



N°16 | Année 2021

Les professionnels de la déviance et de la délinquance : quels enjeux d'hybridation ?

Pratiques des acteurs, lieux d'intervention et logiques professionnelles

Dossier

L'action médico-sociale auprès des sans-domicile : hybridation des professionnels et des niveaux d'intervention en contexte institutionnel

Besozzi Thibaut

Résumé

Français / English

Cet article montre la complexité de l'articulation des divers professionnels du secteur médico-social qui interviennent auprès de publics sans-domicile présentant parallèlement des problématiques de santé. À partir d'une enquête ethnographique menée dans plusieurs dispositifs médico-sociaux en 2021, nous mettons en évidence les complémentarités et frictions qui traversent l'action médico-sociale en contexte institutionnel. C'est d'abord la coordination et l'hybridation du médical et du social qui est analysée. Si la complémentarité de ces modes d'intervention est largement valorisée dans les discours, elle ne va pas pour autant sans poser de difficultés pratiques aux professionnels. Puis, c'est l'action conjointe des « professionnels du quotidien » et des « professionnels du suivi » qui est considérée, là encore, pour montrer que la coordination des niveaux d'intervention ne va pas de soi. Le secteur médico-social se trouve donc au carrefour de logiques d'intervention hybrides complémentaires et pourtant difficilement conciliables.

This article shows the complexity of articulation regarding medico-social professionals who deal with with homeless people presenting health problems. Based on an ethnographic survey conducted in several medico-social facilities in 2021, we highlight the complementarities and frictions that run through medico-social action in an institutional context. The coordination and hybridisation of the medical and the social is first of all analysed. Although the complementarity of these modes of intervention is widely emphasised in discourses, it is not without practical

difficulties for professionals in the sector. Then, the joint action of "day-to-day professionals" and "follow-up professionals" is considered. Here again, coordination of the different levels of intervention is not self-evident. The medico-social sector is thus at the crossroads of hybrid intervention logics that are complementary and yet difficult to reconcile.

Entrées d'index

Mots clés : sans-domicile, travailleurs sociaux, médico-social, coordination, hybridation

Key words : homeless, social workers, medico-social, coordination, hybridisation

Texte intégral

Introduction

Cet article s'intéresse de près au secteur d'intervention médico-social destiné aux personnes sans-domicile. À partir d'une approche pragmatique, nous proposons de montrer comment s'articulent les divers professionnels et leurs multiples missions dans les dispositifs d'hébergement et de soins investigués. En effet, dans la continuité de recherches ethnographiques menées dans le monde de la rue entre 2017 et 2019, au contact quotidien de sans-abri établis dans l'espace public (Besozzi, 2021), notre regard se porte désormais sur le rapport au corps, à la santé et aux soins des mêmes personnes (Dambuyant-Wargny, 2006), dans des contextes institutionnels où elles sont accompagnées et soignées par des professionnels. Si bien que l'attention de la recherche se déplace de la vie quotidienne dans la rue à la vie institutionnelle dans les dispositifs médico-sociaux, en accordant une place particulière aux relations d'aide et de soin qui se développent entre résidents et professionnels, mais aussi à l'articulation de ces mêmes professionnels.

Dans cet article, ce sont surtout les *approches* professionnelles qui nous intéressent, c'est-à-dire à la fois les philosophies de l'intervention (sur le plan symbolique) et les postures concrètes des travailleurs (sur le plan pratique). Nous avons passé 3 mois à enquêter dans les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) accueillant des personnes ayant connu la rue, trois dispositifs portés par la même association et implantés sur le même site à Nancy¹. Cela représente plus de 150 heures passées à circuler dans les différents services, à partager des moments collectifs avec les résidents (repas, activités, occupations quotidiennes...) mais aussi des moments individuels dans les chambres ou à l'extérieur du site, à prendre part aux réunions des professionnels et à observer leur manière d'interagir avec les résidents pour mener à bien leurs diverses missions. C'est bien à partir d'une démarche pragmatique, attentive aux contextes d'énonciation et d'interaction, qu'émergent les positionnements idéologiques, les univers de sens et les postures professionnelles des uns et des autres. Au-delà de cette immersion dans la vie des dispositifs, des entretiens ont été menés

¹ Cela représente environ 75 personnes hébergées plus ou moins durablement dans ces trois dispositifs.

avec les résidents et avec les intervenants² pour mieux comprendre les différentes manières de considérer leurs missions et d'agir de manière coordonnée.

La *coordination* des secteurs d'intervention et des multiples professionnels des dispositifs représente un enjeu majeur pour remplir leurs objectifs d'hébergement, d'accompagnement social, de soin et de réinsertion des personnes accueillies. C'est la complémentarité des actions et la spécialisation des uns et des autres qui est visée dans ce qu'il est convenu de nommer « l'accompagnement global et pluridisciplinaire » des résidents. Cependant, au regard de l'extrême diversité des intervenants, de leurs tâches parcellaires et de leur incessant *turn-over*, cette coordination, pourtant indispensable, soulève des difficultés pratiques et des controverses sur le sens à donner à l'action sanitaire et sociale. Et pour cause, les éducateurs spécialisés (ES), les assistantes de service sociale (ASS), les moniteurs-éducateurs (ME), les aides médico-psychologique (AMP), les conseillères en économie sociale et familiale (CESF), les aides-soignants (AS), les infirmières diplômées d'État (IDE), les psychologues, l'ergothérapeute et le médecin n'ont à l'évidence pas les mêmes missions, ni les mêmes manières de percevoir les publics auxquels ils se confrontent. Autrement dit, ils s'inscrivent dans des « univers symboliques » particuliers, potentiellement hybrides, desquels découlent le sens qu'ils accordent à leur métier ainsi que leurs pratiques professionnelles : « Les univers symboliques [sont] des ensembles cohérents de représentations, de valeurs et d'actions qui assurent la légitimité et la cohérence des relations de prise en charge » (Parizot, 2003, p. 156).

Pour le sociologue – et pour les professionnels eux-mêmes – il se dessine alors des groupes professionnels qui se distinguent par la nature de leur intervention (médicale ou sociale) et par les missions qu'ils doivent remplir (conforter la vie quotidienne des résidents ou les accompagner dans la construction et la réalisation d'un « projet » de vie devant les amener à évoluer vers d'autres structures d'hébergement, voire vers le logement ordinaire et l'emploi). S'il l'on peut dégager de façon idéale-typique les caractéristiques propres à ces groupes professionnels, il reste que l'on peut également constater l'hybridation partielle de leurs missions, tantôt valorisée, tantôt déplorée. C'est toute la question de la coordination et de l'articulation des professionnels du secteur médico-social qui se pose finalement à la lumière des alliances et des controverses qui se dégagent de l'action conjointe des équipes et des employés.

Ainsi, nous mettrons d'abord en évidence l'ancrage, l'articulation et l'hybridation des professionnels dans des « univers symboliques » différents. Nous verrons ensuite que les professionnels se distinguent également en fonction de leurs missions – axées sur l'accompagnement quotidien ou sur la construction de « parcours » (Guirimand *et al.*, 2018) – ce qui relève d'un deuxième niveau d'articulation qui n'est pas sans poser de problèmes pratiques. Nous étudierons enfin les alliances et controverses qui émergent de ces différentes manières de travailler dans le secteur médico-social, rappelant, si besoin était, que l'articulation

² 7 résidents et 22 professionnels ont été interviewés.

et l'hybridation des postures professionnelles est à la fois un enjeu et un obstacle à la réussite de la prise en charge.

Tout au long de l'article, « l'articulation » fait référence à la coordination des actions des différents professionnels tandis que « l'hybridation » renvoie à la possibilité que certains employés, par leur approche, se situent à l'intersection entre plusieurs modes d'intervention.

L'articulation et l'hybridation complexe du social et du médical

Comme leur nom le suggère, les services médico-sociaux se donnent deux objectifs principaux – héberger et soigner – qui se déclinent ensuite en objectifs secondaires. L'hébergement doit être accompagné d'un suivi social et orienté vers l'avenir dans l'optique de l'autonomisation sociale des personnes. L'objectif de soin se décline pour sa part en termes d'examen médicaux, de médication, de traitement, etc., mais il se donne aussi pour mission d'assurer une pédagogie visant l'autonomie sanitaire des personnes. C'est bien du fait de ces multiples objectifs que les structures investiguées doivent se doter d'équipes *pluridisciplinaires* d'intervention³.

Par conséquent, l'organisation professionnelle des services médico-sociaux distingue officiellement les missions des différents intervenants et leur « pôle » de rattachement (social ou médical). Un cadre de direction est d'ailleurs responsable des équipes « sociales » tandis qu'une cadre de santé dirige les équipes paramédicales (réparties par service). Il va sans dire que l'objectif des équipes médicales et paramédicales est d'abord de *soigner* (*cure*) les résidents tandis que l'objectif des équipes de travailleurs sociaux est d'abord d'*accompagner socialement* les résidents, dans l'écoute, la construction de projets et la sollicitude (*care*) (Molinier *et al.*, 2009), et ce, à la fois quotidiennement et administrativement. Si le *cure* et le *care* sont loin d'être irréconciliables (Morvillers, 2015), il reste que leur articulation pose question, à la fois sur le plan théorique (pour la recherche) et sur le plan pratique (pour les professionnels).

Du côté du pôle social, certains salariés et intérimaires s'occupent de la « collectivité » (ME, AMP), c'est-à-dire des moments de repas et d'activités, tandis que d'autres s'occupent du « suivi » (ASS, CESF, ES), c'est-à-dire des démarches administratives, de l'accès aux droits et du « Projet d'accompagnement personnalisé ». Du côté du pôle médical, il faut distinguer le personnel proprement médical (médecin, neuropsychologue) et le personnel paramédical (AS, IDE, ergothérapeute). Là encore, si certains employés ont pour mission de soigner les personnes hébergées et d'assurer la coordination de leurs soins (médecin, IDE), d'autres sont plutôt là pour assurer le bon déroulement de leur vie quotidienne et veiller à leur hygiène, leur alimentation et leur prise de médicaments (AS, AMP, ergothérapeute).

Cette division formelle du travail est le résultat de l'organisation institutionnelle managériale des équipes, même si des décalages existent entre le travail prescrit et le travail réel (Reynaud,

³ Voir le site officiel du gouvernement, définissant le cadre institutionnel et les missions des LAM et LHSS [<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>].

1988). Il arrive par exemple régulièrement que des professionnels se cantonnent à leur mission partielle en se référant à cette organisation parcellisée ainsi rigidifiée : « Refaire du café, ça ne fait pas partie de mes missions ça, c'est les AMP ! » (une aide-soignante au FAM). Cependant, on peut néanmoins observer que certaines missions se chevauchent, par exemple, quand les aides médico-psychologique (AMP) et les aides-soignants (AS) déclarent endosser les mêmes responsabilités (occupationnelles, gestion de la collectivité, soins de *nursing*^A, surveillance de la médication, etc.) – ce qui ressort aussi tendanciellement des observations. Sur ce point, il est intéressant de remarquer que certains AMP portent la blouse grise typique des personnels paramédicaux, tandis que certains AS travaillent en tenue civile : l'hybridation des approches médicale et sociale se donne notamment à voir dans ces tenues qui sont autant de porte-parole identitaires (Marchal, 2012). En outre, les IDE, l'ergothérapeute et le neuropsychologue n'hésitent parfois pas à « déborder » de leurs objectifs de soins pour s'inscrire dans l'animation de la vie quotidienne et l'organisation d'activités collectives, en arguant que « cela fait aussi partie de [leur] métier ». Il est plus rare cependant d'observer des professionnels « du suivi social » s'occuper des questions et tâches relatives au soin médical, plus juridiquement cadrées (prescriptions, médicaments, soins corporels, etc.).

Cette toute la question du « faire équipe » et de la complémentarité des professionnels qui se pose alors. La séparation des équipes sociales et paramédicales étant d'ailleurs matérialisée dans l'espace puisque les coordinateurs de chaque équipe sont installés dans des bureaux distincts. Comment ces groupes professionnels perçoivent-ils tendanciellement leurs missions et le public dont ils s'occupent ? Comment les employés justifient leur posture individuelle ? Quel sens accordent-ils à leur travail ? Et comment collaborent-ils ensemble pour tenter d'apporter une prise en charge « globale » justifiant la notion d'intervention « médico-sociale » ?

Le(s) sens accordé(s) au travail et aux missions dévolus aux différents professionnels

Au regard des expériences personnelles des employés, il apparaît que leur formation, leur qualification et leurs expériences professionnelles antérieures déterminent grandement le sens qu'ils accordent à leur travail médico-social ou autrement dit, l'univers symbolique dans lequel ils inscrivent leur engagement professionnel.

Un parcours de formation et de qualification dans le médical amène les acteurs à percevoir d'abord des *corps*, des maladies et des *patients*, puis à agir de manière technique en faveur de la guérison clinique, même si la dimension relationnelle du *care* n'est pas ignorée. Un parcours professionnel ou bénévole dans l'humanitaire engendrera une perception plus affective et des postures plus relationnelles vis-à-vis de résidents d'abord appréhendés comme des *humains*, et ce, particulièrement en l'absence de qualifications professionnelles (techniques) typiques du

ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigué par les AS, AMP et IDE : la toilette individuelle étant au premier chef.

secteur sanitaire et social. Dans ce cas, l'assistance, l'écoute et la mise à disposition sont largement renforcées tandis qu'une vision misérabiliste des publics sans-domicile peut s'exprimer par moment. Enfin, les formations et qualifications relevant des métiers du travail social contribuent à la constitution de perceptions et pratiques professionnelles qui visent d'abord des *personnes* dans leur « globalité ». C'est-à-dire que c'est à travers le recouvrement de la santé, mais aussi l'accès aux droits, à l'hébergement ou au logement et à l'emploi que se mesure la réussite de leur accompagnement.

Des ancrages idéologiques personnels soutiennent par ailleurs les postures adoptées par les professionnels : il peut par exemple s'agir de mettre en avant le mérite et la responsabilité individuelle des résidents (dans leurs échecs et leurs réussites), de défendre des valeurs humanistes justifiant une aide inconditionnelle ou encore d'appréhender les résidents comme des « usagers du (médico-)social » qui ont besoin d'aide à un moment donné de leur parcours et qu'il s'agit d'accompagner vers l'autonomie et la réinsertion.

Ces parcours de vie (professionnel et personnel) sous-tendent les univers symboliques d'intervention dans lesquels s'inscrivent les employés, c'est-à-dire, les formes de rationalité typiques qu'ils déploient pour justifier leurs pratiques et postures professionnelles, mais aussi la manière dont ils identifient les résidents (Uribelarrea, 2020). Des formes d'engagement proprement *médicales*, *humanitaires* et *sociales* se distinguent alors sur le plan analytique, bien qu'elles s'enchevêtrent en réalité dans le processus de prise en charge institutionnel.

L'*univers de signification médical* renvoie à la priorité des soins médicaux sur toute autre forme de prise en charge, avec la possibilité de voir poindre ce que certains acteurs nomment « la toute puissance des soignants ». Forts de la légitimité des sciences médicales et de la figure valorisée du soignant, ceux qui s'inscrivent dans ces logiques de perception et d'action ont tendance à voir le corps comme un capital à préserver, à entretenir et à soigner dès que nécessaire dans l'optique de la prolongation de la vie biologique, elle-même tenue pour valeur suprême. À ce titre, il devient possible d'imposer avec autorité des sanctions (et parfois des soins) contre le gré des résidents-patients. Les acteurs déplorent alors l'inconséquence des résidents qui ne s'inscrivent pas « dans le projet de soin » et continuent d'attester de pratiques à risques (addictions, non-observance thérapeutique, absence aux rendez-vous médicaux, etc.). Il faut dire que les pratiques à risques sanitaires s'avèrent *essentiellement* contradictoires avec le serment et la pratique des soignants, ce qui vient remettre en question le sens de leur travail médical et l'utilité qu'ils en escomptent (Coulomb, 2018). La compréhension des conditions particulières de vie dans lesquelles ont été placées les personnes sans-domicile, ainsi que leur rapport spécifique au corps et à la santé (Dambuyant-Wargny, 2006 ; Benoist, 2009), n'est pas suffisante (quand elle existe) pour tolérer, excuser ou simplement prendre en compte ces pratiques à risques. Quand l'ancrage médical se double d'une idéologie du mérite et de la responsabilité individuelle, l'approche des soignants prend des atours autoritaires et tend d'autant plus à se réduire aux strictes gestes techniques médicaux. L'émotion et les affects sont

(relativement) mis à distance : ce qui rend compte d'un écart avec les sentiments et pratiques relatives au *care* (le *cure* prenant le dessus). Par exemple, en cas de manquements au règlement (consommation d'alcool sur site par exemple) ou de refus des soins (les médicaments, les examens) l'univers symbolique médical engendre une posture qui tend à privilégier la sanction à la compréhension et à l'écoute des résidents. « S'ils ne veulent pas se soigner, ils n'ont rien à faire ici ! » : voici la phrase-clé qui détermine toute prise de position ultérieure, justifiant jusqu'à la revendication de fins de prise en charge, même si les patients-résidents ne sont pas entièrement soignés et n'ont aucune solution alternative d'hébergement.

Dans un autre registre, l'*univers de signification humanitaire* relève de la priorité accordée à la prise en charge des pauvres, indistinctement médicale et sociale. Qu'il s'agisse de soigner ou d'accompagner socialement, les professionnels qui attestent de cette forme de rationalité justifient leur action (à leurs yeux et aux yeux du chercheur) dans l'ordre du don de soi au service des plus démunis, de manière *inconditionnelle*. À cet égard, n'importe quel résident mérite d'être aidé, quelles que soient par ailleurs ses problématiques (judiciaires, addictives, psychiatriques...), son statut (droit commun, étrangers, sans-papiers...) et ses dérives comportementales (violences, addictions, impolitesse...). Parallèlement, ici, « l'aide » ne se résume pas à des aspects techniques. Elle s'inscrit au contraire dans la dimension affective et relationnelle de la prise en charge institutionnelle relative au *care* et au *caring* (Morvillers, 2015). L'ancrage dans cet univers symbolique relève plus d'expériences et de positionnements personnels que de formations professionnelles particulières qui, bien qu'elles puissent contenir des idéaux humanitaires, forment surtout sur des aspects techniques). Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que les acteurs qui correspondent le mieux à cet univers symbolique soient les moins formés et les moins qualifiés dans le domaine du social ou du médical.

Enfin, l'*univers symbolique social* renvoie aux tâches et conceptions traditionnelles du travail social. On doit bien sûr souligner que ces missions et conceptions ont pris des formes très diverses à travers l'histoire (Autès, 2013 ; Pascal, 2014 ; Astier et Medini, 2019) mais il reste que l'essentiel consiste à prendre en charge et accompagner des *personnes* dans l'optique de leur réinsertion. C'est-à-dire que cela revient à agir sur les multiples « liens d'affiliation » (Castel, 1995) ou « types de liens sociaux » (Paugam, 2014) et les diverses problématiques d'insertion que connaissent les résidents (l'accès aux droits, l'accès à l'hébergement ou au logement, l'accès aux formations ou à l'emploi, le recouvrement de la santé, etc.). À cet égard, la santé n'est qu'une dimension (sur laquelle n'interviennent pas directement les travailleurs sociaux) des fragilités sociales, une dimension de plus à prendre en compte dans le processus de réinsertion escompté. Les approches mise en œuvre dans la relation d'aide s'appuient alors sur l'évaluation de la situation individuelle, des vulnérabilités, des compétences et des aspirations des personnes. Cette approche relève donc d'une compréhension de leur parcours et de leur marginalité qui suppose de la souplesse face aux comportements déviants.

Ancrages et hybridation des postures professionnelles

Cette construction idéale-typique des *univers symboliques* de l'intervention médico-sociale est cependant réductrice. Elle se présente plutôt comme un outil analytique que comme un compte rendu fidèle de la réalité. En effet, *en acte* et *en discours*, en fonction des contextes et des personnes aidées, les acteurs du médico-social se réfèrent successivement à ces différents univers symboliques, si bien que ces univers correspondent plus à des logiques d'action et de perception qu'à de véritables soubassements symboliques totalitaires et exclusifs. C'est l'hybridation des conceptions et pratiques professionnelles qui s'exprime alors. Cela dit, en s'appuyant sur quelques exemples typiques, on peut néanmoins mettre en lumière des tendances relatives aux groupes professionnels des soignants et des travailleurs sociaux. Les différents acteurs professionnels s'inscrivent plus ou moins dans l'un ou l'autre des univers symboliques distingués.

1) Anthony, Paul et Stéphanie⁵ : des soignants arrimés à l'univers symbolique du médical

Les exemples d'Anthony (AS), de Paul (IDE) et de Stéphanie (IDE coordinatrice) nous renseignent sur la posture de soignants plutôt ancrés dans l'univers symbolique médical. De manière transversale, on observe chez ces trois professionnels de santé l'expression de la priorité des soins médicaux sur toute autre forme de prise en charge ; l'intérêt pour l'éducation thérapeutique ; et l'autorité médicale face au non-respect du règlement intérieur. On notera cependant l'intérêt qu'ils déclarent porter aux dimensions éducatives et communicationnelles de leur métier – ce qui invite à ne pas les réduire à cet unique univers symbolique médical –, un intérêt néanmoins orienté vers l'autonomisation médicale et l'observance thérapeutique.

Anthony est un aide-soignant d'une trentaine d'années rattaché à l'équipe des LHSS. Cette équipe est en rotation, une semaine sur six dans le service des LAM. Cela fait 9 ans qu'il est aide-soignant, d'abord au funérarium en chambre mortuaire dans un institut médico-légal, puis, depuis 3 ans, aux LHSS et LAM. Il est parallèlement pompier depuis son adolescence et accorde une importance centrale à « *l'esprit d'équipe* », à la discipline et à la rigueur « *militaire* » qui s'exercent dans ce milieu. Comparé au milieu hospitalier qu'il a connu, le secteur médico-social lui apparaît comme « tranquille » et c'est aussi pour cela qu'il s'y est engagé (« Je suis revenu ici dans un but de tranquillité entre guillemets »). Lorsqu'il justifie son implication aux LHSS – tout comme chez les pompiers – c'est l'aventure et l'incertitude qui traversent les situations d'intervention qu'il met en avant, plus que la solidarité ou l'aide aux « victimes ». Il présente d'ailleurs son absence d'empathie comme une qualité et revendique un rôle « *éducatif* » d'autorité et de gestion des conflits :

« J'ai TRÈS peu d'empathie, j'ai très très peu d'empathie. Si demain telle personne termine à la rue euh... c'est son problème. Y a des règles qu'il faut suivre. Après j'ai été éduqué aussi comme ça, cet esprit un peu militaire. [...] Éducatif ? J'ai un côté un peu euh... dirigeant !

⁵ Tout au long de l'article, les noms cités sont des noms d'emprunt.

Je suis quelqu'un qui va te dire « écoute mec, ce que tu as fait avant, je m'en fous, t'es arrivé ici, t'es arrivé ici. Tu veux t'en sortir ? Oui apparemment. Alors tu vas nous écouter ! Tu veux pas t'en sortir... [...] si tu n'es pas dans le sens de la marche, je vais être plus à taper du poing sur la table. »

Paradoxalement, les soins techniques (de *nursing* notamment) ne l'intéressent guère, mais il se voit en défenseur de l'éducation thérapeutique, revendiquant idéologiquement l'autonomisation médicale et la responsabilité individuelle :

« Et puis y avait ce côté qui me plaisait ici, c'était surtout ce côté euh... éducatif. À savoir, je suis un aide-soignant qui déteste les soins d'hygiène. Je suis anti ça, anti soins d'hygiène, je veux bien t'aider à la douche mais je veux pas le faire pour toi. Ça j'ai été clair. [...] C'est plus ce rôle dit « éducatif », pas de donneur d'ordre mais... je pense que, si tu veux t'en sortir tu suis une ligne de conduite. »

Finalement, il incarne l'autorité morale médicale plus que la fonction technique de soignant, mais c'est bien l'univers symbolique médical qui sous-tend principalement sa posture professionnelle, d'autant qu'il s'oppose à la « compréhension » des travailleurs sociaux et renvoie aux résidents la responsabilité de leur échec quand ils ne s'inscrivent pas « dans le projet de soin » :

« Mme Untelle, elle sort tous les jours chercher sa bouteille d'alcool au Leclerc, elle sort toute seule, elle marche toute seule... alors pourquoi on devrait l'emmener à 50 mètres, à la maison de santé ? C'est absurde. Si elle veut pas, bah elle retournera en hébergement d'urgence, pis on la retrouvera morte un matin ! [...] Je déteste les [travailleurs] sociaux là-dessus. C'est [avec une petite voix] « tu comprends, sa maladie euh... vous vous faites insulter euh... vous savez, le public tout ça... », mais mec, Francis Heulme il a butté combien de gamins ? Il est malade ! Il a été jugé ! On peut pas tout pardonner ! ».

De son côté, Paul est âgé de 47 ans et infirmier depuis une douzaine d'années, mais seulement depuis un an aux LAM⁶. Il a fait toute sa carrière professionnelle dans le domaine médical, d'abord dans l'industrie pharmaceutique (« Là c'était du commerce, y'avait pas de relation aux patients ») puis, depuis qu'il est IDE, dans le secteur psychiatrique et plus récemment aux LAM. Pour lui, les soins techniques et l'éducation thérapeutique sont primordiaux. S'il se présente comme intéressé par les publics complexes (addiction, psychiatrie, agressivité) et avance son appétence pour la communication, c'est surtout pour s'engager dans un travail de prévention et d'autonomisation des personnes par rapport à leur corps et leur santé. Il n'est pas là pour animer des activités collectives, ni discuter avec les résidents durant la journée. D'ailleurs, je ne l'ai que rarement vu s'impliquer dans les moments de vie collective (repas, activités, sorties). C'est seulement le soir, quand il est de nuit, qu'il prend le temps d'échanger avec les résidents.

⁶ Il faut dire que les LAM ont ouvert leurs portes un an et demi avant l'enquête, à l'automne 2019. Les professionnels les plus anciens du service n'ont donc qu'un an et demi d'ancienneté.

À cet égard, il relève typiquement de l'univers symbolique médical. Durant l'entretien, il détaille d'ailleurs soigneusement les aspects juridiques et techniques de la répartition des rôles entre médecins, infirmiers et aides-soignants, mais ne s'étend pas sur les dimensions relationnelles du métier. Il souscrit par ailleurs à une stricte répartition des rôles entre personnels de soins et personnels « sociaux ». Pour lui, c'est le *cure* qui domine le sens qu'il accorde à son travail, le *care* n'étant finalement qu'un moyen (peu valorisé mais néanmoins exprimé) pour amener au *cure* plus efficacement. Lorsque l'équipe pluridisciplinaire est rassemblée en réunion de synthèse, abordant le cas de Marchal⁷ (58 ans) – un résident alcoolo-dépendant qui pose des problèmes de comportement – Paul est le premier à réclamer son éviction du service étant donné qu'« il n'est pas dans le projet de soin et qu'il fout le bordel ». Il s'offusque ensuite lorsque d'autres voix s'élèvent pour rappeler que le service est précisément mis en place pour ce type de personne et qu'il s'avère hors de question de le renvoyer dehors compte tenu de sa situation sociale et sanitaire.

Enfin, Stéphanie est l'infirmière coordinatrice de l'ensemble du personnel paramédical du site (regroupant les trois services médico-sociaux investigués). À 45 ans, elle témoigne d'une expérience de plus de 20 ans en tant qu'infirmière dans le domaine hospitalier. Cela fait bientôt 3 ans qu'elle travaille ici. Pour elle aussi, le secteur médico-social présente l'avantage, par rapport à l'hôpital, de pouvoir traiter les patients avec plus de temps et d'attention – rappelant, si besoin était, que l'univers symbolique médical n'exclut évidemment pas l'importance de la dimension relationnelle relative au *care*. Elle met d'ailleurs en avant les enjeux d'éducation thérapeutique qui lui tiennent à cœur : « On travaille leur autonomie sur la santé : je sais prendre mes médicaments, mais aussi prendre un rendez-vous avec le médecin, mais je sais aussi ALLER à mon rendez-vous chez le médecin ». En tant que coordinatrice des personnels paramédicaux, elle distingue clairement les équipes « *paraméd'* » et « *sociales* ». Dans son discours, on perçoit à la fois l'opposition de principe aux travailleurs sociaux qui seraient trop « ronds » (tolérants, compréhensifs...) et l'enjeu de la coordination des équipes lorsqu'il faut penser le parcours global des résidents-patients :

« Moi j'ai le côté très carré du sanitaire, mais je suis très très ouverte au côté médico-social dans le sens où si on travaille en équipe, si on travaille un PAP (Projet d'accompagnement personnalisé), on y travaille tous et on arrête de découper la personne en social, en éducatif et en santé, comme si la santé c'était tout. [...] Moi-même, les éducateurs m'insupportent ! Parce que je suis super carrée et qu'ils sont super ronds ! Tout simplement. Moi je suis super pragmatique, y a un problème on trouve une solution, c'est tac tac... et eux, c'est tout dans le... ça tourne en rond, c'est lent, on blablate pendant 3 heures. [...] Mais bon, je sais qu'il y aura toujours un grand écart entre le sanitaire et le social pur, donc on ESSAIE de faire du médico-social. »

⁷ Comme pour les professionnels, les noms des résidents sont des noms d'emprunt.

Enfin, tout en rappelant la nécessité pour « ses » infirmières de ne pas s'en tenir qu'aux soins, elle suggère néanmoins que nombre des IDE et AS « *oublie* » cette dimension relationnelle primordiale selon elle : « On travaille dans le même sens DU résident. Ça c'est un peu trop oublié. Une infirmière qui vient dans le médico-social elle sait qu'elle ne va pas faire QUE du sanitaire, elle sait qu'elle sera pas là QUE pour soigner. » Conformément à la légitimité médicale, elle n'hésite pas à se montrer autoritaire et radicale à propos d'un résident (toujours Marchal) qui pose problème aux LAM :

« Sur le cas de Marchal, il a été vu par les cadres et c'est de pire en pire, et rien ne sera fait. On attend quoi ? Moi je le fous dehors 24h, j'en ai rien à foutre, si j'étais cadre, je ferais ça. Je sais que c'est dur ! Moi je défends l'équipe des soignants... ».

L'univers symbolique médical reste sa référence bien qu'elle souscrive à une conception « globale » de la prise en charge dont les missions sociales sont précisément déléguées aux travailleurs sociaux.

2) Zohra et Max : une aide-soignante et un travailleur social défendant les vertus humanitaires

Les exemples de Zohra (AS) et de Max (ME) illustrent des postures professionnelles qui relèvent de l'univers symbolique humanitaire. On observe chez eux, dans leurs discours et leurs interactions avec les résidents, l'expression de leur solidarité humaniste ; les affects qui traversent leur engagement professionnel ; et la tolérance dont ils font preuve face aux transgressions du règlement.

Zohra est une aide-soignante bientôt à la retraite qui a choisi de garder un statut de remplaçante étant « agent de la fonction publique mise à disposition ». Comme elle le dit elle-même, elle est « issue du médical pur et dur ». Mais elle a souffert des logiques gestionnaires et de la maltraitance qui en résultait à l'hôpital, si bien qu'elle retrouve ici (dans les trois services médico-sociaux où elle est appelée en remplacement), les valeurs d'humanité qui portent tout le sens qu'elle accorde à son métier :

« Et là, le côté humanité a repris son sens par rapport à ce que j'avais perdu. Oui, ça me tient à cœur, oui, je suis humaine... et oui, c'est pour ça que j'ai quitté le milieu hospitalier parce que je veux garder mon humanité, c'est pour ça que j'ai choisi mon job. [...] Donc, tous les secteurs que je choisis maintenant, c'est : comment je prends en charge l'être humain ? ».

Pour elle, comme pour les autres acteurs cités, l'approche qu'elle revendique est encadrée dans sa biographie : elle fait état d'activités bénévoles, de spiritualité et de valeurs humanistes qui débordent le cadre de son métier :

« Avec mes filles, quand elles devaient avoir 10 ans, on faisait des petites maraudes : du café, du pain, du fromage. C'était moi, mes filles, notre voiture... Oui, et je suis rentrée très jeune à la Croix Rouge, etc. Mes filles ont fait du bénévolat aussi, dans l'humanitaire. »

À tel point que pour elle, les résidents sont plus que des corps à soigner et des personnes à réinsérer : ce sont des *humains*, des semblables qu'il convient d'aider au titre de la fraternelle humanité. Elle semble d'ailleurs mobiliser beaucoup d'affects et d'émotions dans son implication auprès des personnes pauvres et vulnérables (« Oui, des fois c'est dur. La jeune fille là... J'en avais pleuré, oui. Sans honte. J'en avais pleuré, je m'étais dit : "mais quelle vie la pauvre fille" »), si bien qu'elle est particulièrement gênée lorsqu'une fin de prise en charge est actée ou lorsqu'il s'agit de prononcer des sanctions à l'encontre des résidents qui ont fait rentrer de l'alcool dans les locaux par exemple :

« Même quand vous en avez un [résident] qui vous pète un plomb ou machin, vous vous dites "mais il est vivant, il a des sentiments d'être humain ! Il n'est pas éteint, il n'est pas mort ! Il vit, il y a de l'espoir !" On leur donne cet espoir, mais ils nous le donnent aussi quelque part ».

Max s'inscrit lui aussi dans l'univers symbolique humanitaire. Cet homme de 54 ans n'a aucun diplôme dans le travail social ou paramédical, mais cela fait plus de 6 mois qu'il travaille sur le site médico-social (aux LAM depuis 3 mois). Son expérience dans l'humanitaire est à l'origine de son recrutement sur un poste de moniteur-éducateur, si bien qu'il se cantonne aux missions quotidiennes d'animation collective, d'occupation individuelle et de sorties :

« J'ai un très long passé dans l'associatif, bénévole, et sur plusieurs continents j'ai eu l'occasion de participer à des missions en pays de guerre. Donc les personnes qui sont ici... j'ai déjà bossé avec des personnes en grande fragilité. C'était dans l'humanitaire oui, 100% humanitaire. Donc on est pas trop loin de la démarche du social. Avec l'aide, l'humain qui est en souffrance, qui a besoin, sauf que là c'est pas à des milliers de kilomètres, c'est à 10 minutes de chez moi. »

« Adoucir des vies », c'est cela qui donne sens à son engagement professionnel (ou bénévole dans d'autres activités) : « J'allais dire on ne sauve pas des vies, mais ici [aux LAM], apparemment le rôle, c'est d'adoucir des vies, ils sont souvent en fin de vie... [...] Je garde un espoir. Je crois profondément en l'Homme, profondément... je suis un peu naïf aussi. J'ai fait des jobs plus lucratifs, plus rémunérateurs, mais bon... je trouve en effet que ça fait quand même moins sens quoi. »

Dans ses prises de parole en réunion, on remarque les affects que Max place dans sa relation aux résidents des LAM et le point d'honneur qu'il met à n'avoir aucun jugement sur les personnes accueillies⁸.

⁸ Ce débat sur « le jugement » a émergé d'une controverse à propos d'un résident qui venait d'être accueilli aux LAM et dont les professionnels ont su qu'il sortait de prison pour un triple meurtre. Certains n'ont pu qu'admettre que cela jouait de manière négative sur leur prise en charge, mais Max défendait le point de vue inverse : « On s'occupe d'êtres humains, leur passé ne nous concerne absolument pas ! »

3) Émilie, Antoinette et Samuel : des travailleurs sociaux ancrés dans l'univers symbolique du social

Les exemples d'Émilie (CESF), d'Antoinette (AMP) et de Samuel (Agent social de collectivité) nous informent sur la posture typique des travailleurs sociaux essentiellement ancrés dans l'univers symbolique social. De manière transversale, on observe chez ces trois salariés l'expression de la priorité de l'accompagnement social au-delà des soins médicaux ; la volonté de compréhension du parcours et des problématiques vécues par les personnes ; et l'intérêt pour la dimension relationnelle de la prise en charge, en plus du suivi administratif.

Émilie est une femme de 35 ans qui a 5 ans d'ancienneté sur la structure – aux LHSS plus précisément. CESF de formation (Conseillère en Économie Sociale et Familiale), elle assure essentiellement le suivi administratif, l'accès aux droits et l'orientation à la sortie des résidents des LHSS :

« Je les ai pas trop sur le quotidien, non. Y'en a que je vois jamais hein. Je les vois quand ils ont besoin de faire des démarches, ils savent, mais sinon, je peux pas travailler. [...] C'est de l'accès aux droits ou tout ce qui est... les factures de labo, les trucs comme ça, c'est à moi de régulariser. Les droits sécu c'est moi qui gère... Mais après ça me dérange pas de le faire, je préfère que ce soit fait. »

Durant l'entretien, elle indique d'ailleurs qu'elle est plus à l'aise dans l'accompagnement administratif que dans le travail éducatif au quotidien, médiatisé par les activités organisées, les moments collectifs et les temps d'échange en face-à-face, en dehors de son bureau : « Je fais pas de l'éducatif hein ! » Elle s'investit cependant par rapport à ce public, avec lequel elle a « accroché », en percevant son travail comme répondant à un « besoin » ponctuel, telle une « étape » sur un « parcours » de réinsertion (« J'aime bien ce type de public-là ! Les personnes marginales... les personnes qui ont besoin de nous pour une étape, parce que nous on est vraiment une étape dans leur parcours ») ; ce qui n'exclut pas de s'appuyer sur des sorties pour développer d'autres interactions avec les résidents :

« Mme Untelle c'est moi qui vais l'emmener dans son ancienne ville. On mangera un truc ensemble, mais c'est pas exprès pour ça. Ne serait-ce que d'aller dans la voiture, bah voilà, c'est une autre conversation. »

De fait, elle endosse un point de vue « globalisant » sur les personnes qu'elle accompagne, en tentant d'intervenir sur l'ensemble des vulnérabilités qu'elles connaissent, relatives au logement, à l'emploi, à la santé, à la citoyenneté... Pour cela, le lien qu'elle entretient avec les résidents est décisif selon elle : « C'est en fonction du lien que j'ai avec les gens aussi, ça dépend. » L'univers symbolique du social se donne ainsi à voir dans l'intérêt porté à la relation et l'approche « globale » de l'accompagnement.

De son côté, Antoinette est AMP aux LAM depuis un peu plus d'un an – peu après l'ouverture du dispositif. Elle a 32 ans et fait état d'expériences professionnelles dans l'animation et en tant qu'assistante d'éducation en collège et lycée (pendant 4 ans). Elle avoue clairement qu'elle a baigné dans un milieu familial où l'éducatif et les sciences humaines prenaient une place importante. Des études de psychologie non terminées l'ont également sensibilisée aux enjeux relationnels contenus dans la pratique d'animation et d'accompagnement social. Focalisée sur l'animation quotidienne, les sorties et le bon déroulement des moments collectifs, Antoinette s'inscrit typiquement dans l'univers symbolique social dans la mesure où pour elle, l'écoute, la discussion, l'éducation et l'autonomisation des résidents est une priorité de son travail :

« Par exemple Jacky est venu me voir y a pas longtemps en me disant qu'il avait envie de faire une balade, "mais j'ai envie que tu m'accompagnes", et on s'est pris une heure, on a fait le tour des rives, il avait besoin de parler donc ça fait partie des accompagnements. C'est en fonction de leurs besoins, de leurs envies et de leurs demandes. Cette mission d'écoute elle est grande ! »

Antoinette exprime d'ailleurs de manière explicite les différences de « points de vue » qui peuvent exister entre personnels soignants et travailleurs sociaux :

« Pendant le premier confinement, y avait eu un couac entre l'équipe sociale et l'équipe médicale parce qu'on était plus tolérant sur leurs consommations [d'alcool], et du coup on leur donnait un ou deux verres d'alcool par jour à certains résidents qui étaient vraiment dépendants... et y a des infirmiers qui voulaient un sevrage total, avec Seresta, sous médicaments du coup... et ça a été un peu conflictuel parce qu'on était pas sur cette logique-là : c'est à eux [les résidents] de décider ce qu'ils veulent pour eux quoi, on n'a pas à décider à leur place... C'est un point de vue de travailleur social, mais du point de vue médical forcément, on ne voit pas les choses tout à fait pareilles quoi. Bon après, sur le médical aussi, tu as des personnes un peu plus psychorigides si je peux dire comme ça et t'en as d'autres qui sont plus tolérantes et plus ouvertes aussi ».

Pour Antoinette comme pour Émilie et les autres travailleurs sociaux, l'autonomie n'est pas réservée à l'éducation thérapeutique (contrairement aux acteurs se référant à l'univers symbolique médical). L'autonomie concerne au contraire tous les aspects de la vie des résidents : leur manière d'habiter, leur capacité à cuisiner, à faire les courses, à se laver, leur perspective d'avenir en terme d'emploi, d'hébergement ou de logement, etc. :

« Ce qui me passionne c'est le fait de pouvoir accompagner des personnes et qu'il y ait une évolution possible en fait. [...], y a des choses possibles, reprendre une vie, entre guillemets "normale" ».

Enfin, lors de controverses sur le cas de résidents perturbateurs qu'il faudrait peut-être sanctionner d'une manière ou d'une autre, Antoinette prend le parti de la souplesse et de la tolérance :

« S'ils sont ici, c'est PARCE QU'ils ont des problèmes de comportements, d'addictions, etc... alors on ne va pas les mettre dehors pour ça ! C'est notre boulot d'encadrer ça ! »

Enfin, à 57 ans, Samuel est un travailleur social aguerri. Il travaille dans l'association depuis 2005, d'abord comme technicien dans des structures d'hébergement, puis, plus récemment (depuis 6 mois), comme agent de collectivité sur le site investigué. Son approche se situe aux antipodes de nombreux autres employés (soignants ou « sociaux ») qui valorisent la « distance professionnelle », le vouvoiement des résidents et l'absence d'affects dans la relation d'accompagnement (Besozzi, 2020) : « [Quand j'étais technicien] je rencontrais tout le monde, plus que les travailleurs sociaux, on avait d'autres rapports avec [les résidents]. Quand t'y vas pas pour euh... tout ce qui est social chez eux, les gens te considère presque comme un ami ! ».

Ce parcours professionnel n'est pas sans lien avec son approche personnalisée des rapports avec les résidents : « Je les tutoie tous, oui oui. Oui j'y tiens ! Jamais eu de problème avec ça. Pour moi c'est naturel. Je me vois pas vouvoyer quelqu'un... pour moi le vouvoiement, tu te mets au-dessus, alors que quand tu tutoies, tu te mets à son niveau ! Des fois vaut mieux être dans l'affectif, ça passe plus facilement. Quand tu tutoies c'est plus facile que quand tu vouvoies, enfin ça c'est mon avis ».

C'est d'ailleurs l'un des rares intervenants à fumer avec les résidents là où ils se réunissent, devant l'accueil, tandis que la majorité des employés se retrouve pour fumer dans deux autres coins plus isolés. Pour Samuel, ce qui compte, c'est « l'attachement aux gens », le fait de les traiter « d'égal à égal » :

« C'est des liens, et puis, quoi que tu dises, tu t'attaches aux gens. Sinon, tu ne bosses pas dans le social ! Je vais pas aller au resto avec, mais moi je m'attache aux gens ».

D'autant qu'il distingue fermement sa position « dans le quotidien », par rapport aux travailleurs sociaux de suivi, qui endosseraient forcément une posture plus « autoritaire » :

« Ici je fais de l'accompagnement au quotidien hein. L'hygiène, les repas... quand ils ont des petits problèmes administratifs, la plupart des trucs ça passe par nous. Les déclarations CAF, Pôle Emploi... tout ce qui est administratif du quotidien, ils viennent là [bureau collectivité], y a un ordinateur. Le bureau est toujours ouvert... y a pas de rendez-vous [...] C'est plus d'égal à égal. Le travailleur social [de suivi] il a un rapport totalement différent que le technicien ou le « collectivité ». Un rapport plus autoritaire. »

C'est ainsi que Samuel porte un regard bienveillant, exempt de tout jugement, sur l'ensemble des résidents, « même ceux qui foutent le bordel des fois... ».

4) Sophie, Nabil et Audrey : des soignants hybridant les univers symboliques médical et social

Enfin, en analysant le discours et les pratiques de Sophie (IDE), Nabil (AS) et Audrey (ergothérapeute), on remarque que des personnels appartenant au pôle « santé » se situent à la charnière entre l'univers symbolique médical et l'univers symbolique social. Comme le dit la cadre de santé du site – qui est leur responsable hiérarchique directe – non sans proposer une image idéalisée de la réalité,

« pour moi, l'infirmière libérale elle vient faire un soin ponctuel à un moment donné de la journée, un pansement, distribuer un traitement, alors qu'ici les infirmières elles font bien plus que ça, elles sont bien plus qu'infirmières, elles sont tout à la fois AMP, travailleur social en même temps, parce qu'elles ne sont pas qu'infirmières quoi ».

Certains professionnels paramédicaux débordent effectivement le cadre strict de leurs missions de soin pour s'inscrire ponctuellement dans des logiques de perception et d'action relatives à l'univers symbolique du social. Cela s'observe particulièrement quand ils s'impliquent dans les moments de vie collective (les repas, les activités) et dans les sorties, mais aussi quand ils mobilisent une approche empathique pour comprendre (et travailler sur) les comportements déviants de certains résidents. Dans leur cas comme dans d'autres (à l'instar du neuropsychologue des LAM), l'hybridation du social et du médical est patente. Elle se présente même comme ce qui constitue le sens de leur engagement professionnel : le *care* et le *cure* sont dès lors « réconciliés » (Morvillers, 2015).

Sophie est une infirmière expérimentée d'une cinquantaine d'années. Cela fait 24 ans qu'elle est IDE, et intérimaire sur le site de l'association depuis 3 ans. Elle précise par elle-même la différence du travail d'infirmière en contexte hospitalier et dans le médico-social :

« Quand t'es infirmière dans d'autres structures à l'hôpital, les infirmières elles sont là pour répondre à une prescription médicale, et puis répondre en général aux douleurs quoi... ici, c'est quand même une autre prise en charge ! ».

L'ayant observée s'engager avec les résidents dans les moments de repas ou d'activités collectives, il n'est pas surprenant qu'elle valorise la relation aux patients et se montre plus souple que d'autres soignants quand il s'agit d'accompagner les résidents-patients à leurs rendez-vous médicaux ou à la pharmacie :

« Ici [aux LHSS], on part du principe que c'est eux qui doivent être acteurs, donc s'ils ont besoin d'anticoagulant, les piqûres, ils doivent aller à la pharmacie les chercher. Y a un exemple ici, d'un mec, il avait des béquilles, il avait du mal à se déplacer et c'était en hiver. Mais comme il n'allait pas les chercher ses anticoagulants, on pouvait pas lui faire ses piqûres... et donc, moi j'ai trouvé ça un petit peu dommage. On n'a pas été dans l'accompagnement... on n'est pas allé lui chercher ses... ! Et là j'ai trouvé qu'au niveau de l'accompagnement on n'a pas trop été bon quoi ! ».

Pour elle, les soins techniques qu'elle prodigue sont imbriqués dans la relation qu'elle crée avec les résidents-patients⁹ et favorisent la négociation (Coulomb, 2018) nécessaire pour leur faire accepter les traitements et examens médicaux :

« J'aime beaucoup mon travail, j'aime beaucoup le public. Y a ces enjeux de relation, cette singularité, particularité de chacun. Et puis comment trouver le juste mot... pour négocier avec eux. [...] Ce que j'ai appris de mon métier, ma relation aux patients ou résidents, c'est toujours avoir beaucoup de bienveillance et c'est la règle de base que doit avoir tout professionnel, qu'on soit dans le médical ou dans le social hein ».

Elle se montre ainsi à la fois sensible aux problématiques médicales des patients, aux difficultés sociales des résidents et aux leviers relationnels qui permettent d'agir sur les deux plans.

Pour sa part, Nabil est un homme d'environ 60 ans, aide-soignant le plus expérimenté de la structure puisqu'il a 15 ans d'ancienneté aux LHSS. Son parcours professionnel et le sens qu'il accorde à son travail sont là encore encadrés dans sa biographie, lui qui a vécu dans un foyer de travailleurs migrants à son arrivée en France (en provenance du Maghreb), il y a plus de 30 ans. Il justifie d'ailleurs son engagement auprès des publics sans-domicile à partir de cette expérience en résidence sociale. La compréhension du public, l'empathie, l'absence de jugements et la tolérance sont au cœur de sa posture professionnelle au carrefour entre les univers symboliques médical, humanitaire et social :

« Je pars du principe que les gens arrivent, ils sont qui ils sont, abimés comme ils sont, on leur doit le respect, c'est une personne COMME une autre, qui a eu le parcours qu'elle a, elle est abimée par la vie, mais c'est pas pour ça qu'on doit moins la respecter, lui manquer de respect, etc. Moi j'essaie de travailler avec cette philosophie-là quoi. [...] Ça suppose d'être tolérant absolument, même si ça paraît en contradiction. Mais on va être tolérant parce qu'on sait qu'on va obtenir quelque chose ».

Il relativise d'ailleurs grandement l'efficacité de l'approche autoritaire dont Anthony se fait le chantre :

« Il faut faire appel au bon sens. Une personne qui arrive ici, qui a des problèmes d'alcoologie, la personne ça fait DES ANNÉES qu'elle a des problèmes d'alcool. C'est pas nous, ce qu'on va lui dire, qui va changer la personne du jour au lendemain. La personne elle boit depuis des années, si elle a pas sa dose d'alcool elle est pas bien. [...] En fait, on fixe trop haut la barre. Dès qu'ils arrivent, on veut TOUT DE SUITE qu'ils rentrent dans le moule, et puis c'est tous les jours ça, et tous les jours... mais NON ! Il faut qu'on y aille PETIT À PETIT ! ».

Tout comme Sophie, Nabil défend au contraire l'assistance (l'accompagnement aux rendez-vous extérieurs) par opposition aux principes d'autonomisation qui peuvent mettre en échec

⁹ Elle emploie d'ailleurs tour à tour les deux expressions, ce qui souligne l'hybridation médico-sociale de son approche.

les résidents : « Quand par exemple un résident a un rendez-vous. Il veut pas y aller : “non, non, laissez moi tranquille...”. Donc là, je prends le temps, je lui explique, je lui dis “écoutez...”, je lui explique qu’il a la chance d’être ici, qu’il est au chaud, au propre, qu’on est là pour l’aider, pour prendre soin de lui. Au besoin on l’accompagne quand même ».

Enfin, Audrey fait également figure d’intervenante qui situe sa pratique professionnelle au croisement du social et du médical :

« Ergothérapeute, il y a une dimension médicale oui. [...] Normalement, y a quand même un aspect thérapeutique, mais après... l’ergothérapie c’est tellement vaste. [...] J’évalue leur autonomie, y a beaucoup de relationnel aussi. »

Il faut dire que sa mission d’ergothérapeute suppose cette articulation entre la relation d’aide et la relation de soin. Elle rappelle d’ailleurs avec ses mots la distinction qui s’opère entre les personnels soignants qui se cantonnent à leurs missions techniques médicales et ceux qui s’engagent au contraire dans la relation et le quotidien, sans n’être « que dans le soin » :

« Y a des infirmiers qui sont beaucoup dans le social aussi. Ils ne sont pas forcément que dans le soin, on peut prendre l’exemple de Margot¹⁰ (que j’apprécie beaucoup), dès qu’elle peut, entre deux pansements elle va faire une activité avec nous, elle participe beaucoup sur le côté social, elle parle très bien avec eux, elle est pas focalisée sur le plan médical et médicamenteux tu vois. Là où tu as d’autres infirmières qui sont beaucoup dans le bureau, c’est les médicaments, les pansements, ce qu’elles ont à faire et ça s’arrête là quoi. [...] Je pense qu’il y en a qui oublient qu’il y a des personnes en face, des personnes qui des fois ont connu QUE la galère, QUE la violence, QUE... elles ont pas été protégées quelque part. »

Une chose semble sûre, pour elle, la dimension relationnelle est fondamentale à sa prise en charge :

« Donc j’apprends à connaître la personne, vraiment dans tout ce qui fait ce qu’elle est en fait. C’est-à-dire, ce qu’elle veut me dire et ce qu’elle veut pas me dire aussi. Comment elle est avec les autres, avec les professionnels, ce qu’elle aime faire, ce qu’elle aime pas faire. [...] Les voir à l’intérieur, à l’extérieur ou pendant l’activité carrément, ou par exemple, plutôt que d’aller faire les courses on va vous accompagner. [...] Sur un lieu de vie comme ça, moi je trouve ça essentiel de faire partie de leur quotidien au final. Y a que comme ça qu’on peut connaître quelqu’un. C’est professionnel mais on en tire toujours un peu autre chose : tu peux pas entrer en RELATION avec quelqu’un, même au niveau professionnel, sans rien apporter ni recevoir, je pense pas que ça soit faisable. [...] Je vais avoir une proximité autant physique qu’émotionnelle, et puis je suis dans le quotidien ».

¹⁰ Une IDE.

Deux niveaux d'intervention : les professionnels du quotidien et les professionnels du parcours

À côté des lignes de distinction qui opèrent entre professionnels de santé et travailleurs sociaux, il convient aussi de souligner que deux niveaux d'intervention peuvent être mis en évidence, qui transcendent les appartenances à l'équipe (para)médicale ou sociale. Il s'agit de l'intervention qui porte *sur le quotidien* des résidents – leur toilette, leur alimentation, leur médication, leurs occupations et leurs soins infirmiers... – assurée par les aides-soignants (AS), les agents de collectivité, les aides-médico-psychologique (AMP) et les infirmiers, et du travail qui porte *sur le suivi administratif et le parcours* des résidents – parcours de réinsertion et parcours de soin, accès aux droits, « Projet d'accompagnement personnalisé »... – assuré par les assistantes sociales (ASS), la cadre de santé, les éducateurs spécialisés (ES) et la conseillère en économie sociale et familiale (CESF). On distingue clairement la *désynchronisation* des acteurs (Gardella, 2016) et les *temporalités* différentes dans lesquelles s'inscrit leur l'intervention (Collectif, 2013) : le quotidien ou le temps plus étiré du parcours de rétablissement-réinsertion des personnes. En réintégrant les univers symboliques sous-jacents, observer ces deux niveaux d'interventions nous conduira à analyser les alliances et controverses qui émergent de l'articulation des différents professionnels.

La difficulté d'inscrire l'accompagnement quotidien dans la perspective du parcours

On le voit, c'est en fonction de leur qualification et des compétences qui en découlent que les intervenants du médico-social se répartissent la prise en charge des sans-domicile. Leur perspective sur les résidents et leurs actions concrètes d'accompagnement ne sont dès lors pas les mêmes. Là où les professionnels du quotidien sont « au contact » des résidents, jour après jour, au sein même du lieu de vie, les professionnels du suivi travaillent principalement sur la base de rendez-vous qui s'effectuent dans leur bureau, bien qu'ils entretiennent des rapports plus épars avec les personnes hébergées dans les couloirs des services. Les premiers développent donc un rapport « charnel » avec les résidents – d'autant plus quand il s'agit de *nursing* –, avec des objectifs d'autonomisation aux « petites » tâches quotidiennes, quand les seconds attestent plutôt d'un rapport administratif et éducatif, fondé sur des objectifs à réaliser en vue d'une orientation future vers d'autres dispositifs d'hébergement ou d'insertion. En outre, il va sans dire que les travailleurs du quotidien sont plus aux prises avec les dérives comportementales des résidents (alcoolisations massives, tensions, voire violences) que les travailleurs du suivi : les premiers sont donc plus enclins à réclamer des sanctions pour faciliter leurs missions quotidiennes en dépit du fait que ces sanctions mettraient à mal le travail d'accompagnement (et de soin) au long cours.

Ainsi, *de facto*, intervenants du quotidien et intervenants du suivi n'ont pas le même regard sur le travail à mener avec les résidents, qu'il s'agisse de soins médicaux ou d'accompagnement social. Cette distinction nous conduit à mettre en lumière les frictions qui peuvent émerger entre les objectifs et les périmètres d'intervention des uns et des autres ainsi que la difficile coordination des deux niveaux (Petiau, 2019). En effet, là où l'action quotidienne entend agir

sur le confort, le bien-être et l'autonomisation journalière des résidents, l'action d'accompagnement éducatif vise la construction de projets à moyen-long terme avec des objectifs de réinsertion (ou d'évolution) qui débordent la vie quotidienne : activités éducatives, formations, hébergement ou logement futur, obtention de droits, etc.

D'emblée, il faut signaler que la division formelle des tâches laisse peu de place à l'hybridation des pratiques professionnelles : seules des réunions hebdomadaires sont censées permettre aux divers intervenants de croiser leur point de vue sur la situation d'un résident dans l'optique d'aménager la prise en charge en conséquence. Mais là encore, il s'agit plutôt d'articulation des points de vue que de réelle hybridation des niveaux d'intervention chez un même acteur par exemple. On peut cependant remarquer que si les intervenants du quotidien s'immiscent difficilement dans les tâches relatives au parcours des résidents – à moyen terme – les professionnels du suivi, eux, prennent parfois part à la vie quotidienne des services : ils peuvent ainsi observer et entrer en relation par eux-mêmes avec les résidents, témoignant d'une relative hybridation de leur implication entre quotidien et suivi du parcours.

L'enjeu de la coordination de ces deux niveaux consiste à faire en sorte que les objectifs posés au niveau du « Projet d'accompagnement personnalisé » (PAP) soient également travaillés au niveau du quotidien. Il peut s'agir de réduire sa consommation d'alcool, voire de se sevrer, de remettre à jour ses droits et d'en ouvrir de nouveaux (comme l'AAH¹¹ par exemple) ou encore de préparer une sortie vers un logement ou un autre dispositif d'hébergement (en évaluant la pertinence de l'orientation au regard de l'autonomie et des projets de la personne). Or, au-delà des controverses « philosophiques » qui émergent en réunion et dans les discussions plus informelles, ce sont les pratiques des uns et des autres qui entrent parfois en confrontation.

Par exemple, l'accompagnement quotidien des AS et AMP peut entrer en contradiction avec les objectifs d'autonomisation qui se travaillent dans la durée et dans l'épreuve. Comment évoluer l'autonomie d'une personne, ses capacités à se débrouiller seule pour effectuer des démarches administratives, se rendre à des rendez-vous médicaux ou prendre soin d'elle, quand les travailleurs du quotidien « assistent » les résidents au point d'entretenir leur dépendance ? Il peut aussi arriver que des résidents soient contraints d'annuler une activité pédagogique ou un rendez-vous (étapes nécessaires sur le parcours de réinsertion) parce qu'ils ont montré des réticences sur le plan quotidien (refus de se laver, trouble de la vie collective, alcoolisation sur site...). Nous l'avons également vu à propos du parcours de soin : aux LHSS surtout, il arrive fréquemment que des résidents ne soient pas accompagnés à leur rendez-vous médicaux ou à la pharmacie parce qu'ils « sont assez autonomes pour aller picoler tous seuls, pourquoi on les accompagnerait ? » (Fatima, AS). Cela met évidemment à mal l'avancement du « parcours de soin ».

Quoi qu'il en soit, de l'aveu des coordinateurs et référents de parcours,

¹¹ Allocation Adulte Handicapé.

« c'est difficile de faire redescendre les objectifs du projet auprès des équipes du quotidien. Ils ne voient pas les enjeux. On a du mal à les impliquer là-dedans. Pour eux, ce qui compte, c'est le comportement sur le site. Nous on vise l'élargissement de leurs capacités et leur projection dans le futur. » (Valentine, coordinatrice de parcours).

Fatima, une aide-soignante remplaçante qui est passée par les trois dispositifs, tient des propos éloquentes à cet égard :

« Ils me faisaient rire tout à l'heure, parce que le projet personnalisé euh... ils viennent de le mettre en place seulement hein ! [...] Ça a été vraiment une catastrophe de mettre en place ça ! En tant qu'AMP ou AS on DOIT participer, mais bon, j'étais stagiaire encore. Et quand j'ai pris un poste j'étais plus de nuit... donc voilà. J'étais pas trop là-dessus. J'avais une prise en charge qui était beaucoup moins importante. En tant que remplaçante on n'est pas non plus très investie. [...] Maintenant tout doit être écrit, doit avoir un projet... "pourquoi la sortie ?", "quels sont les objectifs ?", euh... il faut justifier pourquoi on fait ceci ou cela ! »

En outre, comme le suggère Fatima, il faut remarquer que les équipes du quotidien sont plus souvent composées d'intérimaires et de remplaçants (AMP, AS, infirmières). Cela renforce leur implication dans les tâches quotidiennes et freine leur appropriation potentielle d'enjeux relevant de travail éducatif à plus long terme. Dans ce contexte de rotation, il est aussi plus compliqué de développer « l'esprit d'équipe » tant invoqué par la majorité des intervenants : la cohérence des positions des uns et des autres est mise à mal. Qui plus est, il nous est souvent arrivé de voir des professionnels intérimaires ou remplaçants restreindre leur implication du fait de ce statut, tout en déléguant certaines activités aux « titulaires » (comme une visite au cimetière, une sortie pour acheter des vêtements ou un rendez-vous administratif). Cela s'observe aussi dans l'opposition larvée qui confronte d'un côté « les cadres », « les bureaux », « la direction », et de l'autre, « les professionnels d'en bas », comme le suggère Nabil, en s'appuyant sur sa longue expérience :

« Dans le passé, une fois par semaine on faisait une réunion de synthèse où y avait toute l'équipe pluridisciplinaire autour de la table (médecin, assistante sociale, infirmiers, aides-soignants, etc.) et on faisait une synthèse sur les résidents. Y avait un tour de table et chaque professionnel disait ce qu'il avait observé (etc.) par rapport à la personne. Et au vu de toutes les informations qui étaient échangées, le médecin prenait une décision avec l'assistante sociale en fonction de ce que NOUS on apportait. Alors, on sentait qu'on était vraiment tous partie prenante. Et malheureusement, les années passant, je me suis aperçu que cet état d'esprit, ça a un petit peu disparu. J'ai l'impression que c'est un management central, vertical absolument, les décisions sont prises du haut, "vous en bas vous APPLIQUEZ, point à la ligne !". Et moi je dis c'est vraiment dommage parce que les gens au-dessus, qui sont dans les bureaux, ils prennent des décisions, mais ils ne voient pas les gens au quotidien, comment ils évoluent (etc.), tu vois ? Des fois, les décisions qui sont prises on comprend pas trop, par rapport à ce que nous on voit... » (Nabil, AS).

Il est évident que la division des tâches, la rotation des employés et leur hiérarchisation ne favorisent pas la coordination de l'intervention au jour le jour et du travail éducatif « par projet » (Boutinet, 2013).

Alliances et controverses : entre social et médical, quotidienneté et parcours

Si l'on s'appuie sur les deux lignes de différenciation des professionnels qui ont été construites jusqu'ici (médical / social ; quotidien / suivi), on est en mesure de mieux comprendre les ressorts qui agitent les controverses et les alliances entre les intervenants des LAM, des LHSS et du FAM. Les réunions quotidiennes (dites « de transmission ») et, surtout, les réunions hebdomadaires (dites « de synthèse ») sont les moments privilégiés où doit se concrétiser la coordination. Ce sont aussi les moments d'où émergent les lignes de distinction entre les positions des uns et des autres. Nous nous arrêterons ici sur deux difficultés de coordination majeures qui ont ainsi été identifiées : l'attitude à adopter face aux consommations d'alcool et la participation de tous à la construction et à la réalisation des « Projets d'accompagnement personnalisés » (PAP).

Les alliances relèvent de la complémentarité opérationnelle des missions des uns et des autres. Elles s'observent principalement comme ce qui fédère les équipes (sociales et paramédicales) et sont censées s'appuyer sur les échanges hebdomadaires en réunion de synthèse. Mais les alliances ne se réduisent pas à cette opposition binaire des équipes dont les membres feraient d'abord alliance entre eux. En effet, comme le signalait Audrey (l'ergothérapeute des LAM) ou la cadre de santé du site, certaines infirmières (comme Margot), « sont beaucoup dans le social » quand d'autres « oublient qu'il y a des personnes en face ». L'approche particulière des personnels soignants fait donc varier la possible coordination entre eux et les travailleurs sociaux : certains se dégagent de cette implication perçue comme hors de leur champ d'action et de compétence (Petiau, 2019). Il se peut également que ce soit les travailleurs sociaux qui éprouvent des difficultés à s'entourer des personnels soignants pour construire et réaliser les projets d'accompagnement à moyen-long terme. En outre, la dimension affinitaire des liens qui peuvent se créer entre les intervenants joue également sur l'émergence de formes de coopération. À ce niveau, les alliances se forment par affinité personnelle, comme le suggérait encore Audrey à propos de Margot (« que j'apprécie beaucoup »). L'assistance sociale des LAM le dit aussi à sa manière, lorsqu'elle rend compte des obstacles auxquels elle se confronte pour mobiliser les aides-soignantes et les infirmiers dans la construction des PAP :

« Avec certains, je sais qu'on va pouvoir se mettre autour de la table et construire ensemble. Avec d'autres, plus souvent, c'est impossible, ils n'en ont rien à faire. Ils voudront pas ! Je vais courir après eux. Ça dépend aussi de l'entente qu'on a » (Sylvie, Assistante sociale des LAM).

Dès lors, une coopération réelle peut opérer entre les personnels soignants et les travailleurs sociaux, notamment dans le cadre de la construction des PAP. Mais cette coopération est plus souvent mise à mal par le retranchement des acteurs sur leurs tâches spécifiques. Soulignons également, en se remémorant les propos de Fatima (« tout doit être écrit ! »), que la « culture

de l'écrit » est inégalement répartie entre les professionnels (au regard de leur qualification notamment) : ceci participant de l'intérêt qu'ils perçoivent à s'engager ou non dans des démarches de construction de projet et de justification pédagogique d'activités, démarches perçues comme bureaucratiques, voire inutiles.

Sur la consommation d'alcool, l'univers symbolique médical et l'univers symbolique social renvoient à des postures radicalement différentes. Il se peut néanmoins que des accords apparaissent qui transcendent l'appartenance aux équipes sociales ou paramédicales, et ce, particulièrement quand les soignants endossent une posture compréhensive (par opposition à la posture autoritaire), à l'instar de Nabil, dont l'approche s'avère hybride entre social et médical. Dans ce cas, la tolérance et la souplesse règnent quant aux sanctions et possibles dérives qui émanent de l'alcoolisation massive de certains résidents.

Les réunions et les échanges plus informels sont aussi l'occasion de voir affleurer des controverses entre les équipes et les divers employés. D'abord, il faut souligner que les réunions de transmission – chaque jour à 14h, au moment de la rotation entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi – sont des moments où s'échangent surtout des *informations* : il ne s'agit pas de travailler en commun (sur un projet individuel ou une activité par exemple) mais simplement de communiquer sur des évolutions ou des événements individuels. Les professionnels du suivi n'y participent d'ailleurs que très rarement, quand ils ont une information à faire passer. En revanche, les réunions de synthèse (une fois par semaine) rassemblent par service l'ensemble des professionnels. C'est là que s'expriment officiellement les points de vue en opposition, bien que des échanges plus informels permettent également d'affirmer des prises de position.

Le cas de Marchal a notamment occupé la totalité de l'une de ces réunions¹². Ce dernier trouble la vie collective des LAM depuis plusieurs mois du fait de son agressivité et de sa consommation régulière d'alcool (qu'il fait souvent entrer sur le site). Lorsqu'il s'agit de s'exprimer sur son cas, ce sont d'abord les équipes paramédicales qui fustigent le résident et l'inaction de la structure (« la direction ») : « Il faut faire quelque chose, ce n'est plus possible ! Et puis il n'est plus dans le projet de soin. » Au nom de l'autorité médicale, Paul, Anthony, Fatima et Stéphanie prennent la parole à tour de rôle pour réclamer l'exclusion de Marchal, ou du moins de fermes sanctions. Puis c'est au tour d'Audrey, du neuropsychologue et de l'assistante sociale de s'exprimer, se référant chacun à l'univers symbolique du social : ils rappellent que le service est précisément prévu pour héberger « ce type de personne marginale » et que ce serait contre-productif (pour lui et pour les LAM) de le rejeter. De plus, « on avance quand même un peu sur son projet et puis il s'investit aussi dans le jardin » : les difficultés quotidiennes que posent Marchal ne sauraient effacer les enjeux plus lointains d'une possible sortie vers un hébergement avec plus d'autonomie.

¹² Cet exemple n'est cependant pas isolé.

« C'est NOTRE public, on va accepter qui si on refuse Marchal ? Que des gens qui ne posent pas de problème ? Mais dans ce cas ils ne sont pas sans-domicile ou alors ils peuvent rester à l'hôpital ! ».

Il est finalement convenu de resserrer l'attention (surveillance et sollicitude) autour de Marchal, sans que ne soit envisagée une fin de prise en charge.

De la même manière, Anthony et ses collègues se plaignent régulièrement de l'occupation des lits en LHSS par des personnes qui y « stagnent » et qui « profitent » de la structure « comme d'un hôtel ». Là encore, leur focalisation sur le quotidien entrave la perspective d'un travail à moyen terme, qu'il s'agisse de soins ou d'autonomisation vers un hébergement plus pérenne. La fouille des sacs et la confiscation de l'alcool à l'entrée¹³ se font avec plus ou moins de zèle en fonction des professionnels et des résidents. Pour les plus autoritaires, l'enjeu consiste à « faire remonter » les incidents de manière systématique afin de pouvoir faire pression sur la direction pour prononcer une fin de prise en charge. Ce à quoi s'opposent régulièrement Nabil, Zohra et Émilie – seule professionnelle de l'équipe sociale sur les LHSS. Les « transmissions » (traces écrites d'incidents dans le logiciel de communication des équipes) apparaissent comme un véritable outil pour « dénoncer » un résident ou, au contraire, pour le protéger en ne transmettant pas sur l'incident en question. De la question récurrente, « on fait quoi, on transmet ? », émergent là encore des controverses en fonction des résidents. Comme le suggérait Stéphanie en réunion de synthèse, si un résident « ne mange pas de pain et ne fait pas de miettes », il est plus facile de passer sous silence certaines infractions au règlement, voire même de le maintenir sur la structure alors qu'il est soigné : « On va bien lui trouver quelque chose, on va pas le renvoyer dehors tout de suite ! ». On le voit, des critères d'appréciation subjectifs sont *enchâssés* dans les critères institutionnels d'admission, de prise en charge et de fin de prise en charge. Or, ces appréciations subjectives semblent être indexées à l'ancrage des professionnels dans les univers symboliques identifiés. Nous l'avons vu, il n'en va pas différemment des accompagnements aux démarches médicales qui s'effectuent à l'extérieur du site.

¹³ Qui n'est pas rendu aux résidents quand ils ressortent par exemple, mais vidé dans l'évier.

Conclusion

FIGURE 1

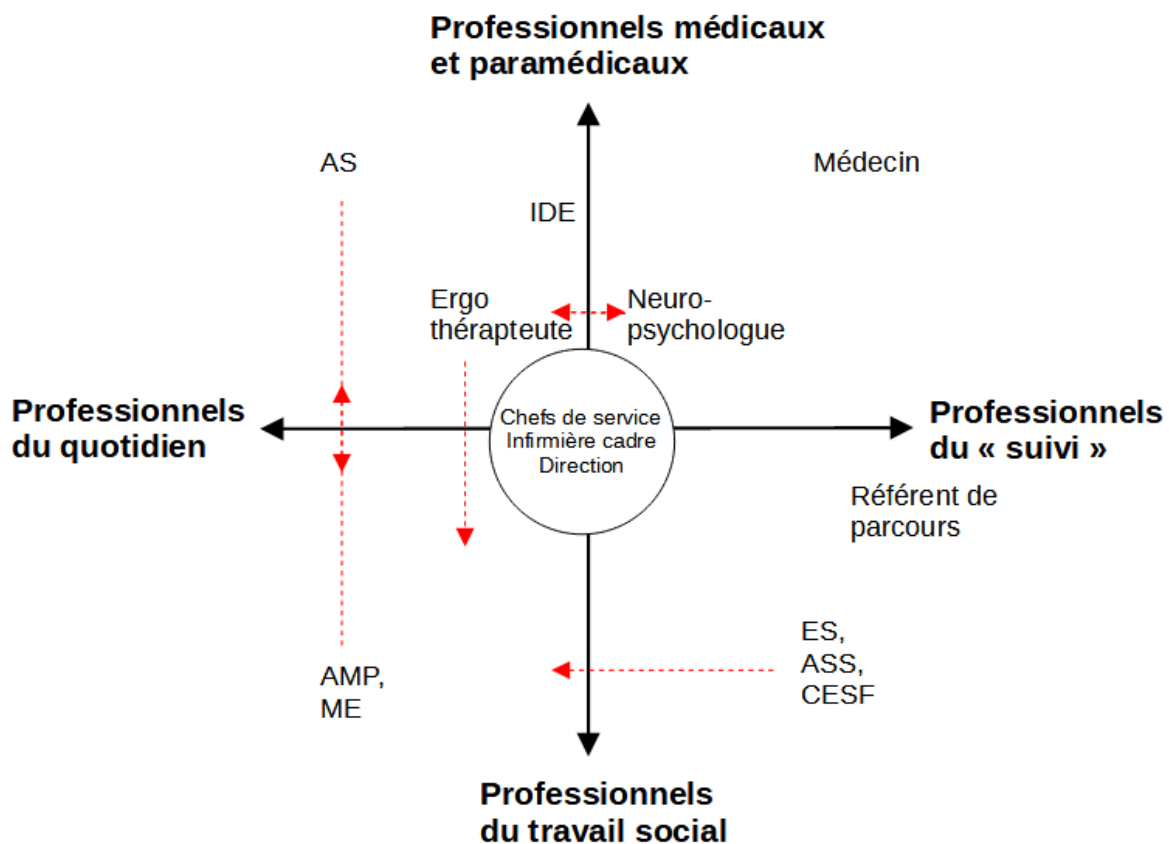


Figure 1 : positionnement tendanciel et hybridation des professionnels du secteur médico-social

Le schéma ci-dessus propose une lecture simplifiée du positionnement tendanciel des divers professionnels des LHSS, des LAM et du FAM. Ces derniers se distribuent selon les axes de différenciation identifiés dans cet article, entre pôle d'intervention (para)médical et pôle d'intervention social ; entre tâches d'accompagnement quotidiennes et tâches de suivi de parcours (de soins et d'insertion). On y perçoit aussi, en rouge, le déplacement ponctuel de certains professionnels vers d'autres préoccupations ou niveaux d'intervention, c'est-à-dire l'hybridation de leur approche professionnelle. La complémentarité des compétences et spécialisations des multiples acteurs ne fait pas de doute. Elle permet d'ailleurs une relative coordination sous couvert d'alliances dont nous avons souligné les ressorts.

Cela dit, la coordination des équipes et des employés demeure problématique, sans parler de réelle coopération. Dans la mesure où ils se réfèrent à des univers symboliques différents et où ils agissent à des niveaux d'intervention non moins différents, les professionnels du médico-social peinent à articuler leurs interventions. Des controverses apparaissent en fonction du sens qu'ils accordent à leur travail et de leur perception des résidents-patients. Ces difficultés

s'accentuent en outre du fait de l'extrême division du travail qui est organisée sur le site de l'association et du *turn-over* des acteurs intérimaires et remplaçants.

En dernière analyse, ces réflexions s'inscrivent dans la perspective de deux questionnements plus généraux. D'abord, celui de la souffrance professionnelle des acteurs du médico-social dont le sens du travail peut se trouver mis à mal du fait des controverses et conflits qui émergent des multiples points de vue adoptés. Ensuite, celui de l'efficacité de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sans-domicile, étant entendu que la coordination des intervenants et la cohérence de leurs positionnements favorisent l'accompagnement « global » en réconciliant le *cure* et le *care*.

Bibliographie

Astier I. et Medini A., 2019, *Sociologie de l'intervention sociale*, Paris, éd. Armand Colin.

Autès M., 2013, *Les paradoxes du travail social*, Paris, éd. Dunod.

Benoist Y., 2009, *Sans-logis de Paris à Nanterre. Ethnographie d'une domination ordinaire*, Paris, éd. L'Harmattan.

Besozzi T., 2020, « Usages et enjeux de la proximité-distance dans la relation d'aide en urgence sociale », *Les cahiers du travail social*, n° 97, p. 93-105.

Besozzi T., 2021, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, vol. 12, n° 3, p. 247-266.

Boutinet J.-P., 2013, « À propos du travail social. Quel projet faire advenir ? », *Vie sociale*, n°2, p. 111-122.

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

Collectif, 2013, « Les temporalités de l'action sociale », *Vie sociale*, n°2, numéro spécial.

Coulomb L., 2018, *Le soin des personnes sans domicile. Entre malentendus et négociations*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Dambuyant-Wargny G., 2006, *Quand on n'a plus que son corps*, Paris, éd. Armand Colin.

Gardella É., 2016, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, vol. 7, p. 243-260.

Guirimand N., Mazereau P. et Leplège A., 2018, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin*, Paris, éd. Champ social.

Marchal H., 2012, *L'identité en question*, Paris, éd. Ellipses.

Molinier P., Laugier S. et Paperman P., 2009, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, éd. Payot.

Morvillers J.-M., 2015, « Le care, le caring, le cure et le soignant », *Recherche en soins infirmiers*, n° 122, p. 77-81.

Parizot I., 2003, *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, éd. PUF.

Pascal H., 2014, *Histoire du travail social en France. De la fin du XIX^e siècle à nos jours*, Paris, Presses de l'EHESP.

Paugam S. (dir.), 2014, *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, éd. PUF.

Petiau A., 2019, « Frontières spatiales, temporelles et professionnelles dans l'accompagnement social et médical des personnes sans-abri. Une étude de cas », *Espaces et sociétés*, n°176-177, p. 33-51.

Reynaud J.-D., 1988, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. 1, n° 29, p. 5-18.

Uribelarrea G., 2020, *Le souci des patients sans-abri. Enquêter sur la relation de soin entre le monde médical et le monde de l'assistance*, Thèse de doctorat de sociologie, 15 juin 2020, Université de Lyon.

Pour citer cet article

Référence électronique

Besozzi Thibaut, "L'action médico-sociale auprès des sans-domicile : hybridation des professionnels et des niveaux d'intervention en contexte institutionnel", Sciences et actions sociales [en ligne], N°16 | année 2021, mis en ligne le 23 novembre 2021, URL : <https://www.sas-revue.org/88-n-16/dossier-n-16/232-l-action-medico-sociale-aupres-des-sans-domicile-hybridation-des-professionnels-et-des-niveaux-d-intervention-en-contexte-institutionnel>

Auteur

Besozzi Thibaut

Docteur en sociologie,

Université de Bourgogne, LIR3S

Thibaut.besozzi@u-bourgogne.fr

Droits d'auteur

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors