 et 134) représente 67 motifs de consultation (12,36%). Il se décompose en 43 acariases, 15 pédiculoses et 9 dermatomycoses. Il est clair que les problèmes dermatologiques et parasitaires représentent une composante importante des pathologies de ces populations S. D. F..

- - Le chapitre examen et surveillance (V 22, V 45, V 57, V 58, V 63, V 64, V 65, V 66, V 67, V 68, V 70, et V 73) comprend 50 motifs de consultation (9,22%). On trouve

12 examens ou surveillances autres sans précision, 11 examens de surveillance, 9 visites à des fins administratives (entrée en maison de retraite, certificat pour employeur etc.), 9 absences de conditions permettant les soins (en particulier impossibilité de se procurer des médicaments, d'obtenir des soins infirmiers etc.), 4 surveillances post - opératoires ou nécessités de rééducation, 3 examens médicaux généraux, 1 demande de dépistage V. I. H., et 1 surveillance de grossesse normale. Ce chapitre illustre bien la fonction d'accueil et de tri de cette consultation. Souvent seule référence médico-sociale accessible à ces populations démunies, elle répond aussi à des demandes « marginales ». Qu'il s'agisse de demandes de surveillance de telle affection chronique, d'examens « de principe » qui permet parfois simplement l'échange et le contact social, ou bien de surveillances post - opératoire de patients sans domicile, dérivées des nouvelles pratiques hospitalières de raccourcissement du séjour et d'alternatives à l'hospitalisation. Enfin on trouve 1 surveillance d'une grossesse normale.

- - Le chapitre psychiatrie (codes 291, 294, 295, 297, 297, 300, 301, 306, 307, 308, 311, 312, V 40 V 61, et V 62) représente 44 motifs ou diagnostics de consultation (8,12%). Il se décompose en 13 autres raisons psychosociales, 7 problèmes mentaux et de comportement, 5 dépressions, 4 états psychotiques organiques chroniques, 4 psychoses alcooliques, 4 états réactionnels aigus à une situation très éprouvante, 3 états délirants, 2 psychoses schizophréniques et 2 troubles névrotiques. Il convient de souligner à nouveau que ces informations proviennent de données recueillies par des médecins généralistes.

- - Le chapitre dermatologie (code 035, 054, 136, 682, 684, 686, 690, 691, 692, 693, 694, 696, 698, 702, 707 et 782) représente 36 diagnostics ou motifs (6,64%). On note 13 ulcères de jambes, 5 eczémas et dermites allergiques, 4 maladies infectieuses ou parasitaires autres sans précision, 3 érysipèles, 3 phlegmons et abcès, 2 impétigos, 2 prurits et affections apparentées, 1 herpès, 1 psoriasis, 1 dermatose autre et 1 symptôme relatif aux téguments.

Nous ferons les mêmes remarques que précédemment concernant la banalité des ulcères de jambe et des « pieds de vagabond » dans cette population, responsable d'une sous-évaluation certaine. Cependant, au niveau des motifs de consultation médicale, on peut trouver une explication supplémentaire à ce petit nombre. En effet ces patients vont plutôt consulter les infirmières pour ce problème. En cas de besoin, l'infirmière va demander un avis médical sans qu'une consultation stricto sensu ne soit enregistrée.

- - L'alcoolisme aigu ou chronique (code 303) représente 33 motifs de consultation (6,09%). Là aussi on peut être surpris par le petit nombre enregistré. Il est rare que l'alcoolisme aigu soit le motif de la consultation. Les patients viennent souvent consulter pour d'autres motifs même si la consultation se fait chez un patient dont l'alcoolémie mesurée à l'éthylomètre avoisine souvent les 3 grammes par litre. Le diagnostic est fait, bien sûr, mais il n'est que rarement spécifié surtout s'il existe un autre motif ou diagnostic de consultation.

- - Le chapitre cardio-vasculaire (codes 395, 396, 401, 421, 427, 428, 440, 451, 454, 455 et 785) représente 29 motifs de consultation (5,35%). il se décompose en 11 hypertensions, 6 insuffisances cardiaques, 4 symptômes relatifs à l'appareil

cardio-vasculaire, 2 maladies mitrales ou mitro-aortiques, 1 trouble du rythme et 1 artérite. De plus, 3 thrombo-phlébites et 1 varice ont été ajoutées dans ce chapitre.

- - Le chapitre ulcère digestif (code 530, 532, 535, 536, 550, 560, 564, 574 et 787) représente 27 motifs de consultations (4,98%). Il se décompose en 12 symptômes relatifs à l'appareil digestif, 3 maladies de l'oesophage (oesophagites alcooliques), 3 gastrites (essentiellement gastrites alcooliques), 1 ulcère duodénal et 1 trouble fonctionnel gastrique non classé (éructations, brûlures et ballonnement). Les 2 hernies inguinales, les 2 troubles fonctionnels de l'appareil digestif non classés ailleurs (douleurs abdominales, nausées etc.), 1 occlusion, 1 hémorroïde et 1 lithiase biliaire ont été ajoutés sous cette rubrique.

- - Le chapitre autre neurologie c'est à dire hors épilepsie et polynévrite, (code 331, 333, 334, 342, 346, 352, 353 et 781) comprend 20 signalements (3,69%) décomposés en 6 migraines, 5 autres dégénérescences, syndromes parkinsonien, mouvements anormaux, et autres affections cérébro-médullaires, 5 symptômes relatifs au système nerveux et ostéo-musculaire, 3 affections nerfs crâniens, racines et plexus nerveux, et 1 hémiplégie.

- - Le chapitre affection pulmonaire (codes 491, 493, 496 et 786) représente 17 diagnostics ou motifs de consultation (3,14%). Il se décompose en 11 symptômes relatifs à l'appareil respiratoire, 4 asthmes et 2 bronchites chroniques, broncho-emphysème, et broncho-pneumopathie chronique obstructive.

- - Le chapitre traumatisme superficiel (code 905, 910, 911, 914, 915, 916, 917, 920, 921, et 924) est signalé 17 fois (3,14%).

- - Le chapitre plaie diverse (code 873, 882, 883, 891, 892, 893, et 894) regroupe 14 diagnostics (2,58%). Il se décompose en 10 plaies du membre inférieur, 2 plaies de la tête, et 2 plaies de la main ou des doigts.

- - Le chapitre fracture, luxation et entorse (codes 807 à 825, 831, 837, et 845) est retrouvé dans 11 motifs de consultation (2,03%). Il se décompose en 2 fractures métacarpiennes ou phalangiennes, 2 fractures d'une ou plusieurs cotes, 1 fracture de la cheville, 1 fracture d'un ou plusieurs os tarse et métatarse et 1 fracture du carpe. En outre, on retrouve 3 luxations (2 de l'épaule et 1 de la cheville), et 1 entorse de la cheville et du pied.

- - Le chapitre polynévrite (code 357) est spécifié 10 fois (1,85%).

- - Le chapitre tuberculose (code 011) est objectivé chez 10 patients (1,85%). Il s'agit de 10 tuberculoses ou récidives aiguës dépistées pendant la période de recueil, non-exhaustive, de neuf mois.

- - Le chapitre crise d'épilepsie (code 345) est noté pour 9 patients.

- - Le chapitre gastro-entérite (code 009) est retrouvé chez 8 patients.

- - Le chapitre endocrinologie (code 251, 253, 256, 262, et 275) est relevé 8 fois. Il comprend 3 malnutritions protéïno-calorique sévères, 2 diabètes insulino-

nécessitants, 1 trouble de l'hypophyse, 1 trouble du métabolisme des hydro-minéraux et 1 dysfonction ovarienne. Il faut noter que l'état de dénutrition sévère ou l'altération grave de l'état général (non coté mais incorporé dans cet item) ne correspond qu'à 3 motifs ou diagnostic. De la même façon que précédemment, lorsque le patient présente une altération de l'état général sévère et une autre pathologie ou demande, c'est cette dernière uniquement qui est cotée car l'altération de l'état général en raison de sa fréquence est extrêmement banale.

- - Le chapitre hépatite non virale et cirrhose (code 570 et 571) est noté pour 7 patients. Il se décompose en 4 insuffisances hépatiques aiguës et 3 cirrhoses.

- - Le chapitre rhumatologie (code 715, 718, 719, 722, 727, et 756) comprend 7 diagnostics ou motifs. On trouve 3 lésions articulaires autres ou non précisées, 2 lésions des disques intervertébraux, 1 arthrose et 1 atteinte d'une synoviale ou d'un tendon.

- - Le chapitre ophtalmologie (code 368 et 372) comprend 6 motifs ou diagnostics. On retrouve 4 troubles de la vision et 2 affections de la conjonctive (conjonctivite et brûlure par gaz C. S.).

- - Le chapitre cancer (code 149, 180, 182, et 205) comprend 4 diagnostics (2 tumeurs malignes de l'utérus, 1 tumeur maligne du pharynx et 1 leucémie myéloïde).

- - Le chapitre toxicomanie (code 304) comprend 4 patients.

- - Le chapitre stomatologie (code 521 et 523) est rapporté 4 fois avec 3 affections dentaires et 1 maladie gingivale et périodontale.

- - Le chapitre pancréatite (code 577) concerne 3 patients. Il s'agit de poussées aiguës sur pancréatite chronique.

- - Le chapitre urinaire (code 580, 602 et 788) est noté 3 fois : 1 glomérulonéphrite aiguë, 1 prostatite et 1 symptôme relatif à l'appareil urinaire.

- - Le chapitre V. I. H. (code 044) concerne 2 patients. Il s'agit de patients sidéens consultant dans ce cadre.

- - Le chapitre O. R. L. (code 381 et 389) est signalé 2 fois : 1 otite suppurée et 1 surdité.

- - Le chapitre tumeur bénigne (code 218, et 235) comprend 2 diagnostics : 1 myome utérin et 1 tumeur d'évolution imprévisible appareil digestif ou respiratoire.

- - Le chapitre anémie (code 280 et 285) comprend 1 anémie ferriprive et 1 anémie autre sans précisions.

- - Le chapitre parasite (code 084) comprend 1 paludisme et 1 filariose.

- - Le chapitre brûlures (code 945) note 1 brûlure du membre inférieur.

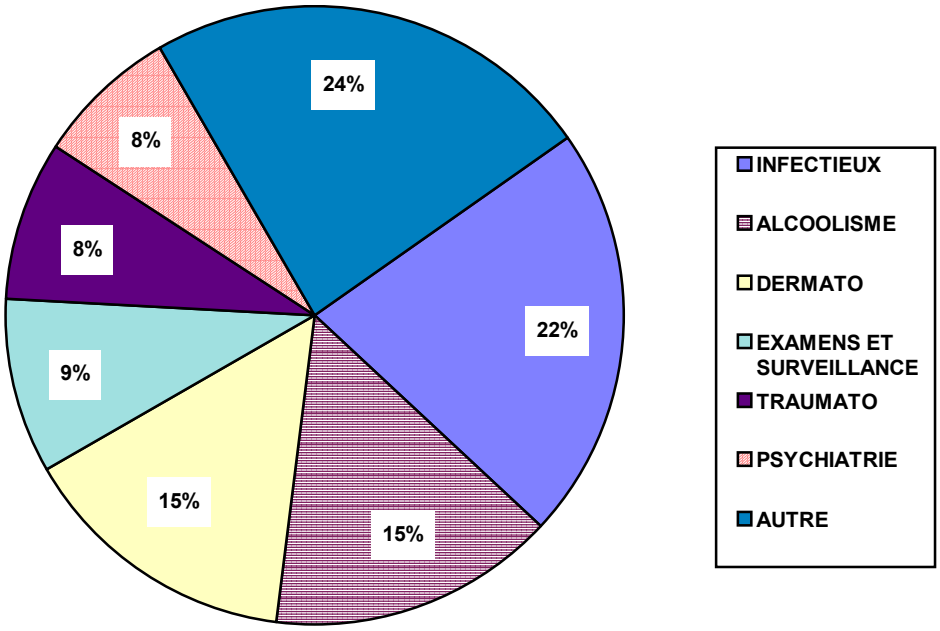
- - Le chapitre gynécologie (code 625) comprend 1 dysménorrhée.

- - Le chapitre gelure et hypothermie (code 991) est rapporté 1 fois. Nous ferons les mêmes remarques sur très faible nombre décrit de ces pathologies qu'on sait pourtant, par la pratique quotidienne, plus fréquentes. L'hypothermie s'observe aussi en dehors de la période hivernale (le « record » à 25°C mesuré dans le Service de Soins Intensif de l'hôpital Max Fourestier a été observé au mois d'avril).

En conclusion, on note que, mis à part quelques différences notables, les motifs de consultation ou de diagnostics sont somme toute assez banaux pour une consultation médicale de type généraliste. Les exceptions sont liées soit aux conditions de vie dans la rue (pédiculose, « pied de vagabond » et ulcère de jambe), soit aux conditions médico-sociales gênant ou empêchant l'utilisation des circuits de droit commun.

Comme nous l'avions fait pour les antécédents et avec les mêmes regroupements, nous produisons ici un graphique des différents diagnostics ou motifs de consultation.

TABLEAU N°40
LES MOTIFS OU DIAGNOSTICS DE CONSULTATION REGROUPES



- - La rubrique infectieux (22%) comprend les items :

  * infections des voies aériennes
  * tuberculoses
  * gastro-entérites
  * V. I. H.
  * O. R. L. infectieux

- - La rubrique alcoolisme (15%) comprend les items :

  * alcoolisme
  * gastrites et oesophagites

* polynévrites et artérites
* psychoses alcooliques
* épilepsies
* hépatites non virale et cirrhoses
* pancréatites

- - La rubrique dermatologie (15%) comprend les items :

* pédiculoses, acariases, mycoses
* ulcères de jambe
* dermatoses autres

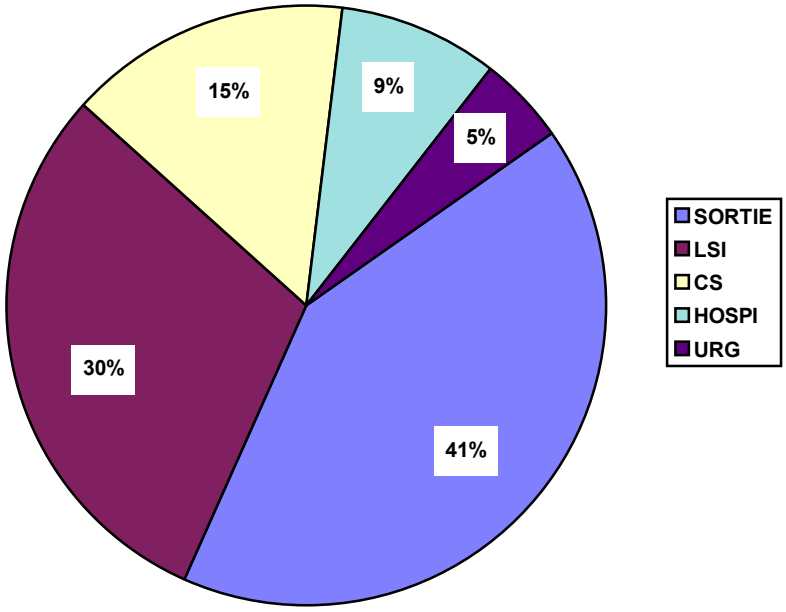
- - La rubrique examens et surveillance représente 9%
- - La rubrique psychiatrie représente 8%
- - La rubrique traumatologie (8%) comprend les items :

* fractures, luxations et entorses
* plaies diverses et traumatismes superficiels
* gelures et hypothermies

- - La rubrique autre (24%) comprend le reste des motifs ou diagnostics

TABLEAU N°41
LES ORIENTATIONS APRES CONSULTATION

Les destinations à l'issue des consultations ont été répertoriées.



Ce tableau illustre bien la fonction d'orientation de la consultation médicale du C. H. A. P. S. A..

Ainsi, on relève 151 sorties (41%) après la consultation. Nous n'avons pas discriminé les suites, c'est à dire si les patients sont ensuite retournés à la rue, à l'hébergement ou autre.

Par contre, on trouve 110 admissions (30%) dans les lits de soins infirmiers. L'importance de ce chiffre confirme bien si besoin en était, le rôle fondamental rempli par

cette structure. Avant son existence, les seules alternatives étaient soit l'hospitalisation souvent abusive soit la remise à la rue humainement difficile devant une bronchite fébrile ou une fracture plâtrée nécessitant une injection d'anticoagulant quotidienne. A noter que l'on trouve notifié un cas de refus de lits de soins infirmiers par le patient et une hospitalisation secondaire à l'entrée dans ces lits.

On trouve 55 consultations spécialisées (15%). Parmi celles-ci, 38 ont été suivies d'une sortie, 14 d'une orientation dans les lits de soins infirmiers, et 3 ont été suivies d'une hospitalisation.

On note 32 hospitalisations (9%) dont 2 en hôpital psychiatrique (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers).

17 patients ont été orientés vers les urgences (5%) dont 1 a été réorienté vers les lits infirmiers.

Enfin, on retrouve 3 orientations spécifiées vers les travailleurs sociaux, 1 orientation à la maison de retraite et 1 orientation vers le centre d'accueil.

2°) Résultats de l'étude exclus et P. M. S. I. (Dr. J. P. Pichon)

Les « exclus » sont-ils aussi exclus du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information. ? De mon expérience de clinicien, j'ai gardé le souvenir que les malades ne sont pas égaux devant la maladie. Certains ayant un « terrain fragilisé » nécessitent une prise en charge « médicale » plus longue. En fait il serait plus juste de parler de soins plus complexes et plus longs. Le malade ne peut pas être réduit à la pathologie d'organe que le médecin observe. Il est nécessaire de prendre en considération le malade dans sa totale complexité. Il est notamment utile de prendre en considération les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent nos clients. Cette pratique quotidienne des cliniciens a-t-elle une traduction économique ? Il semble donc nécessaire de vérifier les incidences potentielles des conditions socio-économiques sur le P. M. S. I.. La question est donc de savoir s'il n'existe pas un phénomène de double population dans certains Groupes Homogènes de Malades (G. H. M.) explicable par les conditions socio-économiques. Mais immédiatement on se doit de poser les questions suivantes :

- est-il pertinent de prendre en considération les conditions socio-économiques ?
- ne risque-t-on pas de marginaliser un peu plus une population déjà marginalisée?
- quels outils doit-on utiliser ?

a) La problématique

La démarche trouve sa justification dans un fait d'expérience : le nombre de journées d'hospitalisation liées à la prise en charge des « exclus » et des vagabonds est

plus élevé que ne le laisse supposer le nombre d'admissions de cette clientèle. En 1994, 21 % des hospitalisations au C. A. S. H de Nanterre concernent la population des « exclus ». Ils représentent 53 % des journées d'hospitalisation de cet établissement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette durée d'hospitalisation supérieure à la moyenne. En première approximation, on peut admettre que pour un groupe homogène de malade, le coût du séjour varie proportionnellement en fonction de la durée du séjour. Il est donc probable que la prise en charge de la population considérée soit plus coûteuse que le reste de la population. Au regard du P. M. S. I., on peut se demander si cette population se retrouve dans des G. H. M. dits « lourds » ou s'il existe un effet de double population dans les G. H. M. lié aux conditions socio-économiques ?

Ces questions n'auraient pas un grand intérêt, autre qu'intellectuel, si la distribution de la population au regard des conditions sociales et économiques était identique d'un établissement hospitalier à un autre. Or cette homogénéité de la distribution ne me semble pas acquise.

A ne pas étudier le phénomène, ne risque-t-on pas de pénaliser les établissements qui accueillent largement les défavorisés? A mettre en évidence un facteur de surcoût ne risque-t-on pas de donner à certains des arguments pour mieux exclure une population déjà marginalisée?

b) Discussion en annexe du sujet

Le terme utilisé « d'exclus » semble fort discutable. Certes, il correspond à une mode de langage. Mais il paraît trop réducteur et admettre qu'il y aurait deux catégories d'individus, les économiquement normaux et les autres. Il semble admettre implicitement la notion d'intolérance vis à vis de ce qui n'est pas normal. Pour lutter contre l'exclusion, il est indispensable de bannir de notre langage tous les mots qui risquent de véhiculer intolérance et rejet. Pour le médecin, ces malades présentent une polypathologie ou une pathologie complexe que la vision linéaire du P. M. S. I. ne permet pas de décrire. Cette incapacité du P. M. S. I. résulte des racines de ce dernier, même s'il bénéficie d'une certaine évolution (Outil de facturation correspondant au modèle de prise en charge de la santé aux U. S. A.). En conclusion provisoire, ce sujet complexe ne peut être étudié que sous l'angle de la complexité avec une méthode d'étude non linéaire.

c) La question médico-économique

On peut évoquer plusieurs réponses possibles. L'une d'entre elles consiste à considérer qu'il est à première vue critiquable d'individualiser une catégorie socioprofessionnelle du reste de la population au sein des Groupes Homogènes de Malades. Il est dangereux de mettre à l'index, en les isolant, une catégorie d'individus. Par

ailleurs l'intérêt est limité dans le cadre d'un outil de répartition de ressources, si la fréquence de la population démunie est sensiblement la même d'un établissement à un autre. Dans le cadre de cette logique, il parait plus pertinent d'admettre la nécessité de pouvoir pondérer les éléments de la discussion économique pour les établissements dont les distributions socio-économiques de leur clientèle diffèrent de façon significative par rapport à l'ensemble du système de soins. Dans cet esprit, il convient donc de faire évoluer le système d'information hospitalier vers l'individualisation des coûts rattachés au client accueilli et soigné.

TABLEAU N°42
CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC ET ETAT DE SANTE

Après une analyse des données issues du P. M. S. I. pour l'année 1994, l'étude de la distribution des séjours selon les populations fait ressortir une répartition non homogène au regard de la notion « d'exclus » parmi les catégories majeures de diagnostic (CMD).

CMD	SDF			Reste de la population		
	Rang	Part	Nombre	Rang	Part	Nombre
1-Affections du système nerveux	2	10,33%	183	7	5,39%	356
2-Affections de l'œil	12	2,65%	47	10	4,28%	283
3-Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	9	5,30%	94	9	4,95%	327
4-Affections de l'appareil respiratoire	1	13,32%	236	6	6,95%	459
5-Affections de l'appareil circulatoire	7	6,94%	123	5	7,04%	465
6-Affections du tube digestif	6	7,17%	127	4	7,31%	483
7-Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	10	3,78%	67	14	2,00%	132
8-Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	5	8,01%	142	3	8,29%	548
9-Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3	9,54%	169	12	2,62%	173
10-Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	13	2,60%	46	8	5,05%	334
11-Affections du rein et des voies urinaires	17	1,58%	28	17	1,69%	112
12-Affections de l'appareil	21	0,73%	13	18	1,18%	78

génital masculin						
13-Affections de l'appareil génital féminin	22	0,34%	6	15	1,77%	117
14-Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	19	1,13%	20	2	14,33%	947
16-Affections du sang et des organes hématopoïétiques	18	1,24%	22	20	0,97%	64
17-Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	15	2,26%	40	16	1,76%	116
18-Maladies infectieuses et parasitaires	20	0,79%	14	22	0,56%	37
19-Maladies et troubles mentaux	16	1,69%	30	19	0,98%	65
20-Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	8	5,93%	105	21	0,74%	49
21-Traumatismes, allergies et empoisonnements	14	2,54%	45	11	2,77%	183
22-Brûlures	23	0,17%	3	23	0,02%	1
23-Autres motifs de recours aux services de santé	11	3,27%	58	13	2,15%	142
24-Séances et séjours d'un jour	4	8,69%	154	1	17,21%	1137
Total			1445			6608

Le chiffre extrêmement faible du chapitre 14, grossesses pathologiques, accouchement et affections du post partum chez les S. D. F. par rapport au reste de la population est expliqué par deux faits. D'une part l'existence de foyers d'accueil pour les mères en difficultés, d'autre part par la faible féminisation de cette population (12,67% contre 52,61% pour le reste de la population) est la variable explicative principale. D'autres facteurs explicatifs, notamment comportementaux, influent, mais dans une moindre mesure.

Ce tableau permet de constater une première différence dans le mode de prise en charge des patients. En effet, l'analyse de la CMD 24 montre que les patients en marge de la vie économique ne bénéficient que partiellement des soins ambulatoires (moins de 9 % des « déshérités » contre plus de 17 % du reste de la population). Ceci n'est que partiellement explicable par l'état de santé. Les conditions socio-économiques sont probablement déterminantes dans la pratique médicale. En effet, en interrogeant les praticiens il apparaît que les conditions d'hygiène déplorables dans lesquels vivent la plus part de ces malades ne permettent pas des soins satisfaisants. De plus, les difficultés, tant

matérielles qu'économiques, associées fréquemment à des troubles de la personnalité, ne permettent pas une autonomie de prise en charge compatible avec un suivi thérapeutique correct.

La deuxième différence concerne les fréquences relatives des pathologies selon les populations considérées. Notamment, les affections de l'appareil respiratoire prédominent très nettement et sont deux fois plus fréquentes pour les « individus sans toit » que pour le reste de la population. Les affections neurologiques, dermatologiques, psychiatriques, hépatobiliaires ou pancréatiques sont très nettement plus fréquentes chez la population « exclue ».

Il ne faut pas oublier que cette description par le PMSI est extrêmement réductrice et ne permet pas de mettre réellement le poids de la polypathologie de la population étudiée. Ce qui pourrait apparaître comme une affirmation gratuite repose sur l'expérience des soignants et des praticiens auprès de cette population., et sur le fait que dans toutes les CMD, le poids moyen en ISA (Indice Synthétique d'Activité) est plus élevé pour cette population, que pour le reste de la population. Par exemple, un patient, psychopathe, soigné pour une broncho-pneumopathie n'est pris en considération que pour sa broncho-pneumopathie.

L'outil du PMSI conduit donc à sous-estimer la fréquence de certaines pathologies. Seul, cet outil ne permet pas une description complète de l'état de santé de la population.

c) Les Groupes Homogènes

Une première analyse des Groupes Homogènes de Malades (GHM) permet de constater que cette population se retrouve dans des GHM plus lourds que le reste de la population (ISA moyen pour les « exclus » = 1129, ISA moyen pour le reste de la population = 943) Pour une partie, ce phénomène est explicable par les co-morbidités associées. A ce stade de la discussion, on pourrait penser que le PMSI est pertinent, puisque prenant en compte les co-morbidités associées. Mais malheureusement il n'en est rien. En effet il convient de s'assurer qu'à l'intérieur de chaque GHM le comportement économique est proche entre les « déshérités » et le reste de la population. En fait il apparaît que la durée moyenne de séjour est significativement différente entre les deux populations, pour de nombreux GHM. Malheureusement, le système d'information ne permet pas dans sa forme actuelle de valoriser le coût des soins prodigués à chaque malade. Il n'est donc possible que de faire une conclusion provisoire. Il est fort probable que la prise en charge des « exclus » soit plus coûteuse, à pathologie principale équivalente, que pour le reste de la population. Une étude de la charge en soins pourrait permettre de savoir si la consommation de soins est affectée par le profil socio-économique, pour une pathologie donnée.

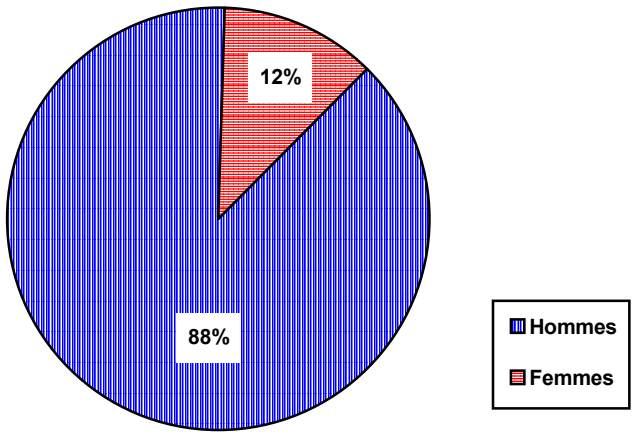
3°) Résultats de l'étude infirmière (O. Gaslonde)

Les résultats qui suivent concernent l'analyse des grilles infirmières et portent sur 325 fiches. Le nombre restreint de grilles infirmières peut s'expliquer par trois raisons essentielles :

- - La grille n'est remplie qu'à la première consultation infirmière pour un motif donné, les renseignements concernant les soins infirmiers sont, les jours suivants, collationnés sur une feuille de suivi de soins.
- - Un certain nombre de grilles se sont révélées inexploitables par manque d'information.
- - Le programme informatique de recueil des grilles a été interrompu pendant une période de plusieurs semaines en raison d'une déconnexion au réseau.

TABLEAU N°43
LE SEXE RATIO

La population féminine : 39 soit 12 %, la population masculine : 284 soit 88 %



Ces chiffres concernant le sexe ratio rejoignent la proportion habituellement retrouvée dans toutes les études concernant la population des sans-abri. Cette proportion est quasiment identique à celle retrouvée dans la population fréquentant le C. H. A. P. S. A. Par contre on note un chiffre de fréquentation des femmes légèrement inférieur à celui retrouvé en consultation médicale (12% contre 14,5%).

TABLEAU N°44
REPARTITION MOYENNE EN AGE

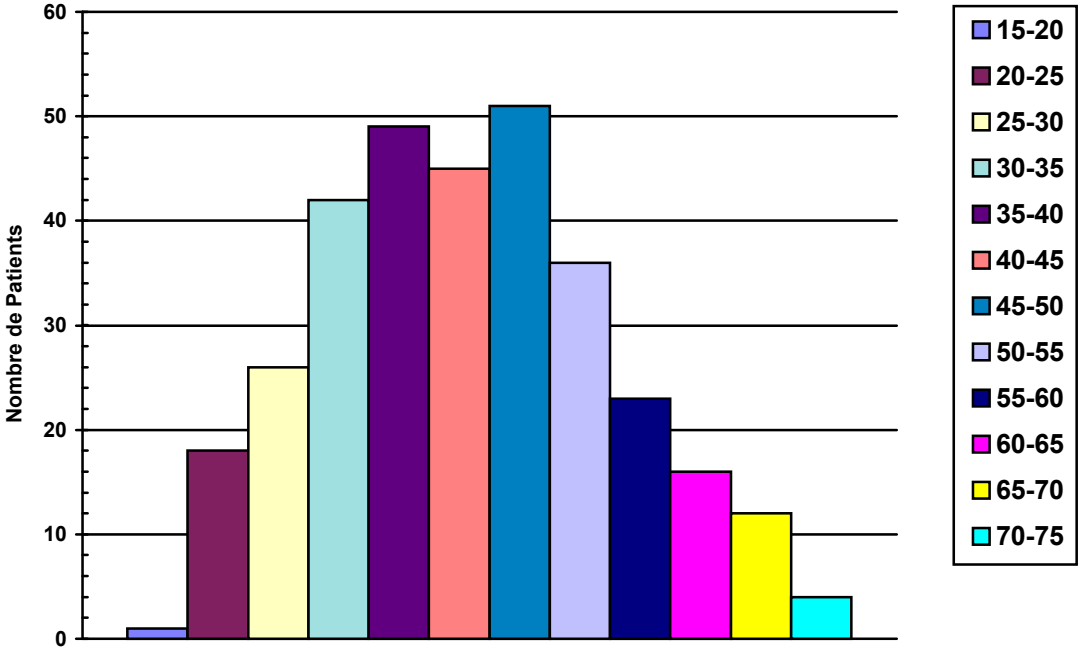
Moyenne	42,85
Médiane	42,65
Ecart-type	12,02
Maximum	75
Minimum	19

TABLEAU N°45
REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE

Age	Nombre de patients
15-20	1
20-25	18
25-30	26
30-35	42

35-40	49
40-45	45
45-50	51
50-55	36
55-60	23
60-65	16
65-70	12
70-75	4
Total	323

TABLEAU N°46
DISTRIBUTION PAR AGE



On peut observer que l'âge moyen de cette population est relativement bas. Les personnes ayant moins de 30 ans et plus de 55 ans sont peu nombreuses et la majorité des consultants a un âge qui se rapproche de l'âge moyen déterminé à l'issue de cette étude.

TABLEAU N°47
LE TEMPS INFIRMIER

Moyenne	**0 h 33 mn**
Médiane	**0 h 25 mn**
Ecart-type	**0 h 31 mn**
Temps total	**159 h 49 mn**
Temps maximum	**3 h 30 mn**
Temps total corrigé	**179 h 43 mn**

Lors de divers travaux concernant la charge et le travail infirmier à l'Antenne médicale, le temps moyen de prise en charge des personnes en salle de soins avait été évalué par l'encadrement de façon totalement empirique à 30 minutes.

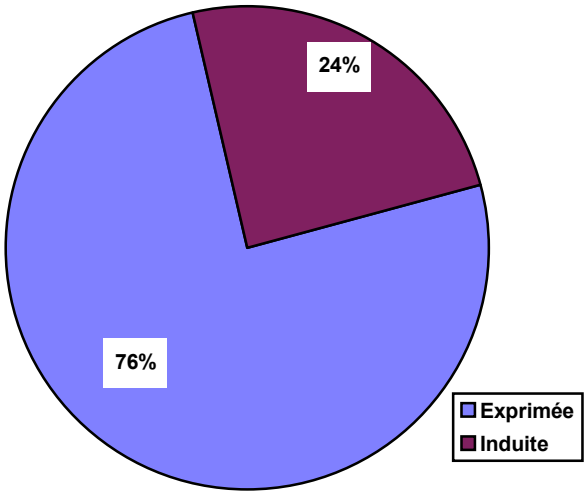
On constate ainsi qu'il est plus facile d'évaluer de façon non-scientifique le temps passé par une infirmière auprès d'un patient lorsqu'il existe une réelle prise en charge globale de la personne que lorsqu'il s'agit d'un soin effectué ponctuellement dans le cadre d'un service d'urgence ou de consultation. Ceci est le cas dans l'étude qui nous intéresse.

L'analyse des fiches a donc permis de confirmer cette observation de manière plus précise. Il faut cependant ajouter au temps passé en salle de soins celui passé auprès des patients en salle d'attente, dans le couloir, à l'arrivée des cars et autres lieux où les infirmières exercent leur rôle relationnel auprès des patients.

Cette étude pourra probablement permettre, à terme, de mieux gérer en connaissant mieux et ainsi de mieux soigner.

TABLEAU N°48
LA NATURE DE LA DEMANDE

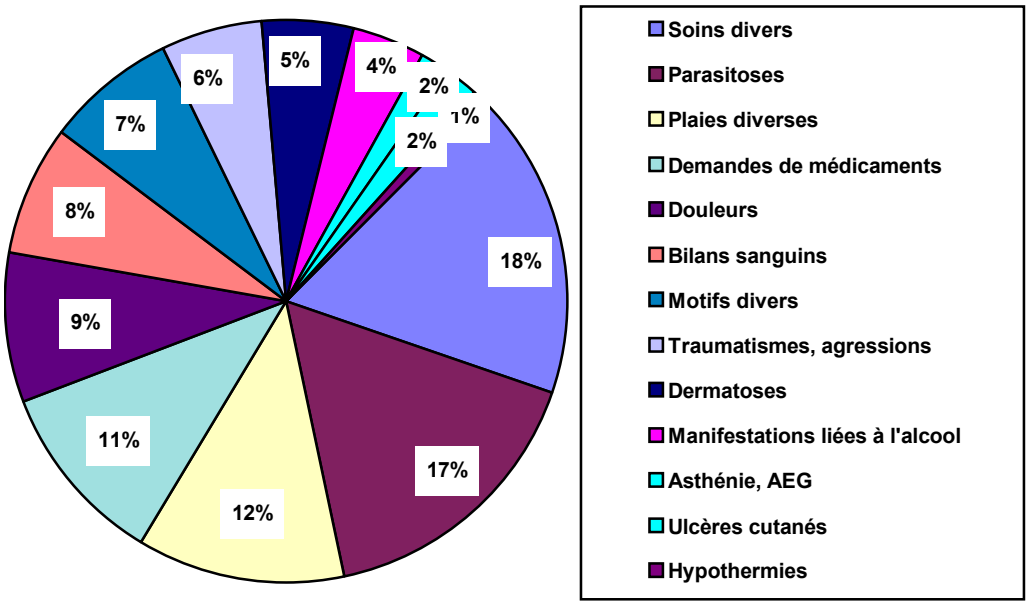
Demande de soins exprimée : 242 soit 75,6%, Demande de soins induite : 78 soit 24,4%



Les patients qui fréquentent l'Antenne médicale du C. H. A. P. S. A., bien qu'appartenant à la très grande exclusion, ont pris l'habitude de bénéficier des soins infirmiers. Ces soins prodigués avec grande compassion, écoute, tolérance et professionnalisme par une équipe pluridisciplinaire motivée et battante ont permis de fidéliser une partie des patients qui savent qu'ils peuvent faire une halte dans ce lieu. La philosophie de management des soins explique donc que les demandes sont plus souvent exprimées qu'induites.

Les demandes induites émanent généralement de patients dont l'état de santé est tel qu'il ne leur permet pas de s'exprimer (alcoolisation profonde, crise d'épilepsie, grande asthénie...) ou de personnes qui n'ont pas connaissance de l'existence de l'Antenne Médicale.

TABLEAU N°49
MOTIF DE LA CONSULTATION INFIRMIERE



Soins divers	60
Parasitoses	56
Plaies diverses	40
Demandes de médicaments	36
Douleurs	29
Bilans sanguins	26
Motifs divers	25
Traumatismes, agressions	20
Dermatoses	18
Manifestations liées à l'alcool	14
Asthénie, AEG	6
Ulcères cutanés	6
Hypothermies	3

En ce qui concerne les motifs de consultation on constate qu'il existe dans les réponses une multiplicité d'items que l'on a choisi de regrouper sous un terme générique afin de simplifier la synthèse. Un retour des résultats devra être communiqué aux infirmières afin que ces termes génériques puissent être utilisés sur les futures fiches. Ces termes génériques pourront peut-être, en seconde intention, être complétés par des éléments plus précis afin de renseigner le dossier patient. Le patient se présente au guichet de l'Antenne médicale afin que son dossier puisse être sorti. Il est inscrit et la secrétaire en fonction de la demande de la personne transmet le dossier à l'infirmière ou au médecin. Il s'avère bien souvent que les patients sous-évaluent leur problème de santé. Le motif invoqué de consultation est le reflet de leur préoccupation majeure, mais il n'est pas rare que l'on découvre, lors des soins infirmiers, une affection ou un diagnostic supplémentaire et qu'une consultation médicale s'avère nécessaire.

TABLEAU N°50
DETAIL DES MOTIFS DE CONSULTATION

Les termes génériques que l'on a choisi sont les suivants, chacun d'entre eux regroupe tous les motifs de consultation rencontrés dans les 325 fiches de l'analyse.

- Demande de médicaments
- Ordonnance
- Remise de médicaments
- Demande de médicaments
- Distribution de médicaments
- Médicaments

- Plaies diverses
- Plaie
- Blessure visage
- Crevasse pied
- Soin de plaie

- Soins divers
- Pansement
- Prise de pression artérielle
- Radiographie
- Soins corporels
- Sondage
- Injection
- Ablation de fils
- Bandage
- Vaccination

- Parasitoses
- Poux
- Gale
- Démangeaisons
- Prurit
- Eruption
- Lésions de grattage
- Lésions de corps
- Parasites
- Lentes

- Dermatoses et- Ulcère cutané
- Eczéma
- Mycose
- Herpès
- Psoriasis
- Problème dermatologique

- Asthénie, AEG

- Hypothermie

- Douleur
- Tous types de douleurs

- Bilan sanguin
- Dextro
- Dépistage VIH
- Prélèvement sanguin

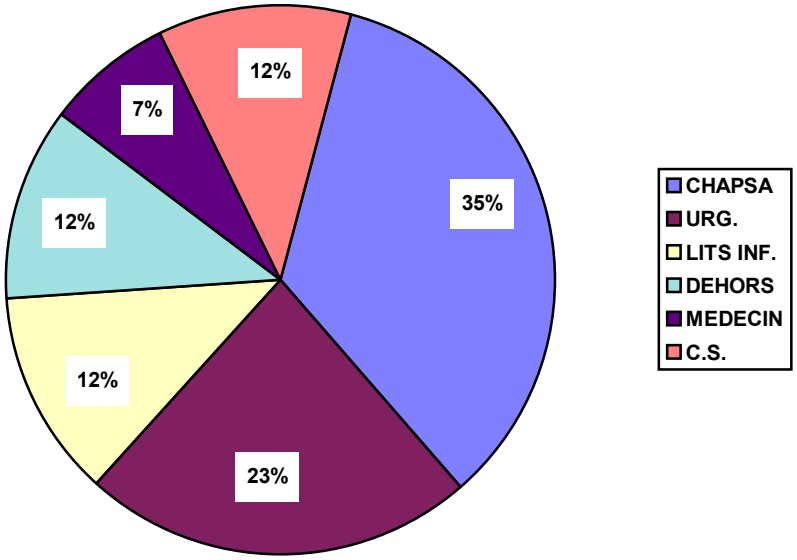
- Traumatisme, agression
- Traumatismes divers
- Coup de couteau
- Plaie arcade
- Hématome oeil
- Chute
- Brûlure par gaz lacrymogène
- Morsure
- Difficulté à la marche après chute
- Entorse
- Plaie diverse
- Lumbago

- Manifestations liées à l'alcool
- Pré DT
- Alcoolémie
- Ebriété
- Tremblements
- Sevrage alcool
- Ethylisme

- Autres motifs
- Ampoule
- Brûlure cigarette
- Conjonctivite
- Crise convulsive
- Crise de tétanie
- Crise d'épilepsie
- Demande de consultation spécialisée
- Déprime
- Diarrhée
- Difficulté à la marche
- Hémorragie sous-conjonctivale
- Hémorroïdes
- Impotence fonctionnelle
- Infection
- Oedème
- Désorientation
- Phlyctène
- Retour des urgences
- Somnolence
- Sortie hôpital
- Suintement oreille
- Syndrome grippal
- Toux

Il apparaît que certains motifs de consultation, compte tenu de la connaissance que nous avons de la population semblent très faiblement retrouvés, on peut y apporter deux explications principales, d'une part ce n'est pas le motif primaire, d'autre part c'est tellement évident que le patient ne songe pas à en parler. Dans la population des sans-abri on retrouve très souvent des pathologies ou des handicaps tels que alcoolisme, tabagisme, difficultés à la marche (pieds de vagabonds, fractures mal consolidées), altération de l'état général, hypothermie, pourtant les patients ne songent pas à l'annoncer comme motif de consultation.

TABLEAU N°51
ORIENTATION APRES LES SOINS INFIRMIERS



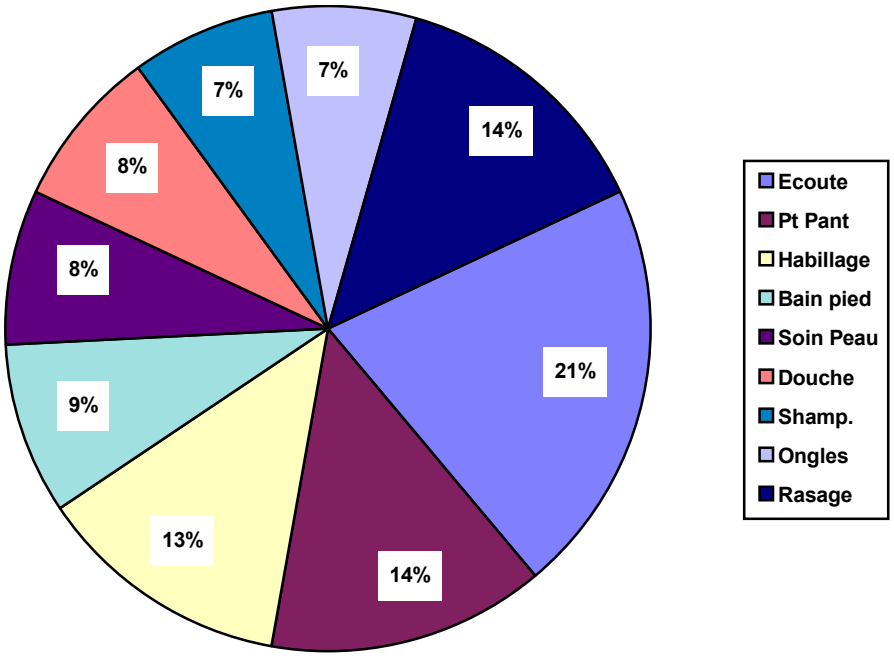
Hébergement C. H. A. P. S. A.	57
Service des Urgences	38
Lits infirmiers	20
Sortie extérieure	19
Consultation du médecin C. H. A. P. S. A.	12
Imagerie médicale	3
Consultation de Chirurgie	3
Consultation d'Ophtalmologie	3
Consultation de Stomatologie	2
Consultation de Psychiatrie	2
Consultation de Diabétologie	1
Consultation d'ORL	1
Consultation de Pneumologie	1
CPOA	1
Centre d'Accueil du CASH	1
Assistante sociale	1

Le total d'orientations connues s'élève à 165. Pour les autres fiches la rubrique n'a pas été renseignée. On remarque que contrairement aux résultats de l'étude médicale, peu de patients sont adressés vers les lits infirmiers. Cela veut peut-être dire que les infirmières les présentent au médecin avant de les admettre.

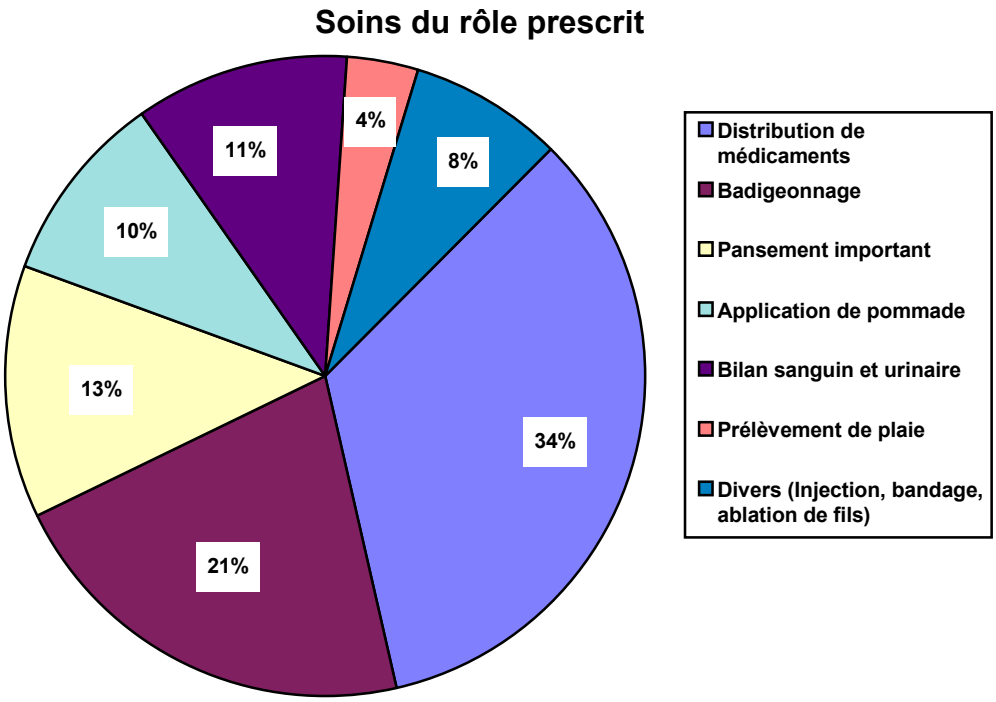
TABLEAU N°52
REPARTION DES DIFFERENTS SOINS

L'analyse des soins s'est faite sur les deux catégories principales de soins.

Soins du rôle propre



Communication, écoute	116
Petit pansement	77
Rasage	76
dont rasage cuir chevelu	36
dont rasage barbe	29
dont rasage corps	11
Habillage avec de nouveaux vêtements	70
Bain de pied	49
Aide à la douche	46
dont aide partielle	41
dont aide totale	5
Soins de peau	42
Shampooing	40
Coupe des ongles	39



Distribution de médicaments	102
Badigeonnage	64
dont partiel	44
dont total	20
Pansement important	39
Application de pommade	29
Bilan	33
dont sanguin	28
dont urinaire	5
Prélèvement de plaie	11
Divers	23
dont injection	8
dont bandage de contention	6
dont ablation de fils	4
dont administration de collyre	3
dont examens de crachats	2

Contrairement aux idées reçues, un des soins les plus prodigués est la distribution de médicaments, viennent ensuite les petits pansements et l'habillage avec de nouveaux vêtements. Le bain de pied, palliatif incontournable du « pied de vagabond » est tellement symbolique de l'accueil et de l'échange avec l'autre qu'on imagine qu'il est un des soins les plus répandus, pourtant il ne représente que 15 % des actions infirmières (49 bains de pied pour 325 fiches). La part relationnelle accordée aux soins est fondamentale et pratiquement toujours présente, bien que le chiffre relevé soit important, il semble que les infirmières oublient encore de le formaliser dans le remplissage des grilles. Les soins infirmiers à l'Antenne Médicale sont globalement à comparer aux soins prodigués dans un dispensaire classique à l'exception de tout ce qui gravite autour de l'intégrité de la peau et de l'image corporelle.

Conclusion

Cette partie de l'étude basée essentiellement sur la pratique infirmière nous apporte des renseignements sur la santé et le comportement face à la maladie des personnes sans-abri, appartenant, pour la plupart à la très grande exclusion. Par contre l'analyse de ces grilles n'aborde pas en totalité la charge de travail infirmière. Elle exclut, comme cela a été précisé plus haut, les soins pratiqués hors des salles de soins (salle d'attente, dortoirs, lits infirmiers, arrivée des cars, couloirs, réfectoire etc.). Il n'est tenu compte, à travers les grilles infirmières, que de la première prise de contact avec le patient et ni le suivi de soins en ambulatoire, ni le suivi de soins lorsque les usagers sont pris en charge par le même personnel infirmier dans les lits de soins infirmiers n'est formalisé.

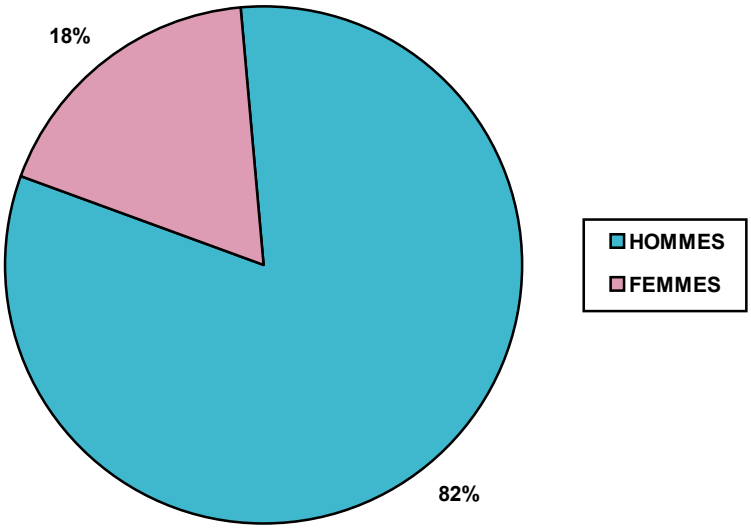
La synthèse concernant les soins infirmiers ainsi réalisée, bien qu'elle ne mette pas en évidence tous les aspects de la charge de travail infirmière, permet de connaître les soins pratiqués. Ceux-ci sont très étroitement induits par le mode de vie marginal et déstructurant des personnes qui vivent dans la rue. On peut ajouter qu'en plus de sa fonction d'observatoire, le poste de soins infirmiers de l'Antenne Médicale représente un véritable lieu pédagogique à l'usage de tous les étudiants de la santé. C'est au coeur même de cet endroit que l'on observe une réelle prise en charge de l'homme dans sa globalité avec le souci permanent de lui faire retrouver sa dignité. Ici on ne guérit pas, on soulage, on soigne, on écoute, on accompagne. Cette fonction est difficilement mesurable dans une telle étude mais on peut la pressentir à travers certains soins (communication, écoute, habillage, bain de pied, rasage, aide à la douche...).

Malgré le manque d'exhaustivité de cette étude on peut extraire un grand nombre d'éléments qui compléteront l'analyse des données médicales, sociales et psychopathologiques.

4°) Résultats de l'étude sociale (P. Declerck et Dr. J. Hassin)

Nous présentons ici les données des fiches sociales. L'étude a porté sur 188 dossiers sociaux. Ils ont été recueillis entre le 17 janvier et le 8 novembre 1995. Il convient de préciser que rares ont été les fiches pour lesquelles tous les items ont été remplis. Il était impossible de ne conserver que les fiches pour lesquelles tous les items auraient été renseignés. Il est vrai, étant donné la longueur et le grand nombre d'items demandés, que ce recueil demandait un temps important. Lorsque les « pavés » d'items ne demandaient qu'une seule réponse, nous indiquerons d'une part les non-réponses c'est à dire lorsque la question a été posée mais n'a pas appelé de réponse de la part de personne interrogée, et d'autre part les non-remplis lorsque l'item n'a pas été rempli. Dans les tableaux, les pourcentages en non-réponses sont donnés par rapport au total des items remplis. Ceux non-remplis sont donnés par rapport aux 188 fiches.

TABLEAU N°53
LE SEXE RATIO



On retrouve 154 hommes pour 34 femmes. Nous ne reviendrons pas sur les commentaires déjà formulés concernant le sexe ratio dans cette population. On retrouve là des données tout à fait cohérentes avec les données précédentes.

TABLEAU N°54
REPARTITION MOYENNE EN AGE

Moyenne	44,3
Médiane	43,8
Ecart-type	14,3
Maxima	78
Minima	19

TABLEAU N°55
LA REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE

Age	Nombre de Patients
15-20	1
20-25	12
25-30	24
30-35	15
35-40	13
40-45	24
45-50	28
50-55	14
55-60	14
60-65	12
65-70	12
70-75	4
75-80	2
Total	175

On retrouve également une cohérence avec les données précédentes.

TABLEAU N°56
LA DISTRIBUTION PAR AGE

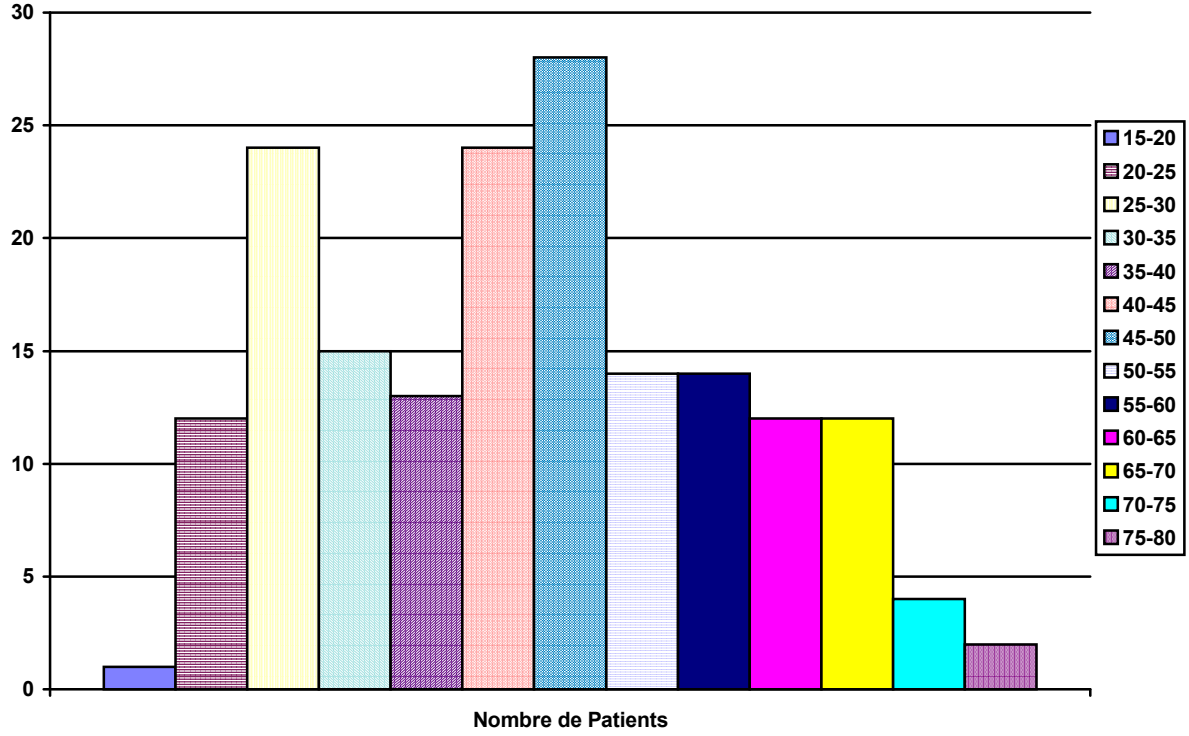
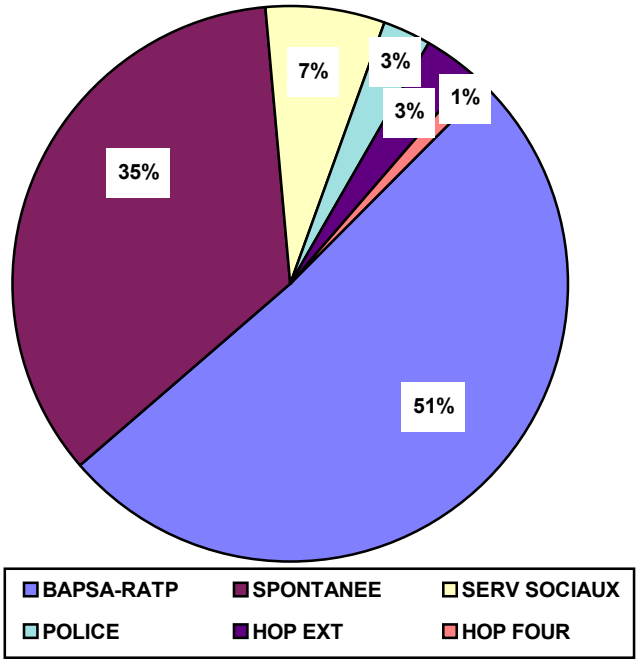


TABLEAU N°57
L'ETAT CIVIL

Célibataires	104	56,8%
Divorcés	49	26,8%
Mariés	16	8,7%
Séparés	7	3,8%
Couples non-mariés	5	2,7%
Veuvage	2	1,1%
Non-réponse	5	2,7%
Non-rempli	10	5,3%

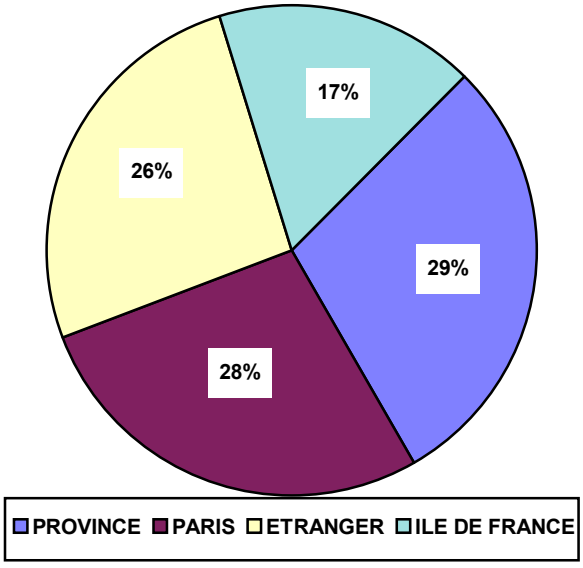
La très grande majorité des personnes reçues (83,6%) est célibataire ou divorcée. Le « portrait type » de la personne seule présenté en introduction correspond bien à notre observation. On peut noter le faible pourcentage (11,4%) de personnes mariées ou vivant maritalement.

TABLEAU N°58
LA PROVENANCE



On note que 88 personnes sont venues par la B. A. P. S. A. police ou R. A. T. P., 60 sont venues par leurs propres moyens, 12 adressées par des services sociaux ou par le S. A. M. U. social, 5 par la police ou les pompiers, 5 adressées par des hôpitaux extérieurs et 3 par l'hôpital Max Fourestier. Enfin, pour 15 personnes, la provenance n'est pas connue.

TABLEAU N°59
LE LIEU DE NAISSANCE



On peut noter que le pourcentage de personnes nées à l'étranger représente 26%. Ce chiffre est plus faible que celui enregistré de façon globale au C. H. A. P. S. A. où l'on retrouve 35,5% de personnes étrangères en 1994. En terme de nombre, on retrouve donc 54 personnes originaires de province, 51 de Paris, 48 de l'étranger, 32 d'Ile de France dont 14 des Hauts de Seine. Il y a 3 provenances non remplies.

TABLEAU N°60
LE DERNIER ENDROIT STABLE

Famille	36	24 %
Logement	30	20 %
Foyer	29	19 %
Amis	23	15 %
Hôtel	23	15 %
CASH	9	6 %
Non-réponse	30	17%
Non-rempli	8	4%

Parmi les items renseignés, on trouve 55% de personnes ayant un hébergement déjà précaire (foyer, amis, hôtel ou CASH) témoignant d'une fragilité préalable avant le passage à la rue et 44% ayant un dernier endroit stable « conventionnel ».

LE SEJOUR EN FRANCE

On retrouve 159 personnes soit 92,4% qui sont soit françaises soit étrangères « en séjour régulier », et 13 personnes étrangères en situation irrégulière. Il y a 16 dossiers pour lesquels cet item n'est pas rempli. On voit donc que l'immense majorité des personnes reçues sont en situation régulière.

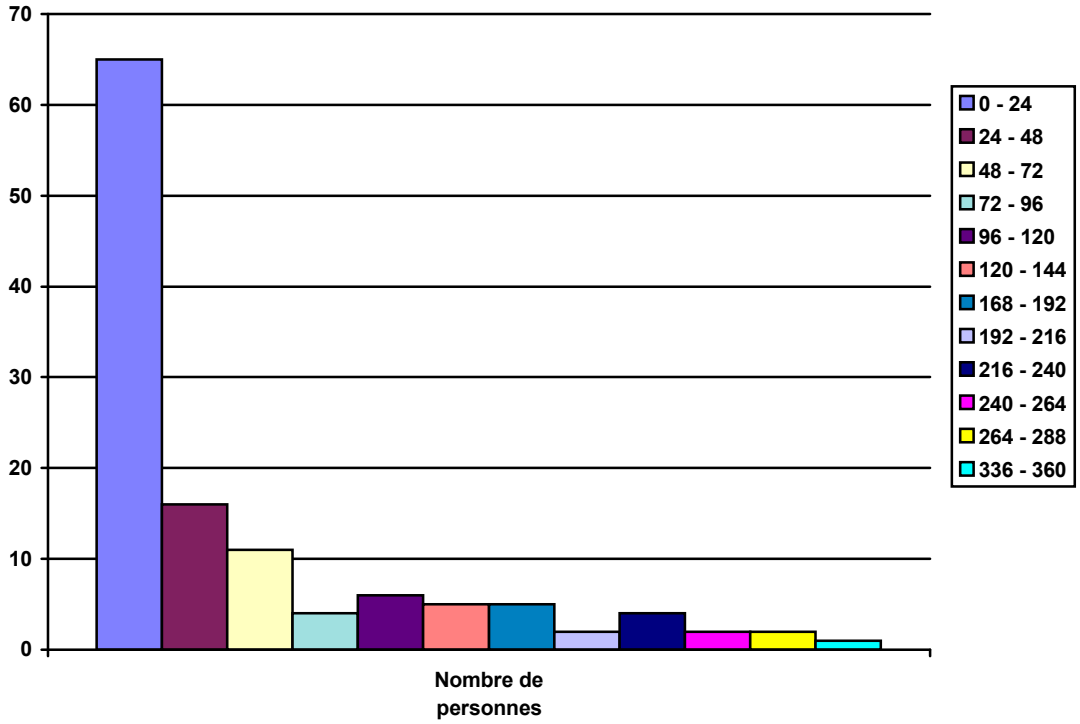
LA PIECE D'IDENTITE

On note que 91 personnes soit 61,5% possèdent une pièce d'identité et que 57 n'en possèdent pas ou plus. Pour 40 fiches cette donnée n'est pas renseignée.

TABLEAU N°61
LA DUREE DU STATUT DE S. D. F.

Durée	En mois	En années
Moyenne	54,81	Soit 4 ans 6 mois et 24 jours
Médiane	16,23	Soit 1 an 4 mois et 7 jours
Ecart-type	77,35	Soit 6 ans 5 mois et 10 jours
Maximum	340	Soit 28 ans 4 mois
Minimum	0	

TABLEAU N°62
LA DISTRIBUTION DES DUREES DU STATUT DE S. D. F.



Durée en mois	Nombre de personnes
0 - 24	65
24 - 48	16
48 - 72	11
72 - 96	4
96 - 120	6
120 - 144	5
168 - 192	5
192 - 216	2
216 - 240	4
240 - 264	2
264 - 288	2
336 - 360	1
Total	123

Ce tableau est particulièrement intéressant. En effet, la durée moyenne du statut de S. D. F. est de plus de 54 mois, c'est à dire 4 ans et demi. L'extrême se situe à 28 ans. Le minimum à 0 mois correspond à des personnes dans la rue depuis moins d'un mois. En effet, certains sont conduits au C. H. A. P. S. A. dans les jours, voire dans la journée, qui suit le passage dans la rue. Nous aurons à revoir dans la discussion ce point qui pose question, en particulier sur la mission des travailleurs sociaux.

TABLEAU N°63
L'EXPRESSION EN FRANÇAIS PARLE

Courant	166
Difficulté	13
Pas du tout	2
Non-rempli	7

91,7% des personnes reçues parlent correctement le français

LIT

Courant	118
Difficultés	41
Pas du tout	9
Non-rempli	20

70,2% des personnes lisent correctement le français

ECRIT

Courant	118
Difficultés	47
Pas du tout	10
Non-rempli	13

67,4% des personnes écrivent couramment le français.

TABLEAU N°64
LE NIVEAU D'ETUDE

Non-scolarisé	10	6,25%
Etude primaire	66	41,25%
Certificat d'Etude Primaire	5	3,12%
Formation professionnelle	15	9,37%
C. A. P.	30	18,75%
B. E. P. C.	17	10,62%
BAC	7	4,37%
BAC et plus	10	6,25%
Non-réponse	12	7,40%
Non-rempli	26	8,51%

On peut relever que 50,6% des personnes soit n'ont pas été scolarisées, soit n'ont fait que des études primaires.

TABLEAU N°65
LE SERVICE MILITAIRE

Oui	54	59%
Non	28	31%
Exempté	9	10%
Non-réponse	40	30%
Non-rempli	57	30%

Il faut signaler que la population étudiée comprend 34 femmes. Ceci explique le nombre relativement important de fiches non remplies.

TABLEAU N°66
LES RUPTURES MAJEURES

Divorce	42	36%
Autre	24	20%
Séparation	23	19%
Eloignement	21	18%
Décès	8	7%
Non-réponse	33	21%
Non-rempli	37	20%

Le divorce ou la séparation représentent 55,1% des éléments de rupture majeure notifiés. Cependant, il faut se garder des explications mono-causales souvent simplistes à la désocialisation. Par ailleurs, le décès de la femme ou d'enfant souvent avancé dans « l'histoire des malheurs » ne représente que 7% dans cet échantillon de population.

TABLEAU N°67
L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Séparation des parents	28	20,28%
Placement DDASS	20	14,49%
Violence des parents	16	11,59%
Décès des deux parents	15	10,86%
Décès d'un parent	13	9,42%
Séparation d'avec les parents	11	7,97%
Séparation d'avec un parent	10	7,24%
Toxicomanie	7	5,07%
Marginalité	6	4,34%
Placement familial	5	3,62%
Fugue	4	2,89%
Placement justice	1	0,72%
Inceste	1	0,72%
Accident	1	0,72%
Non-rempli	50	26,60%

Le décès ou la séparation d'avec les parents représente 35,5% des éléments spécifiés. La séparation des parents ou le placement DDASS représentent près de 35% des éléments marquants de l'enfance ou de l'adolescence. La violence parentale est spécifiée dans 11,6% des cas. Sans tirer de conclusions formelles sur notre échantillon, on peut cependant constater que l'enfance et l'adolescence de ces personnes est lourdement marquée.

TABLEAU N°68
LES ANTECEDENTS FAMILIAUX

Alcoolisme	44	35,48%
Paupérisme	35	28,22%
Violence	18	14,51%
Marginalité	9	7,25%
Antécédent judiciaire	7	5,64%
Antécédent psychiatrique	5	4,03%
Antécédent somatique	4	3,22%
Accident	2	1,61%
Toxicomanie	0	0%
Non-rempli	64	34,04%

De même que pour le tableau précédent, on retrouve là de très lourds antécédents familiaux où l'alcoolisme, le paupérisme et la violence représentent des caractéristiques majeures (88,21%).

TABLEAU N°69
LES ANTECEDENTS PERSONNELS

Alcoolisme	36	32,14%
Psychiatrique	23	20,53%
Handicap physique	20	17,85%
Judiciaire	18	16,07%
Epilepsie	6	5,35%
Toxicomanie	3	2,67%
Tutelle	3	2,67%
Prostitution	2	1,78%
Curatelle	1	0,89%
Non-rempli	76	40,43%

Les antécédents personnels du point de vue social corroborent tout à fait les renseignements des autres grilles médicales, infirmières et psychopathologiques. L'alcoolisme et les maladies psychiatriques représentent près de 53% des antécédents personnels spécifiés. On peut, là aussi, relever la faible part de la toxicomanie. En outre, le fort pourcentage des items non-remplis dans les trois derniers tableaux, outre les problèmes méthodologiques signalés, peuvent aussi s'expliquer par la difficulté et l'implication souvent douloureuse demandée pour répondre aux questions posées.

TABLEAU N°70
LES LIENS ACTUELS

Aucun	35	23,97%
Amis	28	19,17%
Enfants	20	13,69%
Parents	19	13,01%
Autre	17	11,64%
Conjoint	15	10,27%
Oncle-Tante	5	3,42%
Cousins	5	3,42%
Grands-Parents	2	1,36%
Non-rempli	42	22,34%

On retrouve 43,2% de personnes n'ayant plus aucun lien (24%) ou plus aucun lien familial et dont les seuls liens spécifiés sont amis ou autres.

TABLEAU N°71
LE NOMBRE D'ENFANTS

Pas d'enfant	89	62,23%
1 enfant	22	15,38%
2 enfants	23	16,08%
3 enfants	4	2,79%
4 enfants	1	0,69%
5 enfants	1	0,69%
6 enfants	2	1,39%
7 enfants	1	0,69%
Non rempli	45	23,40%

La très grosse majorité des personnes n'a pas d'enfants.

TABLEAU N°72
LA PRESENTATION

Acceptable	33
Bonne	19
Négligée	15
Non-rempli	121

Il faut signaler pour expliquer le nombre de non-réponses que la première fiche sociale mise en circulation ne mentionnait pas cet item.

TABLEAU N°73
LES RESSOURCES ACTUELLES

RMI	58	46,77%
Retraite	22	17,74%
AAH	17	13,70%
Mendicité	8	6,45%
Prostitution	4	3,22%
Salaire	3	2,41%
Indemnité maladie	3	2,41%
Pension	3	2,41%
Reversion	3	2,41%
Aide amicale	2	1,61%
Rente accident travail	1	0,80%
Aide familiale	1	0,80%
CES	1	0,80%
Total	126	67,02%

Sur les personnes ayant des ressources (126 sur 188), 46,8% perçoivent le R. M. I., et 17,8% perçoivent une retraite.

TABLEAU N°74
LES MOTIFS DE NON-RESSOURCE

Pas de papiers	25
Aide non sollicitée	21
Moins de 25 ans	10
Ne sait où s'adresser	2
Refus d'aide	2
Total	60

TABLEAU N°75
LES IMPOSSIBILITES DE RESSOURCE

Perte ou vol de document	10
Pas de carte d'identité	8

TABLEAU N°76
LES DETTES

Non	132	91,03%
Autres dettes	7	4,82%
Logement	4	2,75%
Crédit consommation	2	1,37%
Non-réponse	12	7,59%
Non-rempli	31	16,48%

TABLEAU N°77
LA PROTECTION SOCIALE

Assuré social	90	49,18%
R. M. I.	45	24,59%
Pas de protection sociale	43	23,42%
Ayant-droit	3	1,63%
Aide médicale	2	1,09%
Non rempli	5	2,65%

23,4% des personnes vues n'ont aucune couverture sociale. C'est un élément important dans la discussion touchant à l'accès aux soins de personnes démunies.

TABLEAU N°78
JUSTIFICATIF DE PROTECTION SOCIALE

Carte à jour	105	86,77%
Carte périmée	8	6,61%
Carte Paris santé	4	3,30%
Titre de pension	3	2,47%
Feuille d'A. M. G.	1	0,82%
Non-réponse	9	6,92%

TABLEAU N°79
LE STATUT LEGAL

Papiers en règle	115	66,47%
Pas de papiers	28	16,18%
Attente de papiers	22	12,71%
Demandeur d'asile	6	3,46%
Situation particulière	1	0,57%
Touriste	1	0,57%
Non-réponse	2	1,14%
Non-rempli	13	6,91%

On retrouve 66,5% des personnes qui possèdent des papiers en règle. On peut rappeler que dans le tableau n°11, nous avions retrouvé 61,5% de personnes possédant une Carte Nationale d'Identité.

TABLEAU N°80
DERNIERE CATEGORIE D'EMPLOI

Ouvrier qualifié	36	26,47%
Manoeuvre	30	22,05%
Employé	29	21,32%
Autre	15	11,02%
N'a jamais travaillé	11	8,08%
Personnel de service	4	2,94%
Cadre	4	2,94%
Militaire	2	1,47%
Agriculteur	1	0,73%
Travailleur indépendant	1	0,73%
Saisonnier	1	0,73%
Technicien	1	0,73%
Artisan	1	0,73%
Non-réponse	20	12,02%
Non-rempli	23	12,23%

On peut constater que pour une très grosse majorité, on retrouve des emplois non ou très peu qualifiés. Le P. D. G. ou l'universitaire devenu alcoolique et passant à la rue après une déception ou un deuil familial proche n'est pas retrouvé dans cet échantillon.

TABLEAU N°81
LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Inactif	49	43,75%
Inscrit ANPE	20	17,85%
Retraite	14	12,50%
C. D. D.	11	9,82%
Autre	7	6,25%
C. D. I.	4	3,57%
Chômeur	3	2,67%
Stage	3	2,67%
Etudiant	1	0,89%
Non-réponse	21	15,78%
Non-rempli	46	24,46%

On retrouve bien ici la notion que les S. D. F. sont pour la plupart inscrits dans les statistiques nationales dans la catégorie des inactifs.

TABLEAU N°82
LA CONTINUITE DU TRAVAIL

Alternance travail-chômage	51	60,61%
Travail continu jusque là	25	29,76%
Travail au noir	8	9,52%
Non réponse	46	32,38%
Non rempli	55	29,25%

LA DUREE DE LA PERIODE SANS EMPLOI

Cet item n'a été renseigné que sur 59 dossiers. Mais, 11 personnes au tableau 80 ont déclaré n'avoir jamais travaillé. La durée moyenne de période sans emploi est de 52 mois. Les extrêmes vont de 20 ans à 1 mois.

TABLEAU N°83
LA CAUSE DE LA PERTE DU DERNIER EMPLOI

Fin de contrat	22	24,62%
Licenciement économique	16	17,58%
Autre	15	16,48%
Coup de tête	8	8,79%
Hospitalisation	8	8,79%
Alcoolisme	8	8,79%
Raisons familiales	6	6,59%
Démission	3	3,29%
Conflit	3	3,29%
Absentéisme	1	1,09%
Toxicomanie	1	1,09%
Non-réponse	33	24,62%
Non-rempli	72	38,29%

Le nombre trop important de non-réponse et de non-rempli ne permet pas de faire de commentaire.

TABLEAU N°84
LES DEMARCHES DE RECHERCHE D'EMPLOI

Aucune	91	77,77%
Ponctuelle	18	15,38%
Régulière	8	6,83%
Non-réponse	19	13,97%
Non-rempli	50	26,59%

On voit donc que pour une grosse majorité des dossiers renseignés (77,8%), il n'y a aucune démarche de recherche d'emploi.

TABLEAU N°85
LE SUIVI INSTITUTIONNEL ACTUEL

Aucun	90	62,93%
C. C. A. S.	26	18,18%
Autre	19	13,28%
Association caritative	9	6,29%
Service de tutelle	6	4,19%
Comité de probation	3	2,09%
Non-rempli	41	21,80%

Une grosse proportion de personnes (plus de 60%) n'a aucun suivi institutionnel. Sous la rubrique autre, on retrouve spécifié un Bureau d'Aide Sociale à 5 reprises.

TABLEAU N°86
LES DEMARCHES DEPUIS LE C. H. A. P. S. A.

Démarche administrative	130	35,32%
Recherche d'hébergement	127	34,51%
Démarche de soins	95	25,81%
Recherche de formation	5	1,35%
Recherche d'emploi	5	1,35%
Bilan professionnel	3	0,81%
Contrat d'insertion	2	0,54%
Autre	1	0,27%

On peut constater que si l'essentiel des démarches des travailleurs sociaux sont des démarches administratives ou des recherches d'hébergement, pour 95 fiches on trouve une démarche de soins avec une orientation en consultation médicale ou infirmière.

TABLEAU N°87
LES ORIENTATIONS IMMEDIATES

CASH de Nanterre	81	57,44%
Autre	18	12,76%
Foyer spécialisé Paris/R.P.	10	7,9%
Association spécialisée	8	5,71%
Maison de retraite	8	5,71%
CHRS hors Nanterre	5	3,54%
Foyer maternel	4	2,83%
Hôpital général	3	2,12%
Hôpital psychiatrique	2	1,41%
Famille	1	0,70%
Foyer spécialisé Province	1	0,70%
Non-rempli	47	25,00%

On voit que plus de la moitié des orientations est réalisée au niveau même du C. A. S. H..

TABLEAU N°88
LA NATURE DES AIDES SOLLICITEES

Aide à recherche d'hébergement	133	32,83%
Régularisation administrative	90	22,22%
Soins	73	18,02%
Obtention prestation sociale	30	7,40%
Relais avec institution de suivi	30	7,40%
Contact avec la famille	15	3,70%
Aide matérielle	10	2,46%
Cure de désintoxication	9	2,22%
Aide à la recherche d'emploi	5	1,23%
Aide au retour au pays ou à la région	4	0,98%
Demande d'asile politique	4	0,98%
Autre	2	0,49%

Là aussi, comme pour le tableau précédent, outre les aides « naturelles » sollicitées par les travailleurs sociaux, on retrouve pour 73 fiches une demande de soins. Nous y reviendrons en conclusion, mais ces deux derniers tableaux illustrent bien la nécessité d'une consultation médico-sociale tant les problèmes sont liés.

TABLEAU N°89
LES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES

Acceptation	139	73,93%
Refus	25	13,29%
Rupture de suivi	14	6,38%
Impossible	12	6,38%

TABLEAU N°90
ORIENTATIONS REALISEES

Oui	131	74,81%
Non	39	22,28%
Non-réponse	5	2,85%
Non-rempli	13	6,91%

TABLEAU N°91
COMMENTAIRES DES FICHES SOCIALES

Nous avons rapportés ici tous les résultats de l'exploitation des fiches sociales. En dehors de ces résultats mesurables, de nombreuses fiches comportaient des commentaires succincts, réalisant parfois de véritables « raccourcis » de vie. Il semble utile de les reproduire car ils sont d'un grand intérêt documentaire. Il faut préciser pour la lecture que le S. A. O. (Service d'Accueil et d'Orientation) et le C. A. (Centre d'Accueil) sont des structures du C. A. S. H. (Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de Nanterre), que MdR renvoie à Maison de retraite, que A. S. E. à Aide Sociale à l'Enfance, A. A. H. à Allocation Adulte Handicapé, et B. A. S. à Bureau d'Aide Sociale. Les commentaires et annotations sont reproduits « tels quels », et ne sont ni réinterprétés ni réécrits.

- Un fils de 8 ans. Pas d'hospitalisation. santé apparemment moyenne.
- Un garçon de 12 mois. Aide sociale à l'enfance à Antony. Pas d'hospitalisation. Santé apparemment bonne. Prostitution.
- Deux enfants 9 et 11 ans en foyer spécialisé. Handicap physique et sortie avant orientation qui était possible.
- Deux enfants : un garçon de 10 ans et une fille de 6 ans qui sont restés au Zaïre avec leur mère. Entré en France le 15.03.95. A demandé le statut de réfugié politique à l'OFPRA le 02.05.95. Orienté au SAO pour ses démarches administratives.
- Deux enfants, 9 et 14 ans qui vivent avec leur mère. Sa femme est secrétaire de direction. Suite à son divorce, il a tout laissé tombé. Etait cadre au Fret aérien de Roissy.
- Deux enfants, un garçon de 34 ans et une fille de 31 ans. Pas d'hospitalisation.
- Deux filles, 25 et 23 ans, vivant à Liège en Belgique. A quitté son emploi en Italie (blanchisserie) après restructuration du personnel.
- Trois enfants, 24, 23 et 20 ans. Divorcé suite à un trop grand alcoolisme. Dans les lits médicalisés, a besoin de soins. Orientation possible au Centre d'Accueil du CASH dès que possible.
- Six enfants, quatre garçons de 21, 23, 24, 28 ans et deux filles de 24 et 21 ans. Ne sait plus où ils sont. Hospitalisations psychiatriques et somatiques. Santé ap. moyenne. Epilepsie. Sous tutelle ou curatelle.
- A perdu son père à l'âge de 15 ans. Un an après, sa mère se remariait. En 1978 fait l'école des sous-officiers. Vit en concubinage de 1982 à 1990. A la séparation retourne vivre à l'hôtel. En 1992 problèmes de diabète, et en 1994 problème de tuberculose, fait 6 mois de sanatorium.
- A quitté Casablanca à 14 ans. Grosses difficultés à se souvenir de son passé. Dans l'incapacité d'avoir une activité autre qu'occupationnelle, RMI et CNI en cours.
- A quitté la Côte d'Ivoire en 1980. A perdu sa mère et sa fille (âgée de 6 mois). A tout quitté et a rejoint la France. A souhaité rencontrer les travailleurs sociaux uniquement pour avoir des tickets restaurants et de métro + 1 bon de vestiaire.
- A refusé de parler de sa vie. Voulait uniquement savoir à quoi il pouvait prétendre. Dossier RMI réalisé, jamais instruit car jamais revu. Toutefois, il se disait éducateur ayant arrêté le métier depuis 6 ans.
- A travaillé au noir pendant des années contre un logement et de la nourriture. « Licencié » du jour au lendemain. Orientation au S.A.O. du CASH.
- A travaillé comme intérimaire, suivi par le BAS Mazas et par l'Espace insertion.
- A travaillé dans l'hôtellerie. Dit avoir une formation d'éducateur. Suivi par le BAS Stendhal et par AS Pitié-Salpétrière. Alcoolisme +++. Entrée au Centre d'Accueil.
- A travaillé dans l'imprimerie 8 ans en discontinu. A perdu son père dont il a hérité. Il semblerait qu'il se soit fait spolier par son amie et s'est retrouvé à la rue. Orientation CASH possible, en attente d'examens médicaux.
- A été dirigé vers le SAO en attente de Maison de Retraite.
- Accueil au SAO, en attente d'une place au CHRS.

- Actuellement hospitalisé, refus d'aller au Centre d'Accueil, suivi social par les Petits Frères des Pauvres.
- Admise Foyer Clair Logis de Nogent accueillant les jeunes filles de 18 à 24 ans.
- Alcoolisme majeur, exclu par mesure disciplinaire du Centre d'Accueil.
- Alcoolisme, prostitution.
- Arrive en France en 1971 pour tenter sa chance avec un contrat de travail dans les mines. Travaille jusqu'en 1983 et a touché le chômage. Suite à un arrêt de travail pour dépression hospitalisé à Clermont de l'Oise en psychiatrie jusqu'en 1987.
- Arrivé en France mars 95. Récépissé de dépôt d'une demande de statut de réfugié valable jusqu'en janvier 96. Orientation Centre Corot pour le lendemain.
- Aucun souvenir. Pb alcool à l'époque. Nous essayons de retracer son passé. Nous recherchons sa famille. Sa femme serait en Maison de retraite ? Voudrait-elle le revoir ?. Après avoir eu le RMI, la COTOREP lui accorde la AAH + une dérogation d'âge pour entrer en MdR.
- CAP de Cuisinier Collectivités (boucher) mais alcool +++ RMI constitué. CNI faite. Suivi par ASSOL pour l'emploi.
- Ce monsieur avait quitté la MdR pour « vivre sa vie » en août 94. Il est de nouveau à l'hospice après régularisation (aide sociale, reprise des paiements retraite, etc.).
- Cette dame de 27 ans est très perturbée. Elle quitte l'Algérie et a un récépissé constatant le dépôt d'une demande de réfugié politique. Dossier en cours à l'OFPRA. Suivie par le Réseau International de Solidarité avec les femmes Algériennes.
- Confié à la DDASS à l'âge de 3 ans. Lit les petites annonces et va à l'ANPE mais ne s'inscrit dans aucune démarche.
- Confiée par la DDASS à une nourrice jusqu'à l'âge de 6 ans. Partie vivre chez ses grand-parents jusqu'à l'âge de 12 ans. Revient vivre chez sa mère en IDF jusqu'à l'âge de 15 ans. Pb alcool, violence, toxicomanie, 4 séjours en prison d'une durée de 3 mois à 3 ans.
- Dans un 1er temps venu pour refaire ses papiers CNI. Puis pb de santé, orienté en Centre Médico-Chirugical à la Musse.
- Demande à voir ou en était son RMI. Renvoyé sur les AS du secteur de Bagneux.
- Deux enfants 7 ans et 8 ans, séparation d'avec la mère. Musicien travail épisodique.
- Deux enfants à l'ASE.
- Deux enfants, séparation conjugale, profonde dépression. Yougoslave en situation régulière en France depuis 1963, carte de séjour en court de validité, ex-épouse restée en Yougoslavie.
- Deux filles 18 et 20 ans qui vivent avec leur mère. A essayé sans succès de « raccrocher les wagons » au niveau familial. Dans l'impossibilité d'accéder à un emploi. Il lui faudrait maintenant un emploi dit occupationnel voire protégé.
- Deux filles 25 et 26 ans qu'il ne voit plus. A fait une grave dépression.
- Dirigé et accepté à la Cité du Refuge à Paris.
- Divorce en 1987, parti chez sa grand-mère. Son fils, 25 ans et sa fille de 9 ans vivent à Rennes. Ne veut pas les revoir dans l'état où il est. A été au Centre d'Accueil du CASH et inscrit à l'ANPE.
- Dossier constitué pour commission d'admission pour hôtel social ou CHRS extérieur.
- Dossier d'aide sociale constitué pour entrée en MdR.
- En attente du RMI sur Pau.
- En situation irrégulière. Irrégularisable, a eu l'intention un moment de retourner au pays mais ne veut pas montrer qu'il n'a pas réussi en France. Désire aller en Allemagne chez son frère.
- Enceinte de 6 semaines environ. Vivait avec un homme mais le père l'a mise à la porte. Dossier à constituer pour foyer pré-maternel.
- Entré au SAO pour 15 jours puis Hôtel à Versailles. Pris en stage à Eurodysney pour entretenir les parcs et les jardins.
- Entrée CA. RMI à constituer en attente d'AAH (personne amputée d'une jambe suite à un accident dans le métro).
- Entrée SAO puis CHRS car sortait d'un CES de 18 mois à l'extérieur.
- Entrée SAO, en attente d'une place pour une cure de désintoxication.

- Est allée retrouver son ami en Algérie début 1995. Revenue début Juin, pense être enceinte. Attente confirmation grossesse, puis constitution dossier API et recherche foyers pré et post maternels.
- Est entrée au CA. Relevé de carrière demandé + demande de retraite. Voir MdR quand 60 ans.
- Est parti de son logement sur un coup de tête. A un fils de 30 ans, moniteur de parachute vivant à Nîmes. Suite à un accident de la voie publique, a du stopper son activité attend du mieux au niveau santé pour retravailler.
- Est venu uniquement pour sa CNI. N'a pas plus parlé de lui.
- A établir ses droits pour l'AAH, avec dérogation COTOREP pour entrée en Maison de retraite et en attente, entrée CA, dans le même temps. Dossier d'aide sociale aux personnes âgées constitué.
- Etait garçon de café pendant 9 ans. A tout quitté après une séparation. Vivait en appartement avec son amie et sa fille. A la séparation, a quitté son appartement et son travail. Toxicomane, aurait décroché à la naissance de sa fille il y a 14 ans.
- Etranger en situation irrégulière suivi par le SSAE à Nanterre et France Terre d'Asile. Originaire de Ceylan.
- Famille d'accueil jusqu'à l'âge de 16 ans.
- Femme enceinte, orientée sur le SAO. Dossier instruit par le C. H. A. P. S. A. pour obtention d'une place dans un foyer de Mère/enfants.
- Guyanais en vacances en Métropole, apparemment désireux de retourner chez lui.
- Habite avec sa mère. Se battait avec elle. Aucune formation. Orientée vers le Centre Corot.
- Handicap physique, alcoolisme, 1 fille de 12 ans avec sa mère en Alsace. Hospitalisation psychiatrique et somatique.
- Hospitalisation somatiques et psychiatriques. Santé ap. mauvaise. Handicaps physiques. Epilepsie. Alcoolisme. Antécédents psychiatriques. Refus d'orientation.
- Hospitalisations psychiatriques et somatiques. Refus RMI. Attente AAH. Discours confus. Fortes perturbations psy.
- Hospitalisations somatiques. Santé ap. mauvaise. Handicaps physiques. Alcoolisme. *Ce commentaire est retrouvé environ sur 10 fiches*.
- Jusqu'à présent, refusait toute idée de MdR. Il vient d'accepter de signer le dossier d'aide sociale. Il entre donc au CA en attente de l'accord d'aide sociale pour la MdR.
- Marié sans connaître sa femme (mariage arrangé) venu à Paris en 1976, sa femme est venue en 1984, divorce en 1986. Une fille de 8 ans née et vivant en Tunisie chez une soeur de la mère, dépression grave en 1992. Passe à la rue. Orienté sur le SAO.
- Mariée en 1972, venue en France 8 mois après avec son mari, ont travaillé dans le Loir et Cher. En 1990, retour au pays, ont fait construire. Le mari est tombé malade, invalide. Les travaux de la maison ont été abandonnés. La vie au Portugal étant insupportable, revenue en France.
- Pour la énième fois, partie de Nice où elle a une logement, sa mère en maison de retraite et ses deux filles placées en famille d'accueil. Elle est suivie par ATIAM, service de tutelle. Refuse de repartir à Nice.
- A été orienté au CA. Il n'est jamais revenu pour être accompagné. Rupture du suivi.
- Très, très perturbé, en errance totale. Orienté vers un psy.
- Refuse de rentrer en maison de retraite. Toutefois, un accord d'aide sociale est lancé dans le cas où il se déciderait, nous aurions ainsi des propositions.
- Ne veut pas participer financièrement à son hébergement. Il a déjà été renvoyé de Villers-Cotteret (MdR).
- A un CDD comme gardien de nuit. N'ayant pas d'hébergement, il ne peut pas non plus avoir accès aux accueils d'urgence qui ouvrent la nuit. Donc en attendant sa première paye, orientation sur un hôtel pour un mois.
- A été expulsé de chez lui le 25/10/95. L'AS de secteur lui a trouvé une nuit dans un hôtel (du 25 au 26/10). Le 26/10, emmené par Police Secours et installé dans les Lits d'Infirmerie (du 26 au 27/10). Le 27/10, orienté sur St Martin.
- N'accepte aucune orientation. Hospitalisation psychiatrique et somatique. Santé apparemment mauvaise. Handicaps physiques. Alcoolisme.
- Ne sait ni lire, ni écrire, a travaillé 20 ans dans la même entreprise, licencié pour motif économique, entré au CA.

- Ne veut et ne demande rien. Démarches entreprises pour refaire CNI. Jamais revu.
- Ne veut plus aller au Centre d'Accueil d'où il a d'ailleurs été exclu en 1993.
- Nous n'avons pas pu aborder ses antécédents familiaux. Orienté au CA avec activité occupationnelle. Gros pb de personnalité. A quitté le CA.
- Orientation sur le BAS de Paris où il est suivi. AS consultée.
- Orientation vers un long séjour. Compte tenu de l'état de la personne, de surcroît amnésique, impossible car en situation irrégulière.
- Orienté AU 92 + RdV AS de secteur le lendemain.
- Orienté au CA - Salle Handicapé.
- Orienté au SAO. Considère manifestement avoir touché le fond en dormant au C. H. A. P. S. A.. Son plus gros échec c'est la séparation de son fils suite à une séparation avec sa femme.
- Orienté au SAO. Mr perturbé. Double discours.
- Orienté par médecin. Pas de demande. Aide proposée pour refaire les papiers d'identité.
- Orientée au CA où cette dame qui veut « travailler » trouvera une activité « occupationnelle ».
- Orientée à AU 92 avec son mari + RdV AS secteur. Hospitalisée. Perturbée ++
- Placé dans des foyers de la DDASS à l'âge de 12 ans. A fait de nombreux foyers. A essayé de retourner vivre chez son père, le calme ne régnait pas souvent, violence donc retour dans les foyers.
- A quitté l'école en 2ème année de cuisine. A repris contact avec sa famille
- Part le 27/6/95 à Villers-Cotteret MdR. Personne quelque peu désorientée.
- Parti vivre au Sénégal à l'âge de 2 ans. Décès du père et du frère, retour à Angers. 1983 école hôtelière à Paris. A travaillé dans une boîte de nuit, a du cesser car incarcéré 2 fois.
- Pas d'hospitalisation. Antécédents psychiatriques. *Cette mention est retrouvée environ 5 fois.*
- Pas d'hospitalisation. Antécédents toxicomanie.
- Pas d'hospitalisation. Santé ap. moyenne. Alcoolisme. Sous tutelle ou curatelle. Refus d'orientation au CASH.
- Pas d'hospitalisation. Santé ap. bonne. Refus d'orientation.
- Pas d'hospitalisation. Handicaps physiques.
- Personne ayant acquis la nationalité française après mariage. Travaille en intérim principalement. Personne vivant à l'hôtel mais ne voulant pas le dire, se présentant comme sans domicile. Constitution du dossier RMI.
- Personne ayant donné sa démission pour raisons personnelles. Constitution du dossier RMI en cours. Voit avec les Asdics s'il peut prétendre à des droits. Entrée au SAO.
- Personne en situation irrégulière, acceptée au CA à titre humanitaire, compte tenu de sa pathologie médicale très lourde.
- Personne en situation de touriste en France. Niveau d'étude Bac +3, Sciences Po en Algérie. Kabyle et chrétien, il ne peut retourner en Algérie. A consulté un avocat au C. H. A. P. S. A. pour renseignements et pour statut.
- Personne expulsée de son logement où elle habitait depuis 30 ans. Accepte un foyer logement sur Puteaux, entrée au CA en attente d'accord d'aide sociale.
- Personne habitant, semble-t-il Annecy, partie pour Marseille n'ayant pas touché ses indemnités journalières. Venue à Paris pour démarches. Très confuse, ex mari ayant demandé la garde de l'enfant. Contact avec l'avocat au tribunal d'Annecy. Personne très déstabilisée, discours incohérent.
- Personne retraitée. Préfère rester à la rue. Refuse les MdR. Violent. *On retrouve cette mention à trois reprises*.
- Personne retraitée. Dossier d'aide sociale constitué pour éventuelle entrée en MdR.
- Préfère ne pas aborder le problème de son enfance ni de la situation dans laquelle il se trouvait quand il était en famille d'accueil. A été au Centre d'accueil du CASH qu'il a quitté de lui-même. A eu un accident de travail. Actuellement dans les lits de soins infirmier.
- Quitte ses parent à 17 ans pour Paris. Jusqu'à 23 ans vit à l'hôtel puis à la rue. N'a plus aucune nouvelles de sa mère et de son beau-père. Aurait eu une pension d'invalidité suite à un accident de moto. Ne peut plus travailler.

- RMI et CNI en cours. Séro +.
- Refus d'être orienté. Constitution d'un dossier AAH.
- Refus de trouver des solutions d'hébergement. Nous refaisons donc sa CNI et rétablissons sa retraite. Ce monsieur était "clown" de profession.
- Russe, ne parlant pas un mot de français. Démarche auprès de la Préfecture pour demander un statut de réfugié.
- S'est engagé dans la Marine Nationale à l'âge de 17 ans, pendant 20 ans. Il a quitté l'armée car ne voulait aller ni dans le golfe ni à Beyrouth. Etait propriétaire d'un appartement vendu après son divorce en 89. A donné sa part à sa femme ainsi il était déchargé d'obligation alimentaire.
- Sortant d'un CMP. Mis dans une ambulance, conduit dans sa famille qui refuse de le recevoir. Les ambulanciers ont joint la police qui l'a orienté sur Nanterre, Urgence, puis C. H. A. P. S. A.. Orienté vers le service de rééducation d'Henri Mondor, où le travailleur social le suit.
- Séparé de son amie qui l'a mis à la porte. Travaille dans Paris (17e) à la Mairie, en stage BAFA. Vacataire depuis un an.
- Travaille au noir. Transfert du dossier de Marseille à Paris.
- Travaille comme intérimaire en tant que maçon plâtrier. Dernière feuille de paye Mars 95. A été dirigé sur le SAO. Personne en situation régulière, carte de résidant valable jusqu'en Septembre 95.
- Travaille par le biais de l'intérim. Orienté vers le SAO du CASH. Avec l'été le travail dans le bâtiment reprend. Semble tout à fait apte à retrouver du travail. En dormant au SAO, peut régulariser sa situation par rapport au travail.
- Une fille de 18 ans. Demande une cure. A RdV avec le médecin.
- Une fille de 3 ans aide sociale en Italie. Hospitalisations somatiques
- Une petite fille de 4 ans qu'il rencontre lors des week-ends ou chez sa grand-mère, a travaillé dans l'Intérim puis dans des Sociétés de Gardiennage, stagiaire dans une commune (Gardien + entretien des Parcs) a travaillé au noir comme maçon carreleur.
- Veut rester à la rue. RMI à constituer dès réception de l'extrait de naissance.
- Veut retourner dans son squat rue Campans à Paris. Ne supporte pas la discipline et la vie en groupe. Demande de RMI à établir dès réception acte de naissance.
- Voulait voyager. Quand sa femme l'a quitté, a préféré partir en France. Sa femme et son fils sont en Suède. Doit faire un stage. A pris des cours de français à l'Alliance française.

En conclusion, on voit que les résultats de l'enquête sociale rejoignent et confirment le constat de pathologies multiples et lourdes qui accompagnent ces populations désocialisées. Ne rappelons ici, que les 53% d'antécédents personnels alcooliques et psychiatriques. Néanmoins, et c'est là, encore noircir le tableau, il convient de pointer que de nombreux indices des résultats de l'étude permettent de penser que la population en relation avec les travailleurs sociaux, est, dans son ensemble, moins désocialisée que celle des consultants moyens. Sur 126 dossiers par exemple (voir le tableau n°73), il a été relevé que 46,77% des sujets percevaient actuellement le R. M. I.. De même, sur cet échantillon, seuls 8 sujets (6,45%) disaient pratiquer la mendicité.

Par contraste, on verra dans l'étude suivante que les entretiens de l'étude psychopathologique font apparaître que sur 65 sujets ayant droit, seuls 6 (9%) disaient percevoir le R. M. I., et 91% disaient pratiquer la mendicité. De même aucun des 70 sujets ne disait être affilié à la sécurité sociale, alors que l'étude sociale montre que 86,77% des sujets de son échantillon y étaient affiliés. L'intérêt ici, n'est pas de faire une comparaison point par point entre les données des deux enquêtes, mais d'attirer l'attention sur d'éventuelles distinctions à faire entre les échantillons qui renverraient à des populations fortement différenciées quant à leur rapport à la normalité, en tout cas en ce que cette dernière se manifeste dans les liens

administratifs insérant le sujet dans la société. Il est par ailleurs, et par définition, normal qu'un échantillon défini au niveau de consultations de travailleurs sociaux, révèle des sujets plus soucieux (et surtout plus capables) que d'autres, d'exploiter les aides sociales liées à une existence administrative. Il y a là, parfaite circularité, qui laisse ouvert le débat sur la représentativité relative des divers échantillons.

En outre, il est utile de souligner que, peut-être plus qu'ailleurs (consultations médicales ou soins infirmiers), la consultation sociale est un lieu et un temps de mise en place, tant par les sujets que par les travailleurs sociaux eux-mêmes, de stratégies liées aux rapports entretenus avec la normalité. Les consultations sociales ont, en effet, pour objectif l'obtention d'une aide quelconque, généralement à visée financière directe ou indirecte. Il s'agit nécessairement pour les sujets d'y majorer une souffrance et d'y faire état d'histoires ou d'événements écrasants qui vont avoir eu raison de leurs efforts et de leur bonne volonté. La consultation sociale est un lieu de mise en scène des misères sociales, tout comme les consultations médicales sont des lieux de mise en scène du corps et de ses souffrances. La particularité réside dans le caractère directionnel de l'échange tendu vers l'obtention d'avantages quelconques. Pour ce faire, il faudra au sujet apparaître souffrant mais méritant, c'est à dire, malgré lui, submergé dans son aspiration et ses capacités virtuelles d'adaptation à la normalité. L'interprétation des résultats s'en voit renvoyée à l'analyse plus fine des stratégies des échanges et des représentations (et contre-représentations chez les travailleurs sociaux) qui les accompagnent. Ainsi, le chiffre absurdement bas de l'incidence de la mendicité cité plus haut. La mendicité est en effet, perçue par l'ensemble des acteurs, comme foncièrement transgressive et signataire, au fond, d'une irréversible déchéance. La dignité exige que, si pratiquée, elle ne saurait l'être qu'incidemment. Deux derniers points méritent, peut-être, d'être avancés ici :

- - D'une part, la fiche sociale comporte de nombreuses interrogations liées à des événements profondément personnels et douloureux, dont la légitimité, dans un échange à visée essentiellement administrative, est pour le moins douteuse. Et ce d'autant plus qu'elle a été jusqu'à présent non-examinée, comme si elle allait de soi. De quel droit un travailleur social interrogerait-il un client (car il s'agit de clients et non de patients) sur les difficultés de son enfance, sur les pathologies de ses parents, sur l'histoire de sa vie de couple, dans le cadre, par exemple, d'une demande de R. M. I. ou d'initiation de démarches en vue de l'obtention de papiers d'identité ? Ces soucis éthiques sont partagés par les travailleurs sociaux. Nous pensons qu'il est urgent, avant que des décisions soient prises quant à l'orientation donnée à la version pérenne de l'Observatoire, qu'un débat de fond ait lieu sur cette question.

- - D'autre part, il est dans le projet, depuis sa conception, des présupposés étiologiques implicites vis-à-vis du « social ». Tout s'est passé dans la distribution des tâches comme si c'était au « social », c'est à dire, en définitive aux travailleurs sociaux, de répondre aux questions étiologiques les plus importantes liées à l'existence de ces populations. Mais qu'entendons nous par « social » ? Et en quoi le « social » déborderait-il l'administratif ? En plus du danger de faire des travailleurs sociaux les agents inquisiteurs de l'histoire des sujets et de leurs rapports à la normalité, il est ici question de présupposés épistémologiques et de théories étiologiques non formulés et non examinés. Nous pensons qu'ils méritent réflexion.

5°) Résultats de l'étude psychopathologique (P. Declerck)

a) LES 500 DOSSIERS

L'examen de 500 dossiers pris au hasard parmi un total d'environ 5.000 dossiers ouverts avant juin 1995 avait pour objectif de faire apparaître le poids de la dimension psychopathologique dans le quotidien des consultations. Il s'agissait de s'intéresser aux médicaments psychotropes prescrits et donnés aux patients, ainsi qu'à d'éventuels diagnostics psychiatriques et indications sémiologiques contenus dans les dossiers. Sur 500 dossiers, 250 (50 %) contenaient soit des diagnostics ou remarques de sémiologie psychiatrique, soit indiquaient que des psychotropes avaient été prescrits au patient.

TABLEAU N°92
LES MEDICATIONS PSYCHOTROPES

Carbamates	103	20,6 %
Benzodiazépines	103	20,6 %
Somnifères	62	12,4 %
Anti-épileptiques	14	2,8 %
Neuroleptiques	6	1,2 %
Anti-dépresseurs	1	0,2 %

On trouve dans ce tableau les résultats de cette investigation, en ce qui concerne les prescriptions. On remarquera en particulier l'importance de l'Equanil (20,6 %) qui signe l'importance des syndromes de sevrage alcoolique. Les chiffres très faibles attachés aux prescriptions d'anti-épileptiques (2,8 %), neuroleptiques (1,2 %) et anti-dépresseurs (0,2 %),, s'expliquent par deux éléments :

- - d'une part l'impossibilité d'assurer des suivis réguliers de patients si erratiques, ce qui rend les projets thérapeutiques à moyen et à long terme, illusoires, voire dangereux et exclut, par conséquent, la prise en charge de pathologies relevant du moyen et du long terme en dehors d'éventuelles hospitalisations.

- - d'autre part, par le souci des consultants de ne pas favoriser d'éventuels comportements toxicomaniaques, ou encore de donner aux patients des produits qu'ils seraient susceptible de revendre, ou de se faire voler lors d'agressions par des toxicomanes.

- Pour ces raisons, les médicaments psychotropes sont distribués presque à l'unité et il est fréquent que le consultant exige du patient une prise immédiate et donc vérifiable du produit.

Seuls 19 dossiers (3,8%) indiquaient des prescriptions de Benzodiazépines et de somnifères seuls. Benzodiazépine seule : 8 dossiers (1,6 %), somnifère seul : 7 dossiers (1,4 %), benzodiazépine et somnifère : 4 dossiers (0,8 %).

231 dossiers (46,2%) indiquent par des prescriptions et/ou par des diagnostics ou observations, que nous sommes en présence de pathologies plus graves que celles relevant de simples prescriptions de Benzodiazépines et/ou de somnifères.

192 dossiers (38,4%) faisaient état de diagnostics ou contenaient des observations sémiologiques ou des commentaires indiquant la présence d'une dimension psychopatologique dans le tableau.

TABLEAU N°93
DIAGNOSTICS ET SEMIOLOGIE

Deux remarques relatives à l'interprétation de ce qui suit s'imposent. Si les catégories diagnostiques ou sémiologiques retenues peuvent apparaître grossières et/ou conceptuellement insatisfaisantes, c'est qu'elles correspondent à l'immédiateté de ce qui est noté dans les dossiers. En outre il convient de rappeler ici qu'il s'agit de diagnostics et observations réalisés par des médecins généralistes.

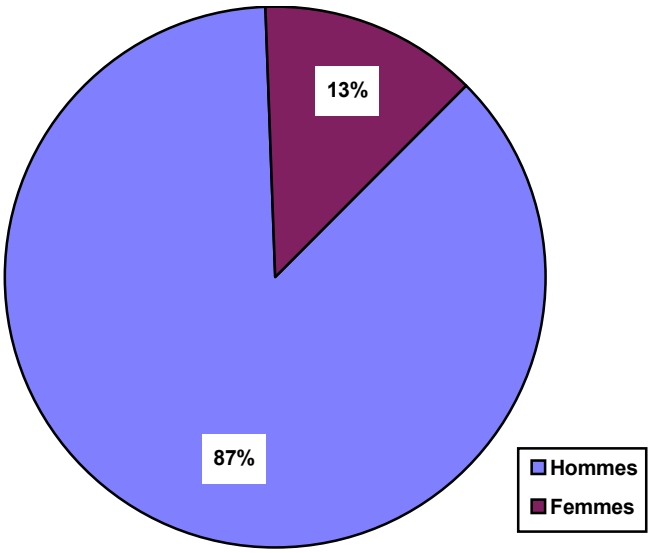
Alcoolisme - Ivresse	106	21,0%
Crise comitiale	43	8,4%
Toxicomanie « Drogue dure »	7	1,4%
Toxicomanie « Drogue douce », Médicamenteuse	9	1,8%
Toxicomanie non spécifiée	12	2,4%
Psychiatrie +++ Consultation spécialisée, suivi	27	5,4%
Agitation, Agressivité, Violence	19	3,8%
Angoisse, Dépression	16	3,2%
Délire, Etat confusionnel	10	2,0%
Tentative d'autolyse	1	0,2%
Total	250	49,6%

b) LES ENTRETIENS

Il a été dit plus haut (au chapitre - II - Méthodologie de l'enquête psychopathologique) que sur 110 entretiens réalisés, seuls 70 ont été retenus. Il convient de rappeler que les données qui suivent ont été obtenues lors d'entretiens réalisés dans des conditions d'anonymat, hors de toute tentative (à notre avis éthiquement douteuse), de « vérification » de la réalité de ce que nous communiquaient les patients (ce qui, par ailleurs, n'exclut en rien la possibilité d'un regard critique et sceptique). Nous trouvions sain, que les sujets puissent rester maîtres de ce qu'ils souhaitaient ou non nous divulguer d'eux mêmes. Aussi, les données qui suivent, ne sont rien de plus, en définitive - en ce qui concerne les données objectives en tout cas - que le discours des patients sur eux-mêmes.

TABLEAU N°94
L'AGE ET LE SEXE-RATIO

Moyenne	40
Ecart-type	11
Maxima	74
Minima	22



Sur les 70 entretiens retenus, les caractéristiques d'âge et de sexe sont congruentes aux données des enquêtes médicales, infirmières et sociales (les pourcentages ont été arrondis à l'unité). L'âge moyen était de 40 ans avec un écart-type de 11 ans. L'âge minimum de 22 ans, le maximum de 74 ans. 5 sujets avaient moins de 25 ans. 61 étaient des hommes soit 87 % et 9 étaient des femmes soit 13%.

LES PAPIERS D'IDENTITE

27 (39 %) possèdent encore des papiers d'identité.

LA SCOLARITE

Les questions relatives à la scolarité ont été abandonnées après les premiers entretiens. Elles étaient vécues comme inquisitrices et humiliantes, confrontant, d'entrée de jeu, les sujets aux souvenirs d'échecs précoces.

LE SERVICE MILITAIRE

43 (70%) disent avoir effectué leur service militaire. 18 (30%) ont été réformés, dont 3 pour des raisons psychiatriques (P. 4).

LA COUVERTURE SOCIALE

Aucun ne dit être affilié à la sécurité sociale. 25 (36%) disent toucher actuellement ou avoir, dans le passé, touché le R. M. I. Seuls 6 (9%), sur 65 ayant droit, le toucheraient actuellement.

LE MODE VIE

54 (77%) vivent seuls. 4 (6%) vivent en couple. 12 (17%) vivent avec un ami ou une amie.

TABLEAU N°95
LE DEBUT DU STATUT DE S. D. F.

Moins de 6 mois	12	17%
6 mois à 1 an	9	13%
1 an à 5 ans	42	60%
5 ans à 10 ans	4	6%
10 ans à 20 ans	3	4%

Il est à noter cependant, que plusieurs réponses étaient manifestement douteuses, les patients exagérant ou diminuant les indications temporelles indiquées. Il est probable que, contrairement, à ce qu'ils disaient, 5 vivaient dans la rue depuis plus de 6 mois, 4 depuis plus d'un an, 1 depuis moins de 5 ans et 1 depuis moins de 10 ans.

TABLEAU N°96
LA PRESENTATION GENERALE

Bonne	11	16%
Médiocre	45	64%
Incurique	14	20%

Tableau manifestement très subjectif, mais nous voulions tenter, par là, d'évaluer grossièrement la présence relative de signes extérieurs de clochardisation : saleté des vêtements et du corps, hygiène dentaire, petites blessures non soignées, odeur, laisser-aller, « look » général.

LE TRAVAIL ACTUEL

8 (11%) disent maintenir encore un contact avec le monde du travail au travers de petits boulots occasionnels. Pour 6 d'entre-eux, de lourds soupçons pèsent sur la réalité de ces activités. Cela réduirait le nombre réel à 2 (3%). Il est raisonnable de penser que c'est là une donnée bien plus proche de la réalité.

L'HEBERGEMENT

44 (63%) disent dormir dans le métro et au C. A. S. H. de Nanterre uniquement.

26 (37%) disent, en outre, avoir été hébergés, à des moments divers, par la famille, par des amis, ou dans des foyers. Il leur arrive de dormir à l'hôtel de temps en temps.

14 (20%) disent ne pas avoir passé une nuit dans leur famille depuis au moins deux ans.

TABLEAU N°97
LES RUPTURES

Séparation	45	64%
Divorce	9	13%
Décès du conjoint	3	4%
Chômage	70	100%

Tous font référence au chômage, ou plus exactement à l'impossibilité pour eux de trouver un travail quelconque, comme étant une cause essentielle de leur désocialisation. Il est à noter que même les sujets qui sont au-delà de l'âge de la retraite, parlent de l'impossibilité de trouver du travail ici et maintenant comme si cela était encore d'actualité. 26 (37%) disent avoir effectivement touché des allocations de chômage dans le passé.

LES ENFANTS

18 (28%), 14 hommes et 4 femmes, disent avoir des enfants.

12 (17%), dont 2 femmes, ne savaient pas clairement où se trouvaient leurs enfants, ni qui s'occupait d'eux.

LES LIENS FAMILIAUX ACTUELS

26 (37%) disent avoir des contacts épisodiques avec leur famille, leurs parents ou leur fratrie.

4 (6%) hommes disent avoir des contacts épisodiques avec leurs enfants

4 (6%) hommes disent avoir des contacts épisodiques avec des amis « d'avant ».

Aucun n'a gardé de relations avec leur ex-conjoint ou concubin.

LES LIENS INSTITUTIONNELS

65 (93%) disent bénéficier régulièrement des services d'associations caritatives diverses.

Tous sont déjà venu au moins deux fois au C. A. S. H.

Il nous a fallu être très prudent sur ces questions, l'enjeu étant immédiatement pour les sujets, de ne pas se dévaloriser en paraissant être un « clochard » chronique, en faisant état de visites trop fréquentes à Nanterre, ou d'une trop grande familiarité avec le milieu associatif d'aide aux sans-abri.

TABLEAU N°98
LES RESSOURCES

Mendicité	64	91%
R. M. I.	6	9%
Retraite	5	7%
A. A. H.	5	7%

Par ailleurs, 3 hommes (4%) parlent de trafic de drogue dans le passé. Une femme et un homme (3%) parlent de prostitution dans le passé. Mais s'agit-il vraiment du passé ?

LA MENDICITE

64 (91%) disent pratiquer la mendicité.

21 (30%) disent mendier passivement uniquement (c'est-à-dire sans aborder ou interpeller les gens : « sans rien demander »).

43 (61%) disent pratiquer la mendicité active.

6 (9%) disent ne jamais mendier.

Il est extrêmement probable que tous mendient. Il semblerait, mais ceci est très sujet à caution, que six heures de mendicité (ce que les sujets entendent par une « journée ») rapporteraient une quarantaine de francs. Cela dit, mendier est épuisant (humiliations et insultes de la part du public sont fréquentes) et l'on ne mendie pas nécessairement tous les jours et encore moins toute la journée.

LES DETTES

11 (16%) disent avoir des dettes : Impôts, H. L. M. , Télécom, prêts personnels.

Il est très probable que ces dettes constituent un obstacle supplémentaire à tout rapprochement de ces sujets d'avec leur milieu d'origine.

L'éventuelle « réinsertion » s'effondrerait immédiatement sous le poids des exigences financières. Ce facteur contribue aussi à ce que certains sujets se tiennent éloignés de toute demande sociale et administrative. L'anonymat et l'inexistence sociale leur permettent d'échapper à leurs créanciers.

TABLEAU N°99
L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Placement intra-familial (épisodique, grands-parents)	19	27%
Fugue	16	23%
Séparation avec le père	15	21%
Marginalité	15	20%
Placement D. D. A. S. S.	14	20% (dont 4 placements définitifs)
Décès d'un parent	9	13%
Accidents	9	13%
Séparation avec les deux parents	7	10%
Toxicomanie	7	10% (dont 2 anciens héroïnomanes)
Séparation des parents	6	9%
Inceste	6	9% (1 père/soeur, 4 beau-père/soeur, 1 beau-père/sujet)
Séparation avec la mère	3	4%
Décès des deux parents	2	3%
Placement justice	1	1%

TABLEAU N°100
LES ANTECEDENTS FAMILIAUX

Paupérisme	32	46%
Alcoolisme parental	28	40%
Violence	20	29%
Antécédents somatiques	19	27%
Accidents	17	24%
Marginalité	13	19%
Antécédents psychiatriques	12	17%
Toxicomanie fratrie	9	13%
Antécédents justice	4	6%

On entend par antécédent somatique que le père et/ou la mère aient été habituellement malades.

On entend par violence qu'il y ait eu des actes de violence entre les parents ou des actes de violence commis par les parents sur les sujets ou sur des membres de leur fratrie.

LES ANTECEDENTS JUDICIAIRES

17 (24%) disent être passés par la prison (dont 3 femmes)

LES ANTECEDENTS MEDICAUX

Nous avions initialement prévu de tenter de recueillir des données sur les antécédents médicaux des sujets. En fait, nous avons rapidement décidé d'arrêter d'orienter les entretiens dans ce sens, parce que nous nous sommes trouvés rapidement noyés sous un flot de souvenirs et de plaintes très floues. Nous reviendrons plus loin, dans l'évaluation, sur les raisons éventuelles de ces difficultés. Toujours est-il que nous avons choisi de nous orienter vers la recherche d'éléments plus discrets et plus événementiels (tels que les hospitalisations par exemple) pour tenter de baliser ce terrain.

LES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

53 (78%) disent avoir subi une ou plusieurs interventions chirurgicales

TABLEAU N°101
LES HOSPITALISATIONS

Hospitalisations somatiques seules	31	44%
Hospitalisations psychiatriques seules	2	3%
Hospitalisations psychiatriques et somatiques	19	27%
Total des hospitalisations	52	74%

21 (30%) des sujets auraient donc été hospitalisés en psychiatrie.

Le nombre des hospitalisations somatiques (50) est inférieur au nombre de sujets disant avoir subi des interventions chirurgicales (53)

LES HANDICAPS PHYSIQUES

11 (16%) disent souffrir de handicaps physiques les rendant incapables de travailler. Aucun de ces handicaps n'est apparu manifeste au cours des entretiens, ce qui par ailleurs, n'implique pas leur inexistence. Les sujets faisaient, le plus souvent, référence à des maux de dos, à une fatigue chronique et à des séquelles traumatologiques diverses.

LES ACCIDENTS

47 (67%) ont été victimes d'accidents ayant, au minimum, causé des fractures de membres.

LES TATOUAGES

28 (40%) sont tatoués. Tous étaient des hommes et 22 d'entre eux avaient plus de deux tatouages.

L'EPILEPSIE

19 (27%) souffrent d'épilepsie. Il faut être, ici, prudent. Les sujets parlent souvent de « crises » qu'ils peuvent avoir tendance à imputer à l'épilepsie, alors que la frontière ne semble pas toujours être très claire entre crises comitiales, moments de dépersonnalisation, crises clastiques, « crises de nerfs », voire même parfois bouffées délirantes.

LES MEDICATIONS PSYCHOTROPES

58 (83%) prennent ou ont pris des médicaments psychotropes. Le chiffre réel avoisine très probablement les 100%. Il est, par ailleurs, difficile de déterminer si ces prises de psychotropes ont eu lieu dans le cadre de traitements médicaux, de tentatives d'auto-médication, ou de comportements toxicomaniaques à bas bruits.

L'ALCOOLISME

64 soit 91% disent consommer trop d'alcool et/ou pensent que l'alcool a joué un rôle dans leur désocialisation. 6 (9%) disent ne jamais boire. Il est possible que cela soit le cas pour 4 d'entre eux. Les deux autres étaient manifestement alcooliques. Ce qui augmente le chiffre réel à 66 (94%). Il est fréquent que l'alcoolisme soit présenté par les sujets comme un épiphénomène de l'exclusion sociale. Une connaissance plus approfondie de ces mêmes sujets, montre quasi systématiquement, que l'alcoolisme les a accompagnés tout au long de leur vie et ce, bien souvent, depuis l'adolescence.

LA TOXICOMANIE

17 (24%) présentent des comportements polytoxicomaniaques où sont consommés indifféremment alcool, drogue douces, néocodion, et autres médicaments psychotropes. Les drogues dures sont très occasionnelles (et très chères).

2 (3%) parmi ces 17 consomment régulièrement (mais pas exclusivement) des drogues dures (crack et héroïne).

5 (7%) disent s'être injecté régulièrement de l'héroïne à certaines époques de leur passé.

9 (13%) disent avoir pris régulièrement des drogues douces et des médicaments psychotropes (à l'exclusion des drogues dures) à certaines époques de leur passé.

LA SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE AUTRE

62 (89%) disent être et/ou avoir été souvent angoissés.

25 (36%) disent être et/ou avoir été souvent déprimés.

11 (16%) disent faire ou avoir fait dans le passé des « crises » : crises clastiques, « crises de nerfs », « crises d'angoisse », « crises de panique ».

47 (67%) font état de passage à l'acte importants : ruptures brutales familiales, sentimentales ou professionnelles, actes de violence, etc.

c) L'EVALUATION

Nous avons tenté d'aller plus loin, en analysant les contenus des 70 entretiens retenus, d'après les critères diagnostics du DSM-III R. Entreprise difficile, dans la mesure où la précision des critères d'inclusion ou d'exclusion diagnostiques de ce manuel excède de beaucoup celle des données anamnestiques, dont nous disposons. Pour donner un exemple de cette inadéquation relative, deux des critères de la personnalité antisociale (parmi d'autres) sont « d'avoir fait souvent l'école buissonnière » et « a volé, sans être confronté directement avec la victime, à plus d'une occasion ». Si le premier critère correspond au type d'information dont on peut disposer (mais qu'entend-t-on par « souvent » ?), le second, en revanche, est typiquement au delà de la précision que nous pouvons atteindre. Il arrivera, pour poursuivre dans la voie de notre exemple, parfois qu'il soit, plus ou moins vaguement, fait mention d'un ou de plusieurs vols, mais alors, sans plus de précision. Plus généralement, nous devons nous contenter d'euphémismes elliptiques, du genre « je faisais beaucoup de conneries quand j'étais gosse ». Pour tenter, non pas de nier, mais tout au moins d'organiser ces difficultés, nous avons systématiquement, devant l'incertitude, opté pour une hypothèse basse en terme de gravidité diagnostique. En particulier, nous n'avons conclu à la psychose, qu'en présence de signes indiscutables.

A minima donc, et avec ces réserves, les résultats d'une telle lecture sont les suivants :

- - 5 sujets (7%), trois hommes et deux femmes, nous ont semblé être indiscutablement psychotiques. Un des hommes présentait tous les signes de la paranoïa. Les 4 autres sujets faisaient état de longues carrières de maladies psychiatriques ponctuées de multiples hospitalisations.

Le diagnostic de schizophrénie ne fait, à nos yeux, pas de doute pour deux d'entre eux. Les 2 autres présentaient des tableaux moins clairs, où le diagnostic de schizophrénie était plus discutable et aurait demandé plus d'informations et/ou une

plus longue observation, pour se différencier d'un diagnostic de démence alcoolique par exemple. En tous les cas, le diagnostic de psychose, nous a semblé être indiscutable pour ces 5 sujets.

- - 63 sujets (90%), 57 hommes et 6 femmes, nous ont semblé, a minima, présenter des troubles de la personnalité. Il nous faut ici être prudent, la distinction entre les divers troubles de la personnalité n'étant pas chose facile à établir dans le cas de données anamnestiques d'aussi mauvaise qualité. De plus, les difficultés liées à la situation sociale des sujets ont tendance à tirer la lecture de la clinique vers des diagnostics de personnalités antisociales et limites, dont les critères diagnostics comportent des items liés, par exemple, au travail. Ainsi, les critères diagnostics de la personnalité antisociale, comprennent, entre autres, l'item suivant : « chômage prolongé pendant au moins six mois sur une période de cinq ans alors que le sujet aurait dû logiquement travailler et que des emplois étaient disponibles ». On voit là, le danger d'une circularité entre certains diagnostics psychiatriques et les sujets désocialisés. Néanmoins, nous pensons pouvoir raisonnablement avancer que 13 (19%) sujets relevaient clairement de la personnalité antisociale. 37 (53%) sujets présentaient des caractéristiques relevant de manière indifférenciable à la lumière des informations disponibles, de la personnalité antisociale et/ou de la personnalité limite. 8 (11%) sujets présentaient des caractéristiques conduisant à un diagnostic (ici aussi indifférenciable) de personnalité évitante et/ou dépendante. Enfin, 5 (7%) sujets présentaient massivement, les caractéristiques de la personnalité schizoïde.

- - 2 (3%) sujets, un homme et une femme, tous deux âgés de moins de 25 ans, relevaient manifestement des critères de la personnalité histrionique. Cependant, il faut rappeler qu'il s'agit ici de la classification du DSM-III R, et que, dans ces deux cas, une nosologie plus proche d'une clinique psychanalytique, permettrait de discuter de la possibilité d'opter plutôt pour des diagnostics de névrose hystérique grave. C'est là, un point mineur, lié à l'interprétation de la sémiologie, plus qu'à son indiscutable constat clinique. Du point de vue du DSM-III R, on peut tout à fait considérer ces deux cas, comme s'agissant de personnalité histrioniques.

Rappelons enfin que, d'un point de vue simplement sémiologique, 66 sujets (94%) étaient manifestement alcooliques et que 17 d'entre eux (24%) présentaient, en outre, des comportements polytoxicomaniaques.

En conclusion de ces résultats, on peut donc dire qu'une évaluation minimaliste de la psychopathologie de ces 70 sujets montre que 5 (7%) d'entre eux étaient certainement psychotiques et que les autres 65 sujets (93%) présentaient des personnalités pathologiques. Il convient de dire aussi , que des soupçons de diagnostics de psychose, non élucidables avec les informations dont nous disposons et le cadre restreint des observations possibles, pèsent sur 11 (16%) des sujets classés dans les personnalités pathologiques (dont les 5 diagnostics de personnalité schizoïde). L'hypothèse haute de la pathologie rencontrée, porterait alors le total des sujets psychotiques à 16 (soit 23%). Ce qui serait assez conforme à l'impression clinique générale, de même que congruant avec d'autres travaux épidémiologiques existants, concernant des populations semblables. Enfin, souvenons-nous que ces

70 sujets ne reflètent pas la réalité de nombreux autres patients trop lointains et trop emmurés dans le silence, pour être accessible à une démarche d'entretien volontaire.

Cela dit, la plus grande prudence s'impose devant la facilité et la tentation de stigmatiser indûment cette population étrange, mal connue, mal comprise et oserions-nous dire, mal aimée, en la réduisant aux catégories, somme toute, pour nous, anxiolytiques, de la nosologie psychiatrique. A l'inverse, nous pensons par ailleurs, que toute fausse naïveté est à écarter, et qu'il serait tout aussi illusoire comme on l'entend parfois, de tenter de réduire la lourde et ancienne psychopathologie de ces sujets, à n'être que l'épiphénomène de processus d'exclusion sociale. Toute clinique des populations gravement désocialisées montre, au contraire, que l'exclusion sociale et l'écrasement économique, ne sont que des facteurs parmi d'autres (tels que l'écrasement culturel et les pathologies familiales par exemple) contribuant à la désocialisation brutale ou progressive des sujets. Et que ces facteurs ensemble rencontrent, rejoignent et sollicitent les pathologies psychiques des sujets, qui voient, alors, leur troubles s'aggraver au cours d'une dégradation où les facteurs d'exclusion, les handicaps et les fragilités personnelles se renvoient et se majorent les unes les autres, en d'inextricables boucles rétroactives.

6°) <u>Résultats comparatifs</u> (Dr. J. Hassin)

En fonction du principe même de pluridisciplinarité de cette étude, nous allons esquisser quelques éléments de synthèse entre les différentes approches, même si, bien sur, tout n'est pas comparable. Dans un premier temps nous allons voir si l'on retrouve une cohérence de la population dans les différentes approches. Il faut préciser que l'on trouve 64 dossiers communs entre l'étude médicale et infirmière, 38 dossiers communs entre l'étude médicale et sociale, et 29 entre l'étude infirmière et sociale. Enfin, on trouve 9 dossiers communs aux trois approches médicale, infirmière et sociale.

TABLEAU N°102
LE NOMBRE DE DOSSIERS

Médicaux	276
Infirmiers	325
Hospitalisés	1445
Sociaux	188
Psychopathologiques	570
Total	2804

Rappelons que la population non S. D. F. hospitalisée dans l'étude P. M. S. I. représentait une population témoin de 6608 malades, et que l'étude psychopathologique comportait 70 entretiens. Ainsi, avec tous les biais signalés et toute la prudence nécessaire, en retirant les dossiers communs aux différentes études, cette étude s'est quand même appuyé sur une population de

1228 personnes et de 2673 personnes si on y ajoute l'étude des patients S. D. F. hospitalisés.

TABLEAU N°103
LE SEXE RATIO

Population	Hommes	Femmes
C. H. A. P. S. A.	91,6 %	8,4 %
Infirmière	88,0 %	12,0 %
Hospitalisée	87,3 %	12,7 %
Psychopathologique	87,0 %	13,0 %
Médicale	85,5 %	14,5 %
Sociale	82,0 %	18,0 %
Hospitalisée témoin	47,4 %	12,6%

TABLEAU N°104
L'AGE MOYEN

Social	44,3
Médical	43
Infirmier	42,8
C. H. A. P. S. A.	41,8
Psychopathologique	40

On voit donc que, sur les données primaires concernant l'âge moyen et le sexe ratio, les différentes approches semblent concerner une population de caractéristique assez voisine. Nous allons ensuite voir, de façon sommaire, dans les approches similaires ou comparables des différentes études les rapprochements qui peuvent en être faites.

Si l'on regarde le travail du Docteur Pichon, on trouve une cohérence entre nos patients vus en consultation et les patients hospitalisés. Dans les deux cas, le premier diagnostic retrouvé est celui d'affection de l'appareil respiratoire qui représentent respectivement 14,87% et 13,32% (81 et 236 patients), alors que pour les patients non-S. D. F., cette C. M. D. arrive en 6è position à 6,95% (459 patients).

Les affections dermatologiques sont respectivement en 2è et 3è position à 12,38 et 9,54% (67 et 169 patients) alors que pour la population témoin il s'agit de la 12è C. M. D.. Si l'on compare les deux tableaux n° 39 et 42, on retrouve bien par rapport à une population témoin une différence significative dans les affections respiratoires, dermatologiques et psychiatriques. Le seul point qui ne peut pas être comparé est l'item alcoolisme qui n'est pas individualisé en C. M. D..

Si l'on prend en compte les études médicales et infirmières, on retrouve bien, là aussi, l'importance de la pathologie cutanée et parasitaire.

Enfin, il est intéressant que même l'étude sociale met l'accent tant dans les antécédents familiaux que personnels sur le problème majeur représenté par l'alcoolisme.

7°) **Conclusions** (Dr. J. Hassin)

En conclusion, et à travers les différentes approches, on peut dire que le « prototype » du S. D. F. qui ressort du « regard croisé » des différents auteurs de ce travail peut être défini comme un homme de 40-50 ans, seul, sans aucun contact familial, ayant perdu depuis longtemps tout rapport avec le monde du travail, en mauvaise santé physique et mentale et présentant un problème majeur d'alcoolisme.

L'ambition était de mieux connaître l'état sanitaire des personnes sans-abri, et en particulier d'obtenir une connaissance plus précise des pathologies rencontrées. Les approches médicales, infirmières et psychopathologiques permettent d'affiner l'étude des pathologies rencontrées. Nous avons vu tant au niveau médical en consultation ou en hospitalisation, qu'infirmier ou psychopathologique que trois pathologies prédominent. Les pathologies respiratoires, dermatologiques et psychiatriques représentent des pathologies majeures dans cette population. Il semble également patent lorsque l'on regarde les antécédents ou bien l'étude réalisée par le responsable du Département d'Information Médical que l'on retrouve, plus que dans la population non-désocialisée, de multiples associations s'aggravant mutuellement.

Nous n'avons pas pu dans cette étude mesurer précisément le retentissement du retard à l'accès aux soins dans l'aggravation de la pathologie. Cependant, l'importance de la pathologie cutanée par exemple montre bien que de très nombreuses affections sont traitées normalement de façon satisfaisante chez des personnes socialisées bien avant d'en arriver au stade évolué où on voit les personnes S. D. F. en consultation. Les causes de ce retard à l'accès aux soins ne sont d'ailleurs pas univoques. Il est vrai que la difficulté d'accès aux soins représente une des explications premières, mais il faut également et l'étude psychopathologique le montre bien prendre en considération l'état psychique, les modification de l'image corporelle et du rapport au corps ainsi que l'apragmatisme de ces personnes très désocialisées qui expliquent aussi en partie ce retard dans l'accès aux soins. Une des conséquences pratiques de cette analyse consiste à préconiser une attitude très volontariste vis-à-vis d'eux.

Il faut aller à leur rencontre en dehors de la consultation médicale, les inciter à consulter car il s'agit de personnes manifestement en mauvaise santé et qui ne pensent même pas « qu'elles aient droit » à une consultation médicale qui pourtant va révéler des atteintes parfois graves. Cela représente certainement une des caractéristiques de la pratique médicale et paramédicale auprès de ces populations. Il ne semble pas que l'on puisse vraiment parler de spécificité pathologique affectant les personnes sans-abri. Nous avons vu dans cette étude que la morbidité ajoutée peut être rapportée à deux explications :

- - d’une part les conditions de vie dans la rue, et on retrouve là des explications liées au manque d’hygiène, au manque de sommeil, à la mauvaise alimentation et aux agressions multiples.

- - d’autre part l’alcoolomanie et le tabagisme.

Par ailleurs, cette étude montre que les hypothermies, les gelures et les « pieds de vagabond » qui semblaient être des pathologies très importantes et spécifiques du S. D. F., même avec les biais méthodologiques signalés minorant très probablement leur importance, ne représentent en tout cas pas les traits pathologiques essentiels. L’incidence de la pathologie psychiatrique que l’on sait importante a été approchée dans l’étude psychopathologique. Elle nous montre bien que cette pathologie est probablement sous-évaluée par la plupart des auteurs. Il paraît difficile lorsque l’on parle de l’accès aux soins des personnes sans-abri de méconnaître cette donnée si l’on veut améliorer cette prise en charge ou développer des solutions permettant de faire évoluer cette question.

En ce qui concerne les problèmes de santé publique, on a souvent entendu parler de flambée épidémique grave de tuberculose. S’il est vrai que l’incidence de la tuberculose est très importante, puisque nous avons dans cette étude dépisté 10 nouveaux cas sur 276 patients à l’occasion de 357 consultations en 9 mois. Cela est très significatif. Cette maladie doit certainement être surveillée et quantifiée de façon plus exhaustive. Cependant les affirmations alarmistes concernant une résurgence massive de la tuberculose chez les personnes S. D. F. ne traduisent peut-être pas un phénomène nouveau. En ce qui concerne le V. I. H. nous avons vu que, comme la toxicomanie, il représente dans notre population un aspect tout à fait marginal. En fait, le principal problème de santé publique rencontré, redisons-le est le problème de l’alcoolomanie.

Nous avions en outre l’ambition de replacer l’état sanitaire des personnes sans-abri dans leur histoire personnelle et sociale. C’est l’intérêt de l’étude sociale. Là aussi, malgré tous les biais signalés, cette étude nous a quand même éclairé sur l’histoire individuelle et familiale, la formation générale et professionnelle, le contexte psychologique et les éventuelles ruptures des personnes.

Quoi qu’il en soit, ce travail a surtout l’intérêt de montrer qu’il est impossible d’envisager une approche des ces populations qui ne soit pas multidisciplinaire. Les problèmes médicaux, sociaux et psychopathologiques semblent tellement intriqués qu’on voit mal comment traiter autrement et de façon isolée ces problèmes médico-sociaux.

C’est dire l’intérêt d’une antenne comme celle du C. H. A. P. S. A. qui, et depuis longtemps, regroupe dans une même consultation des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux : assistante sociale, moniteur-éducateur et éducatrice spécialisée. L’abord médico-social semble être actuellement le plus cohérent pour ces populations très désocialisées. D’ailleurs, en terme de propositions, on a vu que l’activité médicale et infirmière au fond, différait peu d’une activité de dispensaire avec quelques spécificités. On pourrait prétendre qu’il y aurait quelque intérêt à réhabiliter la fonction de dispensaire qui serait là, véritablement, une structure médico-sociale, à mi-chemin entre la rue et l’hôpital, où médecins,

psychiatres, infirmières et travailleurs sociaux, chacun dans le respect de sa spécificité métier travaillerait de façon commune à l'abord global de la personne désocialisée. De plus, l'aspect de santé publique en hygiène, prévention et dépistage pourrait y être pris en compte. Nous avons vu, dans cette étude que les problèmes majeurs de santé sont représentés par le problème de l'alcoolisme et par celui de la psychiatrie. Or, on connaît bien les insuffisances actuelles dans la prise en compte de ces deux questions dans nos dispositifs sanitaires surtout en ce qui concerne notre population défavorisée.

De surcroît, même si cela ne peut être affirmé à travers cette étude, le personnel a remarqué de façon patente que depuis quelques années, on note une diminution très sensible de patients présentant des pathologies très évoluées en particulier dermatoses « historiques », monstrueux ulcères géants atteignant la corticale osseuse, colonisés par des hôtes indésirables sous des pansements non refaits depuis des semaines. Sans qu'il soit évident qu'une explication univoque soit démontrée, on peut quand même penser que la création récente de dispositifs médico-sociaux comme le S. A. M. U. Social, la création de consultations médicales de précarité comme Baudelaire, Médecins Du Monde, ou Médecins Sans Frontière, la médicalisation de Centres d'hébergement d'urgence sont probablement une des explications à ce phénomène. Il reste cependant le problème des lits de soins infirmiers dont on a vu dans cette étude le rôle majeur voire indispensable dans les dispositifs de prise en charge des S. D F..

Enfin, dans la poursuite du dispositif, il faudra s'interroger avec les travailleurs sociaux sur la relecture de la fiche sociale. Sur un plan éthique, il paraît difficile, en routine de rechercher des items certes intéressants à étudier, mais qui font appel à des situations ou à des souvenirs particulièrement éprouvants pour la personne qui vient voir un travailleur social (inceste, violence infantile, etc.) et ceci sans légitimité thérapeutique ou opératoire. Peut-être faudra-t-il réintroduire ces données anamestiques dans la consultation de psychiatrie où la justification est peut-être plus opératoire.

8°) <u>Conclusions de l'intevenant extérieur</u> (Dr. P. Duprat)

Pas plus que les études antérieures, ce travail ne permet de répondre clairement à des questions de fond sur le lien entre précarité et santé, ou sur la relation entre processus de désocialisation et états morbides.

Par contre, il permet de dresser un tableau plus précis d'une sous-population particulière, celle qui accède au C. H. A. P. S. A. et à son antenne médicale.

Si la fréquence des associations morbides était déjà bien connue implicitement, on peut être frappé par le nombre, la nature et la complexité des antécédents pathologiques qui, causes ou conséquences, stigmatisent les trajectoires des personnes ayant recours à cette structure. Il ne faut pas non plus négliger la fréquence observée d'un grand fléau comme la tuberculose. Sa

prévalence bien qu'incomplètement documentée, apparaît comme remarquablement forte, dans un contexte où le processus de diagnostic ne garantit pas l'exhaustivité, et où aucune garantie de suivi n'est donnée.

Sans préjuger des conclusions de cette première analyse, il semble qu'un triple objectif soit en passe d'être atteint :

- - Une meilleure connaissance sanitaire et sociale des utilisateurs du C. H. A. P. S. A.
- - Une meilleure compréhension de leur recours à ce dispositif et aux structures et circuits d'amont et d'aval
- - Une possibilité d'assurer une surveillance des problèmes sanitaires de ces personnes, sous réserve de la poursuite des efforts d'amélioration de la qualité des données et de dispositions organisationnelles adaptées.

Grâce aux éclairages divers apportés par chaque catégorie d'intervenants, on dispose à propos des personnes utilisant les services du C. H. A. P. S. A. d'une vision pluriprofessionnelle qui n'était pas clairement partagée avant la mise en oeuvre de ce projet. On se trouve désormais face à une population aux contours plus précis, chez qui l'exclusion, la précarité et la marginalité sont stigmatisés par la multiplicité des détresses physiques, psychologiques et sociales. Cette étude doit permettre de mieux analyser les causes, les mécanismes et les inter-relations de facteurs dans cette population en souffrance. Mais avant tout, l'information recueillie est porteuse d'un potentiel important d'analyse de la qualité du (des) service(s) rendu(s) et de son (leur) amélioration(s) éventuelle(s). S'il ne semble pas opportun de modifier la flexibilité et la liberté de choix qui sont garants du respect des individus, on peut sur la base des constats effectués mettre rapidement en oeuvre de nouvelles dispositions s'appuyant sur l'information partagée pour améliorer les prises en charge, en particulier la coordination et le suivi des interventions. La possibilité de constitution d'une histoire naturelle de ces vies, et par là l'aide à la reconstitution d'une identité physique et sociale pourrait alors devenir un défi supplémentaire pour la structure. De même, la possibilité de mettre en place des méthodes plus organisées d'analyse des besoins et d'intervention pourrait être approfondie, afin d'être en mesure de garantir un contenu plus organisé pour chaque intervention, ce qui apparaît indispensable pour surmonter les critiques parfois formulées à l'endroit des structures dédiées aux populations marginales.

En tout état de cause, il apparaît clairement qu'aujourd'hui les dispositifs dédiés ont fait la preuve qu'ils répondaient dans l'urgence à des besoins auxquels le reste du dispositif sanitaire et social ne savait, ne pouvait ou ne voulait pas répondre. Les défis à venir restent ceux d'un fonctionnement en réseau des dispositifs existants, de leur désenclavement par articulation avec des filières de prise en charge « classiques » qui doivent évoluer, de l'augmentation de leur capacité à « contribuer à résoudre les problèmes » des individus en souffrance.

Un dernier aspect reste à considérer dans un groupe d'utilisateurs dont la marginalité est à analyser à la lumière du rôle spécifique que semble jouer pour lui le

C. H. A. P. S. A. (et la structure de Nanterre dans son ensemble). Il s'agit plus d'une population bien sûr hétérogène, mais « en moyenne » relativement âgée, clochardisée, marquée par les conséquences de l'éthylisme, relativement peu concernée par les autres toxicomanies. Il semble qu'in fine les points de contacts de cette population avec le C. H. A. P. S. A. soient itératifs, ce dont les intervenants témoignent par leur connaissance des cas individuels et surtout par la proportion de contacts antérieurs chez les personnes qui viennent consulter (voir le ratio de nouveaux contacts dans la file active). Il serait dans ce contexte légitime d'étudier de façon plus spécifique le potentiel d'autonomisation des personnes par exemple dans un premier temps sur le soin de leur corps. Cela peut sembler une gageure pour un public dont on a déjà souligné la complexité de prise en charge (dont témoigne dans le projet la difficulté de recueil d'information), mais dont on sait que le comportement peut être rapidement transformé par la proposition de points d'ancrage et de référencement (à titre d'exemple, soulignons l'impact de la mise à disposition de nouveaux locaux qui est susceptible d'induire des comportements de socialisation chez les utilisateurs). Cette dimension est bien sûr à mettre en perspective avec un dispositif d'intégration des différentes interventions professionnelles.

Concernant le volume et les caractéristiques de la population servie, on peut être surpris par la relativisation apportée dans ce rapport vis-à-vis de situations en matière d'états morbides jusque là considérés comme acquis par la plupart des auteurs. A notre avis, plusieurs facteurs sont venus interférer avec une situation de départ d'ailleurs mal documentée. En premier lieu, un renforcement des dispositifs de recueil des Sans Domicile Fixe sur la voie publique, voire la création de dispositifs supplémentaires comme le S. A. M. U. Social. En second lieu, la création dans Paris et en région parisienne de nouveaux points d'accueil et surtout d'antennes médicales consacrées à cette population, qu’elles soient organisées en milieu hospitalier ou de façon autonome, ont certainement contribué à diversifier les points d'accès à des services médico-infirmiers adaptés à ses besoins et à améliorer le niveau de couverture en soins primaires. Au total, après avoir souffert d'une carence en moyens spécifiques pour la gestion de ses données, après avoir en partie réussi l'intégration d'un processus de recueil dans les interventions, le projet O. R. S. P. I. S. T. peut apparaître comme une base d'observation et d'analyse privilégiée susceptible de fournir à court terme à la fois des clefs de compréhension des processus de marginalisation, de détecter les évolutions des états de santé et des besoins, d'évaluer l'utilité de nouveaux modes d'interventions.

9°) Discussion des résultats

A travers une revue de la bibliographie, nous allons voir comment s'insèrent nos résultats. Nous tenons à remercier Louise Fournier et Céline Mercier à qui nous avons emprunté une partie de la bibliographie en particulier celle provenant de Sociological Abstracts. Nous ne reprenons pas ici les différentes discussions concernant le nombre de S. D. F. en l'Ile de France qui ont été abordées au chapitre - II - . Comme on le verra, les chiffres retrouvés à Nanterre semblent cohérents. On retrouve peu ou prou ceux recueillis par ailleurs, et ceci malgré les difficultés méthodologiques de recueil de l'information et de qualification de population comptabilisée. En ce qui concerne les « renseignements administratifs » (âge, sexe-ratio) nous les avons regroupés quelque soit leur provenance, médicale, sociale ou administrative. Dans un grand nombre de publications nord-américaines essentiellement, touchant à la psychiatrie, les différentes données sont différenciées entre les hommes et les femmes ou bien ne portent que sur les femmes ou sur les enfants. Etant donné notre sexe-ratio, nous n'avons retenu que les données concernant les hommes et abandonné celles qui ne traitent que des femmes S. D. F.. Ainsi, par exemple pour la pathologie psychiatrique, quelques publications québécoises et nord-américaines en particulier mettent en évidence des différences sensibles de répartition des pathologies entre hommes et femmes. Nous n'avons pas fait entrer cette variable dans notre discussion. De même, sans méconnaître le poids important de la toxicomanie et du S. I. D. A. justement étayé dans de nombreuses publications, nous n'abordons pas cet aspect qui, pour des raisons déjà développées ne touche que de façon très marginale la population reçue au C. H. A. P. S. A..

a) Le sexe ratio

Nous avons vu qu'il existe dans notre population, que ce soit globalement au C. H. A. P. S. A. ou dans les différentes études (entre 86 et 92% d'hommes), un sexe-ratio significativement différent de la population Française générale (48,71% d'hommes). On peut rappeler que la population hospitalisée témoin dans ce travail retrouvait elle 47,4% d'hommes. Ces chiffres se retrouvent dans toutes les données connues. Ainsi, sans pouvoir faire de symétrie complète, on peut quand même constater que notre sexe-ratio est cohérent avec tous les pourcentages rapportés tant par les centres d'hébergement d'urgence que par les consultations médicales de précarité. L'enquête de la R. A. T. P. [59] (p. 7) avec l'opération « coup de pouce » a l'avantage d'être faite « in situ ». Elle évite donc le biais du ramassage. Elle retrouve sur 278 personnes 79,1% d'hommes. La consultation Baudelaire donne un chiffre de 80% [153]. Une étude de l'hôpital Lariboisière [153] (annexe 3-e) retrouve 92% d'hommes. Après cinq ans d'activité, la mission France de Médecins du Monde [56] (p. 8), bien que ne portant pas exactement sur la même population, après une enquête portant sur 20.000 cas, retrouve elle, 92% d'hommes.

(153) - LEBAS Jacques, *Accueil des malades démunis à l'AP-HP*, Rapport de la commission présidée par J. Lebas, nov 1994, Polycopié, 51 pages.

Shanks [154] retrouve 87% d'hommes. Un sondage C. S. A. La rue-La croix en janvier 1995 donne un chiffre de 63% d'hommes (La rue, n°14, 1995, p. 14). Dans l'enquête de l'I. N. E. D. [65] (p. 1) on trouve 83% d'hommes. Au S. A. M. U. social, en 1995, on retrouve un pourcentage de 92% et de 86% dans les lits d'hébergement médicalisés [155] (p. 4). Louise Fournier [63] (p. 77) signale que selon les études, la proportion d'hommes varie de 71 à 87% pour les S. D. F. alors que pour les domiciliés pauvres on n'en trouve que 33%. Céline Mercier [44] (p. 747) retrouve à Montréal 75% d'hommes. Scott [156] lui donne un chiffre de 80% d'hommes. Dans les boutiques solidarité on enregistre 90% d'hommes [157] Dans un travail de Benjaminsen [158] au Danemark, on retrouve 89% d'hommes. Enfin Hubert Prolongeau [87] donne un chiffre de 91%.

(154) - SCHANKS N. J., GEORGE S. L., WESTLAKE L., AL-KALAI D., *Who are the homeless*, Public Health Reports, 108 : 11-19, 1994 Janv.

(155) - PARADIS Joseph, *Activité médicale au SAMU Social de Paris*, année 1995, polycopié, 11 pages.

(156) - SCOTT J., *Homeless and mental illness*, British Journal of Psychiatry, 162 : 314-24, 1993, Mar.

(157) - FONDATION ABBE PIERRE, *Rapport d'activité de « La maison dans la rue* », polycopié, 1994.

(158) - BENJAMINSEN S., PETERSEN P., NIELSEN B.,CHRISTENSEN A. B., *Psychiatric disease among the homeless in funen County*, Ugeskrift for laeger, 154 (18), 1264-70, 1992 Apr.

TABLEAU N°105
LE SEXE-RATIO DANS LA LITTERATURE

CHAPSA	92%
Lariboisière	92%
Médecin du Monde	92%
SAMU Social	92%
Prolongeau	91%
Boutiques solidarité	90%
Benjaminsen	89%
ORSPIST Infirmière	88%
ORSPIST Psychopathologique	87%
ORSPIST Hospitalisé	87%
Schanks	87%
ORSPIST Médecin	86%
SAMU Social lits médicalisés	86%
INED	83%
ORSPIST Social	82%
Scott	80%
Baudelaire	80%
R. A. T. P	79%
Mercier	75%
C. S. A.	63%
Population générale	49%
Population témoin hospitalisée	47%

On voit donc qu'il existe entre toutes les séries une cohérence entre 92 et 80%. On peut se poser la question de savoir si les sexe-ratio inférieurs ne témoignent pas d'une population différente.

b) L'âge

L'âge moyen retrouvé dans notre travail varie de 40 à 44 ans. Là aussi, nos données semblent cohérentes avec quelques données de la bibliographie. Le travail de Georges [159] porte sur une période d'une nuit à Sheffield en Angleterre. Tous les endroits fréquentés par des S. D. F. ont été couverts. Il retrouve ainsi 340 vagabonds avec un âge moyen de 42,5 ans, le quart d'entre-eux étant âgé de moins de 30 ans. Le rapport Lebas[153] retrouve un âge moyen de 40 ans. Cependant, il est vrai que l'enquête de la R. A. T. P. et de Médecins du Monde concernaient eux une population plus jeune à respectivement 31 et 33 ans. Pour Louise Fournier [63] (p. 78), selon les études, la moyenne d'âge varie de 25 à 41 ans. En ce qui concerne le S. A. M. U. Social cet âge est de 41 ans. Pour Céline Mercier [44] (p. 748) cet âge moyen se situe aux alentours de 42 ans. Enfin, pour la Boutique Solidarité [157] il est de 23 ans

TABLEAU N°106
L'AGE MOYEN DANS LA LITTERATURE

ORSPIST Social	44
ORSPIST Infirmière	43
ORSPIST Médecin	43
Georges	42
Mercier	42
CHAPSA	41
SAMU Social	41
ORSPIST Psychopath	40
Lebas	40
Médecins du Monde	33
RATP	31
Boutique Solidarité	23

Là aussi, on peut penser que les trois études de médecin du monde, des boutiques et de la R. A. T. P. par leur typologie, ne recouvrent peut-être pas les mêmes populations.

(159) - GEORGES S. L. SHANKS N. J. WESTLAKE L., *Census of single homeless people in Sheffield,* British Médical Journal, 1991, jun 8, 302 (6789), 1387-9.

c) Les antécédents et la pathologie médicale prédominante

Nous n'examinerons pas point par point l'ensemble comparatif de toute la pathologie médicale. Nous insistons simplement sur quelques points clé.

Un précédent travail a été effectué au C. H. A. P. S. A., entre septembre 1984 et décembre 1989 par Patrick Henry [55]. Il porte sur les motifs de consultation et non sur les pathologies retrouvées en consultation ou après hospitalisation, recueillis sur une durée de cinq ans et sur un total de 37.000 consultations.

TABLEAU N°107
LES MOTIFS DE CONSULTATION
(ETUDE DE P. HENRY)

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)	
Ophtalmologie	1,5%	(576)	
Stomatologie	1,4%	(547)	
Rhumatologie	1,3%	(494)	
Intoxications	0,7%	(258)	
Urologie et gynécologie	0,6%	(226)	
Infectieux	0,5%	(199)	
Gaz lacrymogènes	0,3%	(118)	
Intoxications volontaires	0,09%	(36)	
Centre Psychiatrique d'Orientation pour Adultes et Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police	0,05%	(22)	
Hypothermies	0,04%	(17)	
Tentative de Suicide	0,02%	(9)	

Bien que les items ne soient pas rigoureusement comparables, on note cependant qu'entre le tableaux n° 39 de notre étude, les données du S. A. M. U. Social et ce dernier tableau, on retrouve l'incidence majeure de la pathologie cutanée et parasitaire ainsi que de l'alcoolisme. La pathologie respiratoire et la psychiatrie sont également retrouvés en motifs principaux de consultation. Bien que cela ne soit possible que de façon tout à fait grossière et uniquement à titre indicatif, on peut comparer les deux études à sept ans d'écart et le bilan médical du S. A. M. U. Social de 1995 avec les critères de regroupement du travail O. R. S. P. I. S. T.

TABLEAU N°108
ETUDE COMPARATIVE

	ORSPIST	P. HENRY	SAMU Social
Alcool-tabac	37,0%	27,0%	25,5%
Traumatologie	15,3%	8,5%	28,4%
Dermatologie	13,3%	35,0%	18,0%
Infectieux	12,6%	5,7%	27,9%
Psychiatrie	4,1%	5,2%	15,8%

Le seul point semblant manifeste dans cette comparaison est une diminution sensible de la pathologie dermatologique et une augmentation de la pathologie traumatologique et infectieuse entre 1989 et 1995. Shanks à Manchester [160] 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.

c) Quelques pathologies documentées

✧ L'alcoolisme et les maladies dérivées

On retrouve un certain nombre de publications essentiellement nord-américaines sur cette pathologie. Nous avions vu dans notre étude que l'alcoolisme, le tabagisme et leurs maladies dérivées représentent 37% des antécédents et 15% des motifs de consultation. Comme nous l'avons fait, différents auteurs comme Marie France Raynaud [63] (p. 99) associent à l'alcool des pathologies comme les hypothermies, les lésions traumatiques et les gastrites. On peut citer ici l'étude ancienne de Ashley [161] sur ce problème de l'alcoolisme.

Le travail de Georges fait à Sheffield [159] retrouve un alcoolisme chronique chez 30% des hommes et 19,5% des femmes. Céline Mercier [44] (p. 747) donne une

(160) - SCHANKS N. J., *Medical morbidity of the homeless*, Journal Epidemiology Community Health, 1988 jun., 42 (2), 183-6.

(161) - ASHLEY M. J. S., OLIN W. H. and all., *Skid Row Alcoholism, a distinct sociomedical entity*, Archives of Internal Medicine, 136 : 272-278, 1976.

incidence de 45,5% d'alcoolisme. Le S. A. M. U. Social note 20% d'alcooliques chroniques dans les lits d'hébergement médicalisés, mais 52,6% dans un centre d'hébergement simple comme Duranton. Benjaminsen [158] dans son étude réalisée par des psychiatres retrouve une incidence de 73% de pathologies psychiatriques liées à l'alcoolisme chronique. Borg [162] note que 80% des personnes admises dans des centres de traitement de l'alcoolisme sont intoxiquées au moment de l'inscription. Winkleby [163] sur 1399 S. D. F. de trois shelters de californie retrouve un taux d'incidence de 34,5%. Fournier donne un taux de 65%. Une revue de la bibliographie sur les taux de prévalences quotidiennes [164] relève des taux variant de 7 à 86% (contre 7% dans l'ensemble de la population américaine). En fait, à partir de la médiane des résultats de l'ensemble des enquêtes, on arrive à un minimum de 40% de problèmes de consommation d'alcool chez les sans-abri, le maximum frisant les 100%. On est d'ailleurs surpris, alors que tous les auteurs soulignent l'incidence massive de l'alcoolisme, de ne retrouver peu de publications spécifiques sur ce sujet.

(162) - BORG S., *Homelessmen : A clinical and social study with special référence to alcohol abuse*, Acta scandinavia suppl., 276 : 1-90, 1978.

(163) - WINKLEBY M. A., WHITE R., *Homeles adults without apparent medical and psychiatric impairement : onset of morbidity over time*, Hospital and Community Psychiatry, 43 (10), 1017-23, 1992 Oct.

(164) - NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, *Alcohol, drug abuse and mental health problem among homeless persons : A review of litterature*, 1980-1990, 1991.

TABLEAU N°109
INCIDENCE DE L'ALCOOLISME

AUTEURS	INCIDENCE
MSF Tokyo	100%
ORSPIST Psychopathologique	94%
Declerck-Henry	92%
Duffar	75%
Benjaminsen	73%
Fournier	65%
DGS Pop Française témoin	64%
RATP	60%
SAMU Social Duranton	53%
Mercier	45%
ORSPIST Médical	37%
ORSPIST Social	35%
Winkleby	35%
Georges	30%
Henry	27%
ORSPIST Médical	21%
SAMU Social Lits médicalisés	20%

Ce tableau est donné bien entendu lui aussi à titre purement indicatif. L'importance des écarts s'explique par la difficulté et la non-spécificité du recueil. Il s'explique également par le fait que pour un certain nombre de travaux, ce taux ne reflète pas une recherche de l'intoxication mais les signes indirects par l'atteinte psychiatrique ou somatique directement liées à l'alcool. On peut considérer que les chiffres supérieurs à 75% se rapprochent vraisemblablement de la réalité. Par ailleurs nous précisons à nouveau que pour les chiffres de la D. G. S. il s'agit de la population se considérant spontanément comme buveur régulier. Enfin, l'informatisation du S. A. M. U. Social en 1996 doit permettre de fiabiliser les résultats obtenus.

✧ La pathologie psychiatrique

Pour ce qui est des antécédents signalés, rappelons que dans notre étude, cette pathologie représente 4,10% des antécédents. Dans ces 4,1% on trouve 36% de dépressions sévères, 26% de psychoses chroniques, 17% de psychoses alcooliques, 9% de schizophrénies et 6% de délires. Pour ce qui est des motifs de consultation, on note que cette pathologie représente 8,12% des motifs individualisés. Sur ces 8,12% on retrouve 30% de raisons psychosociales, 16% de troubles du comportement, 11% de dépressions, 9% de psychoses chroniques, 9% de psychoses alcooliques, 9% d'état réactionnels aigus, 7% de délires 5% de psychoses schizophréniques et enfin, 5% de troubles névrotiques.

L'importance pour son aspect strictement médical mais aussi pour son retentissement dans le débat autour des dispositifs nécessaires à ces personnes S. D. F. demande que l'on s'y attarde. Nous avons vu préalablement que ce débat n'était pas nouveau. Depuis le XIXè siècle il est transversal à l'abord de cette question. Nous ne reviendrons pas sur les références bibliographiques les plus anciennes déjà données au chapitre - I -. Quelle que soit l'époque, il existe une variation des taux de prévalence tout à fait significative des difficultés méthodologiques et de classification. Le problème méthodologique posé est « de quoi parle-t-on ? » (posant par là le cadre nosologique de référence) et « qui parle ? » (médecin psychiatre, médecin généraliste, travailleur social). Fischer [165] a recensé les différentes publications depuis 1980. Il retrouve des taux de prévalence des maladies psychiatriques allant de 2 à 90%. Le S. A. M. U. Social retrouve un taux de 16% dans les lits médicalisés mais de 67% dans le centre de Montrouge (évalué par des médecins généralistes). Le travail de Georges fait à Sheffield [159] retrouve des antécédents psychiatriques, spontanément évoqués par eux, à 34,5% pour les hommes (77/266) et 64% chez les femmes (27/42). La consultation psychiatrique de Baudelaire donne un chiffre de 60%. Pour Médecins Du Monde on donne un chiffre de 15%. Un autre travail [166] retrouve sur une population de 1751 personnes un taux d'hospitalisation en psychiatrie (et en Service de soins intensifs) sensiblement plus important par rapport à une population témoin. Scott [156] retrouve une prévalence significative des maladies mentales chez 30 à 50% des S. D. F. en Grande-Bretagne, avec une prédominance des psychoses et des troubles de la personnalité. Prolongeau [87] (p. 17) note 13% de troubles psychiques graves. L'enquête du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C. P. O. A.) de 1995 conduite sur un mois indique que 20% des consultants sont S. D. F. soit 200 patients par mois. 40% d'entre-eux sont hospitalisés ce qui correspond aux hospitalisations proposées pour la population générale du C ; P. O. A.. L'analyse plus fine retrouve 25% de psychotiques, souvent clochardisés, 25% d'états dépressifs, 25% d'alcooliques et/ou de pharmacodépendance, 25% divers (psychopathie, hystérie, anxiété, demande sociale pure).

Après une étude critique de la bibliographie, Louise Fournier relève [63] (p. 121) que 28 à 37% des sans-abri ont présenté une pathologie mentale au cours de leur

(165) - FISCHER P. J., *Estimating the prévalence of alcohol, drug and mental health problems in the contempory homeless population : A revieuw of the litterature*, Contempory drug problems, 1989, Fall : 333-389.

(166) - MARTELL Jon. V., SEITZ Reeve. S., HARADA Janice. K., and all., *Hospitalization in an urban homeless population*, Annals of Internal Medicine, 116 (4), p 299-303, 1992 Feb.

vie, 65% des troubles liés à l'alcool, 22 à 30% à l'usage de drogue. De plus, 7,8 à 13% d'entre-eux ont déjà souffert ou souffrent encore de schizophrénie, 8,2% à 17,5% ont eu ou ont encore un trouble de dépression majeure et 5% un trouble bipolaire. Surtout, ce travail met en évidence que 65% des personnes étudiées étaient malades avant de devenir S. D. F.. Selon Robins [167] , toutes ces prévalences sont au moins quatre à cinq fois plus élevées que dans la population générale. Pour Bonnenfant [168] sur 300 patients hors secteur venus consulter au C. P. O. A. (Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil à Paris), on retrouve 15% des psychotiques (25% chez les femmes). Mac Auley [169] à Belfast, à partir d'entretiens semi-directifs retrouve sur 250 résidents de 12 hôtels pour S. D. F. une pathologie mentale pour 25% d'entre-eux. Dans les mêmes conditions à Edimbourg, Geddes [170] sur 136 personnes retrouve 23% de personnes présentant une pathologie psychiatrique. Une enquête de North [171] communiquée au congrès annuel de l'American Psychiatric Association en 1995 porte sur 900 hommes, femmes et enfants sans-abri à Saint Louis aux Etats-Unis. Elle montre que la maladie mentale ne constitue que l'un des facteurs de vulnérabilité vis à vis de la précarité. La majorité des sujets présentent un abus de substances psychoactives qui est trois fois plus prévalente que les autres troubles mentaux (majorité des femmes et presque 100% des hommes ayant un trouble mental). Des troubles mentaux graves sont retrouvés dans 28% des cas. La schizophrénie avait une prévalence supérieure à celle de la population générale : 6% des hommes et 4% des femmes (Le Quotidien du médecin, n° 5656, vendredi 16 juin 1995, p. 13). Cependant, il discute les critères d'évaluation de personnalité antisociale. Le fait d'être S. D. F. perturbe en soit tous les éléments de ce diagnostic. Geddes [172] à Edimbourg note une incidence de pathologie psychiatrique avérée à 69% (sur 198 personnes). 31% présentaient des troubles du comportement associés à une psychose et des troubles des fonctions cognitives. Une des enquêtes exploratoire du groupe de travail sans-abri du Conseil National de l'Information Statistique montre que les responsables des Centres d'Hébergement d'Urgence évaluent à un sur cinq le nombre de personnes sans-abri ayant de graves difficultés de communication du fait d'un problème de santé mentale (Le Quotidien du médecin, n° 5666, vendredi 30 juin 1995, p. 19). Usherwood [173] a étudié par questionnaire leur propre évaluation de leur état de santé. 104 adultes logés en hôtels pour S. D. F. ont répondu (56% de taux de réponse). 75% des questionnaires traités révélaient un risque majeur de dépression grave.

(167) - ROBINS L. N., HELZER, J. E. and all., *Lifetime prevalence of specific psychiatric disordres in three sites*, Archive of General Psychiatry, 41 : 949-958, 1984.

(168) - BONNENFANT F., *Les malades mentaux dits hors secteurs en psychiatrie*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Paris, 1981.

(169) - MC AULEY A., MC KENNA H. P., *Mental disorder among a homeless population in Belfast : an exploratory survey*, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2 (6), 335-42, 1995.

(170) - GEDDES J. R., NEWTON J. R., BAILEY S. and all, *The chief scientist report : Prevalence of psychiatric disorder, cognitive impairment and fonctional disibility among homeless people residenrt in hostels*, Health Bulletin, 54 (3), 276-9, 1996 may.

(171) - NORTH C. S., SMITH E. M., SPITZNAGEL E. L., *Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless ?* , American Journal of Psychiatry, 150 (4), 578-83, 1993 Apr.

(172) - GEDDES J. R., NEWTON J. R., BAILEY S., and all, *The chief scientist reports, prévalence of psychiatric disorder, cognitive impairement and functional disability among homeless people resident in hostels*. Health Bulletin, 54 (3), 276-9, 1996 May.

(173) - USHERWOOD T., JONES N., *Self-perceived health status of hostel residents : use of the SF-36D health survey questionnaire. Hanover Project Team*, Journal of Public Health Medecine, 15 (4), 311-14, 1993 Dec.

Rappelons que dans notre travail, Patrick Declerck montre que parmi 500 dossiers pris au hasard parmi 5000 dossiers, la moitié contenaient une prescription de psychotropes, des diagnostics ou des remarques sémiologiques psychiatriques. Sur 70 entretiens, et d'après les critères diagnostics du DSM-III-R, 90% présentent des troubles de la personnalité et 7% sont incontestablement psychotiques. Céline Mercier [44] (p. 746) retrouve une incidence de 40 à 45% de maladies mentales dont 10% de pathologies sévères comme une schizophrénie ou des troubles bipolaires enfin, Scott [156] donne une prévalence de 30 à 50% de maladies mentales.

De plus, et cette notion demande certainement à être affinée, à la suite de Patrick Declerck déjà cité, des auteurs de l'hôpital spécialisé de Maison blanche [174] (p. 417-420) plaident en faveur de la définition d'une nouvelle pathologie mentale chronique spécifique aux personnes sans-abri. Décrite, pour la première fois au Canada, les auteurs suggèrent que cette nouvelle catégorie de pathologie mentale doit prendre place dans la nouvelle classification des maladies mentales. Même s'il existe une tentation de stigmatisation et si, comme l'écrit Henri Ey dans la préface d'Alexandre Vexliard [40] (p. 1) : « *Le problème du clochard n'est pas psychiatrique dans son essence, et il serait proprement dérisoire de penser que les clochards sont tous des malades, des névrosés, des psychopathes* », il n'en reste pas moins vrai que de nombreux praticiens de terrain ont véritablement le sentiment de rencontrer chez ces personnes une souffrance psychique et une symptomatologie d'expression ne rentrant dans aucun cadre nosologique classique. Sur ce thème, on peut voir avec un grand intérêt le rapport d'Antoine Lazarus et d'Hélène Strohl [175]. Il montre d'une part une surévaluation de la pathologie mentale et d'autre part une sous-évaluation de la souffrance psychique. De plus, le très récent rapport de Catherine Patris [176], établi à la demande de Xavier Emmanuelli, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence montre d'une part qu'il existe une réelle souffrance psychologique des populations S. D. F. mais que d'autre part toutes les études récentes soulignent que les grandes pathologies psychiatriques se retrouvent dans la population des exclus avec les mêmes taux que dans la population générale. Par contre, en ce qui concerne les conduites addictives et la souffrance dite « réactionnelle », les personnes à la rue en sont beaucoup plus atteintes. Enfin, dans un travail fait à Nanterre, au Centre d'Accueil, Michèle Duffar et Sophie Mollet [177] (p. 135-136) notent que les personnes accueillies peuvent présenter des pathologies mentales lourdes telles que des psychoses chroniques (schizophrénie, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie, état délirant), des organisations limites de la personnalité, des troubles graves du narcissisme, des personnalités de type psychopathique, des déficiences intellectuelles, des problèmes épileptiques, tout ceci associé bien souvent à des problèmes graves d'alcoolisme, l'éthylisme chronique étant le lot de l'immense majorité, d'au moins 75% de la population.

(174) - FLORENTIN T., CASTRO B., SKURNIK N., *Desinstitutionalisation et modernité,* Annales Médico-Psychologiques, 153 (6), 417-20,1995 Jun-Jul.

(175) - LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, Rapport du Groupe de travail « Ville, Santé Mentale, *Précarité et Exclusion Sociale », une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Février 1995, polycopié, 53 pages.

(176) - PATRIS Catherine, *Rapport Psychiatrie et grande exclusion*, juin 1996, polycopié, 40 pages.

(177) - DUFFAR Michèle, MOLLET Sophie, *Maladie mentale et exclusion*, Actes du colloque de Rome 10-13 décembre 1992, polycopié, 235 pages.

Pratiquement toute la population, au delà de l'éthylisme chronique ou aigu, présente des troubles évidents de la personnalité. Surtout, elles notent que la pathologie des patients désocialisés est complexe. Cette pathologie ne rentre pas toujours dans un cadre nosographique établi même s'ils se situent à proximité des états limites.

Mais, à l'extrême on trouve des auteurs comme Abdul Hamid [178] pour qui les besoins en psychiatrie de ces populations sont des conséquences directes de la pauvreté et de l'état de S. D. F.. De même, Caton [179] ne trouve pas de différence significatives hormis les problèmes sociaux et la fréquence de sorties « contre-avis médical » dans un groupe de 100 S. D. F. schizophrènes par rapport à un groupe de 100 schizophrènes non S. D. F.. Geddes [180] note une diminution de 66% de prévalence de la schizophrénie en lit de psychiatrie adulte à Edimbourg entre 1966 (25%) et 1992 (9%). L'étude danoise de Benjaminsen [158] à montré que sur 129 résidents examinés par des psychiatres, et selon la classification I. C. D.-8 un diagnostic psychiatrique a été établi chez 91% des personnes examinées. On retrouve chez 70% des patients des troubles de la personnalité, chez 11% une psychose et 29% nécessitant un traitement psychiatrique. Surtout il conclue que la désinstitutionnalisation n'avait pas augmenté l'incidence de malades psychotiques parmi les S. D. F.. Enfin, Toro [181] a étudié la détresse psychologique et les troubles mentaux sévères en comparant trois groupes de personnes pauvres. 51 sujets étaient sans-abri, 31 avaient été sans-abri et ne l'étaient plus au moment de l'étude et 54 qui ne l'ont jamais été. Il ne retrouve pas de différence significative entre les trois groupes dans les prévalences de schizophrénie ou de troubles affectifs majeurs, mais il observe chez les sans-abri des scores plus élevés dans plusieurs sous-échelles de détresse psychologique.

On voit donc que le débat est très largement ouvert mais manifestement pas tranché entre des positions quelque peu divergentes et formelles.

- Soit on considère que la pathologie psychiatrique préexistante est un facteur étiologique majeur de la désocialisation.

- Soit on considère que la pathologie psychiatrique n'est pas plus importante pour les personnes à la rue que pour une population témoin mais qu'il existe une souffrance psychique liée aux conditions de vie dehors. On peut alors avancer l'hypothèse qu'il existe une boucle rétroactive. La désocialisation et les conditions de vie qu'elle entraîne est responsable d'une souffrance psychique, mais en même temps, cette souffrance majore la désocialisation et la rupture du lien social.

(178) - ABDUL HAMID W., WYKES T., STANSFELD S., *The homeless mentally ill : myths and realities*, International Journal of Social Psychiatry, 39 (4) : 237-54, 1993 Winter.

(179) - CATON C. L., *Mental health service use among homeless and never homeless men with schizophrenia*, Psychiatric Service, 46 (11) : 1139-43, 1995 nov.

(180) - GEDDES J., NEWTON R. and all., *Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeles people* , in 1966 and 1992, Britsh Medical Journal, 308 (6932) : 816-9,1994 Mars.

(181) - TORO P. A., BELLAVIA C. W., *Distinguishing homeless from poverty, a compartive study*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63 : 280-289.

Certains auteurs comme Furtos [182] constatent l'émergence d'un nouvel espace de souffrance psychopathologiques dans lequel l'élément dépressif joue un rôle déterminant. D'ailleurs, de plus en plus d'auteurs insistent sur ce rôle majeur de l'élément dépressif dont la prévalence, à des degrés divers de gravité avoisine les 100%. La prévalence de la « petite » pathologie psychiatrique, anxiété, dépression, troubles du sommeil est bien connue. L'incidence de l'alcoolisme a été vu. On connaît le facteur aggravant de l'insécurité, des agressions et de l'isolement psycho-affectif.

- Soit enfin on considère que la vie à la rue est capable à elle seule de créer ou en tout cas d'acutiser une authentique pathologie psychiatrique qu'il reste d'ailleurs à décrire comme entité nosologique nouvelle.

Nous n'avons pas évidemment compétence pour trancher. Cependant, il faut signaler que ce débat n'est pas que théorique. Il a des conséquences pratiques sur la prise en charge des personnes sur le terrain. En particulier, s'il s'agit d'une souffrance psychique, surtout si elle est responsable de troubles du comportement, est-ce aux psychiatres de la prendre en charge ? Mais, si ce n'est pas eux qui est susceptible de le faire ? Sur ce point aussi, les avis divergent singulièrement. Mais au fond, qu'il s'agisse d'authentiques pathologies psychiatriques préexistantes au passage à la rue ou bien de souffrances psychiques liées aux conditions de vie dans la rue et à la désocialisation, pour nous peu importe. Dans cette question de la poule et de l'œuf, le constat fait par tous les professionnels est que cet aspect est très insuffisamment pris en compte actuellement et que les équipes sur le terrain ont un grand sentiment de solitude face à des patients posant à l'évidence des problèmes de comportement obérant très fortement la moindre chance de toute réinsertion. La désinstitutionalisation et la sectorisation ont probablement amélioré la prise en charge psychiatrique de l'immense majorité des patients avec domicile. En ce qui concerne nos S. D. F. très désocialisés, par définition non sectorisés, le problème perdure de façon très aiguë. Quelques exemples isolés d'intervention de psychiatres dans la rue à la demande du S. A. M. U. Social ont été particulièrement démonstratifs de leur utilité et de leur caractère bénéfiques pour nos patients. Que ce soit du domaine du psychiatre ou d'autres professionnels, peu importe. Ce qui importe c'est que le terrain déserté face à cette souffrance soit à nouveau réhabité par des professionnels capables de donner une réponse et une aide à ces personnes à la rue. Comme le signale Catherine Patris [176] (p. 3), il existe « une demande claire des travailleurs sociaux face à cette souffrance, qui pourrait se résumer par : « *aidez nous à aider, franchissez les frontières qui séparent le sanitaire et le social et créons ensemble des passerelles* ».

L'absence de sectorisation des S. D. F., le dogme de l'attente d'une demande de la personne avant d'engager quoi que ce soit, alors même que l'on sait que ces personnes ne demandent plus rien que ce soit sur un plan somatique, social, ou psychiatrique, les manifestations souvent explosives et les troubles du comportement, tout cela doit recevoir une réponse adaptée de la part du secteur sanitaire et social. Pour cette population, le médecin, l'infirmière et le travailleur social ont compris qu'il était illusoire d'attendre une demande dans un bureau mais

(182) - FURTOS J., LAVAL C., *Santé mentale et lien social*, Conférence Internationale Santé, précarité, vulnérabilité en europe, 15 et 16 novembre 1996.

qu'il fallait avoir une démarche active et aller à leur rencontre. Cette démarche devra, à notre sens, être entreprise aussi par les psychiatres.

TABLEAU N°110
INCIDENCE DE LA PATHOLOGIE MENTALE

AUTEURS	INCIDENCE
Benjamninsen	91%
ORSPIST Psychopathologique	90%
Vexliard	75%
Geddes	69%
SAMU Social Montrouge	67%
Solenberger	63%
Declerck	60%
Baudelaire	60%
Mercier	40%
Scott	40%
Georges	35%
Fournier	32%
North	28%
Mc Auley	25%
CNIS	20%
SAMU Social Lits médicalisés	16%
FNARS	16%
Médecins du Monde	15%

Ici aussi, ce tableau est donné à titre purement indicatif. On voit bien selon les critères nosologiques, le type de pathologie pris en compte et la nature de la personne qui recueille l'information que les différentes données ne peuvent pas être strictement comparées.

✧ La pathologie tuberculeuse

Alors que jusque là on observait une décroissance régulière de la maladie, cette tendance s'est stabilisée vers 1988. Depuis, on observe une augmentation sensible de cette incidence [183]. L'incidence de la tuberculose est plus élevée dans les populations défavorisées [184] faisant parfois dire à tord qu'il s'agit d'une maladie de la misère. Nous précisons, que pour des raisons déjà évoquées, nous ne retrouvons que très peu de patients sidéens dans notre série. C'est pourquoi le rapport S. I. D. A. / Tuberculose souvent évoqué n'est pas documenté ici. A titre d'exemples, la consultation Baudelaire compte 40% de pathologie H. I. V. dans ses consultants en 1993 dont 10% ont une hépatite C (mais, curieusement elle n'en retrouve plus que 25% en 1994).

Nous avons dans notre étude retrouvé des antécédents de tuberculose chez 16,3% de nos patients. Nous avons diagnostiqué 10 tuberculoses ou récidives dépistées sur une période de recueil de neuf mois et sur 357 dossiers. Barnes récemment [185] a recensé les cas de primo-infection et les récidives. Il retrouve 53% de tuberculose primaire à Los Angeles chez des S. D. F. comparés aux 10% classiquement admis pour la population générale. Kumar [186] a réalisé en 1992 par questionnaire, examen clinique et radiographie une étude sur des S. D. F. d'un centre d'accueil d'urgence à Londres. Sur 1600 personnes, 372 ont rempli le questionnaire et 342 ont été radiographiés. 19 soit 5,6% avaient des images radiologiques évocatrices de tuberculose active. En conclusion, les auteurs suggèrent la mise en place d'un dépistage systématique. Barclay [187] souligne l'augmentation de prévalence la tuberculose et constate l'apparition d'une multi-résistance. Il insiste sur la difficulté diagnostique dans ces populations où se combine alcoolisme, toxicomanie et maladies psychiatriques rendant à la fois le diagnostic et le traitement difficile. En 1985, le Centre de Contrôle des Maladies d'Atlanta [188] rapporte une prévalence 16 fois plus élevée chez les vagabonds. Au Japon [189], la prévalence est de 20 à 30 fois plus élevée que pour la population standard. En 1990, la prévalence de la tuberculose-infection dans un refuge new-yorkais était de 79% selon une étude de Paul [190].

---

(183) - HUBERT B., DESENCLOS J. C., SCHWOEBEL V., *Epidémiologie actuelle de la tuberculose*, Med. Therm., 1 : 7-17, 1995.

(184) - SPENCE D. P. S., HOTCHKIS J., WILLAMS C. D. S., DERIES P. D. O., *Tuberculosis and poverty*, British Medical Journal, 307 ; 759-61, 1993.

(185) - BARNES P. F., EL-HJJ H., PRESTON-MARTIN S. and all, *Transmission of tuberculosis among the urban homeless*, JAMA, 275 (4), 305-7, 1996 Jan 24-31.

(186) - KUMAR D., CITRON K. M., LEESE J., WATSON J. M., *Tuberculosis among the homeless at a tempory shelter in London, report of a chest ray screening programme*, Journal of Epidemiology and Community Health, 49 (6) : 629-33, 1995 Dec.

(187) - BARCLAY D. M. 3rd, RICHARDSON J. P., FREDMAN L., *Tuberculosis in the homeless*, Archive of Family Medecine, 4 (6) : 541-6, 1995 Jun.

(188) - M. M. W. R. 1987, *Deaths among the homeless*, Atlanta, Georgia, Journal of the Américan Médical Association, 257 : 3190-3192.

(189) - YAMANAKA K., KONDO T., MIYAO M., *Tuberculosis among the homeless people of Nagoya*, Japan, Respiratory Medicine, 88 : 763-769, 1994.

(190) - PAUL E. A. S., LEBOWITZ R. and all., *Nemesis revisited : 54 tuberculosis infection in a New-York city men's shelter*, American Journal of Public Health, 1993, 1743-1745.

On retrouve un certain nombre de publications centrées sur l'apparition inquiétante de souches de mycobactéries multirésistantes. On peut citer le travail de Batyrov à Moscou [191] qui montre que sur 113 S. D. F. tuberculeux, 83,8% présentent une résistance dont 73% pour deux à six antibiotiques. Ce qui est confirmé par Concato [192] qui rapporte cette augmentation importante des souches résistantes chez les S. D. F. peut être rapportée au fait qu'un peu moins de 50% des patients n'observent pas le programme thérapeutique instauré.

✧ La pathologie traumatique

Elle représente dans notre série 15,3% des antécédents et vient en deuxième position de fréquence. Elle constitue 8% des motifs de consultation. Au S. A. M. U Social elle représente 28,4% des pathologies. Pour certains auteurs [193] cette pathologie arrive au premier rang chez les personnes S. D. F. L'ensemble des auteurs soulignent l'importance de cette pathologie sans toutefois l'individualiser particulièrement.

✧ La pathologie dermatologique

Elle représente 13,3% de notre série. A la consultation Baudelaire elle représente également le 2è motif de consultation (derrière le S. I. D. A.). On note 18% de pathologies dermatologiques au S. A. M. U Social dont 6% de gales. Ces chiffres sont vraisemblablement sous-évalués. Si son importance est très souvent mentionnée, elle fait elle aussi l'objet de peu de publications spécifiques. On peut citer l'article de Wrenn [194] sur la pathologie du pied chez le clochard. Et pour les pédiculoses celui Zlotnick en 1987 [195]. Pour Gelberg [196] cette pathologie représente 20 à 30% des motifs de consultation et d'hospitalisation des sujets en situation de précarité. Enfin, l'article de Blum [197] fait un point récent sur cette question.

✧ La mortalité

Bien que non étudiée dans notre travail O. R. S P. I. S. T., nous reprenons dans la monographie de Louise Fournier [63] (p. 100-102) un certain nombre de références sur cet aspect. Alstrom [198] a revu les dossiers de 6032 sans-abri en Suède de 1969 à 1971. Il a dénombré 327 morts. La mortalité observée est quatre fois plus élevée que la mortalité estimée.

---

(191) - BATYROV F. A., DOROZHKOVA I. R., KORNILOVA Z. K. H., *Biological characteristics of mycobacterial agent in homeless patients with pulmonary tuberculosis*, Problemy Tuberkuleza, (2), 40-2, 1996.

(192) - CONCATO J., RM W. N., *Endemic tuberculosis among homeless men in New York City*, Archives of Internal Medicine, 154 (18), 2069-73, 1994, Sept.

(193) - ROPPERS, R. H., BOYER R., *Perceived health status among the new urban homeless*, Social Science and Medecine, 1987, 24 :669-678.

(194) - WRENN K., *Foot problems in homeless persons*, Ann. Inter. Med, 113 ; 567-68, 1990.

(195) - ZLOTNIK C., *Pediculosis corporis and the homeless*, Journal of Community Health Nursing, 1987, 4 : 43-48.

(196) - GELBERG L., LINN L. and all, Homeless and poverty, Arch. Intern. Med., 150 ; 2325-30, 1990.

(197) - BLUM Laurent, BOURRAT Emmanuelle, *Pathologie cutanée de la misère*, La revue du praticien, 46, 1839-1843, 1996.

(198) - ALSTROM C. H., LINDELIUS R., SALUM I., *Mortality among homeless men*, British Journal of Addiction, Alcohol and Other Drugs, 70 : 245-252.

La mortalité par accident est 12 fois plus élevée, celle découlant de maladies digestives ou respiratoires est 7 fois plus élevée. La population S. D. F. de moins de 40 ans présente un risque de décès 9 fois plus élevé par rapport à la population générale. L'étude d'Atlanta [188] a repris tous les certificats de décès dans cette ville pendant 6 mois. Elle a identifié 40 sans-abri. 22 étaient morts dehors. 48% des décès étaient accidentels et 40% étaient attribués à des causes naturelles : 6 à l'alcool, 3 à l'épilepsie, 4 à des maladies cardiaques, 3 à des maladies pulmonaires. Hibbs [199] a confirmé un taux de mortalité 4 fois plus élevé chez les personnes itinérantes que dans l'ensemble de la population. Enfin, Hanzlick [200] a étudié les conditions du décès de 128 personnes. La première cause retrouvée est le traumatisme accidentel et l'alcool. 98% sont des hommes, 55% des décès sont survenus dehors, 55% sont dus à des causes naturelles, 42% résultent de traumatismes qui pour la plupart, sont involontaires. L'âge moyen est de 46 ans et 80% ont été retrouvés morts. Près de la moitié (47%) sont rapportés à des conséquences de l'alcoolisme aigu ou chronique. 45% avaient de l'alcool dans le sang (pour 75% d'entre-eux à une concentration supérieure à 1g/l).

✧ Quelques autres pathologies

Nous n'avons pas dans notre travail O. R. S. P. I. S. T. pas plus que dans la bibliographie sauf à titre tout à fait exceptionnel retrouvé de références sur des pathologies empiriquement reconnues comme importantes mais qui sont très peu évaluées.

Nous l'avons vu on ne meurt pas de faim à Paris, mais la malnutrition liée à l'alcoolisme et à la mauvaise équilibration de l'alimentation individuelle ou proposée par les associations explique les carences vitaminiques souvent sévères. Darton-Hill [201] a étudié 107 personnes dont la moitié était supplémentée en Thiamine, vitamine C, acide follique et multivitamines. Les taux sanguins mesurés étaient évidemment différents dans les deux groupes. Cette étude conclue à l'intérêt de supplémenter les personnes S. D. F. avant l'apparition clinique d'avitaminoses. A la consultation médicale nous les supplémentons systématiquement en vitamine B1, B6 et B12. Quelques cas récents documentés de béri-béri (déficit en thiamine) ou de scorbut (déficit en vitamine C) confirme la réalité de ces carences.

En ce qui concerne la pathologie bucco-dentaire, on connaît l'importance des problèmes infectieux ou de malnutrition qu'elle entraîne. Pourtant, celle-ci reste mal connue. Nous n'avons retrouvé que trois publications dont celle de Kaste [202] qui montre que 91,4% des 73 patients examinés présentaient des caries non traitées.

Enfin, pour ce qui est des problèmes de vue, nous avons vu l'importance de la pathologie traumatique. Elle est explicable par l'alcool et les conditions de vie à la rue. On peut cependant émettre l'hypothèse que les troubles de la vue qui ne sont

(199) - HIBBS J. R., BENNER L., KLUGMAN L. and all., *Mortality in a cohorte of homeless adults in Philadelphia*, New England Journal of Medicine, 1994, Aug. 4, 331 : 304-309.

(200) - HANZLICK R., PARRISH R. G., *Deaths among the homeless in Fulton County*, GA, 1988-90, Public Health Reports, 108 (4) : 488-91, 1993, jul-aug.

(201) - DARNTON-HILL I., SRISKANDARAJAH N., STEWART P. M., and all, *Vitamin supplementation and nutritional status in homeless men*, Australian Journal of Public Health, 17 (3), 246-51, 1993 Sept.

(202) - KASTE L. M., BOLDEN A. J., *Dental caries in homeless adults in Boston*, Journal of Public Health Dentistery, 55 (1), 34-6, 1995 Winter.

qu'exceptionnellement corrigés dans notre population peuvent en être aussi un des facteurs explicatifs. Cela n'a jamais fait l'objet à notre connaissance d'un travail spécifique.

c) Les données sociales et psychopathologiques comparatives

✧ L'état civil

Dans la population française on trouve 49% de célibataires ou de divorcés. Nous en avons retrouvé 83,6% dans notre étude sociale et 77% dans l'enquête psychopathologique. Dans le sondage C. S. A. La rue on trouve 83% de personnes dans ce cas. Dans le travail de la R. A. T. P. ce chiffre est de 85%. L'I. N. E. D. donne un chiffre de 82%. Céline Mercier donne un chiffre de 72% [44] (p. 748) à Montréal. Pour Médecin du Monde, 64% des personnes vivent seules. Pour Prolongeau [87] (p. 17) 91% sont célibataires et Paugam [20] (p. 242) note que 54% n'ont jamais eu de vie de couple. Solenberger [2] (p. 155) sur 1000 hommes retrouve 74% de célibataires et 8% d'hommes mariés. Anderson [2] (p. 155) sur 400 hommes retrouve 86% de célibataires et 5% d'hommes mariés (le reste étant veuf, divorcé ou séparé). Shanks [160] donne un pourcentage de 85%. Benjaminsen [158] donne 93%. Enfin, Farr [203] donne 72% de célibataires.

(203) - FARR Roger K., KOEGELI Paul, BURMAM Audrey M., *A study of homeless and mental illness in the skid row of Los Angeles*, Departement of mental health, 1986.

TABLEAU N°111
L'ETAT CIVIL : CELIBATAIRES ET DIVORCES

Prolongeau	91%
Anderson	86%
RATP	85%
Shanks	85%
ORSPIST social	84%
CSA	83%
INED	82%
ORSPIST Psychopath	77%
Solenberger	74%
Mercier	72%
Farr	72%
Médecin Du Monde	64%
Population Française	49%

✧ Le lieu de naissance, la nationalité

Le pourcentage de personnes nées à l'étranger représente 26% dans notre travail et 35,5% globalement au C. H. A. P. S. A.. Parmi elles, 29% sont nées en province, 28% à Paris, 26% à l'étranger et 17% en Ile de France. Le rapport de la mission France de Médecins du Monde retrouve qu'une personne sur deux est Française. Dans l'enquête de la R. A. T. P., 87,4 % des personnes sont françaises dont 60% sont originaires de Paris et l'Ile de France. Pour l'I. N. E. D [204], ce chiffre est de 60%. Parmi elles, 24% sont nées en Ile de France et 37% dans le reste de la France. Ce travail donne en outre la correspondance pour la population générale à Paris où l'on trouve 37% de personnes originaires de l'Ile de France, 34% du reste de la France, 29% de l'étranger. Pour Prolongeau [87] on trouve 86% de français. A la consultation Baudelaire [153] ce chiffre est de 65%. Parmi les personnes étrangères, 25% sont en situation irrégulière. Les boutiques solidarité [157] reçoivent 70% de personnes françaises, mais la majorité des étrangers est en situation irrégulière.

(204) - FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, *Devenir sans domicile fixe, ni fatalité ni hasard*, in population et sociétés, INED, n° 313, mai 1996.

TABLEAU N°112
PERSONNES DE NATIONALITE FRANCAISE

RATP	87%
Prolongeau	86%
ORSPIST	74%
Boutiques solidarité	70%
Population générale	71%
CHAPSA	65%
Baudelaire	65%
INED	60%
Médecins du Monde	50%

TABLEAU N°113
LE LIEU DE NAISSANCE EN FRANCE

	PARIS +IDF	PROVINCE
ORSPIST	45%	29%
RATP	60%	40%
INED	24%	37%
Population témoin	37%	34%

✧ La durée du statut de S. D. F.

Nous avions identifié dans l'enquête sociale une durée moyenne de vie à la rue de plus de 4 ans et demi avec une maxima à plus de 28 ans. 47,2% sont dans la rue depuis plus d'un an. Dans l'enquête psychopathologique, 70% des personnes sont dans ce cas. Dans le sondage C. S. A on trouve le chiffre de 43%. Dans l'enquête R. A. T P. on donne le chiffre de 69,1%.

TABLEAU N°114
ETAT DE S. D. F. SUPERIEUR A UN AN

ORSPIST Psycho	70%
RATP	69%
ORSPIST Social	47%
CSA	43%

✧ Le niveau d'études

Dans la population générale, on trouve 21,67% à Baccalauréat et plus et 9% de personnes sans diplôme. Dans notre étude, on retrouve 60% de personnes qui ont un niveau inférieur au C. A. P. et 47,5% qui n'ont aucun diplôme. Dans le sondage C. S. A. 35% n'ont aucun diplôme. Pour Médecin du Monde [56] , là aussi on retrouve des données discordantes puisque 75% des personnes ont fait des études primaires ou secondaires. Enfin, dans l'enquête de la R. A. T. P. [59] 1,5% ont occupé des emplois de niveau supérieur au Baccalauréat, 94% des emplois non qualifiés, enfin, 4,5% n'ont jamais travaillé.

✧ Les ruptures majeures

Nous avons vu dans notre étude que le décès ou la séparation d'avec les parents représentent 35,5%. La séparation des parents ou le placement D. D. A. S. S. représente 35% des éléments marquants de l'enfance ou de l'adolescence. Rappelons que l'inceste est indiqué chez 0,72% des personnes et que son importance et minorée par notre sexe-ratio puisqu'il touche essentiellement (mais pas uniquement) les filles. Pour Migot [205] 77% des personnes ont perdu leur mère avant 10 ans et 45% parmi eux ont été abandonnés. Dans l'enquête de la R. A. T. P. [59] la mésentente familiale, conjugale ou un décès familial proche représente 31,3%. Pour Paugam [20] (p. 242), 30% des personnes ont été placées en famille d'accueil ou en institution. Dans l'enquête de Firdon [204] , un homme sur 10 à perdu son père avant 16 ans et un homme sur dix a perdu sa mère avant 16 ans. Un sur quatre (24%) ne vivait à 16 ans ni avec son père ni avec sa mère. Pour 16% le père est inconnu ou décédé, pour 12% il en est de même pour la mère. Pour 32% ils ont connu avant l'âge de 18 ans un événement à caractère négatif qui a eu des conséquences importantes pour eux.

✧ Les antécédents familiaux

Tout à fait en cohérence avec nos résultats, Fournier [63] (p. 754) retrouve pour 50% d'entre-eux l'alcoolisme, la maladie mentale et les violences physiques dans le milieu familial de leur enfance.

(205) - MIGOT A., MAISONDIEU J., *Le clochard alcoolique et sa mère*, Annales Médico-Psychologiques, page 116-123,1985.

50% on été placés en foyer nourricier ou en famille d'accueil. 33% des filles ont été victimes d'inceste. Goodman [206] a montré sur ce dernier point que chez 91 femmes S. D. F. et malades psychiatriques, le risque d'agression violente en particulier sexuelle était très élevé, de l'ordre de 97%.

✧ La couverture sociale

Dans l'étude sociale O. R. S. P. I. S. T. 23,4% des personnes n'ont pas de couverture sociale. Dans l'étude psychopathologique ce pourcentage est de 91%. A la consultation Baudelaire, 83% des personnes n'ont pas de couverture sociale à la première consultation. Pour médecin du Monde, ce pourcentage est de 70%. Enfin dans l'enquête de la R. A. T. P. ce pourcentage est de 43,9%.

✧ La famille

Dans notre travail, 43,2% des personnes n'avait plus aucun lien familial. 62,23% n'a pas d'enfant dans l'enquête sociale et 72% dans l'enquête psychopathologique. Dans l'enquête CSA/La rue, 85% des personnes n'ont aucune personne à charge. Pour la R. A. T. P. 57,5% n'ont pas d'enfants et 48,2% n'ont plus aucun contact familial. Nombreux sont ceux qui ne savent pas où sont leurs enfants, combien de frères et soeurs demeurent en vie. Souvent ils ne veulent pas donner signe de vie à leur famille parce qu'ils ont honte. Parfois ils sont écartés de tout contact familial en raison de leur déchéance.

✧ Les revenus

Au C. A. S. H., dans l'enquête sociale, 33% des personnes sont sans revenus, 6,5% disent mendier et 3,2% parlent de prostitution. Dans l'enquête psychopathologique, 91% des personnes parlent de mendicité et 3% parlent de prostitution. Au S. A. M. U. Social 9,5% des personne ne déclare aucune ressource financière. Il sont 75% à Médecin du Monde et 75,6% à la R. A. T. P.. Pour La rue, 49% n'a aucun revenu et 13% déclare mendier.

✧ L'hébergement

55% des personnes avaient un logement précaire avant la rue, et 37% dans l'enquête psychopathologique. Pour la R. A. T. P. 33% vivent à la rue, 20,2% en logement précaire et 42,9% dans le métro, dans des squatts ou des centres d'hébergement. En outre, 68,7% n'avait aucun contact social ou associatif.

✧ L'incarcération

Georges [159] note 59,6% d'incarcérations antérieures. Schanks [160] donne un chiffre de 49%.

---

(206) - GOODMAN L. A., DUTTON M. A., HARRIS M., *Episodically homeless Women with serious mental illness : prevalence of physical and sexual assault,* Américan Journal of Orthopsychiatry, 65 (4), 468-78, 1995 Oct.

B) RESULTAT DE L'ETUDE BIOGRAPHIQUE

1°) Introduction

Dans un travail d'éthique biomédicale, on peut se poser la question de savoir pourquoi, à quel titre et dans quel but on engage des personnes dans une recherche biographique. Avec quelle légitimité les amène-t-on à un tel strip-tease personnel. Peut-être dans un but de légitimation, mais pourtant avec un souci d'honnêteté, nous pensons qu'une telle méthodologie a un intérêt sur ces populations. Le premier intérêt est qu'à travers ces exclus, c'est notre société tout entière qui est mise en cause. Si l'on veut aller au delà des principes et des valeurs théoriquement annoncées comme fondatrices, il importe dans ces populations très marginales de voir de quelle façon ces valeurs et ces principes sont retrouvés. La deuxième justification elle très utilitariste consiste à essayer d'appréhender au mieux leurs mode de vie, leurs besoins, et ce afin de voir si les aides, soutiens et solutions qu'on leur propose correspondent à leur réalité ou au contraire s'il ne s'agit pas de projection venant d'en haut, un peu surplombante qui présuppose ce qui est bon pour eux. Il semble que la méthode la plus pertinente pour ces populations est la méthode biographique car la seule ne pouvant conduire à une stigmatisation des sujets étudiés. On les considère souvent comme passifs et incapables de réaction. Une immense majorité d'entre eux ne votent pas, ne réclament rien, ils n'ont aucune possibilité de représailles. Finalement, l'exclu est l'être désarmé et vulnérable. Cela renforce de beaucoup toutes nos préventions méthodologiques. On peut s'interroger sur l'intention louable de faire parler les pauvres et les exclus, de leur restituer la parole. On écoute avec une tendresse attentive et fraternelle ce qu'ils ont à dire, et on recueille des lambeaux incomplets et parfois absurdes. N'est ce pas là une façon d'alimenter une vision morale présentant la misère comme un destin, juste récompense pour les imprudents, et avertissement pour le corps social. On pourrait alors attribuer à la pauvreté et à la misère une fonction d'hygiène sociale. On est frappé de constater qu'il y a dans ces récits à la fois un discours biographique et un discours mythique. L'interpénétration des deux a sens et valeur dans une resocialisation à la fois voulue et repoussée.

On trouve un mélange de temporalité circulaire et de temporalité linéaire. Autrement dit, on retrouve un mélange d'histoire événementielle et d'histoire non chronologique. Ces deux conceptions ont valeur, car l'une comme l'autre font partie du vécu quotidien, et à ce titre même ont un sens. Leur légitimité et leur existence ne se limite pas au caractère scientifiquement mesurable ou non de l'être et de son histoire. En outre, on voit à la réalisation de ces enquêtes combien ces personnes ont besoin de parler. Elles apprécient souvent de pouvoir se confier, de dire leurs malheurs, leur souffrance et aussi parfois leurs espoirs. On sait bien que ce n'est pas un entretien, qui plus est sans visée thérapeutique, qui va les faire disparaître. Cependant, le fait de pouvoir en parler semble parfois permettre de faire le point, de faire pour reprendre un propos d'Antoine une synthèse.

Les résultats proviennent d'un à deux entretiens longs de une à deux heures chacun. Il est extrêmement fastidieux et répétitif de les reproduire intégralement. Ils ont donc été analysés et rapportés avec quelques aménagements en cas de répétition. Par contre ce qui est livré dans le texte des entretiens n'est pas arrangé ou modifié.

2°) <u>Antoine</u>

Nous avons rencontré Antoine à deux reprises sur un intervalle de six mois. La première fois, en mars 1993 c'est en tant qu'usager du C. H. A. P. S. A.. La deuxième fois c'est en tant qu'usager du Centre d'Accueil. Antoine a 22 ans. C'est un garçon ouvert et sympathique. Il n'est pas vilain garçon et présente un côté charmeur et « bon élève ». Il manifeste d'emblée une acceptation sans réserve à nos propositions d'entretien. D'ailleurs, nous aurons beaucoup de mal à la fin de nos deux entretiens, malgré l'information préalable sur la nature, le nombre et la finalité de ces entretiens, à mettre un terme à notre relation. Chaque demande de compléter ce qu'il appelle sa synthèse sur son cas étant assortie d'une demande d'argent à titre de prêt temporaire. Son récit à la réécoute est assez pauvre et son ton très monotone. Sa voix est posée mais comme deshabitée de toute émotivité. L'élocution est lente et sans accélération. Pas de révolte contre son sort, ni d'enthousiasme. Pas d'indignation lorsqu'il parle des « bleus » par exemple. Au contraire on retrouve une auto-accusation très marquée. Il répond de bonne grâce à toute demande complémentaire de notre part. Le ton, les expressions du visage, son discours, tout cela amène l'interlocuteur au sentiment de fatalité implacable qui poursuit Antoine depuis l'enfance. On perçoit très bien, particulièrement chez lui, au travers de ces deux entretiens espacés sur une durée de plusieurs mois, la réalité de ce que Erving Goffman [64] (p. 97) nomme la discontinuité biographique. On passe sans transition d'accidents brutaux responsables de la rupture plusieurs années avant, au jour présent. Si l'on veut s'en tenir à la matérialité objective, les dates signalées de son parcours ne marchent pas. Il nous parle au premier entretien d'un vrai frère jumeau dont il ne parlera plus. Mais au fond, peu importe, ce qui fait sens c'est sa réalité telle qu'il nous la raconte. Par ailleurs, à la fin du deuxième entretien, il nous a demandé de couper l'enregistrement pour nous confier de éléments « secrets » très intimes et qu'il souhaitait confidentiels. L'anonymat lui est, bien évidemment garanti par un changement d'identité dans notre texte.

Mais, même dans ces conditions, il ne souhaitait pas que ses propos soient rapportés d'une façon ou d'une autre. Bien entendu ces éléments ne sont pas rapportés ici.

Antoine est né à Paris. Orphelin il a été placé à la D. D. A. S. S. à l'âge de trois ans. Il a trois soeurs : Brigitte qui a 24 ans avec qui il a perdu tout contact depuis 11 ans. Catherine qui a 28 ans habite en banlieue parisienne. Elle est mariée, a deux enfants et travaille comme animatrice. Enfin, Sylvie qu'il n'a jamais connue. Il a également trois frères : Jean-Luc a 25 ans, il est agriculteur. et Dominique qui est un frère jumeau vrai travaille comme bûcheron et Pascal. A l'âge de trois ans il est placé dans une famille d'accueil. Ce sera la première et la seule famille d'accueil. Il passe son enfance à la campagne dans un petit village de 300 habitants. Ses parents adoptifs sont agriculteurs. Il fréquente l'école primaire puis un lycée d'enseignement professionnel où il prépare un C. A. P. de fraiseur qu'il n'obtiendra pas. Par la D. D. A. S. S. il obtient un stage d'horticulture en région parisienne. Il monte à Paris. Il a 18 ans et se trouve en internat dans cette école. Mais cela ne marche pas bien et il abandonne à la fin de la première année. Il a honte d'avouer ce nouvel échec à celle qu'il a toujours considéré comme sa mère. Il part alors dans le Loir et Cher où il va vivre durant trois ans. Il vit en couple et travaille comme manutentionnaire, et présente alors toutes les apparences d'une vie normale. Il occupe un appartement dans une Z. U. P. et trouve du travail. Après deux ans et demi, sa copine lui « fait une crasse », jette son dévolu sur quelqu'un qui a une meilleure situation que lui. Il se retrouve brutalement à la porte, ses affaires sur le pallier. Il revient alors sur Paris. Il aboutit gare d'Austerlitz en septembre 1992. Refusant toute aide car il ne veut pas prendre contact avec sa sœur qui habite en banlieue parisienne, il passe sa première nuit dans la gare. La première semaine, il dort dans des cartons, mange au Secours Catholique où il rencontre une assistante sociale. Il sera ramassé par « les bleus » et conduit à Nanterre quatre ou cinq fois (entre septembre 1992 et mars 1993). Il dit ne pas boire d'alcool même si nous avons pu constater que ce n'était pas vraiment exact. Il nous précisera d'ailleurs que pour l'alcool, 70 à 80 francs quotidiens sont nécessaires. Il dit également ne pas faire la manche ce qu'il infirmera au cours du deuxième entretien probablement parce qu'il s'agit à ce moment là du passé (il est alors au Centre d'Accueil).

Entre les deux entretiens, Antoine est rentré au Centre d'Accueil. Il y occupe des fonctions à l'hygiène et au nettoyage puis travaillera comme brancardier de nuit. Nous l'avons fréquemment croisé lors de nos gardes d'anesthésie. Chaque rencontre était l'occasion d'échanger quelques propos et pour lui de formuler une demande financière d'aide à titre de dépannage. Un stage en pâtisserie s'est soldé par un nouvel échec. Çà n'a pas marché dit-il car j'étais trop lent. Il fonde alors de grands espoirs pour un emploi d'agent de surveillance. Là encore, ses espoirs sont vains. Donnant satisfaction dans son emploi de nuit, il obtient finalement un contrat à durée déterminée (C. D. D.) comme Agent des Services Hospitaliers (A. S. H.) dans un hôpital général de la banlieue parisienne en août 1993. Il quitte alors le C. A. S. H. de Nanterre et loge dans un foyer à proximité de son travail. En juin 1994, l'absence de passage à l'acte et son travail irréprochable, font qu'il doit être titularisé dans une Maison de Retraite qui vient de se créer à côté de l'hôpital et qui recrute du personnel en contrat à durée indéterminée (C. D. I.).

Quinze jours avant sa titularisation, il disparaît de son travail et de son foyer. Nous ne l'avons jamais revu ni au C. A. S. H., ni à l'hôpital où il travaillait.

Etonnante histoire ou l'implacable destin et l'échec permanent se renvoient mutuellement Antoine et qui plonge l'interlocuteur dans des abîmes de perplexité. Tout ce qui arrive à Antoine semble ne résulter que de contingences extérieures, d'une déveine permanente, d'une histoire écrite depuis la petite enfance. Le placement à la D. D. A. S. S., l'éclatement familial, la non-connaissance d'une filiation et d'une histoire familiale, une lenteur qui fait échouer une reconversion professionnelle, une expérience affective de vie en couple terminée dans l'échec sans que son engagement ou sa responsabilité ne soit en cause. « *Tout allait bien, et puis un jour j'ai trouvé mes affaires sur le palier, elle avait trouvé mieux* ». Cependant, ici, pas de violences infantile rapportée, une mère nourricière présentée affectivement comme sa propre mère. Cependant, Antoine ne nous parlera jamais de père nourricier. Nous ne lui avons pas posé la question. on peut se demander si cette absence du père réel ou de substitution, du père symbolique ne constitue pas un des noeuds du problème. Toutefois, n'ayant aucun rôle ni aucune compétence de thérapeute, nous ne sommes pas allé plus loin. Signalons toutefois qu'un psychanalyste Pierre Babin, dans une communication au colloque Santé-Précarité-Vulnérabilité en Europe du 15 et 16 novembre 1996, fait de cette absence du père une des clés majeure de la « déstabilisation existencielle » retrouvée dans cette population. Pourtant, la conclusion, la rupture brutale au moment où on l'imagine « mis sur rail » nous met, véritablement au cœur de la réaction thérapeutique négative.

On a bien ici une confirmation du caractère multiforme, polyphonique et extrêmement complexe de la compréhension du phénomène. On perçoit bien également que le discours convenu sur l'absence de solidarité, l'égocentrisme forcené et l'absence de liens sociaux est complètement infirmé par ce que dit Antoine.

Il faut préciser que l'entretien s'est déroulé avant 1994, date de changement du code pénal. Ceci est important par rapport à ce qui est dit à propos « des bleus ». A cette époque, la douche était obligatoire et les usagers revêtaient une tenue marron le temps que leurs vêtements soient désinsectisés. Les « oranges » dont il est question sont des personnes hébergées au Centre d'Accueil pour différentes raisons sur lesquelles nous reviendrons, ils ont été remplacés par du personnel salarié.

ENTRETIEN N° ❶

Vous avez encore vos parents ?

- Non, je n'ai ni père, ni mère. Je suis orphelin.

Avez-vous connaissance de votre origine, de l'origine de vos parents ?

- J'ai connaissance de mon père parce que je l'ai vu de temps en temps, parce que donc, je vivais un petit peu caché...

Chez vos parents ?

- Nourriciers oui, par la DDASS. Ma mère, je n'en ai jamais eu connaissance, je ne l'ai jamais vue qu'en photos. Sinon, je ne les ai pas connus.

Vous aviez été abandonné à la DDASS ?

- J'avais été abandonné oui, avant d'être mis à la DDASS. Tout petit oui, j'avais 3 ans. Je n'ai aucun souvenir, j'étais trop jeune. J'étais dans une famille nourricière.

Une première famille ?

Une première famille que j'ai gardée jusqu'à maintenant.

Avez-vous des frères et soeurs ?

- Oui, je sais que j'ai 3 frères et 3 soeurs. J'ai des contacts avec la plus grande qui s'appelle Catherine et j'ai aussi des contacts avec Pascal, mon frère jumeau, et puis c'est tout. Sylvie et Brigitte je ne les ai jamais vues.

Votre frère jumeau, il était dans la même famille d'accueil que vous ?

- Oui, dans la même que moi avec mon frère Jean-Luc qui était un peu plus âgé.

Vous étiez jumeaux vrais ?

- Oui, vrai, on est pareil.

Les trois frères, vous étiez dans cette même famille d'accueil. Vous habitiez où ?
- On habitait en campagne. On habitait dans l'Allier (...). Ma mère, mes frères étaient agriculteurs.

Au point de vue relations affectives, vous les considérez comment vos parents nourriciers ? Vous avez l'impression d'avoir eu des relations affectives ?

- Disons que j'ai eu des relations comme mère et fils, jusqu'à ce que je suis venu ici. Elle se comportait comme une mère, j'étais son enfant et donc, elle me prenait pour son fils. On n'a jamais eu des relations autrement. Ça c'est toujours bien passé...

Cette période là s'étend, à peu près jusqu'à quel âge.

- Jusqu'à 18 ans.

Mais vous avez surtout connu la Campagne, en fait ?

- Oui, plus la Campagne que Paris. il y avait environ 200 ou 300 habitants. Donc, vous êtes je suis allé à l'école primaire, là-bàs, et puis après j'ai suivi mon suivi scolaire. Et donc, à 18 ans, j'ai suivi une Formation d'Horticulteurs...

Juste avant cette Formation, vous en étiez où ?

- Avant cette formation là, donc avant mes 18 ans, j'ai continué à suivre des cours scolaires et j'ai suivi une formation de fraiseur dans un L. E. P. de Vichy, juste à côté. C'était un C. A. P. de fraiseur. Et donc, je ne suis pas allé jusqu'au bout.

Vous avez arrêté. Et c'est là que vous êtes parti ?

- Sur la région Parisienne.

Parallèlement à cela, votre frère jumeau, lui a continué ? Il avait fait la même chose ?

- Non, il a été à une formation de bûcherons, un L. E. P. de bûcherons.

Votre frères et soeurs ?

- Jean-Luc, il est toujours agriculteur. Brigitte, elle je n'ai plus de nouvelles, il y a longtemps que je ne l'ai plus contactée Il y a 10 ou 11 ans. Elle avait habité dans une autre famille avec Sylvie. Elle doit avoir l'âge de mon frère Jean-Luc, au moins 24 ans. Catherine a 28 ans. C'est la plus âgée. Elle je la revois, elle habite à Choisy-Le-Roy. Elle s'occupe d'un Centre Aéré, de jeunes donc elle est animatrice. elle est mariée et a 2 enfants. Sylvie, je ne l'ai jamais connue.

Vous êtes tous issus des mêmes parents ?

- Oui, tous des mêmes parents.

Vous arrêtez votre C. A. P. et donc vous remontez à Paris pour suivre un stage. Pour suivre une formation d'horticulteurs.

- Et bien, là pareil, c'était sur 3 ans et donc j'échoue au bout de la première année. Ça marchait pas trop bien. Et donc, c'est ces jours là que j'ai connu mes premiers petits pas dans la rue parce que je suis parti de cette formation (...).C'était un stage non rémunéré. C'était un stage qui faisait partie de la DDASS. Donc, on revenait tous les 15 jours chez nous et on restait un week-end à Paris.

Vous viviez chez votre soeur ?

- Non, c'était en internat je dormais là-bas le week-end et la semaine aussi c'était pareil.

Quand vous avez arrêté ça, vous n'avez pas voulu retourner chez vous ?

- Non, j'ai pas voulu. Parce que j'avais honte de leur dire que j'avais arrêté.

Et de là, pour ne pas avoir à leur dire que votre stage ne marchait pas, vous vous êtes retrouvés sans aucune ressource. Quand vous vous êtes retrouvés sans ressources, à la rue avez-vous une date précise ?

- Une date précise ? Non, je sais que c'était vers mars-avril 1989.

Vous n'avez pas essayé de prendre contact avec votre soeur qui habite Paris ?

- Non, je dis qu'à mon avis, c'était mieux que je fasse mes affaires tout seul.

Vous avez un frère jumeau. Votre frère jumeau est resté là-bas et donc, il travaille comme bûcheron dans le coin. Depuis 1989, vous avez revu votre famille nourricière ?

- Oui, j'ai revu ma mère nourricière, j'allais la voir, pas quand j'étais sur Paris, mais quand j'étais dans le Loir et Cher.

On ne vous posait pas de questions ?

- Non.

Du point de vue familial, aujourd'hui vous avez des relations avec votre famille ?

- Plus beaucoup. Il n'y a que ma soeur Catherine qui habite Paris. C'est tout.

Elle connaît la situation ?

- Oui, elle connaît la situation. Elle n'a pas voulu me laisser mais moi (je lui ai dit non), j'ai refusé.

Finalement, brutalement du jour au lendemain, vous vous êtes retrouvés dehors ?.

- Oui.

Alors, vous vous retrouvez dehors, vous allez où ? Vous faîtes quoi ? Qu'est-ce qu'on fait dans ces cas là ?

- Qu'est-ce qu'on fait dans ces cas là ? Eh bien, déjà, on cherche, déjà on réfléchit, parce que quand on est dehors donc, pour nous c'est une situation qui est irrégulière, on n'a pas de toit, on ne sait pas où manger, on n'a pas d'argent. Donc on réfléchit, quand on arrive dans la rue, comme si c'était vous qui rentriez du boulot, le soir, vous vous reposiez et bien , nous c'est la même chose. Le premier jour dans la rue, on est obligé de réfléchir, on est obligé de s'asseoir et de se dire : Qu'est-ce qu'on va faire quand on est dans cette situation ? Et moi, je me suis retrouvé dans cette situation et j'ai toujours trouvé les moyens pour réussir mais c'était pas toujours favorable ces moyens là. Donc, il m'a d'abord fallu (...)

La première nuit vous l'avez passée où ?

- La première nuit je l'ai passée à la Gare d'Austerlitz. J'ai pu dormir sans être dérangé, même que nous dormions juste en face du Commissariat qui nous virait pas, qui virait ceux dans la Gare, mais bon, dehors, à l'extérieur, non. Et j'y suis resté pendant une semaine à la Gare d'Austerlitz dormant dehors.

C'était au mois d'Avril ?.

- Non ce n'était pas au mois d'Avril. Si, je suis arrivé là au mois de Septembre. Parce qu'entre temps, j'étais dans le Loir et Cher donc...
Après le stage, vous êtes allé dans le Loir et Cher vous y avez fait quoi, là-bas?

- Oui, après en 89, j'y suis resté presque 3 ans, dans le Loir et Cher. J'ai travaillé comme manutentionnaire. J'étais embauché par Valérie c'était un endroit où on fabriquait des Phares pour Citroën. j'ai eu mon propre appartement.

Vous aviez votre appartement ? Vous viviez seul ?

- Non, je vivais avec ma copine, parce que j'avais ma copine.

Cette copine, vous l'aviez rencontrée là-bas ?

- Oui, je l'ai rencontrée là-bas, même sur mon lieu de travail. Elle travaillait depuis peu. Et puis du jour au lendemain, elle m'a comment dire, elle m'a fait une crasse. Je me suis retrouvé sur le palier. Elle est partie avec un autre mec, un fonctionnaire et je me suis retrouvé sur le palier.

Cet appartement, vous l'aviez pris en commun ?

- Non, son appartement était à son nom.

Partant de là, vous remontez sur Paris et vous arrivez à Paris donc Gare d'Austerlitz?

- Passer sur Paris, c'était la seule possibilité qui me restait. Gare d'Austerlitz, c'est la première nuit où j'ai dormi (dehors)...je suis resté une semaine gare d'Austerlitz.

Avec cette copine ça avait duré assez longtemps ? Oui, assez longtemps, environ 2 ½ ans. C'était la première fois que j'avais une relation qui dure aussi longtemps ?

Vous dormez Gare d'Austerlitz pendant une semaine et puis qu'est-ce qui se passe ? Pour manger, vous faîtes comment ?

- Pour manger, comment dire le matin, j'allais à Belleville au Foyer qui est une sorte de cantine pour les SDF et puis le soir pareil, il y avait toujours des secours, les Secours Catholiques ou quelque chose comme ça, où on allait chercher des colis alimentaires de temps en temps.
Entre vous, vous arrivez à discuter, quand dans le car de service vous rencontrez des gens, vous racontez comment vous vous débrouillez ?

- Oui, il y a beaucoup, il y a quand même pas mal d'aide. Il y a des gens qui vous reconnaissent tout de suite. Un SDF, ça se reconnaît tout de suite un SDF, il est assis, il ne sait pas quoi faire. Et puis bon, il y a toujours des gens qui sont là à écouter, à dîner avec nous, etc. C'est là que commence la discussion et je crois qu'il n'y a aucune honte à être SDF parce que, on mène une belle vie et puis on se retrouve dehors. Mais bon, il y a toujours des gens quand même qui sont là pour vous aider, pour vous donner un coup de main, etc.

Tous ces secours, Secours Catholiques, Belleville, etc., c'est des gens qui n'étaient pas SDF qui vous ont aidé ?

- Ce sont des gens qui sont volontaires pour nous donner à manger. A Belleville, c'étaient des soeurs, des soeurs d'une Eglise...

Pendant cette première semaine, à la Gare d'Austerlitz, à priori, vous ne vous souvenez pas avoir eu faim ? Vous aviez bien à manger ?

- J'avais à manger, pour ça j'ai pas eu à me plaindre.

Vous dormiez où dans la Gare ?

- J'ai dormi juste en face du Commissariat, je dormais à l'extérieur parce que chacun utilisait des cartons, on dormait sur des cartons.

Vous aviez eu l'impression d'avoir eu froid ?

- Un peu, oui.

Alors, quand vous êtes remonté à Paris, c'était à peu près à quelle époque ?

- Septembre 1992

Vous dormiez sur des cartons et puis au bout d'une semaine qu'est-ce qu'il se passe ?

- Au bout d'une semaine, vous réfléchissez, même en milieu de semaine vous réfléchissez déjà, vous vous dîtes qu'il faut que je trouve quelque chose et c'est là quand on a au moins besoin des gens derrière vous pour qu'ils vous guident, et ce jour là, je suis tombé sur une personne qui m'a emmené jusqu'à Belleville, 212 rue de Belleville, chez une Assistante Sociale. Donc là, on m'a indiqué plusieurs foyers. Le seul foyer « conseillé » qui me restait, c'était le foyer de Nanterre, donc le CHAPSA.

Vous êtes arrivés à la CHAPSA volontairement ?

- Oui, volontairement.
Vos ne buviez pas d'alcool ?

- Non, je ne bois jamais d'alcool, j'en ai jamais bu et puis j'en boirais jamais.

Vous faisiez la manche ?

- Ça m'est arrivé une fois, une fois ou 2, oui.

Est-ce que vous vous êtes faits fait, quand vous étiez à la Gare d'Austerlitz, si ce n'est des amis mais au moins des gens qui étaient un peu comme vous, avec qui vous aviez l'impression de partager, pour parler clairement, de partager la même galère ?

- Oui, bien sûr. J'ai eu des relations avec certaines personnes qui m'ont suivi, que j'ai suivies jusqu'à Nanterre. J'ai quand même beaucoup de relations avec ces gens là. Les relations entre Zonards ou entre SDF, ce sont des relations d'amis. Parce que tous les gens que j'ai connus à la Gare d'Austerlitz, ça a été mes amis, parce qu'ils m'ont soutenu, m'ont tenu le moral, ils m'ont aidé, m'ont donnée à manger. Il y a même une très grande solidarité.

Est-ce que c'est des relations qui n'étaient pour vous pas ponctuelles, mais liées au fait que vous étiez ensemble dans la rue. ou est-ce que ce sont des gens dont vous pourriez parler comme des amis. Est-ce que vous vous revoyiez ? Avec qui êtes-vous en contact, comme des amis... ?

- Oui, je les revois, cela m'arrive de les revoir assez souvent parce que bon, il y en a certains qui sont prioritaires, ça leur fait toujours plaisir. Moi, ça me fait toujours plaisir de les revoir et eux ont toujours plaisir à me revoir. Et puis bon, on discute un peu. Il m'est même arrivé de retourner à la Gare d'Austerlitz et de revoir les mêmes... C'est vrai de faire la manche, de m'asseoir dans un coin de métro et comme on dit de tendre la main c'est aussi ce qu'on appelle tendre la main. Et puis croire en la solidarité, tout ce qui tombe dans la main c'est la solidarité en fait, 1 franc, 2 francs, 3 francs... et ça m'arrive de faire avec le Bon Dieu. Je ne demandais rien, les gens mettaient bon si ils voulaient, si ils ne voulaient pas mettre, moi vous savez... Quand parce qu'il y a plusieurs façons de faire. Il y a des gens qui mettent un petit panneau avec un certain nombre de choses... C'est des choses qui sont des réalités.

Avec les autres, comment vous voyiez ou bien qu'est-ce que vous pensiez des gens qui avaient un toit ?

- Ben, je me suis dit : ils se tournaient en fin de compte vers une autre vie. Ils avaient leur vie à eux, ils avaient leur travail, ils avaient disons tout ce qui leur fallait. Et nous, ce qui nous manquait en fin de compte c'était le travail, pour avoir l'appartement par la suite, etc... C'est ça qui nous manquait.

Vous pensiez qu'ils vous jugeaient ?

- Oui, certaines gens me jugeaient et j'ai eu des remarques. Souvent, quand j'étais un peu pouilleux ou sale, donc les gens me jugeaient, regardaient avec des yeux, ça me dérangeait beaucoup, c'est vrai, les gens qui me jugeaient alors que je suis dans une situation irrégulière, y a qu'eux, auraient dû comprendre aussi. Certaines gens me comprenaient et d'autres pas, ne comprenaient pas, on dirait qu'ils me repoussaient et moi, j'ai eu l'impression qu'on me repoussait.

Avec la police, vous aviez des relations difficiles, pas difficiles, différentes... ?

- Non, non, j'ai eu souvent des contrôles mais bon ça s'arrêtait juste là. Ils voyaient SDF et ils comprenaient très bien. Je crois même que ça a été les gens les plus faciles à comprendre.

Vous n'êtes jamais monté par les Bleus ?

Si j'y suis monté, je suis déjà monté par les cars des Bleus. J'y suis monté 4 ou 5 fois.

Vous montiez volontairement ?

- Ah non, on m'a poussé. On m'a obligé à monter dans ce car et même le premier jour à la Gare d'Austerlitz, non à la Gare Saint-Lazare. Si il y avait la Gare d'Austerlitz et la Gare Saint-Lazare. Je sais qu'à la Gare d'Austerlitz, on m'avait attrapé, on m'avait mis dans le car, on m'avait forcé, on m'avait obligé à monter dedans, alors que je ne voulais pas. Par force et très méchamment, ça je n'en avais même pas parlé parce que je pense que ce n'est pas utile d'en parler de trop.

Vous connaissiez Nanterre ?

- Je ne connaissais pas du tout, non.

La première fois, on vous y a mis de force. Après c'était aussi de force ?

- Par la suite non parce que bon, je me suis éloigné de mon coin où j'étais. J'étais ailleurs mais bon, il y a des soirs où j'arrivais quand même à prendre le car de « l'enterrement » c'est-à-dire je me dévouais, j'allais à la Porte de la Villette où les cars devaient stationner et donc, je montais dans « l'enterrement », je laissais ma carte d'identité, j'allais m'asseoir.

Est-ce que vous aviez eu l'occasion de rencontrer dans la rue des travailleurs sociaux, c'est-à-dire les Assistantes Sociales ? Ils venaient à votre contact ?

- Oui, bien sûr. Mais, ils ne venaient jamais, c'est toujours moi qui allait vers eux.

Quelle est la somme qui est nécessaire pour vivre dans la rue.

- Quand on boit de l'alcool, il faut compter 70 - 80 Francs par jour. Sans alcool, pour les cigarettes et pour manger, il faut 50 Francs par jour. J'allais au Secours Catholique, il y avait les Camions des Bonnes Soeurs, donc Secours Catholique ou

bien, il y avait tous les Secours, tout ce qui faisait partie un peu des gens qui secourent dans les rues, donc eux, ils étaient là pour nous aider. La Croix-Rouge, Le Secours Catholique, Le Secours Populaire, il y a une Eglise aussi « Sainte-Liberté d'Eglise ». Il y a des gens qui viennent, des Soeurs pour nous soigner.

Vous êtes catholique ?

- Non, croyant mais pas catholique.

Est-ce que vous avez fréquenté d'autres foyers que Nanterre?

- Non. Ah si, j'ai été à la « Mie de pain» par contre qui n'est pas un très grand foyer.

Vous aviez eu en fait de bonnes relations avec les Flics dehors qui sont relativement compréhensifs de votre situation. Par contre, la première fois où vous avez été embarqué par les Bleus, cela s'est passé violemment ? Ils ne vous ont pas expliqué où ils vous emmenaient... ?

- Très violemment, j'étais sur un banc, ils sont venus vers moi, ils m'ont questionné sur mes papiers. J'ai dit oui. Ils m'ont demandé où j'habitais, je leur ai dit que j'étais de Nanterre, que j'étais SDF. C'est là qu'ils m'ont dit : « Veuillez nous suivre ». Et donc j'ai refusé, j'ai dit non, je ne monte pas dans ce car, et il y en a un, sans vous mentir, qui m'a pris par les cheveux et l'a jeté par terre, on ne fait pas ces choses là comme ça mais par méchanceté.

Ensuite, vous êtes monté dans le car. Il y avait donc un certain nombre d'autres SDF ?

- Oui, oui, il y avait beaucoup de personnes dans ce car, des SDF et tout...

Il y avait des gens que vous connaissiez ?

- Non, non, aucune personne. Tout le monde est dans le car, tout le monde est assis mais personne ne dit rien, à par gueuler ou alors vomir. C'est tout ce qu'on peut voir dans les cars comme ça. Vous savez les gens, pour vous dire logiquement, ils sont tous un peu saouls.

Puis donc, vous arrivez à Nanterre? Racontez moi un peu ?

- Oui, j'arrive de Nanterre. Le car quand il est arrivé dans la Cour lorsque les portes du car se sont ouvertes et donc là, il y avait des blouses blanches de la Préfecture de Police qui nous attendaient. Donc, je suis rentré dans un grand local et dans ce grand local où on inaugure. Et là, au moment de « l'inaugure » on nous a fouillé. Déjà pour les discussions, c'est déjà très embêtant parce que tout le monde se bouscule, tout le monde est pressé de prendre sa douche, tout le monde est pressé de s'alimenter, d'aller manger, donc on discute de partout. Après l'inscription, on va dans un petit local où on dépose nos sacs avec notre nom dessus, qu'on récupère le lendemain matin. Après ça, on vous redonne une étiquette avec votre nom, vous vous déshabillez, vous mettez vos affaires sur le porte-manteau et après donc, le docteur vous regarde, regarde les tâches etc. ce que vous avez... et après vous passez sous la douche donc, vous avez droit à une serviette et à un savon pour vous laver. C'est pas grand chose mais bon vous savez ce qu'on demande c'est dormir (sans poser de question) et après, vous allez encore dans un autre vestiaire où là, on vous donne des « Marrons ». On vous dit : « Tenez des tenues obligatoires. C'est des affaires en fin de compte de rechange. Tant que vos affaires sont à la désinfection, on ne peut pas, on est obligé de garder ces « Marrons ». Et donc, à 5 heures, on va manger, c'est là que tout commence, on voit le comportement des gens etc...Et donc, j'ai été mangé à 5 heures parce que moi, je suis arrivé avec le car bleu. Le premier jour, j'étais content parce que j'avais quand même une assiette, quand même un verre, une fourchette. Ça me faisait plaisir et c'est là, là que la discussion que j'ai eue avec des gens à table. J'ai discuté avec eux, expliqué ma situation, etc.. Et donc, après manger, ces gens là avec qui j'ai eu des discussions, je les ai suivis. On a été dans un transit. Le « Transit » c'est une salle où les gens se regroupent soit en retour des repas, soit pour regarder la télé, enfin un peu de tout. Les gens peuvent faire ce qu'ils veulent. Et puis bon, après c'est le même scénario. L'autre car qui arrive, les gens descendent etc...Mais bon, c'est que les repas étaient un peu tard. Les repas étaient des fois le soir vers minuit - une heure du matin et c'était très tard. Soit on était crevé, on venait de travailler, et le lendemain, il fallait quand même se réveiller à 5 heures ½ pour le petit déjeuner. Ça faisait des nuits très courtes. Le soir pareil, dans les dortoirs, c'est mon lit, c'est le mien, il y avait toujours des disputes pour les lits. Pour éviter les disputes pour mon lit, il a fallu que je trouve une conversation intelligente pour essayer de me regrouper envers eux et puis d'essayer d'obtenir quand même un lit très strict...Et puis donc, le lendemain matin, c'est pareil, c'est le même scénario , c'est-à-dire 5 h ½ debout. On déjeune, après on se retrouve au transit. A 7 H 30, les affaires qui sont passées au « désinfectage » reviennent. Donc, on appelle les noms : Sébastien, Denis, etc. Après on se regroupe dans le local où je suis rentré. Soit pour aller chercher notre dépôt parce qu'on peut laisser de l'argent ou soit pour aller récupérer nos sacs.

Cela vous choque d'être obligé de prendre une douche ?

- Non, c'est tout à fait normal. Une personne qui est dans la rue... Dans la rue déjà vous marchez, vous prenez beaucoup de sueur, vous prenez beaucoup de poussière. C'est normal de prendre une douche le soir.

Vous marchiez beaucoup ?

- Je marchais beaucoup. Dans les stations de Métro, pour aller dans celle-là ou dans celle-ci. Souvent, ,j'obtenais des « travaux » que j'effectuais et donc je marchais beaucoup.

La nourriture... ?

- La nourriture m'a semblé pas trop bonne. Il y a eu une période où c'était bon, il y a eu une période où c'était pas bon du tout, ça dépend des moments.

Est-ce qu'au transit puisque c'est un lieu où vous avez pu discuté avec d'autres... ?

- Oui, un lieu de rencontres avec d'autres. Les gens regardent la Télé, mais bon les gens viennent beaucoup vers vous. C'est parce qu'ils ne vous connaissent pas et ils ressentent peut-être quelque chose. Moi, j'ai discuté avec des gens qui étaient très âgés, ils ont ressenti quelque chose pour moi. Donc, ils sont venus vers moi pour me parler. il y a quand même des échanges entre les hébergés. Les gens parlent. Il y a une solidarité entre les gens Je pense pas qu'il y ait d'autres endroits...

Vous avez connu le Service Médical à la CHAPSA ?

- Oui, je l'ai connu. J'avais eu une « infection » à la cheville et donc, j'ai été me faire soigner. J'ai trouvé que c'est des gens qui sont pareils, qui sont beaucoup solidaire qui s'occupent très bien des SDF. Ils sont très aimables, on est très bien accueilli. Donc, ça fait plaisir de voir qu'ils sont là avec qui on peut discuter. Mais là, l'Infirmerie, j'appelle ça aussi un lieu de rencontre. J'ai discuté avec des gens qui ont une vie, qui ont un travail , qui ont un logement. Et eux souvent, ils vous soutiennent moralement. Ils essayent de vous faire comprendre qu'il faut trouver un travail, trouver un logement, etc. Pour moi pareil là bas, c'est un lieu de rencontre pour moi et j'y vais toujours depuis. Pour moi, il n'y avait aucune différence entre les Infirmiers et les Surveillants parce que dans les deux parties, ils sont tous solidaires. Donc, moi je n'ai vus aucune différence.

Ils ne font pas la même chose ?

- Ils ne font pas le même travail non, c'est vrai bon que les surveillants *sont là pour la surveillance et les Infirmiers sont là pour les soins. Un travail différent mais bon, on peut prendre une Infirmier comme un Surveillant et un Surveillant comme un Infirmier qui ne servirait plus à la CHAPSA.*

Vous n'avez jamais été à l'hôpital ?

- Quand j'étais à la CHAPSA, non jamais.

Avant, peut-être ?

- Avant, oui.

Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire de mieux pour les SDF en dehors du fait sûrement qu'ils puissent avoir un travail et un logement, mais pour s'en occuper quand ils sont dans la rue ? Qu'est-ce qui serait bien ?

- Moi, je dis que ces gens n'y sont pas obligés mais bon comme vous dîtes, il y a quelque chose c'est comme une croyance par exemple, les gens sont solidaires, je ne sais pas comment vous expliquer ça ? Je veux dire par là que l'Eglise c'est Dieu et puis le Bon Dieu, c'est la Terre et donc sur cette Terre, il y a des gens qui sont malheureux et je crois que ces gens là, il faudra les respecter, il faudra les aider, il faudra aussi leur donner une chance parce que (...). Je dis que moi, on m'a donné une chance, j'ai réussi. Bon, il y a un petit échelon où j'ai un peu échoué mais j'ai voulu le remonter parce que je sens en moi même que derrière moi et que je ne dis pas. J'ai eu, on m'a laissé beaucoup de chance, on m'a aidé, on m'a soigné. C'est pour ça que je dis que l'Eglise c'est Dieu et que Dieu c'est la Terre.

Globalement, est-ce que vous pensez que finalement la CHAPSA. c'est quelque chose d'utile ,

- Ah oui, bien sûr, bien sûr ! Il y a trop de malheureux en France qu'on laisse dehors et qui s'écrasent dans tous les Centres d'Hébergement où ils peuvent se garnir le ventre, où ils peuvent dormir, avoir du repos etc. Je trouve que c'est une excellente idée. Il y a aussi des foyers qui sont comme ça où les gens peuvent rester la journée, même sans travailler, peuvent rester sur place, soit pour faire des papiers distinctifs, ou des choses comme ça. Soit pour faire des lettres pour des employeurs. Moi, je connais des foyers qui existent donc comme le Foyer du « Palais du Peuple » qui est un foyer très retenu sur Paris et donc c'est pas facile.

Pour vous, comment vous voyez la suite ?

- Moi, mon avenir, je le vois. Je ne le verrais pas SDF, .je ne pense pas. Je le verrais autrement. Je sais que je verrais la vie d'une personne qui vit normalement, la vie normale c'est-à-dire un boulot, un hébergement etc...

ENTRETIEN N° ❷

Ça fait longtemps que vous êtes au Centre d'Accueil ?

- Là ça va faire deux mois que je suis au Centre d'Accueil parce que j'ai vécu 4 mois au Dortoir, j'ai vécu 3 mois à la CHAPSA et j'ai vécu au Dortoir de NANCY.

La nuit au CHAPSA... ? comment çà se passe ?

- Il y a beaucoup de violence la nuit, tous les soirs il y a beaucoup de bagarres, de violence, je ne sais pas des gens qui sont ivres. C'est vrai que souvent, il y avait beaucoup de gens qui n'arrivent pas à avoir de contacts avec les autres et ces gens là étaient les premiers à taper. Moi, j'ai vu beaucoup de bagarres, beaucoup de gens par terre avec du sang et ça me dérangeait beaucoup. C'est vrai que ... mais sinon, c'est pas que je mens, la plupart..., c'est pas du racisme que je dis, mais la

plupart des gens qui s'engueulaient c'étaient les Zaïrois ou les Marocains, ou les Algériens, la plupart c'était ça. Les Français, je ne sais pas mais les Français ne bougeaient pas trop. En fin de compte, c'est vrai que c'est eux qui sont le plus angoissés parce que bon les problèmes de papiers, ça m'embêterait beaucoup et ça m'énerverait. Et donc, c'est ça, c'est les nerfs en fin de compte, la personne n'arrive pas à se situer autrement.

Vous êtes depuis 2 mois en gros à Nanterre? ici, vous aviez trouvé un travail à l'essai. C'était quoi comme travail ?

- C'était dans la pâtisserie. Donc ça n'a pas marché. Parce que le travail n'allait pas assez vite. J'étais pas assez patient. C'est vrai que tout ça, ça joue sur le travail.

Là vous avez un espoir de trouver quelque chose ?

- Oui, j'ai un espoir. Lundi, je vais à « L'Air Libre » pour une formation Promo, donc je vais suivre avec un psy ... De toute façon, on se débrouille tout seul , tout seul, oui, disons le « Cavalier Solitaire » c'est-à-dire qu'il ne faut compter que sur soi et pas se porter sur les autres. C'est pas les autres qui ont voulu la vie comme ça vous savez. Si vous voulez du travail, if faut chercher aux nouvelles. Si vous voulez un logement, il faut chercher aux nouvelles, si vous voulez ceci.... Enfin, maintenant comme on dit, on n'applique rien sans rien. Et nous, c'est pareil, exactement pareil, c'est-à-dire, qu'il faut bosser dur, pour obtenir quelque chose et pour faire voir aux gens, aux personnes qui nous ont connu étant SDF, il faut leur faire voir que nous aussi ont peut leur faire voir qu'on est capable de faire quelque chose. Pour nous aussi, ça nous fait un point... ça nous fait un point pour nous et aussi pour les gens qui nous jugent. Parce que, moi, je connais des gens qui m'ont vu SDF qui maintenant me voient disons pas comme fonctionnaire mais comme un travailleur, un salarié et moi ça me fait plaisir quand les gens me disent c'est bien, continue. Donc, ça m'encourage encore plus.

vous avez finalement, vous avez des relation proches avec des gens ou vous avez l'impression d'être un petit peu seul ?

- Non, je pense pas avoir des relations avec des gens, avec beaucoup de gens. Je ne me sens pas seul ici à Nanterre. Je sais qu'il y a beaucoup de gens derrière moi qui sont là et même si j'ai un petit problème ou si ça va pas, ils sont toujours là pour m'entendre ou pour m'aider ou alors pour me donner un conseil. Disons que l'Hôpital de Nanterre, c'est surtout pour donner des conseils. Je crois sur tout, mais des conseils surtout qui nous emmènent loin, parce que la plupart des conseils qu'on me donne ici, moi ça a toujours marché, ça n'a jamais échoué. Tous très proches et il y a beaucoup de gens derrière.

Depuis votre histoire malheureuse à Blois, vous êtes resté seul ?

- Oui, je suis resté seul. Je suis toujours resté seul parce que j'étais dans une période vraiment pas terrible. Elle n'était pas bonne ma situation. Donc, je préférais rester seul.

Depuis notre dernière entrevue, y a-t-il des choses que vous vouliez ajouter, que vous aviez envie de dire et qui sont revenues après... ? Y a-t-il des choses qui vous sont revenues ou que vous vouliez corriger ?

- Oui, il y a des choses que je voulais dire. Déjà, il faut savoir que des jeunes qui sont comme moi, qui n'ont pas de maison, qui ne peuvent pas percevoir ni le R. M. I., ni ceci, ni cela. C'est, je crois que déjà pour nous, c'est très difficile à vivre. Moi, je l'ai vécu et je ne sais pas si on l'a vécu de la même façon que moi. Moi, j'ai vraiment souffert. C'est à dire souffrir, il y a des façons de souffrir, il y a souffrir en attendant le soir pour aller manger à la C. H. A. P. S. A. Ou il y a souffrir, bon...Disons non, on ne peut pas souffrir dans la rue parce que dans la rue, il y a toujours quelqu'un derrière nous, il y a toujours une personne qui est derrière nous, une association ou alors, une personne qui vous donne un morceau de pain. Il y a toujours cela. Mais, moi je ne pense pas, je ne parle pas par rapport au plus..., je parle par rapport au week-end. Parce que c'est surtout çà qu'il faut comprendre, surtout le week-end. Nous, à notre âge, on ne peut pas se permettre de s'asseoir sur un trottoir ou de faire la manche, etc. Donc, c'est là qu'on remarque qu'en nous-mêmes, qu'on est complètement démuni, c'est à dire qu'on a, qu'il faut qu'on attende le soir pour manger. Dans notre journée, on ne sait pas à quoi faire. On essaye de trouver la solution pour manger, on essaye de trouver la solution pour avoir notre petite cigarette, ou un truc comme çà. Donc, çà c'est une chose. Bon je vais peut-être commencer à parler de la C. H. A. P. S. A. Je remarque de plus en plus qu'il y a plus de jeunes. Je m'aperçois de cela et çà m'embêterait beaucoup de les voir dans la situation où j'étais avant. Parce que c'est une situation que maintenant, on ne peut plus admettre. Enfin, nous et le gouvernement et l'Etat, etc. On ne peut plus admettre que les gens puissent, que les jeunes puissent rester dehors, même si c'étaient des pauvres.

Quand vous étiez dans la rue, vous avez été malade ?

- Oui, j'avais été malade. J'ai attrapé, je ne sais pas si vous connaissez cette maladie. J'ai attrapé çà. C'était donc à la C. H. A. P. S. A, le matin même, avant de prendre mes chaussettes. Enfin, mes chaussettes avaient été empruntées par un monsieur. J'ai repris mes chaussettes sur moi et toute la journée, je me suis mis à me gratter, à me gratter, à me gratter et donc, c'est le lendemain que je me suis aperçu que l'avais la cheville qui était enflée et tout de suite, j'ai été à l'Infirmerie. J'avais été beaucoup malade. J'ai attrapé aussi la gale qui m'a frappé pendant des semaines et des semaines et je peux vous dire que c'est chiant parce que quand vous sortez dans la rue, vous avez des « raisins » ça se voit parce que bon. Ce n'est pas une honte mais pour moi, c'en était une quand même.

Après qu'on se soit vu, vous avez trouvé un stage ?

Disons que c'était un stage, c'était un stage de surveillance. Mais bon, malgré cela, il y avait quand même une enquête qui était suivie derrière vous, tout ce que vous aviez fait avant, etc. C'était une très grande boîte, GRAM Sécurité. Comme on dit, « chercher une petite aiguille dans une motte de foin », et donc après cette enquête, mon chef est venu me voir en me disant que donc il ne pouvait pas me garder, premièrement parce que j'avais un casier judiciaire et deuxièmement, disons que je ne leur ai pas menti, disons que pour moi, je ne craignais rien, j'avais eu des petits ennuis avec la justice pas des gros et ça, je ne voulais pas en parler. Donc, ce qui s'est passé c'est à dire dans la condition où j'étais, c'était impossible. Donc la seule solution, c'est à dire je suis revenu à la Maison de Nanterre..., je suis de la M. D. N., mais disons que je sous revenu dans comment on appelle ça ?... réapprendre à travailler à la M. D. N. Mais bon, j'ai demandé qu'on puisse me donner une place qui par ailleurs puisse me donner quelque chose et on m'a proposé la place de Brancardier.

- Ces ennuis avec la justice, vous n'aviez pas envie d'en parler ?

- Si, je peux en parler, parce que je n'ai aucune raison de ne pas en parler. Avant, quand je vivais dans le Loir et Cher à Blois, je vivais dans un foyer qui s'appelait le « Foyer du Prieure » et dans ce foyer là, bon je connaissais des copains, mais au bout d'un moment, ces copains devenaient une obsession et moi je me laissais trop faire, j'étais influençable? C'est à dire qu'un copain me disait : « viens, on va faire ci, j'y allais sans réfléchir, sans savoir quoi faire, etc. Et un jour, on a eu des petits vols de voiture, pas grand chose mais c'est quand même une connerie extra, les vols de voiture. Ce qui fait donc que je me suis retrouvé devant un Tribunal Correctionnel.

C'était dans le Loir et Cher et c'est après..., c'est là-bas que vous avez trouvé du travail comme magasinier, ou ce n'était pas dans le Loir et Cher ?

- Oui, je crois. Non, ce n'était pas dans le Loir et Cher, c'était à Vichy dans la Nièvre.

Là où vous avez vécu avec ?...

- Mes parents adoptifs ?

Non, là où vous aviez vécu ? D'où vous étiez parti... ? C'est à Blois ?

- A Blois dans le Loir et Cher.

Où vous étiez parti vous travailliez comme magasinier et où vous viviez avec une amie ?

- Ah oui ! C'était le Loir et Cher, c'était à Blois.

Là, vous travaillé ici ?

- Je ne travaille plus dans l'Entretien.

Vous avez travaillé à l'Entretien quelque temps, je vous y ai croisé. Quand vous travailliez à l'Entretien, c'était quoi vos fonctions ? Vous travailliez la nuit .?

- Oui, j'avais avant travaillé dans l'Entretien. J'ai arrêté, parce que j'avais eu des problèmes de peau, par rapport aux produits et puis j'ai arrêté. Les fonctions de nuits : on commençait donc à 7h00, on était deux. Deux personnes. On montait dans les étages et on effectuait la plonge. Dès que la plonge était finie, nous redescendions dons dans notre local d'Hygiène Clinique (?). Là, on mangeait notre casse-croûte. On avait un casse-croûte qu'on nous donne... Après ce casse-croûte, on se réunit encore à 10h30, donc là devant le local du Chef de l'Hygiène qui nous disperse en nous donnant quelque travail, par exemple: le réfectoire à laver. Il y a la petite cuisine, il y a les Admissions, il y a la grande cuisine. Après ça, vers minuit et demi, ça dépend, souvent c'est vers 1h00 du matin, après ça, c'est bon, la nuit est finie.

Et pour ça vous étiez payé...?

- Pour ça, j'étais payé 800 frs et maintenant je suis passé Brancardier de nuit et c'est quand même 12 heures de travail et on est payé 1.100 frs avec les primes. Brancardier de nuit aussi bien pour les gens de l'extérieur, les gens du Centre d'Accueil ou les gens de C. H. A. P. S. A.

C'est à dire que vous allez éventuellement à la C. H. A. P. S. A. Pour prendre quelqu'un ?

- Oui mais on a certaines règles que l'on doit respecter, c'est à dire qu'on ne peut pas aller chercher une personne à l'extérieur, jamais les urgences et cette personne là, la ramener à l'extérieur. Nous, c'est pas notre devoir. Nous, notre devoir, c'est de ramener les gens dans leur local, etc. On ne peut pas les ramener à l'extérieur. Les Urgences nous appellent oui, comme hier soir. On a fini notre travail, il était 4h00 du matin parce que, sans cesse, on a reçu des coups de fil, etc... Mais moi, je peux dire que c'est un boulot qui est très bien. Bon, c'est vrai que la nuit est très longue, mais c'est un boulot qui est bien parce qu'en fin de compte, vous donnez votre vie pour une autre personne. Et moi, ça, quand j'étais à l'extérieur, j'ai vu ce que les gens faisaient ici à Nanterre. Ils donnaient leur vie pour moi et maintenant c'est moi qui le fait et ça me fait plaisir.

Dans la structure de Nanterre, vous avez un éducateur? Ou quelqu'un qui vous suit ?

- *Oui, j'ai un éducateur qui me suit. J'ai de très bons contacts avec lui. Oui, très, très bons. Je ne suis pas en C.E.S. Là, pour l'instant, je suis, comment dire, je suis en fin de compte hébergé, comme tout le monde et je travaille dans la Maison. J'ai été donc la voir une fois pour lui demander s'il y avait une possibilité d'avoir des débouchés sur des stages ou des formations. Et donc, ce jour là, elle avait une réunion. Et c'est sur cela qu'elle devait discuter, par rapport aux formations pour les Hébergés.*

Il y a des possibilités qui ne se feront pas tout de suite mais il y a des débouchés pour les gens qui travaillent comme Brancardiers, qui peuvent faire Aide-Soignant, qui peuvent faire ceci, qui peuvent faire ça. Il y a plein de débouchés, etc.

Vous avez des choses à rajouter ?

- Vous savez, il n'y a pas grand chose à rajouter. Je crois que par rapport à la M. D. N., je n'ai pas à me plaindre. Je n'ai pas à me plaindre du tout. Ce qu'il y a seulement, c'est que bon, c'est vrai que : un gars qui travaille comme Brancardier et qui vit dans une situation comme ça... parce que bon, il faut vivre ces 12 heures de travail. Après ces 12 heures, bon le lendemain, il faut qu'il aille se coucher. On se lève pendant que les autres travaillent. Les gens de l'Hygiène, les autres gens, ils dorment la

nuit, nous on dort le jour. Mais c'est très dur pour dormir, très dur à vivre. La structure est très dure à vivre. Les gens sont autour de vous. Pour moi, c'est très dur.

Selon vous qu'y aurait-il à changer au C. H. A. P. S. A. ?

- Il y a plusieurs choses à changer. Il y a déjà le niveau dortoir. Je dis que ce sont des humains qui sont comme nous, donc ces gens là méritent des draps blancs, des couvertures, de dormir sur quelque chose comme nous. Ca, c'est une chose déjà qu'il faut savoir. La deuxième chose, je crois, c'est que j'interdirais les « Oranges ». Ces gens là, je crois qu'ils ont entièrement leurs responsabilités. Ce ne sont pas des enfants. Ils peuvent très bien rester en tenue, ils peuvent très bien aller prendre une douche, etc. La troisième chose que je changerais, c'est le niveau réfectoire, c'est à dire que bon, si, admettons : le car des Bleus, il arrivait à 9h30. Dès que ces gens là, à 9h30, ont fini leur douche, je les ferais manger. Le car à 11h00, je le même service, etc. Je n'attendrais pas que tous les cars arrivent pour les faire manger, à minuit pour qu'ils se lèvent à 5h00 du matin. Je ne mettrais plus les cars à domicile. Je ne pourrais pas accepter que des gens pareils puissent emmener des gens comme nous, des S. D. F. Quoi. Je pense que je mettrais d'autres cars, pas dans la même situation, des autres cars avec de tout dedans, des assistantes sociales, des éducateurs, des gens qui puissent au moins être écoutés, parce que ces gens-là ont besoin d'être écoutés.

Donc ces cars iraient proposer aux gens de venir. Est-ce que vous ne pensez pas que dans certains cars, il faut les prendre un peu de force parce qu'ils sont en danger, qu'ils ne s'en rendent même pas compte ?

- Moi je l'ai pris plusieurs fois le car des Bleus et c'est vrai, qu'il y avait des gens qui étaient malades dans la rue et qui préféraient rester, « être malades » Bon, c'est vrai que ces gens, ils les prennent par force. En fin de compte, je ne pense pas que c'est pour leur faire du mal, mais je pense que déjà c'est pour leur bien ! Mais bon, ces gens là, ils n'ont pas envie de rentrer dans ces cars, parce que ce sont quand même des cars où ces gens ont un pistolet, ont une tenue bleue. Pour eux, ce sont des policiers, des flics? Et ces gens là, ils ont toujours une crainte de monter dans ces cars. Moi, j'ai eu une crainte, de moins en moins, j'ai eu moins de crainte. Je suis monté parce que bon, je me suis aperçu en fin de compte que c'était pour mon bien personnel déjà. Donc, moi oui, c'est vrai que beaucoup ont une crainte des Bleus.

- Qu'est-ce qu'on va devenir nous, parce que si vous voyez maintenant le nombre de personnes et de jeunes, sans compter les jeunes, mais le nombre de personnes que se trouvent S. D. F. On se pose la question dans 3 ou 4 ans, qu'est-ce qu'on va devenir . Qu'est-ce que la structure de Nanterre va devenir ? Parce que bon, la structure de Nanterre est une urgence quand, un C. H. A. P. S. A. Mais, on ne peut pas accueillir non plus des milliers et des milliers de personnes.

Vous m'aviez dit que pour manger, il n'y avait pas de problème, mais par contre, au niveau des hébergements, il paraît qu'il n'y e a pas assez ?

- Oui, il n'y en pas assez. Disons que, moi je parle en totalité sur Paris. Je parle en totalité sur Paris, parce que bon, l'été arrive et que la plupart des gens dorment dehors quoi. Non, ce n'est pas une bonne solution, il devrait y avoir toujours des Urgences ouvertes comme la « Mie de pain ». Bon, la « Mie de Pain », c'est une urgence qui est seulement pour l'hiver, mais ce n'est pas intéressant parce qu'en hiver ou en été, si la personne est malade, et bien, elle mourra comme tout le monde, enfin comme la plupart des gens qui sont déjà morts. Enfin, moi j'ai vécu ça, moi j'ai vécu, j'ai vu des gens qui sont morts en hiver par le froid. Moi, je dis que les gens qui sont morts en été, ça n'existe plus. Ca ne doit plus exister. Donc je dis qu'il devrait y avoir une urgence de 24 heures sur 24 ou alors, ce ne serait peut-être pas une urgence mais dans ces conditions que les infirmiers passent dans Paris, enfin restent auprès des gens. Admettons qu'un clochard, enfin un S. D. F., est assis sur le bord du trottoir, lui demander si ça va, s'il n'a pas mal. De faire les soins directement dans Paris. Je trouve que ce serait formidable et que ce serait une très bonne idée à poursuivre.

Là, pour l'instant, vous travaillez comme Brancardier. Ca fait...?

- Brancardier, ça va faire une semaine.

Vous êtes affectés, ça se passe comment les « désaffections », c'est remis en cause ou rediscuté ?...?

- Ben disons que les désaffections c'est selon votre comportement ici. On ne peut pas affecter une personne qui boit tous les jours et l'affecter dans un service comme celui-là. Parce que dans ces services, il faut, d'abord une hygiène, je vous le dis, vous donnez la plupart de votre vie à ces gens-là. Donc, il faut être gentil, il faut aller très vite parce qu'on est deux à travailler, donc si la première personne s'en va et la deuxième s'en va, il faut toujours que l'autre revienne au plus vite. Donc c'est un travail qui est très dur et donc, comme vous dites, on ne peut pas affecter n'importe qui dans ce service.

On dirait que les affectations d'après vous, étaient faites de façon juste. Donc, ce sont les Educateurs qui y sont là bas ?

- Non, ce ne sont pas les Educateurs, ce sont des gens qui travaillent pour l'administration. Ce ne sont pas des Educateurs. Mais bon, quand vos entrez dans ce bureau, vous vous posez la question, si ce n'est pas un bureau, en fin de compte social, enfin, un bureau d'éducateurs ou d'assistante sociale, parce qu'ils sont toujours là pour vous conseiller. Moi je sais qu'ils ont toujours été là pour me conseiller, pour me dire non, ça c'est pas bon, il faudrait peut-être passer sur des choses au dessus ou bien encore au dessus. Donc, ils sont toujours là pour aider les gens en fin de compte.

La personne qui était avant vous, qui a trouvé du travail dans une clinique, c'est ça ?

- Oui...

Il a trouvé de quoi se loger . Il peut se loger...?

- Oui, il a une petite chambre par la clinique. Il est très bien installé et il a été pris sous contrat de 6 mois pour l'instant et ça marche, bon et bien... Je pense que ça va bien se passer.

J'espère que ça se passera pareil pour vous.

- Eh bien, je le souhaite aussi, mais en attendant, je suis obligé de faire des démarches. Comme Bernard les a fait. C'est très dur. C'est très dur parce qu'il y a des nuits où on fait même 14 heures, comme la nuit de mardi à mercredi. On a fait 14 heures, c'était très dur mais bon, il faut savoir une chose, c'est que bon, on ne peut y arriver que par la volonté, soi-même et ce n'est que comme ça que l'on peut y arriver.

- Vous n'avez pas eu de contacts avec vos parents nourriciers ou avec votre soeur...?

- J'ai toujours des contacts avec ma mère et mes soeurs. Je pense qu'un week-end, je vais monter chez eux, je ne sais pas quand. Mais je vais bientôt monter chez mes parents nourriciers. Enfin, on s'écrit, on a toujours des contacts. Mais bon, ça fait quand même, ça fait maintenant plus de 4 mois qu'on s'est quitté.

Et votre soeur à Paris ?

- Catherine oui, je la vois toujours. Je l'ai vu le week-end dernier. Ca va, oui. On a de très bons contacts. Mais bon, elle aussi elle me soutient quand même. Donc, c'est pas mal. Bon, c'est vrai que c'est la plus âgée de la famille mais...

La notion du temps, quand on est dans la rue, comment ça se passe ? Vous n'avez pas de montre, c'est à dire que vous avez le jour, la nuit, mais dans un certain nombre de cas, vous allez dans le métro. Donc, il n'y a pas eu ce repère. Est-ce que vous avez une notion du temps, du jour, du nombre de jours, de semaines ?

- La plupart du temps, c'est complètement brouillé. Disons que, même pour une personne qui est à la rue, bon, même enfin...On ne peut pas, on ne peut pas vivre comme ça, disons que nous, notre notion, on est obligé de demander l'heure dans la rue. On est obligé de demander l'heure pour savoir quelle heure il est, parce que bon, pour nous, une journée ça n'existait pas. Une journée pour nous, ça n'était rien en fin de compte, parce que bon, on était dans la rue, on ne savait pas quoi faire. Donc les journées, ça ne rapportait rien. Mais on était obligé de demander l'heure parce que, on est comme un travailleur quand il regarde sa montre, il est 5h00 ! Ho la la, j'ai fini mon travail, je rentre chez moi. Eh bien nous, c'est la même chose. Oh ! il est 5h00, il va falloir qu'on rentre, falloir qu'on rentre manger, pour dormir. Donc, on a quand même la notion du temps.

Vous marchiez beaucoup dans la rue. Est-ce que c'est dans un périmètre important ou est-ce que c'est un peu toujours les mêmes circuits, ou les mêmes choses ?

- Non, c'est plutôt le même périmètre. Vous savez, nous les S. D. F., on nous appelle « Zonards ». Zonards, ça veut dire zoner et la personne qui zone, zone toujours où elle est exactement; c'est à dire admettons que moi, je suis à la Gare de Lyon, je zonerais dans la Gare de Lyon, je n'irais pas ailleurs.

Dans votre trajet, dans votre parcours, dans votre circuit, il y a beaucoup d'échecs. Est-ce que et travers ce que vous me dites maintenant, vous n'avez n'a pas été découragé à un moment ou à un autre ?

- Si, si, j'ai été découragé beaucoup de fois. Beaucoup de fois, même aller jusqu'à me foutre en l'air. Mais bon, je ne me foutais pas en l'air comme ça, je réfléchissais, je me disais, Ho la la, moi, je vais me foutre en l'air. C'est pas possible, j'en ai marre. Mais je réfléchissais, je n'agissais pas sur les actes. Parce que bon, j'étais jeune et que bon; étant jeune, on peut toujours s'en sortir. Mais j'ai été beaucoup découragé. Ca m'est arrivé. Ca m'est arrivé d'être un soir, d'être « con », mais d'être entièrement découragé et de me dire... et je suis resté sur le trottoir, j'ai dormi.

Mais vous êtes toujours repartit .

> *Mais bon, comme on dit, une petite phrase qu'on m'avais dit autrefois : « C'est avec la volonté qu'on réussit. » Et cette phrase là, je la garde dans ma tête, parce que bon, je crois que je suis capable de faire beaucoup de choses et bon, je pense réussir, même si ce n'est pas tout de suite, même si c'est dans un an, je réussirais à faire quelque chose et à fonder ma propre famille.*

En gros, pour l'instant, c'est tout ce que je voulais savoir.

- Ce que je souhaiterais, c'est que, à l'occasion, dans quelques mois, on refasse le point, si vous voulez...? Voilà, oui. Mais vous savez, en fin de compte, je voulais vous dire parce que là, je suis en train de faire quand même ma petite synthèse à moi aussi, depuis que je suis rentré donc dans la Maison. Parce que vous savez, que la C. H. A. P. S. A., c'est une période qui est très dure. Mais je crois cette vie aussi, elle a été vécue et je voudrais bien en parler aussi. Donc, le soir, « aux Brancards », j'aime surtout noter sur un cahier et donc expliquer de A à Z, en fin de compte en détails, comment je suis rentré par l'intermédiaire de qui, comment ça s'est passé et comment j'ai perdu mon travail. Je suis en train de vous expliquer ça et déjà pour moi, je vois où en j'en suis par rapport à ma situation et peut-être que ça vous rendra service. Ce que je suis en train de faire, en ce moment. Je suis en train d'écrire « aux Brancards » de nuit. Mais bon, disons qu'en fin de compte, c'est une « Typographie » que j'ai fait sur moi. Vous savez, j'essaye de me remettre..., en fait, pour moi, c'est une remise en forme. J'explique en détails toc, toc...J'explique tout ce que j'ai fait, etc.

3°) <u>Myriam</u>

Nous avons rencontré Myriam au C. H. A. P. S. A . en janvier 1996, à deux reprises espacées de quinze jours. Myriam a 24 ans. Elle est née au Mali et elle est arrivée en France à l'âge de 14 ans. Elle fréquente l'école jusqu'à la troisième. Elle

travaille ensuite dans un self-service, puis dans un restaurant et enfin dans une clinique comme femme de service. Son père est resté au Mali. Il est instituteur. Elle n'a plus aucun contact avec lui depuis des années. Sa mère et son beau-père étant violents, elle est placée dans un foyer de la D. D. A. S. S. à Montpellier. Elle a alors quatorze ans. Elle a deux frères et soeurs plus jeunes qu'elle qui vont encore à l'école. Elle part pour Paris à l'âge de 19 ans. Elle ne trouve pas de travail et se retrouve à la rue. Elle est séropositive mais n'est pas toxicomane. Elle n'utilise des préservatifs que de façon très exceptionnelle. Son histoire médicale est émaillée d'hospitalisations ou de consultations de suivi psychiatrique. Un diagnostic de psychose ou de schizophrénie traverse les observations médicales la concernant. Elle fréquente très épisodiquement le C. H. A. P. S. A.. sinon elle se débrouille. Elle fréquente également des Centres d'hébergement parisiens, des squats ou bien loge chez des amis. En fait Myriam, comme elle nous l'indiquera spontanément hors enregistrement tire ses revenus de la prostitution. D'ailleurs, après notre renconte, elle « traînera » dans les alentours de la consultation. Elle nous exhibera ironiquement deux billets de cinquante francs en expliquant qu'ils correspondent à « deux rencontres qu'elle a fait depuis qu'on s'était quitté. Elle se présente vêtue de façon correcte mais avec un aspect volontiers provocateur. Elle porte une perruque et un aspect lui donnant tout à fait et de façon voulue le « look » de Tina Turner. Là aussi, à la réécoute des bandes, on est frappé par la monotonie du ton, l'aspect comme désinvesti du dialogue. L'histoire de vie est racontée un peu comme si elle parlait de quelqu'un d'autre. La fatalité qui s'abat sur elle ne déclenche aucune réaction de révolte, de retentissement affectif apparent. Si nous avons eu l'impression qu'elle se prêtait de bonne grâce à nos questions, on est frappé par le désinvestisement affectif qu'elle présente.

ENTRETIEN

Vous avez quel âge ?

- 24 ans.

Vous êtes Française ?

- Oui

Vos origines, vous êtes née où ?

- D'origine Malienne, j'ai vécu au Mali jusqu'à l'âge de 14 ans

Vous êtes venue en France avec vos parents ?

- Non ma mère vivait en France déjà.

Et vous viviez avec votre père ?

- Non avec ma grand-mère.

Et votre père ?

- Il est là bas.

Votre mère est venue travailler en France ?

- Non...

Vous aviez quel âge quand elle est partie ?

- 9 ans.

Et vous viviez où au Mali dans une ville ?

- *Dans un village,* c'est un petit village pas loin de la capitale.

Vous avez des frères ?

- Oui, J'ai 2 frères habitant en Afrique et j'ai 2 frères habitant avec ma mère.

Avec votre mère ici à Paris, ils travaillent, ils sont mariés ?

- Ils sont tous jeunes, c'est moi l'aînée.

Votre père en Afrique il fait quoi ?

- Il est instituteur dans le village où j'étais

Et ça fait longtemps que vous ne l'avez pas vu ?

- Des années, plus de 10 ans, je n'ai plus aucune relation avec lui.

Votre mère elle travaille ?

- Je ne sais pas si ma mère travaille. Je suis partie de chez elle il y a 3-4 ans. A l'époque, elle travaillait dans les cantines.

Vous êtes allée à l'école ?

- Oui jusqu'en troisième, j'ai eu mon C.A.P de coiffure. Et puis après, j'ai travaillé dans un hôtel restaurant, j'ai économisé et puis après j'ai décidé de revenir avec elle sur Paris, j'étais dans le midi avant.

Et vous étiez dans le midi toute seule ?

- Non dans une maison d'enfants, pour les orphelins, les gens qui n'ont pas de famille. A partir de 14 ans jusqu'à 19 ans.

Pourquoi votre mère ne pouvait pas s'occuper de vous ?

- Elle ne s'entendait pas avec mon beau-père, il la battait.

Et votre beau-père avec vous ça se passait comment ?

- Mal, dès fois quand il était en colère il s'attaquait à tout le monde. Dès fois on est à table, on est entrain de manger, mes frères et soeurs avaient fait des bêtises alors il casse tout dans la maison, il les enfermait.

Et quand vous avez eu votre C.A.P, vous avez travaillé un peu ?

- Oui dans un hôtel restaurant. Puis je suis rentrée deux ans dans la coiffure à Montpellier.

.

Et ça vous plaisait ?

- Oui.

Et pourquoi vous avez arrêté ?

- C'est à cause de ma mère parce qu'elle m'avait dit « viens on va s'entendre et tout ça, avec tes économies je vais te prendre un petit studio, tu ne vas pas rester toute seule là bas. Après elle m'a pris toutes mes économies et elle m'a foutu dehors après.

D'accord, donc vous avez quitté le salon de coiffure, vous avez travaillé ensuite dans un self, c'est ça et puis là qu'est ce qui s'est passé ?

- Et là j'ai décidé d'arrêter.

C'est vous qui êtes partie ?

- Oui.

D'accord, pourquoi ça ne vous plaisait pas ?

- Ca me plaisait, c'est pour ma mère que je suis partie.

Donc vous habitiez à ce moment là à Paris avec votre mère ?

- Non à Montpellier.

Elle était à Montpellier ?

- Non elle était à Paris, moi j'étais à Montpellier,. je vivais chez elle.

D'accord, vous êtes partie à cause de votre mère donc vous étiez revenue à Paris, et quand vous êtes partie vous êtes allé où?

- - Dehors oui et après j'ai pris le foyer d'urgence, Porte de la Chapelle

Vous êtes de nationalité française ?

- Oui, je suis entrain de faire ma carte d'identité à jour.

Quand vous étiez dans ces foyers, vous avez rencontré des assistantes sociales ?

- Non, j'ai jamais pris une assistante sociale.

Et vous ne touchez pas le RMI ? Non puisque vous êtes trop jeune. Et vous n'avez pas depuis retrouvé du travail ?

Non, en fait je compte faire mes papiers et après chercher une formation ou un stage, mais d'abord il faut que je fasse ma carte d'identité.

- Là actuellement vous n'avez plus aucun contact ni avec votre mère, ni avec votre père ?

- Non.

Vous n'avez pas d'enfant ?

- Non.

Est ce que vous avez quelqu'un que vous voyez régulièrement.

- A part mon copain Joël, c'est quelqu'un qui est dehors aussi, que j'ai rencontré à Nanterre, et maintenant on est à dans centre d'hébergement à côté de l'Hôpital.

Donc en fait c'est parce que vous ne vous entendiez pas avec votre mère que vous êtes partie.

- Oui.

Et vous vous êtes retrouvée dehors, dans des foyers

- Des foyers d'hébergement d'urgence. Comment ça se passe dehors ? Comment vous faites pour manger ?

- C'est lui qui m'invite au foyer restaurant.

Et pour dormir vous dormez où ?

- Je me débrouille, cette nuit je suis allé au Centre d'Accueil, je suis resté avec (...) Après qu'on a couché ensemble, j'étouffais, je suis sorti pour fumer une cigarette, quand je suis revenue, il n'a pas voulu m'ouvrir. J'ai tapé, tapé à la porte, il n'a rien voulu savoir. Alors j'ai frappé à toutes les portes et il y en a un qui m'a ouvert.

Et avant vous dormiez où ?

- Avant j'étais ici (au C. H. A. P. S. A.).

Vous veniez ici tous les soirs ?

- Oui à la B. A. P. S. A..

Cà se passe bien avec la BAPSA ?

- Oui ça se passe bien sauf que dès fois dans la nuit on ne dort pas. Il y a l'école qui fait du bruit, vous savez l'école d'infirmière. Ils font du bruit, ils tapent avec les pieds (...).et puis ça sent très mauvais.

Et avec les filles de la BAPSA ça se passe bien quand elles vous ramassent, ou vous veniez toute seule ? Vous n'aviez jamais pris le bus de la BAPSA ?

- Je viens toute seule. Dès fois je rentre ici même la journée. J'ai pris le bus une seule fois, ça c'était bien passé oui.

En dehors de ça vous gagnez un peu d'argent, vous m'avez dit la dernière fois ?

- Oui en piochant de droite à gauche.

Et si ce n'est pas indiscret ça vous donne combien à peu près par jour ?

- 50 francs. C'est les mêmes qu'ici quoi

Et avec 50 francs par jour vous faites quoi avec ? C'est pour vos cigarettes ?

- C'est pour mes cigarettes, dès fois je mange avec.

Avec les surveillants ça se passe comment ?

- Bien.

Vous êtes déjà allée à l'hôpital ici ?

- Non jamais.

Qu'est ce que vous en pensez d'ici ?

- Je n'aime pas trop. Parce que ça sent mauvais, parce qu'on est trop nombreux.

Vous êtes déjà allée à l'Armée du Salut ou chez Emmaüs

- Oui à porte de Choisy, chez Emmaüs. On ne peut pas y rester plus de quinze jours. Ils peuvent te reprendre mais je n'ai pas envie.là vous j'attend une carte d'identité pour essayer d'avoir éventuellement un stage

Votre père si ça n'est pas indiscret, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Votre père était il gentil avec vous ?

Je l'ai vu dernièrement j'avais 5 ans seulement, je ne l'ai plus jamais revu 'avais une adresse de lui, il m'a envoyé des photos de lui et puis j'ai perdu son adresse dans le..... et puis ma mère elle l'avait son adresse.

Et votre mère là vous n'avez plus du tout aucune nouvelle ?

- Non.
votre beau-père avec vous il était comment, il vous tapait ?

- Jamais il m'a tapé, il a toujours été gentil avec moi.

On se reverra encore une fois, je vous dis tout ça c'est anonyme.

- Cà reste entre nous ? Et la cassette vous ne la ferez pas écouter à quelqu'un d'autre.

Absolument.

C) CONCLUSION

En conclusion de ces deux études, nous avons le sentiment que le travail « docimologique » est un peu un passage obligé dans tout travail scientifique. Nous avons vu ici que l'avalanche de chiffres très souvent contradictoires ne nous éclaire que très modérément sur la population dont nous parlons. Au fond, l'archétype du clochard que nous avons intuitivement en tête comme modèle est validé par tout ce travail. Il s'agit bien d'un homme de quarante ans, célibataire sans enfant provenant d'un milieu défavorisé et dont l'histoire débute bien avant l'errance. Il présente bien des problèmes de santé dont une grande part est lié aux conditions de vie dans la rue ou aux conduites addictives, alcoolisme en particulier. Mais cette méthodologie ne nous éclaire en rien sur la connaissance globale de l'errant. Il est d'ailleurs étonnant que, dans le travail O. R. S. P. I. S. T., un des points les plus intéressants est représenté par une annexe dans laquelle figure les notes manuscrites des travailleurs sociaux lors de leurs entretiens. Ces notes retranscrites représentent en quelque sorte des « mini tranches de vies ». En trois lignes, se dessine un portrait de la personne et de ses « galères ». Mais, bien entendu ces notes d'entretien ne peuvent pas se mettre en chiffres et en pourcentage.

En ce qui concerne les biographies, elles ne nous permettent pas non plus de dire le S. D. F. est comme ci ou comme çà. Nous ne pouvons généraliser quoi que ce soit à partir des biographies. Cependant, au moins la règle est connue dès le départ. De plus en terme d'intérêt individuel, il est clair que cette méthodologie permet d'approcher de beaucoup plus près quelques représentants des personnes que nous voulons approcher. L'intérêt du chercheur est plus grand dans cette approche en face à face avec l'autre. Dans un travail d'éthique biomédicale, la relation singulière, son intensité, l'altérité et la mêmeté pour reprendre des termes chers à Paul Ricoeur [207] (p. 351-392) sont à l'évidence d'une implication et source de connaissance plus intéressante que le pourcentage de telle ou telle affection ou de tel ou tel stigmate social.

(207) - RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éditions du Seuil, 1990, 425 pages.

Avec toutes nos imperfections, notre implication partiale, non-neutre, notre engagement dans une démarche d'accompagnement l'apport et l'enrichissement procuré par ce travail biographique nous semble sans commune mesure avec celui du travail O. R. S. P. I. S. T..

Le seul problème qui demeure est la difficulté à rationaliser, à rendre compte de réalités et de données souvent impalpables qui sont de l'ordre de l'affectif, de l'éprouvé ensemble, de l'échange inter-individuel.

D'un point de vue utilitariste, le travail docimologique est nécessaire dans la rationalisation, l'évaluation, la connaissance globale d'aspects particuliers de notre population. Le travail biographique nous a servi à augmenter notre réceptivité dans notre pratique quotidienne, dans la relation singulière médecin-malade. Au fond, il est important qu'une personne vienne consulter pour une grippe. Il est plus important encore qu'à cette occasion un lien social puisse s'ébaucher autour de son histoire de vie dont il peut avoir envie de parler pour peu qu'une capacité d'écoute, un regard fraternel et non excluant, une réelle empathie lui soit donné. C'est par cette recherche et à travers les différentes biographies réalisées que la force de cette approche nous est clairement apparue. Il est clair que cela a modifié non seulement notre regard sur eux mais plus encore notre pratique auprès d'eux.

Cependant, quelque soit la méthodologie, on voit que le tableau est assez sombre. Ces personnes à la rue proviennent essentiellement de familles où l'alcoolisme, la maladie mentale la violence physique, l'abandon maternel et paternel complet ou partiel représente un poids considérable. Déjà dans leur enfance, ils ont souffert d'échecs scolaires, ils ne semblaient pas trouver de soutien dans leur famille, et se retrouvaient livrés à eux même. Ils souffrent pour certains d'un trouble de l'identité de filiation. Ils ne semblent pas avoir intégré de repères familiaux suffisants pour structurer une personnalité stable. Les échecs, les abandons de l'enfance les ont confronté à des traumatismes qu'ils ont tu et qui demeurent actuels même s'ils les ont recouvert d'une chape de silence. Pour que quelqu'un devienne sans domicile fixe, il faut bien entendu des causes et on en a vu quelques-unes comme l'alcool, des événements traumatiques mais cela ne suffit pas. Il faut aussi un terrain ou des circonstances propices à la désocialisation.

On le voit bien, sans être conduit à une désespérance chez « l'accueillant » cette analyse croisée montre bien pourquoi il faut abandonner le fantasme de réinsertions rapides, d'immédiateté, de résultats performants d'équipes. Ces analyses montrent bien l'ampleur de la tâche à réaliser. La complexité et l'ancienneté des situations montre bien également que telle ou telle mesure ponctuelle ne peut imaginer résoudre tous les problèmes. Ces mesures politiques, législatives ou réglementaires sont fondamentales et indispensables pour aider à, pour faciliter, pour assurer de façon urgente la survie. Mais, à travers ces deux études, on voit bien comment au stade ou en est ces personnes que le chemin est particulièrement long vers la restauration d'une réinsertion, d'une autonomie, d'une citoyenneté.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CHAPITRE - V - LES DISPOSITIFS MEDICAUX-SOCIAUX ACTUELS, LA FONCTION ASILAIRE

L'hôpital psychiatrique s'est constitué au XIX^{è} siècle - sous le beau nom d'asile disait Esquirol - comme une tentative de synthèse entre cette double exigence sociale de guérir des malades et de neutraliser des déviants « dangereux pour eux mêmes et pour autrui » (...). La réussite apparente de l'asile, la politique progressiste d'assistance aux malades mentaux poursuivie dans le dernier tiers du XIX^{è} siècle suscitent un optimiste qui n'est pas toujours exempt de remords (...). Nos idées, semées sur toute la terre, n'ont plus qu'à fructifier. Qu'elles aillent, escortées par la charité et l'intelligence, porter à tous les peuples notre amour du beau, du bon, du bien (...). J'ai visité une partie de nos asiles de France, et j'en suis toujours revenu meilleur. Je me propose de les voir tous dans le même but : celui d'éclairer mon jugement, de réjouir mon cœur et d'améliorer le sort des malades que la providence m'a confié.

Dr BERTHIER (médecin-chef de l'asile de Bourg en Bresse), *Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés*, Journal de Médecine Mentale, t. 1, p. 320, 1861, (in [11] p. 24-25).

A) INTRODUCTION

Nous sommes arrivés là à un point central de notre travail. Nous l'avons déjà signalé, nous partons d'un postulat : nous assistons actuellement à l'émergence plus formalisée d'une nouvelle conception et d'une nouvelle prise en charge de la grande exclusion. Il ne s'agit pas d'un changement « révolutionnaire », qui se construit « ex nihilo ». Au contraire, et c'est ce que nous avons l'ambition de montrer dans ce travail, ce changement est l'évolution d'une histoire. Cette nouvelle conception mais surtout ses conséquences pratiques représentent à notre sens une amélioration des conditions de vie de ces personnes très désocialisées. Il est toujours facile et assez peu convaincant de parler de changement de regard, de renversement de paradigme. Cela reste dans le domaine d'une conviction et n'est pas très pertinent à lui seul. Cependant, si on peut montrer que des modifications structurelles concrètes se traduisent par une amélioration des dispositifs existants ou bien amènent à la mise en place de nouveaux dispositifs, l'argumentation est peut-être plus probante. C'est ce que nous allons essayer de faire en examinant ces différentes structures. Nous ne revenons pas sur les données historiques qui ont été largement développées dans le chapitre - I -. Rappelons simplement que nous avons vu se dégager schématiquement trois tendances dans la façon d'aborder ce problème. Tout d'abord l'aspect caritatif et nous aurons à voir son rôle et son importance dans le débat actuel. Ensuite l'abord coercitif et nous avons vu qu'officiellement celui-ci a disparu avec le nouveau code pénal qui ne réprime plus le vagabondage et la mendicité. Enfin l'abord socio-politique hérité de la révolution française. Il semble clair et nous le verrons, que l'essentiel des nouveaux dispositifs mis en œuvre s'inscrivent dans cette logique socio-politique. Nous allons examiner d'abord cet aspect médico-social, l'évolution du système sanitaire puis les nouveaux dispositifs et ensuite aborder quelques points particuliers. Enfin, nous présenterons quelques suggestions sur des dispositifs manquants.

B) LE MEDICO-SOCIAL

On peut constater que la séparation du sanitaire et du social est un élément récent. Elle est le fruit d'une évolution débutée à la fin du XIX^{è} siècle. La Loi du 7 Août 1851, relative à l'organisation des secours hospitaliers est - semble-t-il - le premier texte séparant clairement la fonction hospitalière de la fonction d'hospice. La loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 (J. O. du 1er juillet) consacre la disparition de la fonction asilaire de l'hôpital en séparant institutionnellement le médical du social. Elle se situe dans la logique de la loi hospitalière de 1970 qui donnait aux établissements hospitaliers une mission limitée aux activités sanitaires. On imagine bien que la philosophie de ce texte de 1975 était de permettre à la fois que le monde hospitalier poursuive son évolution vers le « côté hôpital plateau technique, hôpital entreprise », tandis que la fonction sociale serait mieux assurée dans des établissements spécifiques et différentiés. Cependant, plus de vingt ans après, on est obligé de constater que, pour une frange de population, celle des S. D. F. désocialisés par définition, il existe des failles dans la prise en charge. Ainsi, la disparition de structures intermédiaires en particulier médico-sociales entre la rue et l'hôpital a été rendue responsable d'une exclusion supplémentaire par le non-accès ou en tout cas par le grand retard d'accès aux soins de ces personnes. L'analyse de cette situation, son aggravation sensible, son caractère fondamentalement intolérable par rapport à nos principes d'égalité et de fraternité a conduit des organisations caritatives à dénoncer d'une part la situation et d'autre part à mettre en place des structures médico-sociales particulières à ces personnes. Les trois objectifs de la mission France de Médecin Sans Frontière [208] sont à cet égard très clairs :

- Donner des soins gratuits aux gens exclus du système de soins quelle qu'en soit la raison
- Réinsérer le patient dans le système de soins, chaque fois que c'est possible
- Témoigner des causes, des mécanismes et de la nature de l'exclusion des soins en France.

Il est clair que cette situation d'exclusion des soins est tout à fait subversive par rapport au dogme de la meilleure protection sociale du monde et de l'égal accès aux soins sans distinction d'origine en particulier sociale. Outre l'aspect humain et la transgression de principes et de valeurs sur lesquelles une large majorité du corps

(208) - LASNES Noëlle, *Comment soigner sans exclure ?*, in Agora, printemps-été 1992 n° 21, page 45-54.

social a exprimé son accord et son attachement, l'aspect économique ne doit pas être négligé. Le retard à la médicalisation est responsable d'un surcoût financier non négligeable. Pour prendre un exemple trivial, si l'on prend un important ulcère de jambe chez un S. D. F., il faut une vingtaine de séances de soins infirmiers pour le traiter en ambulatoire, soit environ 700 Francs. Sans soins pendant 15 à 20 jours, une hospitalisation dans un service de Médecine est obligatoire soit, sur dix jours, plus de 20.000 Francs. Si les soins sont encore différés, une hospitalisation en Chirurgie est nécessaire, avec une ou deux interventions. Le coût est alors de plus de 70.000 Francs. Si on y ajoute un passage en Service de Soins Intensifs, pour une septicémie à point de départ cutané, le coût total alors dépasse les 100.000 Francs.

La volonté clairement exprimée de ces organisations non-gouvernementales était de faire pression sur les pouvoirs politiques et les institutions pour que cette mission d'accueil médical et social soit à nouveau assurée par l'Etat et le service public dont c'est la fonction depuis la Révolution française. Il s'agissait par une action militante de faire en sorte que l'accès aux soins, le « droit à la santé » soit garanti à tous. Nous mettons entre guillemets le droit à la santé, car ce terme ne signifie pas grand chose. Malheureusement, la santé n'est pas un droit qu'on peut faire valoir. Il n'existe pas de plus grande inégalité que celle devant la maladie. Par contre ce qui est un droit c'est l'accès de tous au système de santé. Et c'est bien cela qu'il s'agit de pointer par ces actions militantes. Des personnes de plus en plus nombreuses n'ont pas accès aux soins pour des raisons financières et sociales et subissent une exclusion supplémentaire : celle de l'accès aux soins. Cet état de fait entraîne un retard à la médicalisation et une augmentation de la morbidité.

On peut observer, en ce qui concerne le sanitaire, que cette fonction d'accueil d'urgence de tout malade n'a jamais disparu des textes et des discours officiels. Elle a été maintes fois réaffirmée. En fait, le divorce a surtout été consommé dans les faits. On peut d'ailleurs faire état du malaise d'un certain nombre de personnels hospitalier pris en tenaille entre d'une part la fonction d'accueil, la sollicitude et le traitement humain de ces exclus et l'aspect économique et financier qui, quoi qu'on en dise visait à restreindre l'hospitalisation de ces patients présentés comme cause des déficits et générateurs de créances irrécouvrables. Sur ce plan financier, on peut donner quelques chiffres. Selon la Direction des Hôpitaux, les impayés s'élèvent à un peu plus de 1% d'un budget total de 250 milliards. Pour Paris, les frais inscrits en créances irrecouvrables s'élèvent à 400 millions de francs par an, soit 2,4% du budget de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (2,8 milliards de francs). Il n'est d'ailleurs pas évident que cela ne soit imputable qu'à nos patients S. D. F..

Ce divorce entre le médical et le social et entre les « penseux » du sanitaire et « les besogneux » du terrain s'est surtout manifesté dans la « concrétude » du jour le jour. Pour prendre des exemples, les grands problèmes dermatologiques fréquents et liés aux conditions de vie dans la rue : les ulcères de jambe, les poux de corps, de tête et de pubis (morpions), les gales, les mycoses, etc., la souffrance psychique liées aux conditions sociales, les problèmes liés aux conduites addictives : alcool, tabac, toxicomanie intra-veineuse mais aussi médicamenteuse, ne recevaient que peu de réponses satisfaisantes dans des hôpitaux tournés souvent vers la pathologie d'organe et la technologie de pointe. Et ce d'autant que le point d'entrée à l'hôpital de ces personnes exclues se fait souvent par l'intermédiaire des urgences à l'évidence non adaptées car non organisées pour des demandes médico-sociales. La demande est souvent inappropriée et la réponse hospitalière l'est parfois tout autant. On peut,

pour illustrer cela rapporter deux anecdotes glanées lors de nos fonctions de médecin d'astreinte au S. A. M. U. Social de Paris. La première concerne l'appel d'un médecin qui souhaitait nous confier un patient présentant entre autre une gale étendue. Devant notre refus car cette personne n'était pas Sans Domicile Fixe, il nous dit : « *Mais que vais-je faire de ce patient, le C. H. U. n'est quand même pas fait pour soigner la gale (...)* ». La deuxième anecdote est un médecin de garde dans un grand C. H. U. nous interpellant « *Arrêtez de nous envoyer vos déchets, nous ne sommes pas un dépotoir (...)* ». On voit que nous ne sommes pas loin de la monographie de Pagnier [140] au début du siècle « *Le vagabond un déchet social* ». En somme, les dispositifs spécifiques sont un peu considérés par certains comme des dispositifs de déchetterie. On peut également citer des propos recueillis dans différents services d'urgence : « *On n'est un Service d'urgence, ce n'est pas des urgences* ». *« Ils n'ont pas de prise en charge* ». « *Il n'y a pas d'assistante sociale à cette heure-ci* ». *On ne va pas bloquer un lit pour çà* ». On peut se demander d'ailleurs ce que représente ce çà ? Puis viennent les traditionnels de toute façon : *« De toute façon, çà ne sert à rien* ». « *De toute façon, on ne peut rien faire pour eux* ». *« De toute façon, on n'est pas équipé pour eux* ». Equipé pour eux ? Que faut-il entendre par là ? *« De toute façon çà ne sert à rien de le voir, il est là tous les soirs* » On peut également évoquer ici des souvenirs douloureux. Sorti frais émoulu comme anesthésiste-réanimateur d'un grand hôpital, il y a une quinzaine d'années, nous avons également, lors de gardes, pensé les mêmes choses pour un patient S. D. F. en grande hypothermie, couvert de vermine et dégageant une odeur pestilentielle : « *Il est pas trop mal* ». « *Je ne peux pas faire çà à mes infirmières de réanimation* ». « *Il est ivre mais conscient, je peux le mettre en service de médecine* ». La fin dramatique de cet épisode nous a fait prendre conscience que des critères extra-médicaux, sociaux en particulier nous avait amené à prendre une mauvaise décision médicale. C'est une leçon que nous avons toujours présente à l'esprit.

En ce qui concerne le social, par contre, ce secteur, pendant longtemps a vécu sous le dogme de l'inexistence de toute urgence dans le domaine social. Les établissements sociaux et médico-sociaux n'accueillent pour la plupart jamais en urgence. Il est d'ailleurs tout à fait étonnant pour nous, médecin urgentiste, de constater que les délais des Commissions d'Urgence Sociale permettant les admissions dans certaines de ces structures comme les hôtels sociaux donnent des réponses dans des délais se chiffrant en semaines voire en mois. On peut préciser que ce débat autour de l'urgence sociale est actuellement tout à fait d'actualité. Nous n'en sommes qu'aux prémisses d'une formalisation. D'ailleurs, le concept même d'urgence sociale est loin d'entraîner un consensus. Bien que n'ayant aucune compétence ou légitimité pour nous aventurer dans le domaine du travail social, notre pratique quotidienne nous autorise peut-être néanmoins à présenter quelques idées sur ce thème [209] .

Il apparaît souhaitable de créer des procédures dans le domaine social. Cela permettrait de fixer des priorités et des degrés d'urgence, tant il est vrai que le travail des personnels est difficile en un domaine où le système travaille toujours « en tension » c'est à dire dans un système où l'offre sera toujours insuffisante par rapport à la demande. L'urgence n'est qu'un moyen « d'accrocher » ces personnes très désocialisées pour les remettre dans une longue chaîne multiforme qui doit les

(209) - HASSIN Jacques, *L'urgence médico-sociale*, in Fondations n° 3 (à paraître), 4 pages.

conduire vers la resocialisation. Faute de quoi on risque de cautionner une politique étroite visant à faire en sorte qu'un minimum de personnes meure dans la rue, mais en même temps à maintenir ces mêmes personnes enfermées dans un système d'urgence permanent alors que la finalité semble-t-il, est de faire du système d'urgence un lieu de passage. Un peu comme lorsque l'on jette une bouée à un noyé, il ne s'agit pas de le laisser à l'eau avec sa bouée. Elle le sauve le temps qu'on aille le chercher dans l'eau. De même l'urgence et son traitement ne doivent pas servir uniquement à jeter une bouée à la personne secourue. Ensuite, il faut aller la sortir de l'eau et la ramener sur la berge. Une partie de la controverse provient du fait que l'on a - à tord à notre sens - tendance à définir l'urgence sociale en créant un parallèle avec les concepts très formalisés d'urgence médicale. Ceci est source d'incompréhension lorsque l'on parle d'urgence pour une personne qui se trouve à la rue depuis dix ans. Pourtant malgré cette longue errance, nous savons très bien qu'à un instant T, un déclic se produit parfois, avec un réel désir de sortir de cette situation. On peut illustrer ce déclic en reprenant le titre de la monographie d'André : « *Pour moi, la rue c'est fini* » [95]. A un moment, la personne ressent le désir et le besoin d'avancer. Nous en faisons également l'expérience en voyant très régulièrement des personnes âgées de plus de soixante cinq ans refuser pendant longtemps toute prise en charge et qui un jour arrivent en disant : *« cette fois j'en peux plus, je veux bien rentrer en maison de retraite* ». A ce moment là il faut être présent et disponible. On peut, en ce sens, considérer qu'il s'agit bien d'urgences sociales.

L'analyse développée tout au long de cette thèse nous permet d'affirmer que l'abord médico-social de ces populations repose sur une logique, des principes et des valeurs différents de l'abord coercitif ou caritatif. Dans le continuum de la Révolution française, cet aspect médico-social représente une prise en charge conforme à ces principes. Nous avons déjà développé ce thème, c'est pourquoi nous l'évoquons brièvement. Par contre, il y a un aspect que nous voulons aborder ici. En ce qui concerne ces grands exclus, il nous semble fondamental que ces personnes soient pris en charge par des professionnels. L'expérience du terrain nous montre que la pratique auprès de ces personnes très désocialisées est extrêmement difficile. Bien sûr, la vue, l'odeur, ces plaies monstrueuses colonisées par des vers, le contexte de prise en charge, l'alcoolisation massive, tout cela représente des difficultés très fortes. Pourtant, il nous semble que la principale difficulté ne se situe pas là. Malgré les apparences peut-être, les personnes que nous recevons sont extrêmement fragiles affectivement et psychologiquement. Nous avons déjà signalé la grande souffrance morale de ces êtres apparemment insensibles que l'on conduit sur le chemin du retour. Il est, dans ce cadre, très facile, animé des meilleures intentions du monde, de faire sur le plan de la relation humaine des catastrophes lourdes de conséquences pour celui que l'on voulait aider.

En fait, la difficulté vis-à-vis d'eux n'est pas toutes ces horreurs auxquelles finalement on s'accoutume, même si elle restent toujours douloureuses aussi pour celui qui y est confronté. La principale difficulté est de trouver la juste place sur le plan humain. Pas trop près car on laisse beaucoup de soi à nouer des relations affectivement trop proches, pas trop loin non plus car on faillit à sa mission en la limitant à son travail de technicien. C'est avec tous ces arguments que nous soutenons que, pour oeuvrer auprès de ces grands exclus, il est nécessaire d'avoir des professionnels du sanitaire et du social, qui plus est à très haute compétence professionnelle et humaine.

Nous avons vu tant avec les travaux docimologiques que biographiques combien ces personnes présentent de pathologies complexes et intriquées. Combien les problèmes sociaux sont importants et enfin quelle est l'importance de leur souffrance psychique. Si cette analyse est pertinente alors on voit que la meilleure façon d'espérer résoudre ou en tout cas améliorer leur situation de vie est de regrouper autour d'eux des professionnels médecins, infirmières, travailleurs sociaux et psychiatres ou psychologues. Outre leur compétences, leur connaissance de la population est fondamentale. Contrairement à une idée trop souvent admise, il est nécessaire que ce soient d'excellents professionnel qui travaillent auprès d'eux. Dans notre domaine médical, nous pouvons observer que ces personnes présentent souvent des pathologies lourdes et aggravées. Il faut être capable de faire son métier de médecin interniste au milieu d'un « décor pathologique » souvent au premier plan qui brouille et obscurcit les symptomatologies cliniques. Pourtant, le travail de consultation et l'examen méthodique est souvent « payant » si l'on accepte comme on le doit d'aller au delà de l'odeur, de l'horreur, de l'ivresse et parfois de l'agressivité verbale.

On peut donc penser qu'il est nécessaire d'avoir « ce regard » pluridisciplinaire. Et ceci, au sein d'une structure unique permettant un accueil ou s'insère du médical et du social et qui, c'est extrêmement important, sort d'une pratique un peu sadique et coercitive.

- - Du médical, pourquoi ? Parce que, la première démarche de retour sur le chemin d'une éventuelle insertion, c'est d'arrêter la situation de divorce d'avec son propre corps, et cela passe par la santé et l'hygiène.

- - Du social, pourquoi ? Parce que, pour prendre un exemple un peu simple : lorsque l'on a été gros fumeur, on a tenté de d'arrêter, une fois, dix fois, quinze fois, sans succès, et un jour, on ne se sait pas pourquoi, ça marche. Et bien, de la même façon, il faut qu'il y ait des travailleurs sociaux parce que, dix fois, quinze fois, la tentative de remonter ne va pas aboutir, et peut être qu'un jour, on ne sais pas pourquoi, un déclic va se faire chez la personne, et à ce moment là, il faut être là pour lui tendre la main et l'aider efficacement.

Il est fondamental que la prise en charge soit globale, et ne sépare pas le médical du social. On évite plus facilement ainsi les « défausses » des acteurs qui ont parfois tendance à se renvoyer dans un jeu de « la patate chaude » celui qui devrait être accueilli. Le travail doit, au contraire, être mené conjointement et dans un même lieu par une équipe pluridisciplinaire.

L'émergence très récente de ce concept de prise en compte médico-sociale de la grande exclusion amène à proposer une réflexion multidisciplinaire autour de cette notion du médico-social.

Il est vrai que les problèmes de santé de ces populations fait souvent du médecin ou de l'infirmière le premier contact privilégié de la personne très désocialisée. Il est tout aussi vrai que la réinsertion, mais encore faudrait-il s'entendre sur ce terme, ne peut s'envisager sans une prise en compte sociale de la personne. il est clair pour les professionnels de terrain que chacun dans sa spécialité est insuffisant à lui seul pour régler tous les problèmes. Sans état de santé suffisant rien n'est possible, mais sans aide et sans référent social rien n'est possible non

plus. Les personnes rencontrées par les médecins et les infirmières font souvent part de leurs problèmes sociaux. A l'inverse aussi, les personnes rencontrées par les travailleurs sociaux font souvent part de leurs problèmes de santé. C'est donc bien dans cette approche que se trouve l'abord le plus rationnel des ces personnes très désocialisées. Bien sûr, chaque professionnel doit garder sa spécificité, son indépendance et ses règles déontologiques. Cependant, c'est bel et bien dans ce travail en équipe que les plus grandes chances d'efficacité sont offertes à ces grands exclus.

Le C. A. S. H. de Nanterre n'a jamais appliqué la loi de 1975. Il est ainsi devenu aujourd'hui un endroit référent pour ceux qui défendent cette idée de restauration de l'abord médico-social des populations S. D. F.. Nous l'avons signalé, depuis la rue, en passant par le C. H. A. P. S. A., l'antenne médico-sociale, les lits de soins infirmier, le S. A. O. (Service d'Accueil et d'Orientation), le C. H. R. S. ou le centre d'hébergement, l'hôpital, la maison de retraite, cette structure dispose de tous les éléments institutionnels nécessaires à la prise en charge de ces personnes très désocialisées. De cet endroit, on peut attester que cette approche globale de l'individu par différents professionnels, par différentes structures est la mieux armée pour produire parfois des résultats probants en terme de « réadaptation sociale ».

Cela peut se discuter, mais il semble que cette séparation du sanitaire hospitalier et du social est irréversible. L'hôpital dans ses fonctions médico-techniques performantes ne reviendra pas en arrière. D'ailleurs, ce n'est probablement pas souhaitable. Par contre, il est dans ses missions d'accueillir toute personne qui se présente et, éventuellement de l'orienter vers une structure médico-sociale ou sociale adaptée à ses besoins. Le S. A. M. U. social, les consultations de précarité, les lits des centres d'hébergement d'urgence pour soins infirmiers, les espaces solidarité-insertion représentent des structures de type médico-sociaux qui peuvent et doivent travailler en réseau et en partenariat avec l'hôpital et avec toutes les structures sociales de deuxième niveau. Nous précisons bien que nous n'affirmons pas que l'hôpital doit récuser sa mission d'accueil. Cela reste plus que jamais dans ces missions. On peut observer par exemple que la nuit, en dehors des commissariats, seul les hôpitaux sont ouverts. Par contre, il est évident que l'hôpital ne prendra pas en charge de bout en bout et ne réglera l'ensemble des problèmes sociaux d'une personne se présentant aux urgences. Un exemple marquant car à l'échelle de la mémoire humaine. Nous avons connu l'hospice de Bicêtre il y a trente ans. L'hiver, il accueillait des clochards qui venaient s'y réfugier.

Il y avait, d'ailleurs à sa sortie un « marché aux puces » renommé. On imagine bien combien il serait difficile au C. H. U. actuel du Kremlin-Bicêtre de procéder de même.

Ainsi, vingt ans après la loi de 1975, on mesure les difficultés créées par cette séparation du Sanitaire et du Social. Même si tous les textes récents insistent sur la mission d'accueil de l'hôpital qui doit être un lieu privilégié où les droits sociaux peuvent être rétablis ou établis. Il est clair que l'on ne reviendra pas en arrière et que l'hôpital sera de plus en plus technique. On ne redonnera pas à l'hôpital une fonction asilaire. Par contre, on peut proposer la mise en place de cellules d'accueil et d'orientation permettant de gérer les demandes médico-sociales adressées à l'hôpital. La création de réseaux fonctionnels, opérationnels, entre ces structures et l'ensemble des structures sociales et médico-sociales doit permettre une efficacité de

nature à éviter le découragement et l'impuissance ressentie par les intervenants hospitaliers vis-à-vis de la demande médico-sociale. On peut penser que cette existence de réseaux permettant une « porte de sortie » si l'hospitalisation ne se justifie pas ou après l'hospitalisation est de nature à changer la perception de ces patients. Jusqu'ici, on a parfois l'idée que, si l'on prend en charge ces personnes, il n'y aura pas de possibilité de sortie et que cela posera des problèmes majeurs. On a souvent tendance à « faire l'autruche » et à ne pas trop chercher des pathologies qui ne sont pas très parlantes ou signalées par le patient. On oublie parfois la règle de l'examen d'un malade dénudé. Cela permet de ne pas mettre à jour toutes les pathologies de ce patient indésirable car « incasable » après.

Il faut ici, et dans ce contexte envisager la question des associations caritatives. Il est bien sûr parfaitement blasphématoire de mettre en cause le caractère admirable de ces associations. Pendant très longtemps, et encore de nos jours, ces associations sont indispensables à la prise en charge de ces populations très désocialisées. Nous en avons vu les causes, et nous avons signalé en particulier le désinvestissement du secteur public. Cependant, il est vrai que sans remettre en cause l'essentiel du travail de ces organisations, on peut pourtant légitimement s'interroger dans la mesure ou quasiment toutes fonctionnent à des hauteurs variables avec un financement public. Lorsque l'on crée de nouveaux dispositifs, il est extrêmement difficile de les faire financer. Tous les ans des crédits sont alloués permettant à ces associations de fonctionner. Il n'est pas iconoclaste de constater que l'évaluation de l'emploi de ces crédits en fonction des objectifs prévus et financés n'est que rarement réalisée. On peut signaler qu'en France, on enregistre la création annuelle de près de 70.000 associations. Le secteur associatif sans but lucratif en France représente plus de 800.000 emplois (4,2% de l'emploi total), et une dépense de 217 milliards (3,3% du PIB) dont 28% pour les Services sociaux et 14,5% pour la santé. Les ressources proviennent à 59,5% du public, 7% de dons privés et 33,5% de cotisations, droits, ventes, etc. (Le quotidien du médecin n° 5647 du 2 juin 1995, p. 21). La banque alimentaire redistribue chaque année 3500 tonnes de denrées à quelques 250 associations qui, à leur tour servent plusieurs millions de repas. La mission France de Médecin Du Monde représente un budget annuel de trois millions de francs. Il serait intéressant, toute structure confondue d'évaluer le montant des sommes allouées au traitement et à la prise en charge de la grande pauvreté.

Depuis, 1993 émerge une nouvelle prise en compte de ces populations exclues. La mise en place de dispositifs médico-sociaux publics en représente un des signes les plus évidents. Ces dispositifs, servis par des professionnels, représentent un changement fondamental.

Il serait intéressant afin d'augmenter la transparence et la lisibilité de ce « secteur de la grande pauvreté » que des études macro-économiques et micro-économiques sur certaines structures ou dispositifs en précisent le rapport coût-efficacité. On peut imaginer sans être inconvenant, qu'en qualité de citoyen la hauteur des financements de la prise en charge de la grande pauvreté puisse être connue. A notre connaissance cela n'est pas le cas. Au terme de cette évaluation, on peut imaginer mettre fin au caractère précaire et aléatoire des financements publics. Pour la plupart, ces crédits proviennent des fonds précarité du budget et sont soumis à discussion tous les ans. Il serait peut-être plus clair de pérenniser ces lignes budgétaires et de les contractualiser, par convention, entre l'Etat et les organismes

ayant une finalité de lutte contre l'exclusion. Ce travail de clarification est d'ailleurs en cours au secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence. On le retrouve dans l'avant projet de loi pour la cohésion sociale dans les articles 39 à 43 et surtout à l'article 46. On peut indiquer ici quelques chiffres que nous avons relevé ici ou là. Le prix d'une nuit d'urgence est budgétisé par le ministère des Affaires sociales autour de 80 francs. Les services de l'aide sociale de la mairie de Paris ont fournis 886.000 repas aux parisiens en difficulté en 1992. Ils ont distribué 115 millions de francs de secours en espèces et 120.000 cartes Paris-santé ouvrant droit à des soins gratuits. Pour 1993, le coût global des actions sociales et sanitaires à Paris, qui est à la fois une ville et un département, s'élève à 7 milliards de francs. La municipalité en assume 5 milliards, soit le tiers de son budget global. Selon la Délégation interministérielle au R. M. I., l'Etat a consacré 12,1 milliards de francs au titre de l'allocation et 4,3 milliards au titre de l'insertion, soit au total 16,4 milliards de francs en 1991. La participation des départements s'élève au total à 3,1 milliards de francs pour la même année.

C) L'HOPITAL PUBLIC

Nous ne reviendrons évidemment pas sur l'histoire des hôpitaux qui, à elle seule, donne matière à de nombreux travaux spécifiques. Nous voulons simplement rappeler quelques lignes force. Nous l'avons vu, l'hôpital est à l'origine un lieu d'enfermement des populations les plus en marge.

Il joue en quelque sorte le rôle d'institution de « réadaptation » à la socialisation et au travail. Au XIX^{è} siècle le nombre d'hôpitaux connaît un accroissement sensible. Une statistique du premier janvier 1869 montre qu'il existait alors 1557 hôpitaux et hospices (dont 172 construits sous le second empire). En 1898, le nombre d'établissements passe à 1684.

On peut citer à Paris le nouvel Hôtel-Dieu, les hôpitaux Tenon et Laennec (1878), Andral (1880), Tarnier (1881), Bichat (1832), Broussais (1883), Aubervilliers (1884), Boucicaut (1897), Pasteur (1900), Trousseau et Bretonneau (1901) [22] (p. 15). C'est sous la Convention et le Directoire - semble-t-il - qu'apparaît dans son acception moderne le terme d'hôpital. L'article « hôpital » du dictionnaire des sciences médicales (Editions Panckouke, tome XXI) édité en 1817, précise que : « *l'hospice diffère essentiellement de l'hôpital en ce que celui-ci doit être, d'une manière exclusive, réservé pour les malades auxquels sont actuellement nécessaires les secours de l'art de guérir et que l'hospice est destiné soit à des individus en santé*

soit à ceux dont les infirmités sont chroniques, et telles que les tentatives de traitement leur seraient inutiles et quelques fois dangereuses. C'est pour cela qu'il faut dire hospice des enfants trouvés, hospice des incurables » (in [22] p. 15). Parallèlement le nombre de lits augmente. A la fin de l'ancien régime, les établissements hospitaliers publics disposaient d'environ 100.000 lits. A la fin du XIXè siècle, on en compte 200.000. L'hébergement caritatif des mendiants, l'apparition des nécessités scientifiques qui impliquent des installations modernes et coûteuses et qui attirent dans les hôpitaux des patients qui ne sont plus des indigents confèrent une importance accrue aux hôpitaux, hospices, asiles, dispensaires et infirmeries. On peut rappeler le débat extrêmement animé du début du siècle à ce sujet. Des voix s'élevant pour s'indigner que des personnes non-indigentes se présentent à l'hôpital pour s'y faire soigner alors que l'hôpital n'est destiné qu'aux indigents. Sur ce point, on peut rappeler la circulaire du 29 février an X qui précise : « *ces asiles ne doivent être ouverts qu'à ceux qui n'ont pas de famille ; une administration paternelle doit les fermer à tous les malades qui peuvent recevoir des soins domestiques dans leur demeure* ». Dans un rapport de l'Académie des sciences, on n'hésite pas à affirmer : « *l'hôpital est l'asile de la pauvreté; il ne faut pas que l'argent y paraisse; les soins rendus aux payants seraient aux dépens de ceux qui ne paieraient pas.* » [22] (p. 69).

Les textes officiels, à travers les lois d'août 1851 et de mai 1873, permettent aux établissement hospitaliers de consacrer le quart et même le tiers de leurs revenus, pour concourir avec les bureaux de bienfaisance aux secours à domicile. L'hôpital reste par définition réservé aux pauvres » [22] (p. 47-48). Les déshérités constituent le gros des bataillons des hospitalisés du XIXè siècle. Le seul fait de solliciter son entrée à l'hôpital est une présomption suffisante de misère [22] (p. 48-49). En 1882, Jules Clarétie, dans *La Vie à Paris* rapporte : « *Si l'on savait quels étonnements garde à l'observation ce coin de Paris, la Salpêtrière, qui est comme l'égout où viennent aboutir les maux humains : la misère, la folie, la vieillesse brisée sont ce qu'engendrent le vice et la débauche, mais encore chose plus triste, la vertu besogneuse, la pauvreté, le travail ! C'est une des pages les plus sombres de la vie à Paris. C'est que l'hôpital remplit une fonction sociale. Bien plus il a une fonction idéologique : maintenir l'ordre, garantie de la paix et d'une prospérité matérielle et immédiate (...)* » [22] (p. 49).

En éclairage d'une certaine conception de l'époque, mais a-t-elle vraiment changé ? On peut citer ce texte d'Alfred Saurel en 1870 : « *j'ai cherché à sonder tout ce que renferme ce dicton et de cette étude, il est résulté pour moi la conviction que si la dépravation est profonde dans certaines classes de la société, c'est à l'institution elle-même des maisons hospitalières que cette dépravation est due en partie (...). Il paraît absurde de supposer que les hôpitaux encouragent la paresse, l'ivrognerie, le désordre ; il est contre nature de croire que des gens se rendent volontairement malades pour entrer dans un hôpital, et non seulement la proposition peut être avancée, mais il n'est pas difficile de la défendre (..). Voici un homme qui va en zig-zag dans les rues ; ses vêtements sont souillés de boue, sa figure est repoussante, et de toute sa personne s'exhale une odeur nauséabonde. Cet homme est un ivrogne ; de profession il n'en exerce aucune de bien avouable ; il vit au jour le jour de la vente d'allumettes ou d'un petit journal à sou. Ce n'est pas précisément un mendiant, ce n'est pas tout à fait un vagabond : au total c'est un être abject aujourd'hui, naguère ouvrier intelligent et honnête. Un jour, lorsqu'il avait une famille, sa femme tomba malade ; il épuisa ses économies ; on le détermina alors à envoyer sa femme à l'hôpital. Il se cacha le front quand il y entra la première fois pour voir la*

malheureuse, mais y étant revenu à plusieurs reprises, il finit par y aller la tête haute. Lorsque sa femme mourut, toujours à l'hôpital, on s'intéressa à lui, on prit son petit garçon ; on l'éleva et ce n'est pas assurément la faute des bonnes soeurs si un jour cet enfant alla rejoindre sa mère. Resté seul, notre ouvrier devint paresseux, joueur, ivrogne ; les trois défauts vont souvent ensemble. Quand les personnes qui s'étaient intéressées à lui voulurent lui adresser quelques reproches, savez vous ce qu'il leur répondit ? l'hôpital n'est pas fait pour les chiens ! Est-ce que cet homme-là, comme tant d'autres, n'a pas appris que tout hôpital ouvre ses portes aux malades indigents, que la maladie provienne de son fait ou du fait du hasard ? Est-ce qu'il ne sait pas qu'il existe des corporations à la recherche des malheureux qui meurent sans secours ? Est-ce qu'on ne lui a pas dit qu'il y a des asiles pour les aveugles et pour les infirmes atteints de maladies incurables ? Est-ce qu'on ne lui a pas donné l'assurance que, malade, il a droit à l'hôpital, qu'infirme, il a droit à la maison de charité ? (...). Et vous ne voudriez pas que lorsque vous chercherez à l'admonester, cet homme, vous regardant d'un air hébété, vous lançât en raillant son dicton : l'hôpital n'est pas fait pour les chiens ? Cet homme, dont je vous fait un portrait si hideux, existe, il existe par centaines, par milliers. Evidemment, il n'est pas toujours aussi sale, aussi pris de vin, aussi dégouttant que le type que je vous présente, mais au fond, c'est toujours le même, car il a les mêmes idées, il tient le même raisonnement (...). En développant outre mesure les maisons hospitalières, en apprenant en quelque sorte au malheureux à s'en servir, on a poussé beaucoup de gens vers la débauche, vers la paresse, vers tous les vices qui les dégradent et tendent à la perte de la société (...). Avec la conviction d'avoir toujours un lit prêt, des médicaments, des médecins et des soeurs dévouées pour le servir quand il sera malade ; avec la perspective d'avoir un gîte, une table, et quelques centimes par jour, quand il sera vieux, pourquoi voudrait-on que l'homme qui n'a pas de dispositions naturelles pour l'économie, s'astreignit à des privations pour se faire un fond de réserve ? (...). Le seul moyen pratique que je connaisse de combattre l'ivrognerie, c'est de fermer buvettes et cabarets » (*L'hôpital n'est pas fait pour les chiens*, in **[22]** p.52-53).

Nous avons déjà mentionné la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (A. M. G.). Elle permet que tous les indigents, sans aucune exception, soient accueillis dans les hôpitaux. En outre, elle prévoit la délimitation des circonscriptions hospitalières, et rattache un certain nombre de communes à chaque hôpital. Alors que le législateur estimait que ce texte ne s'appliquerait qu'à 400.000 malades par an, plus de 700.000 nécessiteux furent traités en 1897, bien qu'à cette date tous les département n'aient pas encore mis en route l'A. M. G. **[22]** (p. 72- 73). Les hôpitaux doivent accueillir les malades qui ne peuvent être soignés à domicile, et ce moyennant le paiement d'un prix de journée soit à la commune, soit au département soit à l'Etat.

On voit donc que l'accueil « éthique » de tous les malades est une donnée très récente à l'échelle de l'histoire. Ce n'est qu'au début du siècle que l'hôpital a commencé à prendre le visage que nous lui connaissons aujourd'hui. On voit bien la naissance du conflit qui naît à la fin du XIX^{è} et au début du XX^{è} siècle et qui va se polariser entre l'hôpital et l'asile. D'un côté on réserve l'hôpital aux pauvres et aux indigents, mais de l'autre la médecine scientifique et technique commence à se développer. C'est à l'hôpital que naît la médecine moderne, qu'elle se développe et se perfectionne. C'est là qu'on essaye, qu'on expérimente, qu'on innove et qu'on crée. On peut toutefois signaler que la situation n'est pas aussi manichéenne et

tranchée. La problématique ne se situe pas comme une opposition excluante entre les pauvres et les malades. Au départ, il faut les deux. Pour se développer, la médecine moderne a besoin de ses pauvres et de ses indigents en tant que matériau expérimental disponible. On peut rappeler que les médecins à cette l'époque ne sont pas rémunérés par l'hôpital. La « compensation » se fait sur l'intérêt scientifique du travail à l'hôpital. Cependant, le divorce se consomme peu à peu. Les hôpitaux se modernisent et deviennent le fer de lance des balbutiants puis décisifs progrès de la médecine. L'opinion mais aussi les médecins changent d'attitude à l'égard de l'hôpital. Celui-ci revêt désormais une grande importance pour les praticiens. D'abord en raison du prestige moral et social que le titre d'hospitalier confère. Ensuite parce que l'hôpital devient à la fois le lieu et l'instrument indispensables de toute avancée scientifique importante, de tout progrès médical [22] (p. 113-114). L'hôpital n'est plus tout à fait le lieu d'accueil des pauvres et des déshérites. Il devient un centre de soins recevant des malades. Comme le dit Marie-Josée Imbault-Huart : « *l'hôpital qui avait des pauvres sans malades se transforme en hôpital avec des malades sans pauvres* ». Sa clientèle s'élargit. Il devient le point de passage obligé de tout médecin et le moteur du progrès médical. Le débat sur l'hôpital public destiné aux pauvres et les cliniques privées réservées aux plus fortunés est resté longtemps d'actualité. Après tout, le corps des médecins hospitaliers plein-temps, c'est à dire des médecins qui doivent consacrer la totalité de leurs activités à l'hôpital, ne date que de 1958. Aujourd'hui on voit bien quelle primauté a été donnée entre l'hôpital pour les pauvres et les indigents et l'hôpital plateau-technique, l'hôpital entreprise. Il n'est d'ailleurs pas évident que ces deux conceptions soient aussi antinomiques qu'elles ont en l'air. L'importance du débat actuel laisse penser que les deux approches sont peut-être, à des degrés divers, nécessaires à l'équilibre de l'hôpital.

La rupture ou le point d'orgue de cette évolution sera la loi du 30 juin 1975. Il est important de se replacer dans le contexte de l'époque. Même si nous sommes à la fin des « trente glorieuses », nous sommes encore en période de prospérité économique et le pays ne compte que 500.000 chômeurs. Les grands exclus sont encore invisibles ou en tout cas tout à fait à la marge du débat de société. On peut penser que les rédacteurs de cette loi ont acté que l'hôpital est de plus en plus tiré vers l'évolution technologique, la pathologie d'organe et les prouesses médico-chirurgicales. Il fait de moins en moins et sait donc de moins en moins traiter les questions sociales. De façon à ce que d'une part la partie médicale mais aussi la partie sociale soient mieux traitée, il ont probablement voulu en séparant radicalement le médical du social permettre une amélioration de l'efficacité à la fois du secteur sanitaire mais aussi du secteur social. La création de nouvelles structures sociales plus adaptées devait mieux traiter toute la problématique sociale, chacune des parties poursuivant son évolution. Malheureusement, plus de vingt ans après, force est de constater que l'évolution du secteur social institutionnel n'a pas du tout suivi face au médical. Est-ce une question simplement budgétaire ? nous ne saurions le dire. Ce qui est patent c'est que la séparation du médical et du social a eu sur notre population des effets tout à fait délétères. Cette séparation créé entre les deux secteurs comme une frontière infranchissable. Il est donc nécessaire d'imaginer des passerelles permettant des actions communes avec une présence d'intervenants de différentes compétences dans chaque champs. Dans notre aspect médico-social, et en terme de passerelle, on peut observer que l'hôpital met en place des structures particulières permettant de faciliter l'accès à ces personnes très désocialisées. Nous

pensons par exemple aux unités de Consultations Médicale Polyvalentes. Elles fonctionnent sans rendez-vous et sont distinctes des services des Urgences. Dans ces unités, l'accès à une consultation médicale est possible sans passage préalable à la caisse ou au « tiers-payant », source d'exclusion supplémentaire. Dans le cadre de ces consultations, l'accès aux examens complémentaires, au plateau technique et à une dispensation médicamenteuse gratuite est effective.

Cet aménagement correspond à une demande qui avait été faite par de nombreux acteurs de terrain. Il avaient pointé le fait que dans beaucoup d'hôpitaux, les médecins pensaient ne pas être concernés par le problème car ils ne voyaient pas de tels patients. Et pour cause, car lorsqu'il faut passer à la caisse préalablement à la consultation, les patients sont exclus de fait et disparaissent avant d'avoir vu le moindre médecin.

D) LE C. H. A. P. S. A., LE C. A. S. H. DE NANTERRE

A travers notre vécu dans cette institution, nous avons le sentiment d'y appréhender là toute la problématique concrète de cet aspect médico-social. il faut pour commencer identifier et analyser toutes les difficultés.

Nous avons parfois dans ce domaine l'impression de vérifier l'adage selon lequel « ce sont les cordonniers les plus mal chaussés ». Nous avons exposé préalablement nos idées autour de l'émergence de l'aspect médico-social. Convaincu de l'intérêt de cette approche de la grande exclusion, nous aimerions pouvoir en démontrer la pertinence effective à la façon dont ce concept est appliqué dans notre activité quotidienne.

Au fond, de façon un peu naïve, on peut imaginer que la personne S. D. F. est au centre de l'intérêt, au centre d'un cercle. Les différents professionnels sont regroupés en périphérie, autour de lui et leurs activités convergent pour lui apporter égards, aide et sollicitude. Le ciment de cette équipe pluridisciplinaire est représenté par le fait de travailler autour d'un même objectif : restaurer la dignité, la citoyenneté, faciliter la réémergence du désir, engager les processus permettant la réintégration de l'image du corps intègre et la restauration d'une situation sociale minimum. La qualité de l'accueil permet parfois de commencer à renouer un premier lien social. En « laissant du temps au temps » on restaure, lorsque c'est possible, une envie et des moyens d'en sortir. Autour de ces projets réappropriés par tous, le travail administratif permet de donner corps à ces objectifs. Précisons que pour nous, accueillir cela signifie recevoir, donner l'hospitalité à quelqu'un. On trouve inclus la notion de qualité. Cette qualité de l'accueil passe par l'état matériel du lieu où l'on accueille bien sûr, mais surtout par le comportement de celui qui accueille. La personne doit se sentir attendue et non pas rejetée, indésirable ou invisible. Elle doit ressentir une certaine chaleur, une main tendue, une aide potentielle, l'envie d'échanger et la disponibilité. Le lieu d'accueil doit être un point de rencontre, un endroit ouvert et si possible esthétique pour favoriser la relation.

Force est de constater que la réalité n'est pas aussi idyllique. Plus encore depuis l'intérêt médiatique et politique autour de la grande exclusion, des endroits comme le C. H. A P. S. A. sont devenus des lieux et des enjeux de pouvoir. Des conflit ouverts ou latents en sont le témoignage. Chaque catégorie professionnelle se présente avec sa logique, ses missions, ses impératifs, sa déontologie et aussi parfois ses ambitions. C'est ainsi que l'on retrouve une logique administrative hypertrophiée, une logique du corps des surveillants qui sont des fonctionnaires de la Préfecture de Police, chargés du maintien de l'ordre et de la discipline, une logique des travailleurs sociaux, une logique des soignants. Il semble que, au moment où se

mettent en place de nombreux dispositifs parisiens, la force du C. H. A. P. S. A. de Nanterre réside dans l'étendue de ses possibilités médico-sociales. Depuis l'application du nouveau code pénal, les usagers viennent et repartent volontairement. Il est évident qu'actuellement de nombreuses personnes repartent dans le quart d'heure qui suit leur arrivée. Il est clair que l'état des locaux de l'hébergement y est pour beaucoup. Une rénovation complète va débuter et fera de ce lieux un endroit pilote pour l'accueil de cette population. Cependant, on ne peut se limiter à l'explication architecturale pour tout expliquer ou tout justifier. Rappelons que l'indignité de l'accueil et de l'hébergement de personnes vulnérables est pénalement punissable. Dans cette notion de dignité il ne s'agit pas exclusivement des conditions matérielles de l'hébergement. Le corps des surveillants a un rôle très difficile à jouer. La violence, l'agressivité, l'alcoolisation des personnes accueilles rend parfois délicat leur travail. Cependant, le passage d'un rôle coercitif qui était le leur à celui d'une fonction d'accueil qui, à notre sens est nécessaire, est particulièrement difficile, déstabilisateur et incompris.

Le résultat final actuel est que dans ces lieux perdure une violence importante qui éloigne de cette structure les plus faibles et les plus âgés des clochards à qui pourtant cet endroit est destiné. Les rapports sociaux sont souvent marqués par l'agressivité, le vol et l'humiliation des personnes entre-elles. Ils le sont aussi parfois en terme d'agressivité et d'humiliation par le personnel de surveillance. Bien sûr, l'exclusion excluant, ce sont les plus faibles, les clochards âgés, les malades psychiatriques qui sont les premières victimes. La douche n'est plus obligatoire à l'entrée, ce qui permet à certains d'y séjourner sans déposer au préalable leurs armes diverses (couteaux, tournevis, etc.). A l'hébergement les conditions sont difficiles, surpeuplé, les conditions d'hygiène y sont inquiétantes. Le grand dortoir est livré au caïdat. En ce qui concerne le sanitaire, outre les problèmes de sécurité, en terme de santé publique et d'hygiène, cette mise à nu de lésions visibles importantes, ce temps de passage à la douche permet souvent le regard médical. Ce regard, ce contact semble fondamental devant des personnes qui ne demandent plus rien ou parfois qui ignorent l'existence d'une antenne médico-sociale. Il permet de privilégier ce temps de contact avec les arrivants, d'autant plus s'ils sont nouveaux.

Nous avons signalé la décision prise en 1993 interdisant l'accès aux personnes venant seules. L'hébergement étant un hébergement d'urgence, on considérait que la mission de l'institution était de n'accueillir que les personnes venant par les bus de la B. A. P. S. A.. Les autres, venant par leur propres moyens, devaient pouvoir trouver une autre solution que de venir tous les jours jusqu'à Nanterre. Cela imposait aux personnes voulant venir quand même, de se débrouiller pour aller porte de la Villette et monter dans le bus de la B. A. P. S. A.. Il nous semble que, lorsque l'on fait l'effort de venir par ses propres moyen jusqu'à Nanterre, cela signe une volonté et un effort qui pourrait en retour mériter un accueil convenable. Actuellement, les personnes volontaires sont reçues à partir de 19 heures. Si elles arrivent avant, quelque soit le temps, qu'il pleuve ou qu'il neige, elles doivent attendre l'heure prévue dehors devant la grille fermée.

Cela nous paraît d'autant plus choquant au moment où se met en place de plus en plus de lieux d'accueil de jour. On peut penser que cette conception reste un

vestige d'une pratique coercitive et vexatoire du passé. Les usagers ne pouvant rentrer stationnent aux abords de l'hôpital créant parfois une gêne suscitant l'émotion des habitants de proximité et de leurs municipalités. Les usagers dorment sur des matelas sans draps, la fourniture de serviettes et de papier toilette est aléatoire. On considère que seuls ont le droit de manger à midi les usagers venus par les cars. Pour les autres, venus simplement se faire soigner ou rencontrer un travailleur social, on leur refuse à manger. Il est très fréquent que des personnes viennent à l'antenne nous réclamer à manger. Il viennent demander la nourriture qu'on leur refuse au réfectoire. Alors même que le nombre des repas servis à diminué très sensiblement depuis quelque temps. On peut d'ailleurs se demander ce qui est fait des repas disponibles non-distribués. Dans nos traditions, l'hospitalité s'est longtemps manifestée par l'assiette prête pour le pauvre qui frapperait à la porte. On peut constater que tel n'est pas toujours le cas ici. Nous pourrions allonger cette liste, mais pour faire simple nous dirons que nous sommes encore loin d'une structure d'hébergement et d'accueil médico-social telle que nous l'imaginons.

Il nous semble, nous l'avons dit, que l'intérêt d'une telle structure réside essentiellement sur les possibilités médico-sociales qu'elle offre. Le nombre croissant d'usagers venant seuls ou ne venant que pour rencontrer un médecin, une infirmière ou un travailleur social en témoigne.

Telle que nous imaginons cette structure outre la rénovation complète de la structure, la sécurité des usagers devrait être assurée. Un accueil des usagers de bonne qualité permettrai de ne pas les décourager et de ne pas les humilier plus encore. La création d'un Espace Solidarité-Insertion, d'un lieu d'accueil de jour permettant l'accès aux travailleurs sociaux ou aux soignants déjà présents dans la structure semble tellement logique dans ce cadre et dans cette structure qu'on ne voit pas les raisons qui s'y opposeraient. Ce lieu de jour faciliterait le changement d'image du C. H. A. P. S. A qui reste fortement négative. Dans un précédent travail [3] (p. 65-66), nous en avons expliqué quelques raisons et atténué la portée négative par des mécanismes de défense vis-à-vis de cette institution faite pour les clochards. Il est effectivement important pour eux de se dissocier de l 'image de clochard qu'ils récusent et donc de l'endroit destiné à les recevoir. Il n'en demeure pas moins que la création d'une structure de jour seraient de nature à inverser cette image. Ce lieu de convivialité, cet accueil de jour pourrait commencer à renouer des liens sociaux disparus. Il transformerait le C. H. A. P. S. A en véritable antenne médico-sociale avec une possibilité d'hébergement d'urgence la nuit. La noria à laquelle on assiste encore maintenant avec des personnes arrivant par le car l'après-midi après trois ou quatre heures de trajet dans des conditions d'inconfort total, qui repartent le lendemain matin et reprennent le car, les conditions d'hébergement où ils dorment dans des lits à même le matelas, sans draps, voire sur le sommier et parfois par terre, dans des conditions d'insécurité préoccupantes, tout cela doit disparaître rapidement.

E) LE S. A. M. U. SOCIAL

Nous avons eu la chance de suivre la gestation, le démarrage et la montée en puissance du S. A. M. U. Social de Paris. Il est important, pour marquer un peu l'histoire de la relater ici depuis le début en tout cas telle que nous l'avons perçue. Il faut restituer la création de ce dispositif au Docteur Xavier Emmanuelli qui en est le fondateur en 1993 et qui maintenant en préside le conseil d'Administration.

Xavier Emmanuelli est médecin anesthésiste-réanimateur. Il a participé aux débuts du S. A. M. U. du Val de Marne dans les années 75. Sur cette genèse de la création du S. A. M. U. Social on peut lire avec un grand intérêt ce qu'en a écrit Xavier Emmanuelli [50] (p. 193-238). Il n'est donc pas anodin de signaler sa spécialisation comme médecin de l'urgence. Venu travailler comme médecin responsable du C. H. A. P. S. A. de Nanterre, il est rapidement parvenu aux mêmes observations que ses prédécesseurs. L'exclusion, la désocialisation est responsable d'un divorce avec son propre corps. Toute la clinique de la désocialisation se traduit par un désintérêt progressif et par une demande qui se fait de moins en moins. A l'extrême, on va rencontrer des personnes qui sont en très grand danger dans la rue et qui, si on ne va pas les chercher ne se présenterons pas dans les structures médicales, sociales ou d'hébergement qui leur sont réservées.

Par conséquent, on se situe là dans un paradoxe. D'un côté, on retrouve l'aspect idéologique axé sur nos valeurs de la modernité : l'égalité, la liberté individuelle, l'attente de l'appel à l'aide, la nécessité d'une demande clairement exprimée au nom du respect de l'autonomie, l'apparent choix volontaire des personnes à la rue. Tout cela nous pousse à une attitude attentiste. De l'autre, la constatation de l'état de dégradation épouvantable dans lequel arrivent certains S. D. F. amenés plus ou moins volontairement par « les bleus », la connaissance de leur mode de vie, de leurs blessures, nous incite ne serait-ce que par notre éthique de médecin à vouloir faire quelque chose et à ne pas attendre que, au gré du « chalutage », ces personnes nous soient amenées. Il est clair que pour les médecins que nous sommes, qui plus avec l'expérience préalable du travail dans un S. A. M. U médical, le choix entre ces deux conceptions se fait très rapidement et très facilement en faveur de la deuxième attitude. D'ailleurs pour d'autres domaines, ce choix est également fait sans que cela ne soulève d'objections particulières. Le S. A. M. U. va bien à l'extérieur des murs à la rencontre des grands blessés et des grands malades. On ne voit donc pas pourquoi dans le domaine médico-social il n'en serait pas de même et pourquoi il serait choquant que des professionnels adoptent les mêmes procédures pour une problématique médico-sociale. De même nous réanimons très agressivement des personnes ayant essayé de mettre fin à leurs jours de façon très violente et très affirmée (pendaison, défenestration, arme à feu). Ils ont manifesté de façon claire une volonté affirmée de mettre fin à leurs jours.

Pourtant personne ne reprocherait à ces médecins de violer la liberté individuelle et le libre choix du malade.

L'observation de ces réalités a amené le médecin urgentiste qu'est le docteur Emmanuelli à vouloir faire « quelque chose » et à considérer qu'il n'était pas possible d'attendre quelqu'un qui ne viendra pas et qui mourra dans la rue comme un animal. Lorsque la B. A. P. S. A. amène une personne présentant une tuberculose extrêmement évoluée et d'une telle gravité que le patient meurt deux jours après son hospitalisation, ou bien une personne à 26° C de température centrale et qui sera directement hospitalisée en réanimation, on se dit qu'il est peut-être nécessaire de ne pas attendre d'en arriver là et qu'il faut aller à la rencontre de ces personnes dans la rue. Nous avons connu le temps où, lorsque survenait un accident grave, c'était Police-secours qui intervenait. Le blessé était conduit, toute sirène hurlante et le plus vite possible aux urgences du premier hôpital. Le plus souvent le blessé arrivait mort ou dans état désespéré qui plus est dans un hôpital non adapté aux soins qu'il réclamait. Une idée assez simple a germé dans l'esprit de quelques pionniers, c'est qu'il serait peut-être mieux qu'une équipe médicale spécialisée se rende sur le lieu même de l'accident pour y débuter le traitement d'urgence que son état réclame. Le Service Mobile d'Urgence et Réanimation (S. M. U. R.) était né.

Parallèlement, l'idée qu'à partir du moment où le blessé était pris en charge par une équipe compétente, ce n'était pas forcement l'hôpital le plus proche qui était le plus adapté et qu'il valait mieux après accord le transporter vers un hôpital adapté où son accueil serait préparé a abouti à la naissance de la régulation médicale et au Service d'Aide Médicale d'Urgence (S. A. M. U.). Par assimilation, l'idée que l'urgence médico-sociale réclamait que des équipes d'infirmières et de travailleurs sociaux se rendent au contact des personnes à la rue, la constatation que des places étaient vacantes dans certains centres alors que des gens restaient la nuit à la rue a abouti à la création du S. A. M. U. Social. C'est tout le mérite du Docteur Xavier Emmanuelli que d'avoir, par cette assimilation, créé cette structure. Nous avons pu constater la difficulté de faire passer une idée dans les faits. Lorsque l'on est porteur d'un projet novateur, nous pouvons témoigner ici de la difficulté à le faire aboutir. C'est vraiment par une volonté politique forte, réaffirmée à de nombreuses reprises de Jacques Chirac, alors maire de Paris qui a permis qu'un tel projet aboutisse. Lorsque l'on situe en amont de ce stade du « politique », les choses sont beaucoup plus difficiles voire impossibles. On peut rapporter ici quelques exemples de réponses administratives exprimées à l'exposé d'un tel projet : *« çà n'est pas de notre ressort* ». « *nous n'avons pas de crédits* ». « *c'est trop cher* ». « *nous n'avons jamais fait ainsi* ». « *çà ne marchera pas* ». « *on a déjà essayé* ». « *çà marche très bien comme çà* ».

Actuellement, à Paris six véhicules ayant à bord un chauffeur, une infirmière et un travailleur social sillonnent la nuit les rues de la capitale. Outre un contact au minimum, il leur est proposé soit une place d'hébergement, soit un lit d'hébergement médicalisé si besoin, soit une consultation médicale aux urgences de l'hôpital le plus proche, soit enfin lorsque cela est nécessaire, le S. A. M. U. ou les Pompiers sont appelés sur place. Le lendemain, un contact social et médical si besoin leur est proposé.

Cent cinquante à deux cent cinquante personnes sont recueillies chaque nuit. La régulation de jour traite environ trois cent appels quotidiens. En 1995,

35.379 personnes ont été recueillies. Parmi elles, 90% ont bénéficié d'une orientation sociale et 10% d'une orientation médicale et paramédicale. Au 20 novembre 1996, 41.338 personnes ont été recueillies (avec 96% d'orientations sociales). Ce dispositif a largement fait la preuve de sa nécessité et de son efficacité. Il est devenu, quoi qu'on en dise incontournable. Par delà l'urgence, grâce au S. A. M. U. Social, la mise en réseau des institutions et des associations permet de regrouper les informations de l'ensemble des structures travaillant auprès de ces populations. Outre l'hébergement simple ou médicalisé, des lieux d'accueil de jour, des hôtels avec accompagnement social, des C. H. R. S. permettent de disposer de tous les outils pour accompagner la personne de la rue à la réinsertion et éviter autant que faire se peut la pérennisation dans des structures d'urgence et de sauvetage. Avec des modalités diverses, mais avec les mêmes objectifs, d'autres dispositifs nocturnes fonctionnent en Ile de France et en province. On peut citer le S. A. M. U. Social de Hauts de Seine dont la régulation est implantée au C. A. S. H. de Nanterre et qui fonctionne avec deux véhicules. Sur le plan juridique, cette structure est un Groupement d'intérêt Public associant l'Etat, la ville de Paris, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la S. N. C. F., la R. A. T. P., le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, la Lyonnaise des eaux. La Caisse des Dépôts et Consignations étant membre associé.

Nous sommes clairement là dans le cadre même de nouveaux dispositifs traduisant l'émergence de cette filière médico-sociale dans la prise en compte de ces personnes désocialisées. Il s'agit du type même de structures médico-sociales publique, professionnalisée qui s'insère dans la logique de cet héritage de la révolution française. Cette filiation est explicitement exprimée dans la très remarquable Charte du S. A. M. U. Social (polycopié, 8 pages). On peut en trouver des extraits dans le journal de présentation du S. A. M. U. Social [210] (p. 6). Son préambule inscrit ce dispositif dans la philosophie de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Elle réaffirme les grands principes de liberté, d'égalité, de fraternité et de solidarité.

Cette charte se construit sur trois grands principes :

- - Préserver et rendre la **dignité** à la personne en détresse physique et sociale.
- - Assurer la personne accueillie de la **solidarité**.
- - Assurer à la personne recueillie le droit à l'information, la communication, la participation et l'exercice de ses droits et devoirs civiques. C'est donc à la **citoyenneté** qu'on en appelle.

Ce dispositif témoigne donc peu ou prou de l'implication l'ensemble du corps social dans la prise en compte et l'assistance aux maillons qui sont parmi les plus faibles et les plus en danger de ses citoyens.

(210) - CHARTE DU S. A. M. U. SOCIAL, in Journal de présentation, mars 1996, 16 pages.

F) LES CENTRES D'HEBERGEMENT D'URGENCE POUR SOINS INFIRMIERS : LES LITS INFIRMIERS

Il est fréquent qu'une personne se présente en consultation avec une grippe, une bronchite aiguë ou une angine. Parfois elle a mal partout, elle est fébrile, asthénique, en gros « pas bien ». Lorsqu'il s'agit d'une gastro-entérite avec une diarrhée profuse, on imagine le caractère inconfortable de la situation. Pour une entorse de la cheville, une fracture de la jambe ou du bras le traitement consiste en une immobilisation plâtrée et éventuellement une injection d'anticoagulant. Enfin, elle peut présenter un ulcère de jambe ou une gale surinfectée nécessitant des soins infirmiers quotidiens. On voit que toutes ces situations se gèrent chez nous, les « A. D. F. », par un repos à domicile, avec l'assistance d'une infirmière libérale qui viendra prodiguer les soins nécessaires, sur prescription du médecin traitant. Mais lorsque l'on est dans la rue, on peut essayer d'imaginer ce que peut être la difficulté simplement lorsque l'on a une jambe dans le plâtre ou une diarrhée profuse. Tout le monde sera d'accord pour considérer qu'il serait parfaitement abusif d'hospitaliser ces patients.

Avant 1994 nous n'avions le choix qu'entre deux possibilités. On ne pouvait que renvoyer la personne à la rue ou bien l'hospitaliser abusivement. D'ailleurs, une étude récente a montré que pour 160 personnes admises dans les lits d'hébergement pour Soins Infirmier de Cochin, une économie de 435 journées d'hospitalisation a été réalisée. Il ne s'agit pas de patients dont l'hospitalisation était nécessaire et qui ne l'ont pas été ce qui serait inacceptable. Il s'agit justement de ces situations où l'hospitalisation n'était prononcée que pour des raisons humanitaires. Le médecin ne pouvant pas humainement remettre les personnes à la rue dans les situations précédemment décrites (grippe, jambe plâtrée, etc.). Les lits d'infirmerie existent en médecine de corps de troupe. Lorsque après une séance de vaccinations quelques appelés font une réaction importante avec une hyperthermie, ils sont gardés quelques jours au chaud et au repos dans des lits d'infirmerie. Devant les situations précédemment décrites, une des réponses est donnée par ces lits d'hébergement pour soins infirmiers. Il ne s'agit pas de lits d'hospitalisation au rabais. Il s'agit de structures permettant à des personnes sans domicile de recevoir des soins infirmiers.

Le recueil des patients par le S. A. M. U Social et les autres systèmes de ramassage sur la voie publique ou dans le métro a fait prendre conscience qu'un grand nombre de sujets à la rue présentent des problèmes sanitaires qui ne peuvent être pris en compte par l'hôpital parce qu'ils ne sont pas perçus par l'institution en tant que lésions susceptibles d'être traitées par ses structures. Ces problèmes concernent le manque d'hébergement, l'absence d'hygiène, la misère sous toutes ses formes, les altérations de l'état général ne nécessitant que du repos et de la surveillance.

Ils comprennent aussi les lésions dermatologiques tels que les ulcères chroniques nécessitant des soins lents, professionnels et attentifs durant de longues semaines. Les épisodes aigus fébriles, tels une grippe ou une pneumopathie, une bronchite infectée, une douleur rhumatismale, ou tout autre épisode algique, une rééducation orthopédique, ou toute autre situation normalement traitée à domicile, n'ont pas de solutions pour les patients sans domicile. C'est pour ces situations là qu'ont été créés ces lits. Il est bien clair qu'il ne s'agit ni de lits d'hospitalisation pour « pauvres », ni de lits de long ou moyen séjour ni de lits porte.

Il existe 110 lits d'hébergement pour soins infirmier à Paris au S. A. M. U. Social (30 lits au centre de Cochin, 30 lits au centre de Corentin-Celton et 50 au Centre de Colonie) et 50 lits à Nanterre. La capacité parisienne doit passer à 170 lits prochainement, en décembre 1996 avec l'ouverture de l'hospice Saint-Michel qui regroupera l'ensemble des dispositifs du S. A. M. U. Social parisien (véhicules, régulation de jour et de nuit, Espace solidarité-santé-insertion, lits infirmier, hébergement d'urgence et administration). Il disposera de 30 lits d'hébergement pour soins infirmier. De plus, 30 lits doivent être ouverts dans un nouveau centre, rue de l'Aude.

G) LES CENTRES D'ACCUEIL DE JOUR : LES ESPACES SOLIDARITE-SANTE-INSERTION

Nous avons signalé la caractère épuisant de la noria qui est effectuée quotidiennement par les personnes à la rue. Les Centres d'hébergement d'urgence hébergent les personnes pour une nuit ou pour certains sur quelques nuits d'affilée. Le matin, après un petit déjeuner, les personnes doivent quitter le centre. Il est parfois douloureux pour le personnel d'appliquer cette règle. Lorsqu'il neige ou lorsqu'il fait très froid par exemple et qu'il faut remettre les personnes à la rue le matin. L'essentiel des dispositifs jusque là étaient des dispositifs de sauvetage d'urgence. Assurer la possibilité de ne pas dormir dehors. La mise en place de ces lieux d'accueil de jour correspond tout à fait à cette vocation médico-sociale. La possibilité de vestiaires, de sanitaires, de repas, de contact médical, infirmier et social est de nature à faciliter la restauration de liens et de repères.

H) LES CONSULTATIONS PRECARITE

Des organisations humanitaires d'abord, puis l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris ensuite ont été amenées à mettre en place des consultations de précarité. Elle touchent en général un public moins désocialisé que les précédentes structures. Elles s'adressent à des personnes pour qui, faute de moyens financiers suffisants, il existe un retard à la médicalisation et aux soins. La restauration de droits sociaux qui sont existants le plus souvent, la reconstitution de papiers perdus demande un renforcement des moyens du personnel social au sein de ces structures.

L'expérience de la consultation du C. H. A. P. S. A. ou des consultations comme Baudelaire à Saint-Antoine ou Verlaine à Saint-Louis montre bien la nécessité de petites structures urbaines intermédiaires à mi-chemin entre la rue, la marginalisation, le non-accès aux soins et l'hôpital. Sur le plan médical, un certain nombre de lésions cutanées (ulcères, plaies, etc.) de pathologies dermatologiques, de lésions infectieuses et parasitaires, de pathologies ophtalmologiques voire bucco-dentaires, de « petits bobos » en général peu graves mais qui, négligés, sont susceptibles de s'aggraver, y sont traités. Sur le plan social, la restauration des droits, l'examen attentif de toutes les possibilités offertes y est possible. Finalement ces structures remplissent le rôle autrefois dévolu aux dispensaires de quartier. De plus, bien que cela ne soit pas administrativement prévu dans les fonctions de soins, on peut y ajouter le rôle très important joué par ces consultations en terme de prévention et de dépistage par exemple de maladie virale (tuberculose, H. I. V., hépatite).

On peut citer également l'expérience de David El-Kabir [211] (p. 47-51) à Londres. Une consultation similaire à celles dont nous venons de parler a été mise en place depuis près de quinze ans. Après des débuts modestes, comme cela est classique, le centre dispose maintenant de trois médecins généralistes, d'un psychiatre à plein-temps, d'une infirmière, d'un opticien, d'un podologue et d'un dentiste. Cette consultation a reçu plus de dix sept mille personnes et a donné plus de soixante dix mille consultations. Comme le note David El-Kabir, « *cette consultation obéit à une logique unique. Elle possède une philosophie commune de l'action sanitaire basée sur la disponibilité du médecin, tant physique que psychologique, le souci de créer autour du patient un climat favorable à la continuité des soins. Que le sans-abri vienne, c'est bien. Qu'il revienne encore et encore c'est mieux. Le succès tient au nombre de patients qui reviennent depuis dix ans, et c'est l'un des éléments stables de leur vie. L'équipe administrative et médicale, le personnel, toute l'équipe est fidèle depuis le début. Nous sommes bien dans une même logique commune* ».

(211) - EL-KABIR David, *Quelques observations sur les sans-abri*, in Les temps modernes, page 47-51.

I) LES STRUCTURES MANQUANTES, L'ASILE

L'expérience auprès de ces personnes très désocialisées amène à la conclusion que, malgré tout ce qui a été fait depuis plusieurs années, il manque encore certains dispositifs. Une petite association « La raison du plus faible » dont nous sommes adhérent milite activement pour « un droit d'asile pour les exilés de la vie ». Une partie de l'argumentaire collectivement développé est repris ici.

Asile est devenu un gros mot obscène surtout dans le milieu de la grande exclusion. par exemple en est un. Bien sûr lorsque l'on dit asile, on pense aux travaux de Michel Foucault [7] et aux asiles psychiatriques. C'est à dire à ces énormes structures, à caractère plus ou moins coercitif justement combattues en leur temps. Pourtant, c'est bien d'asile dont nous voulons parler. On peut rappeler que l'asile, l'asylum est le lieu inviolable où se réfugie une personne poursuivie. Par extension, il s'agit d'un lieu où l'on se met à l'abri, en sûreté contre un danger. Et c'est bien de cela dont il est question ici. Ce concept ne s'adresse pas à tous. Cependant, on peut penser qu'il a un intérêt pour ceux qui sont au plus profond des processus de désocialisation. Nous savons très bien que si d'un coup de baguette magique, on pouvait de disposer de tous les emplois et de tous les logements souhaitables, il demeurerai cependant des S. D. F. pour lesquels la remise en mouvement serait longue et très difficile. Quels que soient les concepts ou les idéologies sur la réinsertion, on a vu cependant dans notre étude que c'est aussi en eux-même que se trouve fragilité et rupture. Les carences affectives, les échecs permanents, l'alcoolisme ont conduit aux processus de rupture. Ils sont souvent à la rue depuis longtemps, et on a vu au chapitre - IV - que l'énergie, la souffrance, les efforts nécessaires pour « remonter la pente » sont considérables. Le S. A. M. U. Social a bien montré qu'il fallait aller vers eux. Il faut leur apporter les secours les plus urgents : un toit, à manger, des soins médicaux et infirmiers. Mais avant tout, il faut d'abord les apprivoiser. Nous y reviendrons mais, parce qu'il s'agit d'hommes et de femmes, on peut considérer que ces personnes ont un droit d'asile. C'est à dire d'un lieu où les contraintes n'excéderont pas ce qu'exige la vie en commun et où ils pourront trouver chaleur, repos, sollicitude et regard fraternel.

Cet hébergement médico-social de plus longue durée serait constitué d'unités petites ou moyennes, aux locaux propres et esthétiques, offrant le choix entre chambres individuelles et collectives et permettant le séjour des animaux de compagnie. Il serait ouvert toute l'année, jour et nuit, d'entrée et de sortie libre. Aucune contrainte qui ne soit strictement nécessaire à la vie en commun, aucune contrainte en particulier qui répondrait à nos a priori les mieux intentionnés, à nos valeurs, mais qui de fait s'apparenterait à du sadisme. Ainsi, concernant l'alcool, il n'y aurait pas d'interdiction absolue de la consommation au sein de l'établissement, car une telle règle fait obstacle aux entrées, provoque des « pleins » d'alcool pendant les sorties et génère trafic et violence.

Mieux vaut peut-être autoriser une consommation limitée. Il faut aussi prévoir des locaux adaptés, mais dignes, pour l'accueil des personnes en état d'ivresse. Les interdits auront pour principal objet de prévenir la violence et ne porterons que sur ce qui crée un danger comme les armes de toute nature, les substances dangereuses, les drogues etc.. Le règlement s'imposera autant au personnel de l'établissement qu'aux hébergés, et il tentera de laisser le moins de place possible aux ambiguïtés qui sont toujours source d'arbitraire. A partir d'un confort matériel retrouvé et d'un confort moral que le personnel, par son comportement doit savoir créer, il s'agit d'engager au moment ou cela devient possible, des actions sociales, médicales et psychiatriques. Il s'agit, avant tout de donner par l'écoute, une première chance au désir de se remettre en mouvement, être là pour l'entendre et le soutenir, le jour où se produit le déclic qui permet d'amorcer une renaissance. Cela suppose un personnel motivé et qualifié, disponible et patient, acceptant le silence de ceux qui se taisent, respectant le rythme de chacun, n'exigeant pas une démarche d'insertion pour prix de l'hébergement, sachant faire son deuil des échecs. Pour les plus désocialisés, ces objectifs ne doivent pas être ceux qui tranquilliseraient notre conscience : l'autonomie de la personne et une vie sociale riche. Une si grande ambition, en effet, risquerait fort de conduire à ce qui interdit tout progrès : la sélection des plus aptes et l'exclusion de ceux que la souffrance a le plus marqué. Bien sûr, il faudra trouver un autre terme car le terme d'asile est trop connoté péjorativement. Il n'en demeure pas moins que la fonction asilaire est une fonction qui demeure nécessaire pour les plus « cassés » de ces personnes S. D. F.

J) LES STRUCTURES MANQUANTES, LA REINSERTION EN MILIEU NON-URBAIN

En dehors de cette fonction asilaire, on peut imaginer un autre dispositif d'un genre tout à fait différent. L'idée nous en est apparue lors d'une discussion avec un maire d'une petite commune en bourgogne. Il se lamentait d'avoir perdu son école, sa boulangerie et de voir sa commune mourir à petit feu. Il nous disait imaginer quasiment de donner pour le franc symbolique une maison pour peu que quelqu'un vienne habiter là. Bien sûr, il ne s'agit pas de déporter les pauvres à la campagne pour ne plus les voir en milieu urbain. Cependant, de façon ponctuelle et adaptée au cas individuel, il nous arrive de voir des personnes de 50-60 ans « galèrer » à la rue depuis longtemps et se sentir à la fin de la route. Eux aussi nous disent parfois : « pour moi la rue, c'est fini. J'en ai marre, j'en peux plus ». Ils n'ont aucune chance de retrouver un emploi, ils ne pourraient avoir un projet de réinsertion que de façon fantasmatique et sont trop jeunes pour bénéficier de structures collectives comme une maison de retraite.

On peut imaginer qu'après un stage bref en boulangerie par exemple, ces personnes pourraient récupérer une utilité, un rôle social dans des endroit où ils seraient les bienvenus. Bien sûr, il s'agit d'une idée utopique. Les personnes ne peuvent pas passer de la vie à l'autonomie sans passer par des structures intermédiaires. Le problème du suivi social serait difficile à résoudre. Cependant pour quelques personnes cela pourrait être une ouverture. Après tout, il est clair qu'on vit moins mal avec un R. M. I. à la campagne qu'à Paris.

K) CONCLUSION

Chaque dispositif abordé mériterait un développement plus approfondi. Nous voulons ici simplement signifier que tous ces dispositifs nouveaux et l'évolution de ceux existants étayent notre démonstration d'une émergence forte de cet aspect médico-social. Bien sûr, au quotidien, tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes. Cependant, il semble évident et cette analyse prétend le montrer que ce changement d'approche fait sens dans la prise en compte de la grande exclusion.

Il est important de préciser très clairement que toutes les propositions, tous les dispositifs, toutes les structures institutionnelles particulières à destination de telle ou telle catégorie de population ne se conçoivent qu'avec deux objectifs très précis :

- - Premièrement, ces lieux doivent être conçus comme des endroits destinés à favoriser le passage des personnes exclues vers les structures de soins de droit commun. Pour ce faire, ces lieux doivent être à haute compétence médico-sociale, le rétablissement des droits est fondamental.

- - Deuxièmement, ces lieux doivent être des lieux « ressource », avec une vocation pédagogique d'enseignement aux étudiants destinés aux carrières médicales, paramédicales et sociales. Cet aspect est primordial pour changer le regard de celui qui, dans sa pratique professionnelle future, sera confronté à l'accueil de ces personnes exclues et désocialisées.

Il est important que ces deux aspects demeurent présents à l'esprit. Les oublier amènerait à créer des lieux spécifiques où l'exclu serait traité de bout en bout. Il ne saurait y avoir de consultations ou de service d'hospitalisation « spécialisés » pour pauvres, démunis ou exclus sinon le risque est grand de recréer des ghettos pour exclus, ce qui ne paraît pas acceptable. Par contre l'expérience de tous les jours nous montre qu'il est nécessaire d'avoir des structures permettant à ces personnes très désocialisées d'avoir accès au droit commun ce qui lorsqu'elles sont isolée leur est quoi qu'on en dise encore très difficile. En ce sens, la consultation médico-sociale du C. H. A. P. S. A de Nanterre par exemple ne se veut pas un lieu « normal » ou usuel de prise en charge du grand exclu. Elle se veut un lieu d'accueil et d'orientation de ces personnes vers les systèmes de droit commun.

Nous n'évacuerons pas la question de la médecine à deux vitesses. Nous nous sommes déjà interrogé sur cette question [212] (p. 1864-1867). Là aussi, ce débat n'est pas nouveau. Il semble même assez récurent aux réflexions sur les systèmes sanitaires. Sur ce thème, on peut citer Jean Bernard [213] (p. 35) « *La médecine a été pendant longtemps séparée en deux branches, la médecine des riches et la médecine des pauvres. La médecine des riches est dominée par les relations existant entre la thérapeutique et l'argent. La médecine des pauvres est illustré au XVII*ê *siècle par la haute figure de Saint-Vincent de Paul. Il apprend à ses disciples et à une partie (une très petite partie) de la société la compassion. Il montre qu'on peut aider les malades en les aimant. Un peu plus tard, Daniel De Foë affirmera, le premier, qu'il n'est pas juste de laisser le pauvre mourir faute de soins, tandis que le riche peut se soigner* ». Si l'on regarde objectivement les faits, nous avons le sentiment que la médecine à deux vitesses est plutôt une donnée du passé. Cependant il nous faut aborder ce débat pour lequel on retrouve des objections qui nous semblent essentiellement d'ordre idéologique et théorique. La question posée est : créons-nous des ghettos et une médecine à deux vitesse ou bien s'agit-il de dispositifs nécessaires et présentant une certaine garantie éthique ?

Pour l'envisager, il est important de bien dissocier la discussion théorique voire idéologique et formelle et la discussion pragmatique axée sur les réalités du terrain. Il est sûr que sur le plan théorique, il n'existe aucune raison à mettre en place de telles structures spécifiques. La quasi totalité des citoyens résidant sur le territoire national dispose d'une couverture sociale et de l'accès aux soins. Les médecins généralistes et spécialistes, les urgences hospitalières, les services hospitaliers de consultation ou d'hospitalisation sont parfaitement capables de prendre en charge n'importe quel type de malade et de maladie. Cependant, les clochards et vagabonds que nous recevons ne vont pas consulter les médecins libéraux. De plus, même si la situation s'est largement améliorée, ces malades restent des clients indésirables des urgences hospitalières dont certains sont refoulés avant d'avoir vu le moindre médecin. Dans de nombreuses consultations, il faut d'abord passer à la caisse et au tiers payant avant de pouvoir accéder à une consultation. La dégradation physique liée à la vie dans la rue, les problèmes d'hygiène, l'alcoolisation massive ne rend pas facile l'accueil de ces populations. Alors, au-delà de l'aspect théorique, il semble que la réponse médicale doit s'adapter à la réalité de la vie et des besoins de ces personnes et non l'inverse. Les structures

(212) - HASSIN Jacques, *Réponses médicales à la précarité et à la misère*, La Revue du Praticien, 1996, 46, page 1864-1867.

(213) - BERNARD Jean, *Médecin dans le siècle*, éditions Robert Laffont, 1994, 385 pages.

« spécialisées » doivent répondre à un certain nombre d'aménagement particuliers. Il doit exister en particulier des installations sanitaires adaptées.

Ce procès fait à ces nouveaux dispositifs sur une médecine à deux vitesses semble plus étayé par des concepts théoriques que par une analyse objective de la réalité du terrain et du pragmatisme des solutions qui en découlent. Selon une enquête du C. R. E. D. E. S (Centre de Recherche et d'Etudes en économie de la Santé), près d'une personne sur quatre a renoncé à des soins pour des raisons financières en 1994. Cela concerne en priorité les soins dentaires et la lunetterie. Pourtant, on peut poser la question de savoir si ce sont ces nouveaux dispositifs qui créent une médecine à deux vitesse ou si elle n'existe pas de fait et si ces structures ne la corrigent pas. Médecin Du Monde et Médecin Sans Frontière jugent « *Le concept de lits infirmier dangereux et discriminatoire et ce, où qu'il se trouve : C. H. R. S., centre d'hébergement d'urgence, pavillon d'un hôpital public* » Ils réaffirment un certain nombre de principes qui selon eux sont mis en danger par ce concept. D'autre part, ils précisent que : « *l'activité médicale dans un centre d'hébergement ne peut pas et ne doit pas se substituer à une hospitalisation, ni en urgence, ni en court séjour, ni en moyen séjour* ». On voit bien là qu'il s'agit d'un débat idéologique. On récuse un dispositif en fonction de principes. S'il ne s'agit pas d'un procès d'intention, alors nous sommes tous d'accord y compris dans les modalités concrètes. Effectivement il n'a jamais été question que les lits médicalisés se substituent aux hospitalisations pas plus qu'aux long et moyens séjours. Le syndicat de médecins généralistes de MG-France, a lui aussi stigmatisé les lits d'infirmerie. Selon lui, les patients ne sont pas vus par des médecins. « *En fait, les examens sont pratiqués, les diagnostics posés, les traitements prescrits et distribués par du personnel infirmier dont ce n'est ni la mission ni la compétence* ». Nous pouvons affirmer que ces arguments sont erronés. En ce qui concerne les lits en Ile de France, les patients sont examinés au minimum à l'entrée et à la sortie par un médecin. On peut également faire observer que la distribution de traitements prescrit rentre parfaitement dans les attributions du personnel infirmier. En fait nous avons souvent constaté que dans ce domaine, des raisons idéologiques interviennent et parasitent le débat. Rappelons, pour recentrer le débat que 30% des consultants de Médecin Du Monde y sont adressés par l'hôpital public.

Avec le recul, personne ne conteste plus l'utilité de ces dispositifs qui ont fait la preuve de leur nécessité et de leur utilité. Il nous semble au contraire que, loin de créer une médecine à deux vitesses, ces dispositifs, avec la philosophie que nous avons décrit, en circonscrive les effets. Nous avons l'expérience quotidienne de patients qui ont été exclus, non examinés ou mal examiné dans le système de droit commun. Ces structures adaptées doivent être conçues comme des lieux d'accueil et d'orientation permettant à ces patients d'accéder aux dispositifs de droit commun auxquels ils n'accèdent pas pour différentes raisons. Pris en charge par des médecins de ces nouveaux dispositifs, ces derniers, ont pu obtenir par relation directe, entre médecins que ces patients soient à nouveau orientés vers les systèmes de droit commun et puissent alors bénéficier des soins qui leur étaient nécessaires. De plus, nous l'avons vu, la prise en charge de ces grands exclus ne peut être envisagée que de façon multidisciplinaire, médicale et sociale.

Cet aspect doit impérativement entrer en ligne de compte lorsque l'on débat du problème éthique posé par la mise en place de consultations « spécifiques » pour des personnes sans domicile fixe. Il est vrai qu'il est, pour des raisons déjà

spécifiées, difficile de recevoir ces patients dans un cabinet médical et dans une salle d'attente, même si, moyennant quelques aménagements, cela reste cependant possible. Néanmoins, il semble que les réponses doivent être données dans une structure associant des professionnels prenant en compte l'intégralité de l'individu dans ses aspects médicaux, sociaux, psychologiques et d'hygiène. Cette structure doit également comporter des installations particulières (douche handicapé), une salle d'attente fonctionnelle, plastique et tolérante (ivresse, troubles du comportement). Tout ceci représente des arguments forts pour justifier la création de ces dispositifs particuliers. Après tout, personne ne trouve choquant et heureusement qu'il existe des centres et des consultations spécifiques aux toxicomanes par exemple.

Il est vrai qu'il n'existe pas deux espèces humaines physiologiquement dissemblables, les « sans » et les « avec domicile fixe ». Les maladies du clochard parisien sont essentiellement liées aux conduites addictives et aux conditions de vie dans la rue. Ils devraient donc être pris en charge par n'importe quelle structure du droit commun. Cependant, la réponse médicale n'est pas que strictement technique. Elle passe par une prise en compte médicale par des praticiens connaissant cette population et son mode de vie. Il faut en particulier savoir que ces patients souvent rejetés de nombreuses structures ou institutions ne formuleront pas de demande et qu'il faut parfois aller au-devant d'un besoin, pourtant impérieux mais non-dit. Lors de leur arrivée au centre de Nanterre, de nombreuses personnes ne viennent pas consulter spontanément alors qu'un « diagnostic à vue », en particulier lors de la douche, montre qu'une consultation médicale est indispensable. Outre l'aspect strictement hygiénique, c'est un élément fondamental du rôle médical. Il est très fréquent d'y repérer « à vue » des patients présentant une grande misère physiologique, des ulcères de jambe monstrueux ou des plaies colonisées de vers. Ces patients ne viennent pas consulter spontanément, et il faut aller à leur contact, les apprivoiser, nouer un contact, un échange pour les inciter à venir consulter. En outre, ces consultations doivent avoir une composante sociale importante tant il est vrai que ces deux aspects, médical et social sont indissociables. Enfin, le retentissement psychique important des conditions de vie à la rue responsable au minimum d'une souffrance psychique importante d'expression multiforme et, au maximum, d'authentiques maladies psychiatriques rend nécessaire un soutien de psychiatres. Finalement, ces structures représentent un échelon intermédiaire entre la rue et les structures médicales de droit commun. Quant au personnel de ces structures en particulier médical, paramédical et social, il est évident en raison de la difficulté du travail qu'il ne s'agit que de personnel volontaire. Il doit avoir une excellente connaissance des troubles du comportement induits par l'alcoolisation souvent massive d'un grand nombre de patient. La mise en place de groupes de parole est nécessaire. Elle permet d'extérioriser la souffrance du personnel confronté en permanence à la violence, au désespoir et à la misère de ces grands exclus.

Enfin, brièvement, car cela est implicite dans tout ce chapitre, il faut dire un mot de la place du médecin dans ces dispositifs médico-sociaux.

Nous exerçons dans une structure dans laquelle jusque il y a peu les malades ne venaient pas tous de façon volontaire. Nous avons également évoqué la question de la démarche active nécessaire pour aller vers eux. Il semble et cela est un des points de réponse à la médecine à deux vitesses que nous pratiquons dans ce cadre une médecine un peu différente. La pathologie n'est pas différente, mais tout ce qui

va « autour » l'est. Le médecin dans ces conditions ne peut à lui seul régler tous les problèmes. Il a besoin des autres professionnels. Nous avons l'expérience de l'initiation du travail avec les travailleurs sociaux. Au départ, il existait une certaine méfiance. Chacun voulant marquer son territoire. La constatation de l'obligation d'une approche conjointe a amené chaque professionnel à axer son action au sein d'une équipe multidisciplinaire. Chacun dans les limites mais aussi les prérogatives de chaque compétence.

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

CONCLUSION ASPECTS ETHIQUES

S'il faut en outre accorder ses faveurs à ceux qui les sollicitent le plus, il convient aussi de favoriser en toutes circonstances, non les plus dignes, mais ceux qui sont dans le plus grave embarras. Pour les avoir en effet débarrassé des plus grands maux, ils te garderont une reconnaissance très grande. De même, pour dépenser ton avoir, tu devras inviter non tes amis, mais des mendiants et des gens affamés. Ce sont ceux-là, en effet qui te chériront, qui te feront escorte, qui s'empresseront à tes portes, qui seront les plus charmés, qui te voueront la gratitude la plus vive, et qui pour ton bonheur feront des voeux nombreux.

PLATON, Phèdre [214] **(p. 63)**

Il est évidemment difficile de conclure sur un tel sujet. Nous l'avons indiqué en préambule, nous nous sommes ici attaché à élaborer une forme, un cadre, une ambiance plutôt qu'analyser classiquement une population. Il s'agit avec ce travail d'essayer de réduire la dichotomie entre la raison et l'imaginaire.

(214) - PLATON, *Phèdre*, éditions Presse pocket, coll. Agora les classiques, 238 pages.

C’est à dire pour reprendre Michel Maffesoli [42] (p 12-13) d’arriver à une sensibilité de la raison. Entrer dans une phénoménologie clairement accrochée sur le réel mesurable mais aussi sur le réel perceptible à travers l’empirisme du travail quotidien. Il est fondamental d’entrer dans la réflexion éthique autour de cette problématique. Il est clair que le moralisme a atteint ses limites et en tout cas est complètement inopérant ici. L’aspect éthique nous oblige non seulement à prendre les personnes qui nous font face, mais aussi à remettre en cause les valeurs implicites ou explicites qui sont les nôtres et vers lesquelles on veut les attirer.

Sur la problématique éthique de notre travail, nous abordons quelques concepts qui nous semblent majeurs dans la question de la grande exclusion. Ces thèmes ne seront qu’ébauchés ici. Chacun d’eux nécessiterait à lui seul un travail philosophique de réflexion éthique spécifique. De plus, ces thèmes représentent des axes majeurs de la réflexion philosophique en général. Ils ont donné lieu à de très abondants travaux. Nous n’avons donc pas la prétention de les aborder de façon très approfondie. Notre ambition se limite à essayer de garnir « notre boite à outil » par des approches fondatrices qui nous permettent dans notre vie quotidienne de mieux comprendre et donc de mieux maîtriser nos pratiques. Et ceci finalement pour mieux nous aider dans notre recherche du sens. Sans vouloir nous risquer à une définition de l’éthique, nous percevons très bien, à notre place, les nuances qu’il peut exister entre éthique et morale. Pour l’illustrer nous rejoignons tout à fait Michel Maffesoli lorsqu’il dit [42] (p. 17) : « *(...) Je le préciserais souvent, la morale est universelle, applicable en tout lieu et en tout temps ; l'éthique au contraire est particulière, parfois momentanée, elle fonde une communauté et s'élabore à partir d'un territoire donné, que celui-ci soit réel ou symbolique. Ce qui fait qu'il peut exister des « immoralismes éthiques » qui ne manquent pas de choquer les belles âmes, toujours prêtes à se comporter en censeur, mais n'en constituent pas moins une solide « reliance ». Il s'agit là d'une nouvelle forme du lien social qui mérite attention, car s'il est bien évident que les éthiques particulières qui ici ou là voient le jour ne sont immorales que dans des cas paroxystiques, elles sont la plus part du temps amorales ou à tout le moins, relatives (...). Les plus pures des convictions voisinent sans trop de heurts avec leurs opposées, et les prescriptions les plus rigides doivent s’accommoder d'une multiplicité de transgressions, qui ne sont même plus ressenties comme telles par ceux qui les pratiquent* ».

Affronter un débat éthique pluraliste et efficace, cela passe d’abord par découvrir et restituer « la valeur d'une attitude ». C’est à travers le dialogue exigeant et l'exploration de situations que se manifeste l'éthique.

A) LA RESPONSABILITE

Sur ce point, nous partons de la réflexion de Paul Ricoeur et de son approche autour de trois pôles pour traiter du problème de la responsabilité [215] (p. 62-66). Cette question de la responsabilité est transversale à toute réflexion sur la grande exclusion. Nous sommes bien en accord avec Ricoeur lorsqu'il dit : « *l'intention éthique précède la Loi Morale représentant des lois, des normes, et des impératifs. Cette responsabilité est donc préalable à toute loi ».*

- **Le pôle-Je**

Pour Ricoeur, c'est la liberté en première personne, le pouvoir être, je crois que je suis libre et que je peux initier des actions nouvelles dans le pôle-II. Je crois que je peux, croyance aveugle se confronte à l'histoire réelle du je fais. En ce domaine notre pratique est particulièrement affectée par ce conflit. Médecin, notre formation, le sens que l'on peut avoir de sa pratique sont brutalement confrontés à la réalité. Nous voulons et nous savons soigner. Mais en ce domaine, on réalise que pour cet objectif, le Je du médecin ne suffit pas. Je crois que je peux guérir, que je peux être actif et réaliser le bien. La réalité montre que souvent je suis dans l'illusion du faire. Ce pôle-Je est à l'origine de la dynamique de l'être. Il se réalise et se manifeste dans l'action. Il est estime de soi et de son rôle actif, mais aussi pour reprendre Paul Ladrière [216] (p. 38) : *inadéquation de soi à soi même entre « je crois que je peux » et « je fais* ». Nous ajouterions entre « je sais que je peux » et pourtant « je ne peux pas ».

Dans cette problématique du pôle-Je, nous situons le travail de deuil nécessaire auprès des plus exclus. C'est là que se situe le questionnement sur notre place de soignant. Nous avons vu que la structure médico-sociale dans laquelle nous exerçons a longtemps été une structure coercitive. Dans ce pôle se situe également le faire du médecin entre le convaincre et le contraindre. Par exemple quelle doit être notre attitude devant un patient tuberculeux, bacillifère, contagieux qui refuse l'hospitalisation et le traitement.

(215) - RICOEUR Paul, *Avant la loi morale : l'éthique*, Encyclopédie universalis, E 28.

(216) - LADRIERE Paul, *La notion de personne*, in Biomédecine et devenir de la personne, in [133] page 27-85.

Un autre questionnement est représenté par la position du médecin au sein d'une équipe médico-sociale. Ces questions ont un écho et un retentissement important dans notre pratique quotidienne. Il importe effectivement que la réflexion dans ce pôle-je permette d'être en quelque sorte le plus au clair possible. Le contact avec ces personnes très désocialisées oblige à un long et parfois douloureux travail dans l'intimité de sa conscience. En effet, parallèlement à cette question de la responsabilité et intimement liée à elle on trouve la question de la culpabilité. Nous avons vu que les patients eux-mêmes en exhibant leurs plaies et les outrages qui sont fait à leur corps participent au développement de ce sentiment de culpabilité. Au fond nous sommes en tant que service public représentant de l'ensemble du corps social. La tendance est forte de considérer que nous avons une responsabilité collective dans ce qui leur arrive. C'est donc sa responsabilité et sa culpabilité en première personne qu'il importe de décortiquer et de métaboliser.

Nous situons là également le problème 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 comme nous l'avons vu autour d'eux et sur eux. 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. 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, du pouilleux, et de l'objet de pitié, mais d'un rapport entre deux êtres humains d'égale importance. Nous sommes donc bien là dans une notre remise en cause préalable de nos idées, de notre finalité de soignant, de notre utilitarisme personnel et au fond de nos échecs qu'il faut lucidement étudier.

- **Le pôle-Tu**

Il va s'opposer ou plutôt se confronter au pôle-Je. C'est la position de dialogue. A l'affirmation de sa liberté s'ajoute la volonté que la liberté de l'autre soit. Le commandement vis-à-vis de l'autre, c'est en suivant Emmanuel Lévinas [217] (p. 91) la transcendance du visage de l'autre. Là commence une deuxième responsabilité. Je suis responsable de l'autre, de mon semblable.

(217) - LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini*, éditions Fayard-France Culture, 1982, 142 pages.

En poussant le raisonnement à son maximum, Lévinas dit [217] (2 p. 107) : « *je suis l'otage de l'autre* ». Il y a une intentionalité parfaitement circulaire entre l'affirmation de soi et la reconnaissance de l'autre. Le pôle-Je et le pôle-Tu sont indissociablement liés. Par conséquent, il y a une responsabilité éthique non seulement vis-à-vis de soi-même mais également vis-à-vis de l'autre. Le don qu'ils nous font en se livrant parfois nous ramène à l'essence même de l'être et aux interrogations éthiques fondamentales. Parmi les plus « dyssocialisés » de nos concitoyens S. D. F., leurs visages nous interrogent. Cela a-t-il un sens et quel est-il ? Cet échange entre deux visages nous ramène bien à la recherche du sens et plus encore au problème fondamental de l'autre, à l'altérité et en même temps à la « mêmeté ». Pour citer, une nouvelle fois Emmanuel Lévinas, nous trouvons tout à fait un écho lorsqu'il dit [219] (p. 39-40) : « *L'homme est exposé à l'attente de l'homme. Il lui doit la priorité absolue d'une générosité efficace. Un engagement permanent et intense là où s'impose la relation contre toute forme de solitude. Se refuser à l'abandon, à l'indifférence à la neutralité : une règle de conduite qui édicte des principes intangibles. Une éthique comme vocation médicale de l'homme. Avec autrui, la relation n'est pas simplement une relation n'est pas simplement une relation de pur regard, de pure connaissance, de pur savoir. D'emblée il s'agit d'une responsabilité, et d'un semblable impératif inscrit dans le visage de l'autre homme. Ce visage est à la fois une extrême faiblesse, une extrême exposition, et malgré toute la contenance qu'il se donne, une exposition à la mort, et dans cette faiblesse, un ordre : « tu ne tueras pas (...) » C'est à dire : « tu n'abandonneras pas l'autre à son sort (...)* ».

On retrouve d'ailleurs autour du visage un certain nombre d'expressions qui mériteraient d'être approfondies, car témoins de la richesse de l'interaction. Ainsi Goffman qui, dans les rites d'interaction [86] parle du face à face, de dé-visager l'autre. Sur ce thème, dans la mise en scène de la vie quotidienne [8] (p. 27), il cite Robert Park (*Race and culture*, Glencoe, III., The free press, 1950, p. 249-250) : « *Ce n'est probablement pas un pur hasard historique que le mot de personne dans son sens premier signifie masque. C'est plutôt la reconnaissance du fait que tout le monde toujours et partout, joue un rôle que nous connaissons les uns les autres, et que nous connaissons nous-même (...) ». « En un sens, et pour autant qu'il représente l'idée que nous nous faisons de nous-même, le rôle que nous nous efforçons d'assumer, ce masque est notre vrai moi, le moi que nous voudrions être. A la longue, l'idée que nous avons de notre rôle devient une seconde nature et une partie intégrante de notre personnalité. Nous venons au monde comme individus, nous assumons un personnage, et nous devenons des personnes* ». Goffman [8] (p. 12-13) développe ainsi le thème du faire piètre ou mauvaise figure, du perdre ou sauver la face. Il montre bien que la face sociale d'une personne est souvent son bien le plus précieux. Ce n'est qu'un prêt que lui consent la société : si elle ne s'en montre pas digne, elle lui sera retirée. Par les attributs qui lui sont accordés et la face qu'ils lui font porter, tout homme devient son propre geôlier. C'est là une contrainte sociale fondamentale. Le membre d'un groupe quelconque est censé faire preuve de considération. On attend de lui qu'il fasse son possible pour ne pas heurter les sentiments des autres ni leur faire perdre la face, ce, d'une façon spontanée et volontaire, par suite d'une identification avec eux. La face est là en quelque sorte sacralisée.

Les mécanismes nécessaires à sa préservation sont d'ordre rituels. On le voit bien d'ailleurs. Lorsque nous sommes amenés à intervenir sur ce sujet, il nous arrive

souvent de dire : plutôt, que de jeter de loin une pièce, mieux vaut dire bonjour, regarder la personne et l'appeler monsieur.

- **Le pôle-IL.**

C'est le troisième pôle, celui du tiers absent. On quitte alors la relation de dialogue pour arriver dans un pôle de conceptions et de constructions théoriques. C'est dans ce pôle que se situe la règle mais aussi les valeurs. Ces valeurs existent en dehors de toute casuistique, en dehors même de toute matérialité de l'autre. Cette règle est certes morale, représentée par des valeurs surplombantes venant d'en haut, mais aussi éthique et médiation entre plusieurs libertés : celle du Je et celle du Tu. C'est d'une certaine façon l'institutionnalisation éthique sous la forme de la règle, de la morale, mais c'est aussi la représentation sociale d'une éthique venant du bas, témoin du vouloir vivre ensemble, combustible théorique du creuset institutionnel. Platon [214] (p. 207), déjà parlait de l'art politique comme l'art de tisser de manière à assembler les contraires en une unité. Cet aspect social de la responsabilité éthique se situe bien dans ce pôle-Il. En ce sens, le social est un lieu dynamique dans lequel la liberté de l'ensemble des pôles-Je et Tu viennent se confronter. Son champ d'application est le résultat de la socialisation progressive de l'homme. De cette interaction naît la notion de valeurs, transcendance de l'ensemble des éthiques individuelles, sédiment abouti des préférences individuelles (le Je) et des reconnaissances mutuelles (le Tu). Ce point nous semble fondamental dans cette question de l'exclusion et de son approche médico-sociale. C'est dans cette véritable question d'éthique sociale que se trouve une des clés explicatives non pas de l'exclusion mais de notre regard sur l'exclusion. Cette éthique de la responsabilité dans le pôle-Il, me rend responsable d'autrui, même s'il n'a pas de visage, et responsable même de ce qui n'est pas de mon fait ou ne me regarde pas. Cette responsabilité est incessible car personne ne peut me remplacer. Elle représente ce qui m'incombe et que humainement, je ne peux refuser. « *Cette charge représente la suprême dignité de l'Unique* » [217] (p. 108).

De ce principe naît la gêne que nous avons lorsque l'on nous crédite de vertus tout à fait extraordinaires du fait de nos activités professionnelles. S'il est vrai qu'un certain nombre d'intervenant même professionnels se situent dans le pôle-Tu, en ce qui nous concerne, nous nous référons bien à ce pôle-Il. Par conséquent nous sommes médiateur institutionnel auprès de ces populations. Cela ne nous donne de fait ni vertu ni altruisme particulier. En raison même de ces principes de justice sociale, il faut que l'ensemble de la société se préoccupe des plus exclus. Dans ces conditions, nous sommes un des éléments participant à cette réponse médico-sociale. C'est à ce titre et dans cette perspective que nous nous inscrivons. On peut effectivement considérer que nous sommes responsables du destin de chacun de nous, dans un processus de vie partagée. Nous ne sommes individualisés que par la socialisation. L'inviolabilité de l'individualité n'existe que parce que nous sommes membres d'une communauté.

On peut reprendre à Jürgen Habermas [218] (p. 11) l'analyse que cette socialisation progressive, et cette interaction implique le passage d'une « *éthique du Bien à une éthique du Juste* ». Finalement, plus je suis juste et plus je suis

(218) - HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, éditions du Cerf, 1992, 202 pages.

responsable. Cette responsabilité universelle n'est pas un point de vue moral ou théologique régissant le Bien, mais un universel construit dans lequel, chacun en tant que tel, peut faire valoir ses droits. On quitte l'obligation pour le jugement pris dans le sens de justice. On voit bien à travers cet argumentaire la différence que nous faisons entre le service public et un certain nombre d'organisations caritatives en particulier religieuses.

Le pôle-Il, le tiers absent, s'exprime dans et à travers un corpus social, une socialité. Il est le creuset du lieu même de l'interaction éthique et en ce sens, le Politique n'est pas l'éthique mais il est le lieu même du développement de l'éthique, expression première du vouloir vivre ensemble. Cette dépendance lie les individus les uns aux autres comme la matrice constitutive de la société. On peut utiliser la métaphore des notes de musique et d'une symphonie. Chaque note prise isolément ne permet pas d'expliquer la structure et la beauté d'une symphonie. Toutes les notes jouées ensembles par différents instruments produisent une potentialité « supérieure » que l'on ne peut comprendre si on isole les notes jouées par les différents instruments et qu'on les considère indépendamment des relations entre elles. Mais inversement, on ne peut pas appréhender l'ensemble si on ne considère pas la totalité des unités et des notes le constituant. Chaque note, chaque individu est lié aux autres. Avant même toute loi ou tout pouvoir voire toute morale surplombante, cette volonté du vivre ensemble venant du bas paraît représenter une des fondations du pôle-Il et de notre responsabilité dans ce cadre. L'égalité des droits et l'égal respect de leur dignité est portée par un tissu de relations interpersonnelles et de rapports de reconnaissances réciproques. Mais, en médiation et comme garant, on trouve l'Institution. Cette éthique de la responsabilité semble parfaitement illustrée par ces quelques lignes de Lévinas in [219](p. 41) : « *C'est dire que l'Homme est responsable de l'autre Homme, et qu'il en est responsable même quand l'autre ne le regarde pas parce que autrui toujours vous regarde, son visage c'est toujours ce qui me regarde. Et cela est en droit illimité. A aucun moment, brusquement, vous ne pouvez laisser l'autre à son sort. Cette expiation, je l'appelle parfois responsabilité, allant jusqu'à la substitution à autrui* ».

On peut tenter de mettre ce corpus conceptuel au niveau de notre champs d'étude. Une partie extrêmement importante de ce problème est prise en charge par des organisations caritatives, confessionnelles ou laïques. Celles-ci jouent un rôle non négligeable qu'il n'est pas question de nier, mais on se trouve là, très clairement, dans le pôle-Tu de la responsabilité éthique. Commandement vis-à-vis de l'autre et empathie pour celui qui est dans la détresse. « *Je suis l'otage de celui dont le visage douloureux m'est intolérable* ». Il ne s'agit pas de nier le bien fondé ou le sens d'une telle intentionnalité, d'une telle démarche à l'évidence éthique, même si on peut la qualifier d'une « *éthique de la pitié* » [218] (p. 20) dont on retrouve un fil continu tout au long de notre histoire.

Cependant, comme le note Jurgën Habermas [218] (p.20-21), « *Parce que les morales sont taillées à la mesure de la vulnérabilité d'êtres vivants individués par socialisation, elles doivent toujours résoudre deux tâches en une seule : elles font valoir l'inviolabilité des individus en exigeant l'égal respect de la dignité de tout un chacun; mais elles protègent dans la même mesure les rapports intersubjectifs de toute reconnaissance réciproque par lesquels les individus se maintiennent comme*

(219) - HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*, éditions Cerf, 1990, 475 pages.

membres d'une communauté. A ces deux principes complémentaires correspondent les principes de justice et de solidarité. Alors que l'un postule l'égal respect et l'égalité des droits pour chaque individu, l'autre exige empathie et assistance pour le bien-être du prochain ».

Ainsi, si on veut bien admettre que c'est dans le pôle-II, dans le tiers absent que réside l'interaction éthique en particulier, au niveau de la responsabilité ; si on veut bien admettre que le Politique est d'abord un lieu de développement éthique, il semble clair que bien avant toute loi ou toute mesure ponctuelle, c'est d'abord cette expression du vouloir vivre ensemble qu'il convient de restaurer. Les modalités de son expression sont certainement à repenser. Si la modernité s'est caractérisée par l'émergence d'idéologies et d'idéaux « venant d'en haut », il semble que d'autres formes de participation et d'expression de socialité sont probablement en train d'émerger ou sont à venir. Le transfert de cette responsabilité éthique du visage de l'autre au tiers absent représente le gage d'une certaine cohésion sociale tissée par des valeurs et des principes forgés sur ce que Ricoeur appelle « l'inaltérable dignité humaine ».

On peut introduire également ici un autre concept qui est celui du don. Ce concept est bien sûr récurent dans le pôle-Tu. Le don de vêtement, d'aumône, etc.. il l'est également et plus encore dans ce pôle-II. Nous l'avons vu que ce soit après la révolution française ou lors de la discussion sur le R. M. I., ce débat sur la contrepartie demandée à toute aide institutionnelle est transversal. Sur ce point, on peut voir le très éclairant ouvrage collectif du M. A. U. S. S. (mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales) [220] (p. 3) « *Ce nouveau paradigme, susceptible de faire agréablement et utilement contrepoids aux discours dominants qui soit tendent à rabattre l'action humaine sur la seule logique du calcul intéressé, soit, à l'inverse à la dissoudre dans une ineffable indétermination, ce nouveau paradigme, notions-nous, était déjà présent en germe et à l'oeuvre dans l'Essai et le don de Marcel Mauss* [221] *(p.145-171). Reste à l'expliciter, à en assumer les multiples implications, à en tirer toutes les conséquences et à actualiser les analyses de Mauss pour montrer qu'elles n'éclairent pas seulement la réalité des sociétés archaïques mais que, transposées, elles jettent aussi un jour particulièrement révélateur sur la société contemporaine. Dans celle-ci comme dans leurs devancières, quoique de manière différente, les hommes restent soumis à la triple obligation de donner, de recevoir et rendre, et c'est par la manière sont ils s'acquittent de cette obligation paradoxale d'être spontané qu'ils accèdent au stade de sujets proprement humains* ».

On voit donc que partant, de données conceptuelles sur les trois pôles de l'intention éthique, on arrive à des implications concrètes qui permettent d'éclairer des aspects de notre vie sociale actuelle. Si l'on veut bien admettre que c'est dans des valeurs largement reconnues que se construit une cohésion sociale, on voit que lorsque ces valeurs sont mises à mal, cela ne peut être combattu que dans le cadre du pôle-II même si donner un visage à ce tiers absent entraîne parfois de façon ponctuelle et paroxystique des réactions d'empathie à l'égard de la situation de telle ou telle catégorie de citoyens mise en exergue par les médias en fonction de l'actualité et de la météorologie. On peut peut-être dire que cette éthique de la

(220) - M. A. U. S. S., *Ce que donner veut dire*, éditions La découverte-textes à l'appui, 1993, 276 pages.

(221) - MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Quadrige-Presses Universitaires de France, 1991 (1950), 482 pages.

responsabilité sous l'aspect social représente le reconstruire de tous les aspects de liberté en première personne et en deuxième personne. C'est dans ce lieu même de l'interaction du tiers absent, siège du politique et du social que cette responsabilité s'exerce. Malgré ses imperfections, les critiques qu'on peut lui faire, c'est à notre sens dans le politique que s'exerce la responsabilité éthique, la citoyenneté et finalement, la dignité de « chacune des notes » qui compose l'ensemble social.

B) LA PERSONNE HUMAINE

L'émergence du pôle-Je qui nous semble évidente a été magnifiée, mythifiée et prônée comme valeur en cette fin de période de modernité. Elle représente sur le plan historique une donnée tout à fait récente. Aux différentes stratifications qui se sont acumulées sur la notion de Personne et on peut donner la définition de Boece au X^{è} siècle (dans Consolation de philosophie) : « *La Personne est une substance individuelle de nature raisonnable* », celle de la dimension sociale n'a été introduite que très récemment par Durkheim qui place la Personne au centre d'un double processus d'individualisation et de socialisation. Sur ce point, on peut se rapporter à Paul Ladrière **[216]** (p. 27-82) et surtout à Norbert Elias qui, dans la société des individus **[111]** montre bien à quel point cette distinction entre individu et société est factice et peu pertinente. En effet, les individus sont liés les uns aux autres par des liens de dépendance réciproque. Ces liens représentent la matrice constitutive de la société. Cet idéal du moi qui veut exister par lui-même n'est apparu qu'au terme d'un long processus indissociable de la différenciation progressive des fonctions sociales. La conception d'un moi séparé et autonome n'est en fait surtout propre qu'aux civilisations occidentales après le XVII^{è} siècle.

« *En tout homme respecte l'homme. Respecter l'homme c'est le reconnaître et le considérer dans son humanité. Il est digne de la considération manifestée en cette relation qui s'impose. Tout homme est unique et insubstituable, irréductible et précieux : son existence importe. L'engagement échappe ainsi à la procédure de la raison. Il est impératif, et sa mise en cause critique ne peut qu'être suspecte. la qualité et la persévérance d'une pratique médicale, au-delà de toute considération autre que l'intérêt manifeste de l'homme à soutenir, expose cet acte de compassion et de compréhension de l'humain au regard résolu de ceux qui y puisent une raison d'être. A travers ces modalités du respect, l'homme parvient à justifier l'effort qu'il*

entreprend pour renoncer à sa barbarie. On ne renonce pas à cet homme, digne d'un tel respect » [219] (p. 54)

En ce qui concerne notre population, la seule façon de ne pas voir l'exigence éthique et de pouvoir les traiter comme on l'a fait dans les passé et comme on le fait encore parfois c'est de les disqualifier du statut de personnes humaines. Si l'on veut et si l'on doit passer outre cet aspect premier du contact qui est rebutant et 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. Ce n'est qu'ainsi, en se raccrochant à cette valeur, que l'autre quel qu'il soit est et reste un « frère en humanitude » pour reprendre la très belle expression d'Albert Jacquard [222] (p. 207-208). Ce concept dérivé de celui de négritude intègre l'idée que la richesse de chaque homme est liée à l'apport de tous les hommes d'hier ou d'aujourd'hui. On peut un peu rapidement résumer cela par ce titre célèbre : « C'est Mozart qu'on assassine » et penser que dans le cadre de la relation duale que nous avons avec ces S. D. F., ce que nous savons de leur passé, de leurs goûts, de leurs talents parfois, il y a beaucoup de gâchis humain lorsque l'on réalise l'apport qu'ils pourraient apporter à la collectivité. Bien sûr, en terme de « valeur travail », cet apport est probablement limité. Ils sont donc, sur ce point disqualifiés. Mais parfois, à l'occasion de petits faits ou de détails va se révéler des aspects riches de leur personnalité, soigneusement masqué. Un tel, sur un poster affiché dans un bureau de consultation médicale va nous expliquer tout le symbolisme en particulier tellurique et solaire du site archéologique de Stonehenge, site mégalithique anglais érigé à l'âge de bronze. Tel autre lors d'un séjour dans les lits d'infirmerie va laisser voir de réels talents en dessin ou en peinture. Enfin tel autre parlant parfaitement anglais va évoquer ses nombreux voyages. Ainsi, un jour que nous revenions d'un voyage à Montréal, nous sommes passé dans un des box de soins infirmiers. Un des patients est assis, dans la position mythique et largement photographiée du vagabond dont les pieds trempent dans un pédiluve, une infirmière agenouillée a ses pieds. Ce « gueux » faisant immédiatement penser à Quasimodo, Esméralda à ses pieds, nettoyant et décapant ses lésions. Pourtant, en entendant parler de Montréal, ce Monsieur, sale, énucléé d'un œil, édenté, lève la tête, et en anglais me demande si j'avais vu « Dédé le tatoueur » rue Saint-Denis. Effectivement, j'avais vu la boutique de Dédé. Il s'agissait d'une boutique de tatouage et de piercing.

Ainsi, on appréhende brutalement ce truisme qu'il s'agit de personnes humaines avec une vie, un passé, une souffrance mais aussi avec une grandeur. Cette vie ne peut pas se réduire à un instantané d'état présent de clochard.

C'est chez Kant que nous trouvons semble-t-il des valeurs sur lesquelles nous pouvons raccrocher dans notre discussion éthique sur la Personne humaine S. D. F.. La personne, sujet moral autonome, est pour lui 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

(222) - JACQUARD Albert, *L'héritage de la liberté, de l'animalité à l'humanitude*, édition du Seuil-Point sciences, 1991, 244 pages.

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, lorsque nous jugeons qu'il n'a pas de dignité, 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 dans les fondements de la métaphysique des moeurs [33] (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 ».* C'est pourquoi, dans l'acte de soin, le médecin doit restaurer l'homme dans l'homme. Il doit souvent le réhabiliter dans sa condition de vivant, lui permettre d'accéder à nouveau dans la sphère de son propre respect. Il n'est pas toujours évident, pour l'homme exclu, de se maintenir respectueux de sa vie. D'autant plus lorsque son sens, sa signification ultime et intime, semble contesté par des regards fuyants traduisant la gêne de l'autre. Le respect réintroduit la personne dans sa volonté d'exister, là où elle se sent malgré tout accueillie, dans la convergence d'attentions consacrées à sa vie.

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, la disqualification du statut de personne humaine. 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, comme des ivrognes, des voleurs, des clochards. Ceux qui font peur avec leurs plaies immondes, leurs membres amputés et leurs visages ravagés. 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., Certains sont sympathiques, d'autres antipathiques, certains sont émouvants, d'autres doux et calmes, quelques-uns sont agressifs et écorchés vifs. En bref des personnes humaines comme on n'en rencontre partout et dans tous les milieux.

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.

Tout ce qui précède peut sembler d'évidence. Pourtant il faut rappeler toutes ces « tentatives scientifiques », ces conceptions eugéniques, et ces théories évolutionnistes qui, avec ce concept de dégénérescence s'opposent 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 ni nier ni mépriser cet argument. Lorsqu'on les disqualifie, cela rend incontestablement le travail parmi eux plus facile, plus vivable, moins anxiogène 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.

De plus, malgré son aspect historique et désuet, ce débat est toujours d'actualité. On trouve dans l'utilitarisme anglo-saxon à propos en particulier des états végétatifs chroniques des propos qui ne sont pas loin de ceux du début du siècle. Ainsi, Engelhardt [223] in [224] (p. 130-131) à propos des états végétatifs chroniques. Pour lui, Ils sont incapables, en effet, de formuler ou de mériter une appréciation éthique. Tous les êtres humains ne sont pas des personnes. Ils n'ont pas tous, en effet, conscience d'eux mêmes, ne jouissent pas tous de la raison ni ne sont aptes à concevoir l'éventualité de blâmes ou de louages. Les foetus, les tout petits enfants, les malades mentaux profondément atteints, les comateux sans espérance de réveil nous donnent des exemples d'êtres qui sont membres de l'espèce humaine, mais ne font pas partie de la communauté morale des Personnes. Il y a donc, à l'intérieur, de l'espèce humaine, des personnes et des non-personnes (certaines ne le sont pas encore, mais le seront vraisemblablement jamais, d'autres ne le seront plus après l'avoir été, d'autres, enfin ne le seront jamais). A ces dernières, la société humaine concède cependant « le statut social de personnes ». Ils peuvent avoir des droits, ils n'ont pas de devoirs. De là à dire que pour nos clochards très désocialisés, il est possible de leur donner un statut équivalent à celui qui est proposé pour les états végétatifs ou les malades mentaux, le pas est vite franchi.

Dans ce débat, nous reprenons la synthèse réalisée par Anne Fagot-Largeault [225]. Elle montre bien comment deux rationalités s'opposent.

- D'un côté la tradition « téléologique ». Ce qui est éthiquement correct c'est la conduite d'où résulte le maximum de bien (bonheur) et/ou le minimum de mal (malheur). L'utilitarisme classique (Jérémy Bentham) postule par exemple que l'avantage global est la somme des avantages individuels, et prescrit de maximiser l'avantage ou « l'utilité ». Si l'on admet que les intérêts individuels peuvent entrer en conflit, et si l'on prescrit de maximiser l'intérêt global, on retrouve une forme d'utilitarisme où le bien de la communauté des êtres sentants peut impliquer un minimum de sacrifices individuels.

(223) - ENGELHARDT Tristan H. Jr., *The fondations of bioethics*, Oxford University Press, 1986, p. 107-109.

(224) - TASSEAU F. BOUCAND M. H., LE GALL J. R., VERSPIEREN P., *Etats végétatifs chroniques*, éditions E. N. S. P., 1991, 167 pages.

(225) - FAGOT-LARGEAULT Anne, *Réflexion sur la notion de qualité de la vie*, Archives de philosophie du droit, volume droit et sciences, 1991, 36, 135-136.

- De l'autre la tradition « déontologique ». Ainsi Kant qui refuse de dériver la loi morale d'une notion du bien. On est responsable de sa propre attitude, non des conséquences qu'elle a sur l'état du monde. La dignité de l'existence d'un sujet moral n'est pas un bien négociable.

Nous avons donc bien dans ce travail exploré ce qui était contenu dans ce pôle-Tu. Nous en avons vu les implication. Au niveau de la personne humaine dans la relation mutuelle, nous avons pu suivre quelques pistes. Cela nous a éclairé à l'évidence dans notre pratique quotidienne. Nous avons vu qu'il n'existe pas un état instantané de clochard. Si l'on veut aller au fond des choses, c'est souvent dès l'enfance que les ruptures et les traumatismes se jouent. En ce qui concerne le pôle-Il précisément où nous situons l'aspect médico-social de la prise en charge de la grande exclusion, on peut dire que dans nos sociétés, les exigences relatives à une participation équitable aux ressources limitées, c'est à dire les droits à des prestations de bien-être (de nourriture et de logement, de santé, d'éducation et de possibilités de travail) ne peuvent naturellement être satisfaites que par l'institution. Dans cette perspective, les droits et devoirs individuels se transforment en droits et devoirs institutionnels. Ce qui est soumis à obligation, c'est la société organisée dans son ensemble, c'est contre elle que les droits positifs se font valoir. Nous sommes bien là dans une véritable question d'éthique sociale.

Nous souhaitons pour terminer ce travail citer Alexis de Tocqueville. Dans son mémoire sur le paupérisme écrit en 1835 [29], il s'inscrit parfaitement dans le cadre d'une approche socio-politique. On peut, plus de cent-soixante ans après en mesurer la fulgurance : « *A mesure que le mouvement actuel de la civilisation se continuera, on verra croître les jouissances du plus grand nombre ; la société deviendra plus perfectionnée, plus savante ; l'existence sera plus aisée, plus douce, plus ornée, plus longue ; mais en même temps, sachons le prévoir, le nombre de ceux qui auront besoin de recourir à l'appui de leurs semblables pour recueillir une faible part de ces biens, le nombre de ceux là s'accroîtra sans cesse. On pourra ralentir ce double mouvement : les circonstances particulières dans lesquelles les différents peuples sont placés précipiteront ou suspendrons son cours ; mais il n'est donné à personne de l'arrêter. Hâtons-nous donc de chercher les moyens d'atténuer les maux inévitables qu'il est déjà facile de prévoir* ».

BIBLIOGRAPHIE (ALPHABETIQUE)

ABDUL HAMID W., WYKES T., STANSFELD S., *The homeless mentally ill : myths and realities*, International Journal of Social Psychiatry, 39 (4) : 237-54, 1993 Winter.

ALSTROM C. H., LINDELIUS R., SALUM I., *Mortality among homeless men*, British Journal of Addiction, Alcohol and Other Drugs, 70 : 245-252.

ANDERSON Nels, The Hobo, *The Sociology off the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. « Essais et recherche », 1993, 319 pages.

ANDRE, *Témoignage sur les SDF : La rue, pour moi, c'est fini*, éditions n°1, 1995, 114 pages.

ASHLEY M. J. S., OLIN W. H. and all., *Skid Row Alcoholism, a distinct sociomedical entity*, Archives of Internal Medicine, 136 : 272-278, 1976.

AUDOUY Patrick, *La pathologie chirurgicale du vagabond parisien, étude comparée*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, juin 1991, polycopié, 217 pages.

AUGE Marc, *Un ethnologue dans le métro*, Hachette, 1986, 125 pages.

BARCLAY D. M. 3rd, RICHARDSON J. P., FREDMAN L., *Tuberculosis in the homeless*, Archive of Family Medecine, 4 (6) : 541-6, 1995 Jun.

BARNES P. F., EL-HJJ H., PRESTON-MARTIN S. and all, *Transmission of tuberculosis among the urban homeless*, JAMA, 275 (4), 305-7, 1996 Jan 24-31.

BARREYRE Jean-Yves, *Les loubards, une approche anthropologique*, L'Harmattan, 1992.

BARREYRE Jean-Yves, *Marche et démarches dans la ville*, in Société n° 42, 1993, Dunod, page 383-392.

BATYROV F. A., DOROZHKOVA I. R., KORNILOVA Z. K. H., *Biological characteristics of mycobacterial agent in homeless patients with pulmonary tuberculosis*, Problemy Tuberkuleza, (2), 40-2, 1996.

BECKER Howard Solomon, *Outsiders,* Métayer, 1985 (1963), 248 pages.

BENJAMINSEN S., PETERSEN P., NIELSEN B.,CHRISTENSEN A. B., *Psychiatric disease among the homeless in funen County, Ugeskrift for laeger,* 154 (18), 1264-70, 1992 Apr.

BENON R., FROISSARD P., *L'automatisme ambulatoire*, Gazette des hôpitaux, juillet 1909.

BERNAND Carmen, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Le Sagittaire, 1978, 254 pages.

BERNARD Jean, *L'homme changé par l'homme*, éditions Buchet/Chastel, 1976, 231 pages.

BERNARD Jean, *Médecin dans le siècle*, éditions Robert Laffont, 1994, 385 pages.

BLACK M. E., SCHEUER M. A., VICTOR C., BENZEVAL M., GILL M., JUDGE K., *Utilisation by homeless people of acute hospital services in London*, in British Medical Journal, 1991, oct 19, 303 (6808), 958-61.

BLUM Laurent, BOURRAT Emmanuelle, *Pathologie cutanée de la misère*, La revue du praticien, 46, 1839-1843, 1996.

BONNENFANT F., *Les malades mentaux dits hors secteurs en psychiatrie*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Paris, 1981.

BORG S., *Homelessmen : A clinical and social study with special référence to alcohol abuse*, Acta scandinavia suppl., 276 : 1-90, 1978.

BORSA Serge, MICHEL Claude-René, *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXè siècle*, Hachette, 1985, 247 pages.

BOURDIEU Pierre, *La misère du monde*, Coll. « Libre examen », Seuil, 1993, 948 pages.

BRENDA B. B., *Crime, drugs abuse, mental illness and homeless*, Deviant Behavior, 1987, 8 : 361-375.

BRESSON Yoland, GUITTON Henri, *Repenser la solidarité*, éditions Universitaires, 1991, 134 pages.

BRESSON Yoland, *Le partage du temps et des revenus*, éditions Economica, 1994, 104 pages.

BRICKNER EDS P. W., SCHARER L. K., CONANAN B., ELVY A., SAVARESE M., Washington D. C. *The Zacchaeus Clinic, A model of health care for homeless persons*, Health Care of Homeless People, p. 323-332, Ed. Bargmann, 1985.

BRIGOU Denise, *La maison du partage*, éditions Cabédita, 1994, 195 pages.

BRIGOU Denise, *Soupes de nuit*, éditions Belfond, 1990.

CARREL Alexis, *L'homme cet inconnu*, Plon, 1986 (1935), 380 pages.

CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale, un chronique du salariat*, Fayart, 1995, 474 pages.

CATALOGUE DES ACTES ROYAUX, Tome I (depuis l'origine à Henri IV), Tome II (Louis XIII, Louis XIV 1666-1669), Tome III (Louis XIV, 1666-1669), Tome IV (Louis XIV, 1700-1715), Bibliothèque Nationale, Imp. 37.

CATON C. L., *Mental health service use among homeless and never homeless men with schizophrenia*, Psychiatric Service, 46 (11) : 1139-43, 1995 nov.

CHARCOT Henri, *Les leçons du mardi à la Salpétrière*, 1889, page 348.

CHARTE DU S. A. M. U. SOCIAL, in Journal de présentation, mars 1996, 16 pages.

CLEBERT Jean-Paul, *Paris insolite*, Denoël, 1952, 254 pages.

COMMISSION SANTE DE LA FNARS, *La santé des plus démunis : constat et pratiques au sein du réseau FNARS*, polycopié, 1993.

CONCATO J., RM W. N., *Endemic tuberculosis among homeless men in New York City*, Archives of Internal Medicine, 154 (18), 2069-73, 1994, Sept.

DALLOZ, *Code Administratif*, 1983, 1413 pages.

DALLOZ, *Code Civil*, 1993-1994, 1864 pages.

DALLOZ, *Code pénal*, 1982-1983, 1135 pages.

DALLOZ, *Codes de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale*, 1989, 1821 pages.

DALLOZ, *Nouveau Code Pénal*, 1993-1994, 2350 pages.

DAMON Julien, *Des hommes en trop, essai sur le vagabondage et la mendicité*, Editions de l'Aube, 1995, 129 pages.

DAMON Julien, *Diogène, n° 21, n° spécial mendicité*, été 1995, polycopié, 196 pages.

DAMON Julien, *Homeless, Le phénomène S. D. F. aux Etats-Unis*, polycopié, 1995, 1 page.

DAMON Julien, *La citoyenneté du S. D. F.*, Mémoire de D. E. A. de sciences sociales et sciences de la connaissance, Université Paris IV, polycopié, septembre 1994, 94 pages.

DAMON Julien, *Les « indésirables » dans les espaces de transport. Les exemples de la R. A. T. P. et de la S. N. C. F.*, Polycopié, 92 pages, sept 1993.

DAMON Julien, *Les journaux de rue, Usage social d'un handicap économique, ou usage économique d'un handicap social* ?, in Revue Française des Affaires Sociales, 49 (2-3), Avril-Septembre 1995, p. 53-77.

DAMON Julien, *Les S. D. F., stars médiatiques ?*, in Le banquet, revue du CERAP, 2ème semestre 1994, n°5, p. 117-137.

DARNTON-HILL I., SRISKANDARAJAH N., STEWART P. M., and all, *Vitamin supplementation and nutritional status in homeless men*, Australian Journal of Public Health, 17 (3), 246-51, 1993 Sept.

DEBORD Guy, *La société du spectacle*, NRF Gallimard, 1992 (1967), 168 pages.

DECLERCK Patrick, *Apragmatisme et clochardisation*, in Synapse n° Spécial, décembre 1990, p 19-25.

DECLERCK Patrick, *Devenir des comportements alcoolo-toxicomaniaques et fonction asilaire*, Projet de recherche (en cours), polycopié, 1996, 6 pages.

DECLERCK Patrick, DUPRAT Philippe, GASLONDE Odile, HASSIN Jacques, PICHON Jean-Pierre, *L'état médico-social et psychopathologique des personnes S. D. F.*, polycopié, février 1996, 166 pages.

DECLERCK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane*, Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre*, Mémoire du Diplôme d'Université d'alcoologie, Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, polycopié, 170 pages.

DECLERCK Patrick, *Le dernier jour de l'humanité*, in Esprit n° 12, Déc.1988, p. 76-84.

DECLERCK Patrick, *Les naufragés à l'écoute des clochards de Paris*, Plon-Terre humaine, à paraître (oct. 1997).

DECLERCK Patrick, *Quatre clochards ou le fantôme de la liberté*, in Contradiction, hiver 83/84, page 125-139.

DECLERCK Patrick, *Une vie pour rien, ethnographie des clochards de Paris*, in Les temps modernes, n° 478, mai 1986, page 11-36.

DEGAUDENZI Jean-Louis, *Zone*, Fixot, 1987, 207 pages.

DUFFAR Michèle, MOLLET Sophie, *Maladie mentale et exclusion*, Actes du colloque de Rome 10-13 décembre 1992, polycopié, 235 pages.

DURAND Gilbert, *L'imagination symbolique*, éditions Quadrige-PUF, 1993 (1964), 132 pages.

DURAND Gilbert, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, éditions Dunod 1992 (1969), 536 pages.

DURAND Gilbert, *Orphée et Iris 80, l'exploration de l'imaginaire*, in Colloque de Cordoue, Science et conscience, les deux lectures de l'univers, édition Stock/France culture, 1980, 416 pages.

DURAND Gilbert, *Science de l'homme et tradition*, éditions Albin Michel, 1996 (1976), 239 pages.

DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, éditions PUF, 1978.

DURKHEIM Emile, *Le suicide*, éditions Quadrige-PUF, 1991 (1930), 463 pages.

ELIAS Norbert, *La société des individus*, éditions Fayard, 1991 (1987), 301 pages.

EL-KABIR David, *Quelques observation sur les sans-abri*, in Les temps modernes, page 47-51.

EMMANUELLI Xavier*, Dernier avis avant la fin du monde*, Albin Michel, 1994, 246 pages.

EMMANUELLI Xavier, *Proposition pour la création d'un SAMU social*, Polycopié, 1994, 13 pages.

ENGELHARDT Tristan H. Jr., *The fondations of bioethics*, Oxford University Press, 1986, p. 107-109.

ESLIE, *Viens chez moi, j'habite dehors. Un carnet de voyage chez les sans abri*, Albin Michel, 1994.

FAGOT-LARGEAULT Anne, *Réflexion sur la notion de qualité de la vie*, Archives de philosophie du droit, volume droit et sciences, 1991, 36, 135-136.

FARR Roger K., KOEGELI Paul, BURMAM Audrey M., *A study of homeless and mental illness in the skid row of Los Angeles*, Departement of mental health, 1986.

FERRAROTTI Franco, *Histoires et histoires de vie*, Méridiens Klincksieck, 1990, 195 pages.

FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, BOZON Michel, *Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ?*, Revue Française des Affaires Sociales, N° 2-3, avril-septembre 1995, Masson, 321 pages.

FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, *Devenir sans domicile fixe, ni fatalité ni hasard, in population et sociétés*, INED, n° 313, mai 1996.

FISCHER P. J., *Estimating the prévalence of alcohol, drug and mental health problems in the contempory homeless population : A revieuw of the litterature*, Contempory drug problems, 1989, Fall : 333-389.

FLORENTIN T., CASTRO B., SKURNIK N., *Desinstitutionalisation et modernité*, Annales Médico-Psychologiques, 153 (6), 417-20,1995 Jun-Jul.

FONDATION ABBE PIERRE, *Rapport d'activité de « La maison dans la rue »*, polycopié, 1994.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Coll. Tel, Gallimard, 1972, 583 pages.

FOURNIER Louise, *Enumération de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants à Montréal*, Polycopié, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 1989.

FOURNIER Louise, MERCIER Céline, *Sans Domicile Fixe, au delà du stéréotype*, Méridien, 1996, 336 pages.

FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, éditions Gallimard, 1936.

FURTOS J., LAVAL C., *Santé mentale et lien social*, Conférence Internationale Santé, précarité, vulnérabilité en europe, 15 et 16 novembre 1996.

GABORIAU Patrick, *Clochard*, éditions Julliard, 1993, 235 pages.

GASLONDE Odile, *Cadre infirmier, quel rôle dans la prise en charge des populations sans domicile fixe*, Mémoire de fin d'études, polycopié, oct. 1994, 64 pages.

GEDDES J. R., NEWTON J. R., BAILEY S., and all, *The chief scientist reports, prévalence of psychiatric disorder, cognitive impairement and functional disability among homeless people resident in hostels*. Health Bulletin, 54 (3), 276-9, 1996 May.

GEDDES J., NEWTON R. and all., *Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeless people*, in 1966 and 1992, Britsh Medical Journal, 308 (6932) : 816-9,1994 Mars.

GELBERG L., LINN L. and all, *Homeless and poverty*, Arch. Intern. Med., 150 ; 2325-30, 1990.

GENESTIER Philippe, *Pour une intégration communautaire*, in Esprit, février 1991, n°2, p. 59.

GEORGES Jean-Pierre, *La peste noire*, in Confrontations, 1977, 41, p. 7-17.

GEORGES S. L. SHANKS N. J. WESTLAKE L., *Census of single homeless people in Sheffield*, British Médical Journal, 1991, jun 8, 302 (6789), 1387-9.

GEREMEK Bronislaw, *La potence ou la pitié. L'Europe des pauvres du Moyen Âge à nos jours*, NRF Gallimard, 1987, 330 pages.

GEREMEK Bronislaw, *Les fils de Caïn, l'image des pauvres et des vagabonds dans la littérature*, Flammarion, 1991 (1980), 418 pages.

GEREMEK Bronislaw, *Les marginaux parisiens aux XIV^{è} et XV^{è} siècles*, Flammarion, Coll. « L'histoire vivante », 1976, 353 pages.

GEVAUDAN Thierry, Docteur SORIA Jacques, *Santé et précarité : du Droit à la réalité*, Ecole Nationale de Santé Publique, Décembre 1991, 318 pages.

GIRARD René, *La violence et le sacré*, Le livre de poche, Biblio essais, 1972.

GIRARD René, *Le bouc émissaire*, Le livre de poche, Biblio essais, 1982, 314 pages.

GOETHE Jean - Wolfgang, *Faust* , G. F. Flammarion, 1964, 178 pages.

GOFFMAN Erving, *Asile, études sur la condition sociale des malades mentaux*, éditions de minuit, 1990 (1968), 447 pages.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 1 : La présentation de soi* -, éditions de Minuit, 1973, 251 pages.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 2 : Les relations en public*, éditions de Minuit, 1973, 372 pages.

GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, éditions de minuit, 1974, 225 pages.

GOFFMAN Erving, *Stigmates*, éditions de Minuit, 1975, 175 pages.

GOODMAN L. A., DUTTON M. A., HARRIS M., *Episodically homeless Women with serious mental illness : prevalence of physical and sexual assault*, Américan Journal of Orthopsychiatry, 65 (4), 468-78, 1995 Oct.

GOUNIS K., CONOVER S., SUSSER S., DRUCKER E., *First timers at the Franklin men's shelter : A program to prevent shelterization of newly homeless men, Bronx*, NY, Departement of psychiatry and Departement of epidemiology and social medecine. Monteriore médical center, 1987.

HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, éditions du Cerf, 1992, 202 pages.

HAMBURGER Jean, *Traité de médecine*, t. 1, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1981, 1365 pages.

HANZLICK R., PARRISH R. G., *Deaths among the homeless in Fulton County*, GA, 1988-90, Public Health Reports, 108 (4) : 488-91, 1993, jul-aug.

HASSIN Jacques, *Problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations Sans Toit Stable*, Mémoire de D. E. A., Paris, Université René Descartes PARIS V, 1992, Polycopié, 84 pages.

HASSIN Jacques, *Réponses médicales à la précarité et à la misère*, La Revue du Praticien, 1996, 46, page 1864-1867.

HASSIN Jacques, *L'urgence médico-sociale*, in Fondations n° 3 (à paraître), 4 pages.

HENRY Patrick, *Création de la première consultation médicale réservée aux vagabonds parisiens*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, mai 1985, 83 pages.

HIBBS J. R., BENNER L., KLUGMAN L. and all., *Mortality in a cohorte of homeless adults in Philadelphia*, New England Journal of Medicine, 1994, Aug. 4, 331 : 304-309.

HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*, éditions Cerf, 1990, 475 pages.

HOGGART Richard, *La culture du pauvre*, Les éditions de Minuit, 1970 (1957), 423 pages.

HUBERT B., DESENCLOS J. C., SCHWOEBEL V., *Epidémiologie actuelle de la tuberculose*, Med. Therm., 1 : 7-17, 1995.

HUGO Victor, *Notre-Dame de Paris*, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1853), 552 pages.

JACQUARD Albert, *L'héritage de la liberté, de l'animalité à l'humanitude*, édition du Seuil-Point sciences, 1991, 244 pages.

JOSEPH Isaac, *Introduction à Ulf HANNERZ*, *Explorer la ville*, éditions de minuit, 1983.

JOUENNE Noël, *La mendicité*, in Actualité Sociales Hebdomadaires n° 1984, 19 juillet 1996, page 21.

KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des moeurs*, Delagrave, 1991 (1786), 210 pages.

KASTE L. M., BOLDEN A. J., *Dental caries in homeless adults in Boston*, Journal of Public Health Dentistery, 55 (1), 34-6, 1995 Winter.

KLEINKNECHT Diéter, *Principes de réanimation médicale*, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1975, 459 pages.

KOEGEL P., *Ethnographic perspectives on homeless and homeless mentally ill woman*, National Institute of Mental Health, 1987.

KUMAR D., CITRON K. M., LEESE J., WATSON J. M., *Tuberculosis among the homeless at a tempory shelter in London, report of a chest ray screening programme*, Journal of Epidemiology and Community Health, 49 (6) : 629-33, 1995 Dec.

LADRIERE Paul, *La notion de personne*, in Biomédecine et devenir de la personne, in [133] page 27-85.

LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, *Rapport du Groupe de travail « Ville, Santé Mentale, Précarité et Exclusion Sociale », une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Février 1995, polycopié, 53 pages.

LEBAS Jacques, *Accueil des malades démunis à l'AP-HP*, Rapport de la commission présidée par J. Lebas, nov 1994, Polycopié, 51 pages.

LENOIR René, *Les exclus*, Editions du Seuil, 1989 (1974), 179 pages.

LERY Nicole, *Droit et éthique de la santé, l'expérience d'une consultation*, in Médecine et hygiène n° 1850, 15 août 1990, pages 2161-2166.

LEVINAS Emmanuel, *Le temps et l'autre*, PUF, éditions Quadrige, 1991, 92 pages.

LONDON Jack, *Le peuple de l'abîme*, Bourgeois, coll. 10/18, 1975 (1903), 314 pages.

LONDON Jack, *Les vagabonds du rail*, collection 10/18, Paris, Christian Bourgeois, 1993 (1907), 309 pages.

M. M. W. R. 1987, *Deaths among the homeless, Atlanta, Georgia*, Journal of the Américan Médical Association, 257 : 3190-3192.

MAFFESOLI Michel, *Au creux des apparences*, éditions Plon,1990, 300 pages.

MAFFESOLI Michel, *Essais sur la violence banale et fondatrice*, Librairie des méridiens, Coll. « Sociologies au quotidien », 1984, 174 pages.

MAFFESOLI Michel, *L'éloge de la raison sensible*, Grasset, 1996, 279 pages.

MAFFESOLI Michel, *La connaissance ordinaire*, Librairie des méridiens, 1985, 260 pages.

MAFFESOLI Michel, *La conquête du présent*, Presses Universitaires de France, 1979, 200 pages.

MAFFESOLI Michel, *Le temps des tribus*, Méridiens Klincksieck, 1988, 226 pages.

MARIE A., MEUNIER R., *Les vagabonds*, éditions Grard et Brière, 1908.

MARTELL Jon. V., SEITZ Reeve. S., HARADA Janice. K., and all., *Hospitalization in an urban homeless population*, Annals of Internal Medicine, 116 (4), p 299-303, 1992 Feb.

MATZA David, *The disreputable poor*, in Bendix R., Lupret S. J. ed., Class status and power social, stratification in cooperative perspective, Free press, 1966, 678 pages.

MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Quadrige-Presses Universitaires de France, 1991 (1950), 482 pages.

M. A. U. S. S., *Ce que donner veut dire*, éditions La découverte-textes à l'appui, 1993, 276 pages.

MC AULEY A., MC KENNA H. P., *Mental disorder among a homeless population in Belfast : an exploratory survey*, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2 (6), 335-42, 1995.

MEIGE Henri, *Le juif errant à la Salpétrière*, études sur certains psychopathes voyageurs, Thèse de Doctorat en médecine, Paris, 1893, nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1893, n°5, 1893.

MENORET CALLES Brigitte, *Accès aux soins des populations démunies*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université Paris XII Val de Marne, polycopié, juin 1996, 204 pages.

MERCIER Céline, FOURNIER Louise, RACINE Guylaine, *L'itinérance*, in Traité des problèmes sociaux, Chap. 36, p. 739-764, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994.

MIGOT A., MAISONDIEU J., *Le clochard alcoolique et sa mère*, Annales Médico-Psychologiques, page 116-123,1985.

MOLLAT Michel, *Les pauvres au Moyen-Âge*, Hachette, 1978.

MONTESQUIEU Charles, *L'esprit des lois*, Gallimard Folio essais, 1995 (1748), 1627 pages.

MOREAU DE BELLAING Louis, GUILLOU Jacques, *Les Sans Domicile Fixe - Un phénomène d'errance*, éditions L'Harmattan, 1995, 270 pages.

MORIN Edgar, *Entretien avec Jean-Yves Barreyre*, in Société, n° 42, Dunod, 1993, page 335-343.

MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeurs, 1994 (1990), 158 pages.

MORIN Edgar, *La méthode 3, La connaissance de la connaissance*, éditions du Seuil, 1986, 243 pages.

MORIN Edgar, *La méthode 4, Les idées*, éditions du Seuil, 1991, 261 pages.

MORIN Edgar, *L'homme et la mort*, éditions du Seuil, 1976 (1970), 372 pages.

NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOOLISM, *Alcohol, drug abuse and mental health problem among homeless persons* : *A review of litterature*, 1980-1990, 1991.

NORTH C. S., SMITH E. M., SPITZNAGEL E. L., *Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless ?*, American Journal of Psychiatry, 150 (4), 578-83, 1993 Apr.

NOVAES Simone, sous la direction de, *Biomédecine et devenir de la personne*, Coll. Esprit Seuil, 1991, 350 pages.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE DE France, *Guide des Centres d'accueil pour personnes en difficulté en Ile de France*, Edition 1995-1996, 55 pages.

ORWELL Georges, *Dans la dèche à Paris et à Londres*, Ivréa-Champs libre, 1993 (1933), 277 pages.

PAGNIER A., *Le vagabond un déchet social*, éditions Vigot, 1910.

PARADIS Joseph, *Activité médicale au SAMU Social de Paris*, année 1995, polycopié, 11 pages.

PATRIS Catherine, Rapport Psychiatrie et grande exclusion, juin 1996, polycopié, 40 pages.

PAUGAM Serge (sous la direction de), *L'exclusion, l'état des savoirs*, éditions La découverte, 1996, 583 pages.

PAUGAM Serge, *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, P. U. F., 1994 (1991), 255 pages.

PAUGAM Serge, *La société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques, 1993, 317 pages.

PAUL E. A. S., LEBOWITZ R. and all., *Nemesis revisited : 54 tuberculosis infection in a New-York city men's shelter*, American Journal of Public Health, 1993, 1743-1745.

PENEFF Jean, *La méthode biographique*, Armand Colin, 1990, 144 pages.

PERREAL Lydia, *J'ai vingt ans et je couche dehors*, Jean-Claude Lattès, 1994.

PETONNET Colette, *On est tous dans le brouillard*, éthnologie des banlieues, éditions Galilée, 1979.

PICHON Pascale, *La manche, une activité routinière*, Les annales de la recherche urbaine, ministère de l'équipement et du tourisme, n° 57-58, Paris, 1992.

PICHON Pascale, *Les SDF : La carrière, la manche, l'asile*, Mémoire de D. E. A. de sociologie, Université Lyon II, polycopié, septembre 1991, 89 pages.

PLAN DATE COUNTY, *Characteristics and risk behaviors of homeless black men seeking services from the community homeless assistance*, Florida, august 1991, in MMWR morb Mortal WKLY rep, 1991 dec 20, 40 (50), 865-8.

PLATON, *Phèdre*, éditions Presse pocket, coll. Agora les classiques, 238 pages.

PORQUET Jean-Luc, *La Débine*, Flammarion, 1988, 281 pages.

PROLONGEAU Hubert, *Sans domicile fixe*, Hachette, 1993, 215 pages.

RAPPORT D'ACTIVITE, du 1er janvier au 31 novembre 1991, du Comité de prévention et de sécurité 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.,* polycopié, 49 pages.

RAPPORT DE MEDECIN DU MONDE, *Mission France, Cinq ans après*, novembre 1991, polycopié, 24 pages.

REITMAN Ben, *Boxcar Bertha*, Coll. 10/18, (1937), 1996, 260 pages.

RICHET Charles, *La sélection humaine*, éditions F. Alcan, 1919.

RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éditions du Seuil, 1990, 425 pages.

RICOEUR Paul, *Avant la loi morale : l'éthique*, Encyclopédie universalis, E 28.

ROBINS L. N., HELZER, J. E. and all., *Lifetime prevalence of specific psychiatric disordres in three site*s, Archive of General Psychiatry, 41 : 949-958, 1984.

ROGNIE Philippe, *La traduction financière hospitalière du phénomène de l'exclusion*, Rapport de l'U. H. R. I. F., mai 1995, polycopié, 186 pages.

ROPPERS, R. H., BOYER R., *Perceived health status among the new urban homeless*, Social Science and Medecine, 1987, 24 :669-678.

SCHANKS N. J., GEORGE S. L., WESTLAKE L., AL-KALAI D., *Who are the homeless*, Public Health Reports, 108 : 11-19, 1994 Janv.

SCHANKS N. J., *Medical morbidity of the homeless*, Journal Epidemiology Community Health, 1988 jun., 42 (2), 183-6.

SCHUTZ Alfred, *Le chercheur et le quotidien*, Méridiens Klincksieck, 1994, 286 pages.

SCOTT J., *Homeless and mental illness*, British Journal of Psychiatry, 162 : 314-24, 1993, Mar.

SILBERT Antoine, KEITA Rahmatou, *S. D. F., Sans Domicile Fixe*, Jean-Claude Lattes, 1992, 191 pages.

SIMMEL Georg, *De la religion au point de vue de la théorie de la connaissance*, t. 2, Armand Collin, 1903, extraits in Société n° 11, 1986.

SIMMEL Georg, *Disgression sur l'étranger*, 1908, in GRAFMEYER Yves, JOSEPH Isaac, L'école de Chicago, éditions Aubier-Montaigne, 1984.

SIMMEL Georg, *Secret et sociétés secrètes*, éditions Circé, 1991, 123 pages.

SPENCE D. P. S., HOTCHKIS J., WILLAMS C. D. S., DERIES P. D. O., *Tuberculosis and poverty*, British Medical Journal, 307 ; 759-61, 1993.

SUSSER E., VALENCIA E., MILLER M., and all, *Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for H. I. V.*, American Journal of Psychiatry 152 (4), 583-7, 1995 Apr.

TASSEAU F. BOUCAND M. H., LE GALL J. R., VERSPIEREN P., *Etats végétatifs chroniques*, éditions E. N. S. P., 1991, 167 pages.

THIERRY Michel, *Rapport sur la mise en oeuvre du dispositif hivernal d'accueil et d'hébergement d'urgence*, avril 1996, polycopié, 53 pages.

THOMAS Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, éditions Payot, 1980, 538 pages.

TOCQUEVILLE Alexis de, *Mémoire sur le paupérisme*, Mémoire de l'Académie de Cherbourg, 1835, in Commentaire, 1993, 23, page 630-636 et 24, page 880-888.

TORO P. A., BELLAVIA C. W., *Distinguishing homeless from poverty, a compartive study*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63 : 280-289.

USHERWOOD T., JONES N., *Self-perceived health status of hostel residents : use of the SF-36D health survey questionnaire. Hanover Project Team*, Journal of Public Health Medecine, 15 (4), 311-14, 1993 Dec.

VEXLIARD Alexandre, *Le clochard (II) : Le seuil de résistance à la désocialisation*, l'Evolution Psychiatrique, 1951 (I), page 133-150.

VEXLIARD Alexandre, *Le clochard (III) : un homme sans histoire*, l'Evolution Psychiatrique, 1952, p. 507-527.

VEXLIARD Alexandre, *Le clochard, étude de psychologie sociale*, Desclée de Brouwer, 1957, 317 pages.

VEXLIARD Alexandre, *Vagabondage*, in Urbanisme, n° 290, septembre-octobre 1996, page 38-40.

WAGNIART Jean-François, *Le vagabondage en France (1880-1900)*, Mémoire de Maîtrise d'histoire contemporaine, Université de PARIS X Nanterre, polycopié, 1984.

WINKLEBY M. A., WHITE R., *Homeles adults without apparent medical and psychiatric impairement : onset of morbidity over time*, Hospital and Community Psychiatry, 43 (10), 1017-23, 1992 Oct.

WRENN K., *Foot problems in homeless persons*, Ann. Inter. Med, 113 ; 567-68, 1990.

WRESINSKI Joseph, *Rapport grande pauvreté et précarité économique et sociale*, présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.

WRIGHT J. D., DEVINE J. A., *Counting the homeless : The Census Bureau's « S-Night » in five U. S. cities*, 1992, Evaluation revieuw, 16 : 355-364.

XIBERRAS Martine, *Les théories de l'exclusion*, Méridien Klincksieck, 1993, 203 pages.

YAJU Yukari, HENRY Sébastien, FAISANT Jacques, TAKAHASHI Atsuko, LOUBIERE Laurence, *La prise en charge médicale des S. D. F. à Tokyo*, novembre 1994, polycopié, 23 pages.

YAMANAKA K., KONDO T., MIYAO M., *Tuberculosis among the homeless people of Nagoya*, Japan, Respiratory Medicine, 88 : 763-769, 1994.

ZLOTNIK C., *Pediculosis corporis and the homeless*, Journal of Community Health Nursing, 1987, 4 : 43-48.

BIBLIOGRAPHIE
(par ordre de citation)

1 -MAFFESOLI Michel, *Essais sur la violence banale et fondatrice*, Librairie des méridiens, Coll. « Sociologies au quotidien », 1984, 174 pages.

2 -ANDERSON Nels, *The Hobo, The Sociology off the Homeless Man*, University of Chicago Press, 1923, édition française, Nathan, Coll. « Essais et recherche », 1993, 319 pages.

3 -HASSIN Jacques, *Problèmes éthiques médico-sociaux posés par les populations Sans Toit Stable*, Mémoire de D. E. A., Paris, Université René Descartes PARIS V, 1992, Polycopié, 84 pages.

4 -GEREMEK Bronislaw, *Les marginaux parisiens aux XIV*è *et XV*è *siècles*, Flammarion, Coll. « L'histoire vivante », 1976, 353 pages.

5 -GEREMEK Bronislaw, *Les fils de Caïn, l'image des pauvres et des vagabonds dans la littérature*, Flammarion, 1991 (1980), 418 pages.

6 -PORQUET Jean-Luc, *La Débine,* Flammarion, 1988, 281 pages.

7 -FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Coll. Tel, Gallimard, 1972, 583 pages.

8 -GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 1 : La présentation de soi* -, éditions de Minuit, 1973, 251 pages.

9 -HUGO Victor, *Notre-Dame de Paris*, éditions Jean-Jacques Pauvert, 1963 (1853), 552 pages.

10 -BERNAND Carmen, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Le Sagittaire, 1978, 254 pages.

11 -GOFFMAN Erving, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, éditions de minuit, 1990 (1961), 447 pages.

12 -DALLOZ, Codes de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale, 1989, 1821 pages.

13 -GASLONDE Odile, *Cadre infirmier, quel rôle dans la prise en charge des populations sans domicile fixe*, Mémoire de fin d'études, polycopié, oct. 1994, 64 pages.

14 -DALLOZ, Code pénal, 1982-1983, 1135 pages.

15 -DAMON Julien, Diogène, n° 21, n° spécial mendicité, été 1995, polycopié, 196 pages.

16 -DALLOZ, Nouveau Code Pénal, 1993-1994, 2350 pages.

17 -DALLOZ, Code Civil, 1993-1994, 1864 pages.

18 -CATALOGUE DES ACTES ROYAUX, Tome I (depuis l'origine à Henri IV), Tome II (Louis XIII, Louis XIV 1666-1669), Tome III (Louis XIV, 1666-1669), Tome IV (Louis XIV, 1700-1715), Bibliothèque Nationale, Imp. 37.

19 -GEREMEK Bronislaw, *La potence ou la pitié. L'Europe des pauvres du Moyen Âge à nos jours*, NRF Gallimard, 1987, 330 pages.

20 -PAUGAM Serge, *La société Française et ses pauvres*, Presses Universitaires de France, Coll. recherches politiques, 1993, 317 pages.

21 -DALLOZ, Code Administratif, 1983, 1413 pages.

22 -BORSA Serge, MICHEL Claude-René, *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX*^{e} *siècle*, Hachette, 1985, 247 pages.

23 -ROGNIE Philippe, *La traduction financière hospitalière du phénomène de l'exclusion*, Rapport de l'U. H. R. I. F., mai 1995, polycopié, 186 pages.

24 -GEORGES Jean-Pierre, *La peste noire*, in Confrontations, 1977, 41, p. 7-17.

25 -DAMON Julien, *Des hommes en trop, essai sur le vagabondage et la mendicité*, éditions de l'Aube, 1995, 129 pages.

26 -THIERRY Michel, *Rapport sur la mise en oeuvre du dispositif hivernal d'accueil et d'hébergement d'urgence*, avril 1996, polycopié, 53 pages.

27 -MOLLAT Michel, *Les pauvres au Moyen-Âge*, Hachette, 1978.

28 -MONTESQUIEU Charles, *L'esprit des lois*, Gallimard Folio essais, 1995 (1748), 1627 pages.

29 -TOCQUEVILLE Alexis de, *Mémoire sur le paupérisme*, Mémoire de l'Académie de Cherbourg, 1835, in Commentaire, 1993, 23, page 630-636 et 24, page 880-888.

30 -BRESSON Yoland, GUITTON Henri, *Repenser la solidarité*, éditions Universitaires, 1991, 134 pages.

31 -BRESSON Yoland, *Le partage du temps et des revenus*, éditions Economica, 1994, 104 pages.

32 -LONDON Jack, *Le peuple de l'abîme*, Bourgeois, coll. 10/18, 1975 (1903), 314 pages.

33 -KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des moeurs*, Delagrave, 1991 (1786), 210 pages.

34 -WAGNIART Jean-François, *Le vagabondage en France* (1880-1900), Mémoire de Maîtrise d'histoire contemporaine, Université de PARIS X Nanterre, polycopié, 1984.

35 -DAMON Julien, *La citoyenneté du S. D. F.*, Mémoire de D. E. A. de sciences sociales et sciences de la connaissance, Université Paris IV, polycopié, septembre 1994, 94 pages.

36 -LERY Nicole, *Droit et éthique de la santé*, l'expérience d'une consultation, in Médecine et hygiène n° 1850, 15 août 1990, pages 2161-2166.

37 -MAFFESOLI Michel, *Le temps des tribus*, Méridiens Klincksieck, 1988, 226 pages.

38 -MORIN Edgar, *La méthode 3, La connaissance de la connaissance*, éditions du Seuil, 1986, 243 pages.

39 -MORIN Edgar, *La méthode 4, Les idées*, éditions du Seuil, 1991, 261 pages.

40 -VEXLIARD Alexandre, *Le clochard*, étude de psychologie sociale, Desclée de Brouwer, 1957, 317 pages.

41 -MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeurs, 1994 (1990), 158 pages.

42 -MAFFESOLI Michel, *Au creux des apparences*, éditions Plon,1990, 300 pages.

43 -PICHON Pascale, *Les SDF : La carrière, la manche, l'asile*, Mémoire de D. E. A. de sociologie, Université Lyon II, polycopié, septembre 1991, 89 pages.

44 -MERCIER Céline, FOURNIER Louise, RACINE Guylaine, *L'itinérance*, in Traité des problèmes sociaux, Chap. 36, p. 739-764, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994.

45 -LENOIR René, *Les exclus*, éditions du Seuil, 1989 (1974), 179 pages.

46 -WRESINSKI Joseph, *Rapport grande pauvreté et précarité économique et sociale*, présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.

47 -LONDON Jack, *Les vagabonds du rail*, collection 10/18, Paris, Christian Bourgeois, 1993 (1907), 309 pages.

48 -BOURDIEU Pierre, *La misère du monde*, Coll. « Libre examen », Seuil, 1993, 948 pages.

49 -DAMON Julien, *Les « indésirables » dans les espaces de transport. Les exemples de la R. A. T. P. et de la S. N. C. F.*, Polycopié, 92 pages, sept 1993.

50 -EMMANUELLI Xavier, *Dernier avis avant la fin du monde*, Albin Michel, 1994, 246 pages.

51 -XIBERRAS Martine, *Les théories de l'exclusion*, Méridien Klincksieck, 1993, 203 pages.

52 -BECKER Howard Solomon, *Outsiders*, Métayer, 1985 (1963), 248 pages.

53 -DECLERCK Patrick, HENRY Patrick, MANNOUK Djenane, *Alcoolisme et désocialisation au C. A. S. H. de Nanterre*, Mémoire du Diplôme d'Université d'alcoologie, Université Paris V Pierre et Marie Curie, 1988, polycopié, 170 pages.

54 -AUDOUY Patrick*, La pathologie chirurgicale du vagabond parisien, étude comparée*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, juin 1991, polycopié, 217 pages.

55 -HENRY Patrick, *Création de la première consultation médicale réservée aux vagabonds parisiens*, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, Université Paris VII Xavier Bichat, mai 1985, 83 pages.

56 -RAPPORT DE MEDECIN DU MONDE, *Mission France, Cinq ans après*, novembre 1991, polycopié, 24 pages.

57 -DECLERCK Patrick, *Apragmatisme et clochardisation*, in Synapse n° Spécial, décembre 1990, p 19-25.

58 -COMMISSION SANTE DE LA FNARS, *La santé des plus démunis : constat et pratiques au sein du réseau FNARS*, polycopié, 1993.

59 -RAPPORT D'ACTIVITE, du 1er janvier au 31 novembre 1991 du Comité de prévention et de sécurité 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*., polycopié, 49 pages.

60 -KLEINKNECHT Diéter, *Principes de réanimation médicale*, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1975, 459 pages.

61 -HAMBURGER Jean, *Traité de médecine, t. 1*, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 1981, 1365 pages.

62 -YAJU Yukari, HENRY Sébastien, FAISANT Jacques, TAKAHASHI Atsuko, LOUBIERE Laurence, *La prise en charge médicale des S. D. F. à Tokyo*, novembre 1994, polycopié, 23 pages.

63 -FOURNIER Louise, MERCIER Céline, *Sans Domicile Fixe, au delà du stéréotype*, Méridien, 1996, 336 pages.

64 -GOFFMAN Erving, *Stigmates*, éditions de Minuit, 1975, 175 pages.

65 -FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, BOZON Michel, *Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ?*, Revue Française des Affaires Sociales, N° 2-3, avril-septembre 1995, Masson, 321 pages.

66 -GEVAUDAN Thierry, Docteur SORIA Jacques, *Santé et précarité : du Droit à la réalité*, Ecole Nationale de Santé Publique, Décembre 1991, 318 pages.

67 -OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE DE FRANCE, *Guide des Centres d'accueil pour personnes en difficulté en Ile de France*, édition 1995-1996, 55 pages.

68 -PLAN DATE COUNTY, *Characteristics and risk behaviors of homeless black men seeking services from the community homeless assistance*, Florida, august 1991, in MMWR morb Mortal WKLY rep, 1991 dec 20, 40 (50), 865-8.

69 -BRICKNER EDS P. W., SCHARER L. K., CONANAN B., ELVY A., SAVARESE M., Washington D. C. *The Zacchaeus Clinic, A model of health care for homeless persons, Health Care of Homeless People*, p. 323-332, Ed. Bargmann, 1985.

70 -GOUNIS K., CONOVER S., SUSSER S., DRUCKER E., *First timers at the Franklin men's shelter : A program to prevent shelterization of newly homeless men*, Bronx, NY, Departement of psychiatry and Departement of epidemiology and social medecine. Monteriore médical center, 1987.

71 -BLACK M. E., SCHEUER M. A., VICTOR C., BENZEVAL M., GILL M., JUDGE K., *Utilisation by homeless people of acute hospital services in London*, in British Medical Journal, 1991, oct 19, 303 (6808), 958-61.

72 -FOURNIER Louise, *Enumération de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants à Montréal*, Polycopié, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 1989.

73 -DAMON Julien, Homeless, *Le phénomène S. D. F. aux Etats-Unis*, polycopié, 1995, 1 page.

74 -WRIGHT J. D., DEVINE J. A., *Counting the homeless : The Census Bureau's « S-Night » in five U. S. cities, 1992*, Evaluation revieuw, 16 : 355-364.

75 -MENORET CALLES Brigitte, *Accès aux soins des populations démunies*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Université Paris XII Val de Marne, polycopié, juin 1996, 204 pages.

76 -EMMANUELLI Xavier*, Proposition pour la création d'un SAMU social*, Polycopié, 1994, 13 pages.

77 -JOSEPH Isaac, *Introduction à Ulf HANNERZ, Explorer la ville*, éditions de minuit, 1983.

78 -MATZA David, *The disreputable poor, in Bendix R., Lupret S. J. ed., Class status and power social, stratification in cooperative perspective*, Free press, 1966, 678 pages.

79 -PAUGAM Serge, *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, P. U. F., 1994 (1991), 255 pages.

80 -GOETHE Jean - Wolfgang, *Faust* , G. F. Flammarion, 1964, 178 pages.

81 -MAFFESOLI Michel, *La conquête du présent*, Presses Universitaires de France, 1979, 200 pages.

82 -DURAND Gilbert, *Science de l'homme et tradition*, éditions Albin Michel, 1996 (1976), 239 pages.

83 -DECLERCK Patrick, DUPRAT Philippe, GASLONDE Odile, HASSIN Jacques, PICHON Jean-Pierre, *L'état médico-social et psychopathologique des personnes S. D. F.*, polycopié, février 1996, 166 pages.

84 -SCHUTZ Alfred, *Le chercheur et le quotidien*, Méridiens Klincksieck, 1994, 286 pages.

85 -FERRAROTTI Franco, *Histoires et histoires de vie*, Méridiens Klincksieck, 1990, 195 pages.

86 -GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, éditions de minuit, 1974, 225 pages.

87 -PROLONGEAU Hubert, *Sans domicile fixe*, Hachette, 1993, 215 pages.

88 -PENEFF Jean, *La méthode biographique*, Armand Colin, 1990, 144 pages.

89 -REITMAN Ben, *Boxcar Bertha*, Coll. 10/18, (1937), 1996, 260 pages.

90 -ORWELL Georges, *Dans la dèche à Paris et à Londres*, Ivréa-Champs libre, 1993 (1933), 277 pages.

91 -CLEBERT Jean-Paul, *Paris insolite*, Denoël, 1952, 254 pages.

92 -DEGAUDENZI Jean-Louis, *Zone*, Fixot, 1987, 207 pages.

93 -PERREAL Lydia, *J'ai vingt ans et je couche dehors*, Jean-Claude Lattès, 1994.

94 -ESLIE, *Viens chez moi, j'habite dehors. Un carnet de voyage chez les sans abri*, Albin Michel, 1994.

95 -ANDRE, *Témoignage sur les SDF : La rue, pour moi, c'est fini*, éditions n°1, 1995, 114 pages.

96 -BRIGOU Denise, *Soupes de nuit*, éditions Belfond, 1990.

97 -BRIGOU Denise, *La maison du partage*, éditions Cabédita, 1994, 195 pages.

98 -SILBERT Antoine, KEITA Rahmatou, S. D. F., *Sans Domicile Fixe*, Jean-Claude Lattes, 1992, 191 pages.

99 -DAMON Julien, *Les journaux de rue, Usage social d'un handicap économique, ou usage économique d'un handicap social ?*, in Revue Française des Affaires Sociales, 49 (2-3), Avril-Septembre 1995, p. 53-77.

100 -DAMON Julien, *Les S. D. F., stars médiatiques ?*, in Le banquet, revue du CERAP, 2ème semestre 1994, n°5, p. 117-137.

101 -PAUGAM Serge (sous la direction de), *L'exclusion, l'état des savoirs*, éditions La découverte, 1996, 583 pages.

102 -CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, un chronique du salariat, Fayart, 1995, 474 pages.

103 -HOGGART Richard, *La culture du pauvre*, Les éditions de Minuit, 1970 (1957), 423 pages.

104 -GABORIAU Patrick, *Clochard*, éditions Julliard, 1993, 235 pages.

105 -DECLERCK Patrick, *Quatre clochards ou le fantôme de la liberté*, in Contradiction, hiver 83/84, page 125-139.

106 -DECLERCK Patrick, *Une vie pour rien, ethnographie des clochards de Paris*, in Les temps modernes, n° 478, mai 1986, page 11-36.

107 -DECLERCK Patrick, *Le dernier jour de l'humanité*, in Esprit n° 12, Déc.1988, p. 76-84.

108 -AUGE Marc, *Un ethnologue dans le métro*, Hachette, 1986, 125 pages.

109 -MOREAU DE BELLAING Louis, GUILLOU Jacques*, Les Sans Domicile Fixe - Un phénomène d'errance*, éditions L'Harmattan, 1995, 270 pages.

110 -MORIN Edgar, *Entretien avec Jean-Yves Barreyre*, in Société, n° 42, Dunod, 1993, page 335-343.

111 -ELIAS Norbert, *La société des individus*, éditions Fayard, 1991 (1987), 301 pages.

112 -DURAND Gilbert, *L'imagination symbolique*, éditions Quadrige-PUF, 1993 (1964), 132 pages.

113 -DURAND Gilbert, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, éditions Dunod 1992 (1969), 536 pages.

114 -DURAND Gilbert, *Orphée et Iris 80, l'exploration de l'imaginaire*, in Colloque de Cordoue, Science et conscience, les deux lectures de l'univers, édition Stock/France culture, 1980, 416 pages.

115 -VEXLIARD Alexandre, *Vagabondage*, in Urbanisme, n° 290, septembre-octobre 1996, page 38-40.

116 -DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, éditions PUF, 1978.

117 -DURKHEIM Emile, *Le suicide*, éditions Quadrige-PUF, 1991 (1930), 463 pages.

118 -SIMMEL Georg, *Disgression sur l'étranger*, 1908, in GRAFMEYER Yves, JOSEPH Isaac, L'école de Chicago, éditions Aubier-Montaigne, 1984.

119 -BARREYRE Jean-Yves, *Les loubards, une approche anthropologique*, L'Harmattan, 1992.

120 -BARREYRE Jean-Yves, *Marche et démarches dans la ville*, in Société n° 42, 1993, Dunod, page 383-392.

121 -MORIN Edgar, *L'homme et la mort*, éditions du Seuil, 1976 (1970), 372 pages.

122 -PICHON Pascale, *La manche, une activité routinière*, Les annales de la recherche urbaine, ministère de l'équipement et du tourisme, n° 57-58, Paris, 1992.

123 -GIRARD René, *La violence et le sacré*, Le livre de poche, Biblio essais, 1972.

124 -GIRARD René, *Le bouc émissaire*, Le livre de poche, Biblio essais, 1982, 314 pages.

125 -MAFFESOLI Michel, *La connaissance ordinaire*, Librairie des méridiens, 1985, 260 pages.

126 -SIMMEL Georg, *De la religion au point de vue de la théorie de la connaissance, t. 2*, Armand Collin, 1903, extraits in Société n° 11, 1986.

127 -SIMMEL Georg, *Secret et sociétés secrètes*, éditions Circé, 1991, 123 pages.

128 -MAFFESOLI Michel, *L'éloge de la raison sensible*, Grasset, 1996, 279 pages.

129 -LEVINAS Emmanuel, *Le temps et l'autre*, PUF, éditions Quadrige, 1991, 92 pages.

130 -GENESTIER Philippe, *Pour une intégration communautaire*, in Esprit, février 1991, n°2, p. 59.

131 -DEBORD Guy, *La société du spectacle*, NRF Gallimard, 1992 (1967), 168 pages.

132 -VEXLIARD Alexandre, *Le clochard (III) : un homme sans histoire*, l'Evolution Psychiatrique, 1952, p. 507-527.

133 -NOVAES Simone, sous la direction de, *Biomédecine et devenir de la personne*, Coll. Esprit Seuil, 1991, 350 pages.

134 -RICHET Charles, *La sélection humaine*, éditions F. Alcan, 1919.

135 -CARREL Alexis, *L'homme cet inconnu*, Plon, 1986 (1935), 380 pages.

136 -MARIE A., MEUNIER R., *Les vagabonds*, éditions Grard et Brière, 1908.

137 -CHARCOT Henri, *Les leçons du mardi à la Salpétrière*, 1889, page 348.

138 -MEIGE Henri, *Le juif errant à la Salpétrière, études sur certains psychopathes voyageurs*, Thèse de Doctorat en médecine, Paris, 1893, nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1893, n°5, 1893.

139 -BENON R., FROISSARD P., *L'automatisme ambulatoire*, Gazette des hôpitaux, juillet 1909.

140 -PAGNIER A., *Le vagabond un déchet social*, éditions Vigot, 1910.

141 -BRENDA B. B., *Crime, drugs abuse, mental illness and homeless*, Deviant Behavior, 1987, 8 : 361-375.

142 -VEXLIARD Alexandre, *Le clochard (II), Le seuil de résistance à la désocialisation*, l'Evolution Psychiatrique, 1951 (I), page 133-150.

143 -PETONNET Colette, *On est tous dans le brouillard, éthnologie des banlieues*, éditions Galilée, 1979.

144 -KOEGEL P., *Ethnographic perspectives on homeless and homeless mentally ill woman*, National Institute of Mental Health, 1987.

145 -DECLERCK Patrick, *Les naufragés à l'écoute des clochards de Paris*, Plon-Terre humaine, à paraître (oct. 1997).

146 -FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, éditions Gallimard, 1936.

147 -GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne, T. 2 : Les relations en public*, éditions de Minuit, 1973, 372 pages.

148 -JOUENNE Noël, *La mendicité*, in Actualité Sociales Hebdomadaires n° 1984, 19 juillet 1996, page 21.

149 -THOMAS Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, éditions Payot, 1980, 538 pages.

150 -SUSSER E., VALENCIA E., MILLER M., and all, *Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for H. I. V*., American Journal of Psychiatry 152 (4), 583-7, 1995 Apr.

151 -DECLERCK Patrick, *Devenir des comportements alcoolo-toxicomaniaques et fonction asilaire*, Projet de recherche (en cours), polycopié, 1996, 6 pages.

152 -BERNARD Jean, *L'homme changé par l'homme*, éditions Buchet/Chastel, 1976, 231 pages.

153 -LEBAS Jacques, *Accueil des malades démunis à l'AP-HP*, Rapport de la commission présidée par J. Lebas, nov 1994, Polycopié, 51 pages.

154 -SCHANKS N. J., GEORGE S. L., WESTLAKE L., AL-KALAI D., *Who are the homeless*, Public Health Reports, 108 : 11-19, 1994 Janv.

155 -PARADIS Joseph, *Activité médicale au SAMU Social de Paris*, année 1995, polycopié, 11 pages.

156 -SCOTT J., *Homeless and mental illness*, British Journal of Psychiatry, 162 : 314-24, 1993, Mar.

157 -FONDATION ABBE PIERRE, *Rapport d'activité de « La maison dans la rue »,* polycopié, 1994.

158 -BENJAMINSEN S., PETERSEN P., NIELSEN B.,CHRISTENSEN A. B., *Psychiatric disease among the homeless in funen County, Ugeskrift for laeger*, 154 (18), 1264-70, 1992 Apr.

159 -GEORGES S. L. SHANKS N. J. WESTLAKE L., *Census of single homeless people in Sheffield*, British Médical Journal, 1991, jun 8, 302 (6789), 1387-9.

160 -SCHANKS N. J., *Medical morbidity of the homeless*, Journal Epidemiology Community Health, 1988 jun., 42 (2), 183-6.

161 -ASHLEY M. J. S., OLIN W. H. and all., *Skid Row Alcoholism, a distinct sociomedical entity*, Archives of Internal Medicine, 136 : 272-278, 1976.

162 -BORG S., Homelessmen : *A clinical and social study with special référence to alcohol abuse*, Acta scandinavia suppl., 276 : 1-90, 1978.

163 -WINKLEBY M. A., WHITE R., *Homeles adults without apparent medical and psychiatric impairement : onset of morbidity over time*, Hospital and Community Psychiatry, 43 (10), 1017-23, 1992 Oct.

164 -NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, *Alcohol, drug abuse and mental health problem among homeless persons : A review of litterature*, 1980-1990, 1991.

165 -FISCHER P. J., *Estimating the prévalence of alcohol, drug and mental health problems in the contempory homeless population : A revieuw of the litterature,* Contempory drug problems, 1989, Fall : 333-389.

166 -MARTELL Jon. V., SEITZ Reeve. S., HARADA Janice. K., and all., *Hospitalization in an urban homeless population*, Annals of Internal Medicine, 116 (4), p 299-303, 1992 Feb.

167 -ROBINS L. N., HELZER, J. E. and all., *Lifetime prevalence of specific psychiatric disordres in three sites*, Archive of General Psychiatry, 41 : 949-958, 1984.

168 -BONNENFANT F., *Les malades mentaux dits hors secteurs en psychiatrie*, Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Paris, 1981.

169 -MC AULEY A., MC KENNA H. P., *Mental disorder among a homeless population in Belfast : an exploratory survey*, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2 (6), 335-42, 1995.

170 -GEDDES J. R., NEWTON J. R., BAILEY S. and all, The chief scientist report : *Prevalence of psychiatric disorder, cognitive impairment and fonctional disibility among homeless people residenrt in hostels*, Health Bulletin, 54 (3), 276-9, 1996 may.

171 -NORTH C. S., SMITH E. M., SPITZNAGEL E. L., *Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless ?* , American Journal of Psychiatry, 150 (4), 578-83, 1993 Apr.

172 -GEDDES J. R., NEWTON J. R., BAILEY S., and all, *The chief scientist reports, prévalence of psychiatric disorder, cognitive impairement and functional disability among homeless people resident in hostels*. Health Bulletin, 54 (3), 276-9, 1996 May.

173 -USHERWOOD T., JONES N., *Self-perceived health status of hostel residents : use of the SF-36D health survey questionnaire. Hanover Project Team*, Journal of Public Health Medecine, 15 (4), 311-14, 1993 Dec.

174 -FLORENTIN T., CASTRO B., SKURNIK N., *Desinstitutionalisation et modernité*, Annales Médico-Psychologiques, 153 (6), 417-20,1995 Jun-Jul.

175 -LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, *Rapport du Groupe de travail « Ville, Santé Mentale, Précarité et Exclusion Sociale », une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Février 1995, polycopié, 53 pages.

176 -PATRIS Catherine, *Rapport Psychiatrie et grande exclusion*, juin 1996, polycopié, 40 pages.

177 -DUFFAR Michèle, MOLLET Sophie, *Maladie mentale et exclusion*, Actes du colloque de Rome 10-13 décembre 1992, polycopié, 235 pages.

178 -ABDUL HAMID W., WYKES T., STANSFELD S*., The homeless mentally ill : myths and realities*, International Journal of Social Psychiatry, 39 (4) : 237-54, 1993 Winter.

179 -CATON C. L*., Mental health service use among homeless and never homeless men with schizophrenia*, Psychiatric Service, 46 (11) : 1139-43, 1995 nov.

180 -GEDDES J., NEWTON R. and all., *Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeles people* , in 1966 and 1992, Britsh Medical Journal, 308 (6932) : 816-9,1994 Mars.

181 -TORO P. A., BELLAVIA C. W., *Distinguishing homeless from poverty, a compartive study*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63 : 280-289.

182 -FURTOS J., LAVAL C., *Santé mentale et lien social*, Conférence Internationale Santé, précarité, vulnérabilité en europe, 15 et 16 novembre 1996.

183 -HUBERT B., DESENCLOS J. C., SCHWOEBEL V., *Epidémiologie actuelle de la tuberculose*, Med. Therm., 1 : 7-17, 1995.

184 -SPENCE D. P. S., HOTCHKIS J., WILLAMS C. D. S., DERIES P. D. O., *Tuberculosis and poverty*, British Medical Journal, 307 ; 759-61, 1993.

185 -BARNES P. F., EL-HJJ H., PRESTON-MARTIN S. and all, *Transmission of tuberculosis among the urban homeless*, JAMA, 275 (4), 305-7, 1996 Jan 24-31.

186 -KUMAR D., CITRON K. M., LEESE J., WATSON J. M., *Tuberculosis among the homeless at a tempory shelter in London, report of a chest ray screening programme*, Journal of Epidemiology and Community Health, 49 (6) : 629-33, 1995 Dec.

187 -BARCLAY D. M. 3rd, RICHARDSON J. P., FREDMAN L., *Tuberculosis in the homeless*, Archive of Family Medecine, 4 (6) : 541-6, 1995 Jun.

188 -M. M. W. R. 1987, *Deaths among the homeless*, Atlanta, Georgia, Journal of the Américan Médical Association, 257 : 3190-3192.

189 -YAMANAKA K., KONDO T., MIYAO M., *Tuberculosis among the homeless people of Nagoya, Japan*, Respiratory Medicine, 88 : 763-769, 1994.

190 -PAUL E. A. S., LEBOWITZ R. and all., *Nemesis revisited : 54 tuberculosis infection in a New-York city men's shelter*, American Journal of Public Health, 1993, 1743-1745.

191 -BATYROV F. A., DOROZHKOVA I. R., KORNILOVA Z. K. H., *Biological characteristics of mycobacterial agent in homeless patients with pulmonary tuberculosis*, Problemy Tuberkuleza, (2), 40-2, 1996.

192 -CONCATO J., RM W. N., *Endemic tuberculosis among homeless men in New York City*, Archives of Internal Medicine, 154 (18), 2069-73, 1994, Sept.

193 -ROPPERS, R. H., BOYER R., *Perceived health status among the new urban homeless*, Social Science and Medecine, 1987, 24 :669-678.

194 -WRENN K., *Foot problems in homeless persons*, Ann. Inter. Med, 113 ; 567-68, 1990.

195 -ZLOTNIK C., *Pediculosis corporis and the homeless*, Journal of Community Health Nursing, 1987, 4 : 43-48.

196 -GELBERG L., LINN L. and all, *Homeless and poverty*, Arch. Intern. Med., 150 ; 2325-30, 1990.

197 -BLUM Laurent, BOURRAT Emmanuelle, *Pathologie cutanée de la misère*, La revue du praticien, 46, 1839-1843, 1996.

198 -ALSTROM C. H., LINDELIUS R., SALUM I., *Mortality among homeless men*, British Journal of Addiction, Alcohol and Other Drugs, 70 : 245-252.

199 -HIBBS J. R., BENNER L., KLUGMAN L. and all., *Mortality in a cohorte of homeless adults in Philadelphia*, New England Journal of Medicine, 1994, Aug. 4, 331 : 304-309.

200 -HANZLICK R., PARRISH R. G., *Deaths among the homeless in Fulton County*, GA, 1988-90, Public Health Reports, 108 (4) : 488-91, 1993, jul-aug.

201 -DARNTON-HILL I., SRISKANDARAJAH N., STEWART P. M., and all, *Vitamin supplementation and nutritional status in homeless men*, Australian Journal of Public Health, 17 (3), 246-51, 1993 Sept.

202 -KASTE L. M., BOLDEN A. J., *Dental caries in homeless adults in Boston*, Journal of Public Health Dentistery, 55 (1), 34-6, 1995 Winter.

203 -FARR Roger K., KOEGELI Paul, BURMAM Audrey M., *A study of homeless and mental illness in the skid row of Los Angeles*, Departement of mental health, 1986.

204 -FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, *Devenir sans domicile fixe, ni fatalité ni hasard*, in population et sociétés, INED, n° 313, mai 1996.

205 -MIGOT A., MAISONDIEU J., *Le clochard alcoolique et sa mère*, Annales Médico-Psychologiques, page 116-123,1985.

206 -GOODMAN L. A., DUTTON M. A., HARRIS M., *Episodically homeless Women with serious mental illness : prevalence of physical and sexual assault*, Américan Journal of Orthopsychiatry, 65 (4), 468-78, 1995 Oct.

207 -RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éditions du Seuil, 1990, 425 pages.

208 -LASNES Noëlle, *Comment soigner sans exclure ?,* in Agora, printemps-été 1992 n° 21, page 45-54.

209 -HASSIN Jacques, *L'urgence médico-sociale*, in Fondations n° 3 (à paraître), 4 pages.

210 -CHARTE DU S. A. M. U. SOCIAL, in Journal de présentation, mars 1996, 16 pages.

211 -EL-KABIR David, *Quelques observations sur les sans-abri*, in Les temps modernes, page 47-51.

212 -HASSIN Jacques, *Réponses médicales à la précarité et à la misère*, La Revue du Praticien, 1996, 46, page 1864-1867.

213 -BERNARD Jean, *Médecin dans le siècle*, éditions Robert Laffont, 1994, 385 pages.

214 -PLATON, *Phèdre*, éditions Presse pocket, coll. Agora les classiques, 238 pages.

215 -RICOEUR Paul, *Avant la loi morale : l'éthique*, Encyclopédie universalis, E 28.

216 -LADRIERE Paul, *La notion de personne, in Biomédecine et devenir de la personne*, in 133 page 27-85.

217 -LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini*, éditions Fayard-France Culture, 1982, 142 pages.

218 -HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, éditions du Cerf, 1992, 202 pages.

219 -HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*, éditions Cerf, 1990, 475 pages.

220 -M. A. U. S. S., *Ce que donner veut dire*, éditions La découverte-textes à l'appui, 1993, 276 pages.

221 -MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Quadrige-Presses Universitaires de France, 1991 (1950), 482 pages.

222 -JACQUARD Albert, *L'héritage de la liberté, de l'animalité à l'humanitude*, édition du Seuil-Point sciences, 1991, 244 pages.

223 -ENGELHARDT Tristan H. Jr., *The fondations of bioethics*, Oxford University Press, 1986, p. 107-109.

224 -TASSEAU F. BOUCAND M. H., LE GALL J. R., VERSPIEREN P., *Etats végétatifs chroniques*, éditions E. N. S. P., 1991, 167 pages.

225 -FAGOT-LARGEAULT Anne, *Réflexion sur la notion de qualité de la vie*, Archives de philosophie du droit, volume droit et sciences, 1991, 36, 135-136.

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU N°1 LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS 23

TABLEAU N°2 LE C. H. A. P. S. A. 24

TABLEAU N°3 LES DIFFERENTES APPROCHES SOCIALES 56

TABLEAU N°4 LA DEFINITION SEMANTIQUE 71

TABLEAU N°5 NOMBRE DE PASSAGES ET NOMBRE D'USAGERS 78

TABLEAU N°6 NOMBRE MOYEN DE PASSAGES PAR USAGER PAR AN 79

TABLEAU N°7 MODES D'ARRIVEE AU C. H. A. P. S. A. 81

TABLEAU N°8 SEXE RATIO : POURCENTAGE DE FEMMES 82

TABLEAU N°9 EVOLUTION DE L'AGE MOYEN DES S. D. F. 83

TABLEAU N°10 AGE MOYEN DES NOUVEAUX ARRIVES 84

TABLEAU N°11 EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR AGE 85

TABLEAU N°12 EVOLUTION DE LA REPARTITION PAR NATIONALITE 86

TABLEAU N°13 REPARTITION FRANCAIS-ETRANGERS.....87

TABLEAU N°14 REPARTITION ETRANGERS.....88

TABLEAU N°15 S. D. F. EN PROVENANCE DES ANCIENS PAYS DE L'EST.....89

TABLEAU N°16 S. D. F. ORIGINAIRES DE POLOGNE.....90

TABLEAU N°17 EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR PARIS ET L'ILE DE FRANCE.....97

TABLEAU N°17 EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR PARIS ET L'ILE DE FRANCE.....98

TABLEAU N°18 EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. POUR L'ENSEMBLE DE LA FRANCE 98

TABLEAU N°19 EVALUATION DU NOMBRE ANNUEL DE S. D. F. EUROPEENS.99

TABLEAU N°20 EVALUATION DU NOMBRE DE S. D. F. DANS QUELQUES VILLES OU PAYS 100

TABLEAU N°21 CRITERES DE RECENSEMENT DE L'OPERATION COUP DE POUCE.....101

TABLEAU N°23 LA FICHE MEDICALE D'ANTECEDENTS.....113

TABLEAU N°24 LA FICHE OBSERVATION ET DE SUIVI MEDICAL 114

TABLEAU N°25 LE CODE O. M. S. REDUIT.....115

TABLEAU N°26 LA FICHE INFIRMIERE 120

TABLEAU N°27 LA FICHE SOCIALE 123

TABLEAU N°28 LA FICHE PSYCHOPATHOLOGIQUE 127

TABLEAU N°29 LA FICHE MEDICATIONS, DIAGNOSTICS, ET SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE 132

TABLEAU N°30 LES MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES 135

TABLEAU N°31 GUIDE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE..... 138

TABLEAU N°32 LA REPARTITION MENSUELLE DES DOSSIERS 188

TABLEAU N°33 LE SEXE RATIO 189

TABLEAU N°34 LA REPARTITION MOYENNE EN AGE 189

TABLEAU N°35 LA REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE 190

TABLEAU N°36 LA DISTRIBUTION PAR AGE..... 190

TABLEAU N°37 LES ANTECEDENTS MEDICAUX..... 191

TABLEAU N°38 LES ANTECEDENTS PAR GRAND GROUPE DE PATHOLOGIE 197

TABLEAU N°39 LES MOTIFS DE CONSULTATION..... 198

TABLEAU N°40 LES MOTIFS OU DIAGNOSTICS DE CONSULTATION REGROUPES 203

TABLEAU N°41 LES ORIENTATIONS APRES CONSULTATION 204

TABLEAU N°42 CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC ET ETAT DE SANTE 207

TABLEAU N°43 LE SEXE RATIO 210

TABLEAU N°44 REPARTITION MOYENNE EN AGE 210

TABLEAU N°45 REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE 210

TABLEAU N°46 DISTRIBUTION PAR AGE 211

TABLEAU N°47 LE TEMPS INFIRMIER 211

TABLEAU N°48 LA NATURE DE LA DEMANDE 212

TABLEAU N°49 MOTIF DE LA CONSULTATION INFIRMIERE 213

TABLEAU N°50 DETAIL DES MOTIFS DE CONSULTATION 214

TABLEAU N°51 ORIENTATION APRES LES SOINS INFIRMIERS 215

TABLEAU N°52 REPARTION DES DIFFERENTS SOINS 216

TABLEAU N°53 LE SEXE RATIO 219

TABLEAU N°54 REPARTITION MOYENNE EN AGE 219

TABLEAU N°55 LA REPARTITION EN NOMBRE ET EN AGE 219

TABLEAU N°56 LA DISTRIBUTION PAR AGE 220

TABLEAU N°57 L'ETAT CIVIL 220

TABLEAU N°58 LA PROVENANCE 221

TABLEAU N°59 LE LIEU DE NAISSANCE 221

TABLEAU N°60 LE DERNIER ENDROIT STABLE 222

TABLEAU N°61 LA DUREE DU STATUT DE S. D. F. 222

TABLEAU N°62 LA DISTRIBUTION DES DUREES DU STATUT DE S. D. F. 223

TABLEAU N°63 L'EXPRESSION EN FRANÇAIS PARLE 224

TABLEAU N°64 LE NIVEAU D'ETUDE 224

TABLEAU N°65 LE SERVICE MILITAIRE 225

TABLEAU N°66 LES RUPTURES MAJEURES 225

TABLEAU N°67 L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE 225

TABLEAU N°68 LES ANTECEDENTS FAMILIAUX 226

TABLEAU N°69 LES ANTECEDENTS PERSONNELS 226

TABLEAU N°70 LES LIENS ACTUELS 227

TABLEAU N°71 LE NOMBRE D'ENFANTS 227

TABLEAU N°72 LA PRESENTATION 227

TABLEAU N°73 LES RESSOURCES ACTUELLES 228

TABLEAU N°74 LES MOTIFS DE NON-RESSOURCE 228

TABLEAU N°75 LES IMPOSSIBILITES DE RESSOURCE 228

TABLEAU N°76 LES DETTES 228

TABLEAU N°77 LA PROTECTION SOCIALE 229

TABLEAU N°78 JUSTIFICATIF DE PROTECTION SOCIALE 229

TABLEAU N°79 LE STATUT LEGAL 229

TABLEAU N°80 DERNIERE CATEGORIE D'EMPLOI 230

TABLEAU N°81 LA SITUATION PROFESSIONNELLE 230

TABLEAU N°82 LA CONTINUITE DU TRAVAIL 231

TABLEAU N°83 LA CAUSE DE LA PERTE DU DERNIER EMPLOI 231

TABLEAU N°84 LES DEMARCHES DE RECHERCHE D'EMPLOI 231

TABLEAU N°85 LE SUIVI INSTITUTIONNEL ACTUEL 232

TABLEAU N°86 LES DEMARCHES DEPUIS LE C. H. A. P. S. A. 232

TABLEAU N°87 LES ORIENTATIONS IMMEDIATES 232

TABLEAU N°88 LA NATURE DES AIDES SOLLICITEES 233

TABLEAU N°89 LES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES 233

TABLEAU N°90 ORIENTATIONS REALISEES 233

TABLEAU N°91 COMMENTAIRES DES FICHES SOCIALES 234

TABLEAU N°92 LES MEDICATIONS PSYCHOTROPES 240

TABLEAU N°93 DIAGNOSTICS ET SEMIOLOGIE 241

TABLEAU N°94 L'AGE ET LE SEXE-RATIO 241

TABLEAU N°95 LE DEBUT DU STATUT DE S. D. F. 243

TABLEAU N°96 LA PRESENTATION GENERALE 243

TABLEAU N°97 LES RUPTURES 244

TABLEAU N°98 LES RESSOURCES 245

TABLEAU N°99 L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE 246

TABLEAU N°100 LES ANTECEDENTS FAMILIAUX 246

TABLEAU N°101 LES HOSPITALISATIONS 247

TABLEAU N°102 LE NOMBRE DE DOSSIERS 251

TABLEAU N°103 LE SEXE RATIO 252

TABLEAU N°104 L'AGE MOYEN..... 252

TABLEAU N°105 LE SEXE-RATIO DANS LA LITTERATURE 260

TABLEAU N°107 LES MOTIFS DE CONSULTATION (ETUDE DE P. HENRY).... 263

TABLEAU N°108 ETUDE COMPARATIVE..... 264

TABLEAU N°109 INCIDENCE DE L'ALCOOLISME 266

TABLEAU N°110 INCIDENCE DE LA PATHOLOGIE MENTALE..... 272

TABLEAU N°111 L'ETAT CIVIL : CELIBATAIRES ET DIVORCES 277

TABLEAU N°112 PERSONNES DE NATIONALITE FRANCAISE..... 278

TABLEAU N°113 LE LIEU DE NAISSANCE EN FRANCE 278

TABLEAU N°114 ETAT DE S. D. F. SUPERIEUR A UN AN..... 279

L'EMERGENCE DE L'ABORD MEDICO-SOCIAL DES POPULATIONS SANS TOIT STABLE

ASPECT HISTORIQUE, MEDICAL, SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE

RESUME

Cette thèse postule qu'il existe de façon récente une modification de la représentation sociale de la grande pauvreté. Un rappel historique permet de mettre en perspective les différentes interactions du vagabondage et de la mendicité sur l'ensemble du corps social. A travers ces approches, les divers« traitements » qui en découlent sont envisagés. Nous définissons ensuite la population étudiée. La méthodologie de la recherche est présentée après un exposé de la problématique. Dans un premier temps, une revue du corpus conceptuel tant philosophique et éthique que socio-politique ou journalistique est réalisée. A travers cette approche théorique, un essai de clarification sur les notions d'exclusion, de désocialisation, de réinsertion et de théorie étiologique est opéré. Dans un deuxième temps, les résultats de l'étude « docimologique » médico-sociale et psychopathologique ainsi que de l'étude biographique sont donnés. Dans un troisième temps l'étude du phénomène de l'errance et de la grande exclusion est abordé sous l'aspect de la vie quotidienne de ces personnes à la rue. Les dispositifs médico-sociaux et la fonction asilaire sont ensuite abordés. En remettant en perspective l'évolution de l'institution hospitalière publique vis-à-vis de ces populations les plus défavorisées, nous montrons en quoi la création récente de nouveaux dispositifs représente un changement de sens fondamental dans la prise en compte du phénomène de la grande exclusion. Tous ces dispositifs confortent bien la thèse d'une émergence récente, même si le corpus conceptuel remonte à la révolution française, d'une approche pragmatique, de type médico-social de ce phénomène. Enfin, la discussion éthique autour de la notion de responsabilité et de personne humaine permet de donner à cette approche médico-sociale de la grande exclusion, dans le cadre de l'institution, son caractère fondamentalement différent de l'approche coercitive ou caritative.

MOTS CLES : Sans Toit Stable - Ethique médicale - Médico-social - Errance - - Hôpital - Personne humaine - Désocialisation.