

Biomédecine, grande pauvreté et domination sociale

Job et les vétérinaires

« *Quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, qui tous ressemblent aux prisons ?* ».

Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 264.

Yann Benoist et Daniel Terrolle

Lors de nos diverses enquêtes de terrain auprès des SDF (Sans domicile fixe), nous avons été frappés par l'ambiguïté avec laquelle ils étaient pris en charge par les professionnels de santé. Ces derniers oscillent sans cesse entre mépris et respect, dégoût et compassion, amour et haine à l'égard des plus démunis. Autant dire que s'interroger sur la santé des sans-abri et questionner le cadre médical dans lequel cette dernière est prise en charge devra tenir compte sans cesse de multiples ambivalences selon le rôle exercé par chacun. Les personnes à la rue sont pourtant des citoyens à part entière dont le droit à la santé est théoriquement et juridiquement le même que celui du reste de la population. Pourtant, nos enquêtes de terrain révèlent que tant dans l'exercice de ce droit par ces patients que par les réponses apportées par les soignants, il en est tout autrement.

Dans le contexte actuel des inégalités sociales, la question de la santé, du dépistage, de la prise en charge du malade et des soins apportés est un indicateur particulièrement pertinent. De fait, comment, malgré un dispositif comme la CMU (Couverture maladie universelle), les inégalités en matière de santé sont-elles si fortes ? Comment les plus démunis participent-ils de ce déni en réponse à la coercition de la prise en charge ? Plus particulièrement, de quelle façon l'institution médicale, par nature normative, incarne-t-elle la domination sociale en privant d'autonomie et en contraignant les plus démunis ? Mais encore, pourquoi ces derniers font-ils leur cette domination dans leur déni de soins ?

Nous nous attacherons donc dans un premier temps à mettre en évidence comment les plus démunis sont victimes d'une éviction des circuits

habituels de soins, comment ils sont mis à distance des cabinets libéraux et des institutions classiques pour être, petit à petit, dirigés vers des structures qui leur sont destinées. Relativement à cela, nous analyserons leurs attitudes de renoncement à se faire soigner et les raisons qu'ils invoquent à ce propos. Ensuite, nous décrivons la façon dont les SDF malades sont pris en charge dans les institutions spécialisées et, pour ceux qui y sont reçus, dans les hôpitaux. Nous interrogerons les diverses contradictions de cette prise en charge et mettrons en évidence les effets du contrat normatif qui préside aux traitements des plus démunis. Nous verrons alors comment l'idéologie biomédicale et ses représentations affectent et infectent les professionnels du soin dans leur manière de penser la santé, tout comme les plus pauvres sont captifs de l'« ethnocentrisme de classe » des soignants : comment les exigences normatives des premiers visent-elles à transformer les derniers en « bons malades réinsérables », ceci en contradiction avec le mode de vie à la rue ? Enfin, nous mettrons en évidence l'impossible de cette relation thérapeutique à travers les effets de cette domination sociale : du malentendu mutuel à l'incompréhension réciproque, nous tenterons de comprendre, à travers l'incohérence des injonctions de soins, pourquoi cette relation thérapeutique est vouée à l'échec. Quelle est alors la question de la motivation de ces malades : pourquoi se soigner ? Se soigner, pour quoi ?

Finalement à un niveau sociologique et politique, l'institution médicale n'apparaît-elle pas comme l'une des armes de l'État pour asseoir sa domination et établir un contrôle social supplémentaire sur le corps et le comportement des plus démunis et autres marginaux ? Le refus de soin et la mort ne sont-ils pas alors les réponses finalement attendues et logiques de ces populations ?

L'éviction du système médical

Le *Code de déontologie médicale* est clair : les médecins doivent respecter et soigner « avec la même conscience tous les malades, sans discrimination d'origine, d'idéologie politique ou de conviction religieuse, de condition sociale » (1). Mais derrière cette honorable prescription se cache une réalité beaucoup moins angélique. De fait, les personnes démunies font l'objet de discriminations à l'accès aux soins, et ce, malgré la gratuité des prestations qui leur est normalement assurée par la CMU et la CMUC (Couverture Médicale Universelle Complémentaire). Une étude, réalisée en 2009 pour le fond de financement de la CMU, rapporte en effet qu'à Paris, 25,5 % des médecins libéraux refusent d'accueillir les bénéficiaires de ces aides (2). Ce refus concerne 9,2 % des omnipraticiens du secteur 1 (honoraires égaux au

(1) Ordre national des médecins, *Code de déontologie*.

(2) Pierre-Emmanuel Couralet, Caroline Despres et Stéphanie Guillaume, *Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2009, p. 42.

tarif de remboursement de la sécurité sociale) et 32,6 % des omnipraticiens du secteur 2 (honoraires libres). Les chiffres sont encore plus élevés dans certaines spécialités : on retiendra que 40,2 % des gynécologues du secteur 2 refusent les bénéficiaires de la CMU ! Ces médecins, qui semblent avoir oublié le serment d'Hippocrate, agissent dans la plus totale illégalité grâce à une quasi-impunité. Selon les auteurs de l'étude, les sanctions disciplinaires, qui émanent de l'Ordre des médecins, sont très peu dissuasives (3). Force est de constater également que ce n'est pas l'éthique qui fonde l'exercice de ces praticiens sauf à ce qu'elle soit parée des vertus du seul profit.

En plus des refus manifestes, il existe des formes déguisées du refus de soins : les médecins tentent parfois de décourager le patient de consulter. Certains proposent une date de rendez-vous anormalement éloignée. D'autres imposent des conditions de consultation restrictives, n'acceptant, par exemple, de ne prodiguer que les soins les plus sommaires. D'autres encore exigent l'acquiescement des dépassements d'honoraires alors même que cela est illégal lorsque le patient bénéficie de la CMU (4). Enfin, il est des médecins qui, tout en acceptant un patient ayant la CMU, lui expliquent clairement le caractère exceptionnel de cette décision afin de le décourager de consulter une seconde fois (5).

Si l'étude précitée dénonce certaines discriminations à l'accès aux soins, elle ne révèle pas toute l'ampleur du phénomène. Le rapport n'aborde pas la question des refus opposés aux sans-papiers qui bénéficient de l'AME (Aide médicale d'État). On peut pourtant prévoir des chiffres encore plus préoccupants. On imagine assez mal un immigré clandestin, qui par définition vit dans l'illégalité, porter plainte contre un médecin qui aurait refusé de le soigner. Le rapport n'aborde pas non plus la question des personnes dépourvues de toute couverture médicale. Or, elles ne sont pas si rares que l'on aimerait le croire. L'association humanitaire Médecins du Monde a révélé que beaucoup de sans-papier préfèrent se priver de l'AME plutôt que de signaler leur existence aux pouvoirs publics (6). De même, le terrain que nous avons effectué nous a appris qu'à cause des contraintes de la rue et de la lourdeur des démarches administratives, nombre de SDF se retrouvent, au moins temporairement, privés de toute forme de protection sociale. Ne connaissant pas l'existence de la CMU, d'autres personnes ne

(3) Nous remarquons en revanche que durant le mois d'octobre 2009, la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) a rapidement menacé de sanctions significatives le docteur Didier Poupardin pour n'avoir effectué que des prescriptions prises en charge à 100 % à ses patients atteints d'affection de longue durée. Il semble donc qu'un médecin ait plus d'intérêt à refuser un malade pauvre qu'à l'aider à pouvoir se soigner (France Info, « Trop "généreux" avec ses patients, un médecin menacé de sanctions », 8 octobre 2009).

(4) Pierre-Emmanuel Couralet, Caroline Despres et Stéphanie Guillaume, *Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, op. cit., p. 31.

(5) *Ibidem*, p. 59.

(6) Médecins du Monde, « L'accès aux soins des plus démunis en 2007 », dossier de presse, 17 octobre 2007.

font jamais valoir leur droit (7). Quelle est l'attitude des médecins à l'égard de ce type de patient ? On peut craindre de très nombreux refus. Si son patient n'est affilié ni à la sécurité sociale ni à la CMU et qu'il n'a pas de quoi s'acquitter des honoraires, le médecin ne sera jamais dédommagé pour sa consultation. Il est peu probable qu'un praticien qui, d'une part, refuse la CMU (qui lui assure une rétribution), accepte de travailler gratuitement, d'autre part : de très rares médecins « militants » le font cependant au nom de leur conception sociale de la médecine. Parmi les SDF que nous avons rencontrés, ceux qui sont dépourvus de couverture maladie ne se posent même pas la question. Persuadés qu'ils seront refoulés, ils ne se présentent jamais chez un médecin libéral. Tout porte donc à croire que, jusqu'alors, l'incidence du refus de soins a été largement sous-estimée.

On pourrait penser que l'hôpital public est une bonne opportunité pour ces exclus du système de soins (8). Malheureusement, là encore les discriminations persistent. La « Charte de la personne hospitalisée » contraint les hôpitaux publics à accueillir tous les malades, « en particulier [les] personnes démunies et, en cas d'urgence les personnes sans couverture sociale » (9). Mais, il est facile de contourner cette obligation. Il suffit, par exemple, de prétexter que le nombre de lits disponibles est insuffisant. Durant une enquête menée à Paris, des bénévoles de Médecins du Monde nous ont confié qu'il leur est arrivé de parcourir toute la capitale avant de trouver un hôpital qui acceptait de prendre en charge un malade sans-abri (10). De plus, des formes d'éviction déguisée existent également au sein des hôpitaux publics. Ainsi, lors d'une enquête au CASH (Centre d'accueil et de soins hospitaliers) de Nanterre, nous avons pu entendre un médecin expliquer à ses subordonnés qu'il fallait tout faire pour que tel patient affilié à la CMU n'ait pas envie de rester à l'hôpital (11).

Qu'il s'agisse des cabinets privés ou des hôpitaux, la raison principale des évictions est d'ordre économique. Un patient affilié à la CMU n'a pas à faire d'avance de frais ; le médecin sera ultérieurement remboursé

(7) Philippe Warin, « Le non-recours : définition et typologies », document de travail, 1, juin 2010 (<http://odenore.msh-alpes.fr>). Voir aussi Marc Collet, Georges Menahem et Hervé Picard, « Logiques de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits. Enquête Précalog 1999-2000 », in *Questions d'économie de la santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, n° 113, octobre 2006, et Antoine Rode, *Le Non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions de normes*, Thèse de doctorat de Sciences Politiques, Université Pierre Mendès-France, Sciences-Po Grenoble, 2010.

(8) Cependant, comme le souligne Isabelle Parizot, « l'inadaptation de l'hôpital réside plus largement en ce qu'il tend à privilégier la maladie au malade » (*Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, 2003, p. 52).

(9) Cf. la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(10) Yann Benoist, *Les Sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, Paris, L'Harmattan, 2009, p. 34.

(11) *Ibidem*, p. 125.

par l'assurance maladie. Ayant fait de mauvaises expériences au début de la mise en place du dispositif, certains praticiens du secteur 1 redoutent de ne pas être remboursés en totalité, cette crainte est pourtant aujourd'hui largement injustifiée (12). D'autres regrettent la « lenteur » des délais de remboursement. Enfin, nombre de médecins du secteur 2 déplorent que les consultations des patients ayant la CMU ne leur soient payées qu'au tarif de remboursement de la sécurité sociale, sans les dépassements d'honoraires. Dans tous ces cas, les bénéficiaires de la CMU seront considérés comme des patients « non rentables » et ne seront pas souvent les bienvenus. Les hôpitaux publics sont, quant à eux, soumis à un mode de financement particulier : la T2A (Tarification à l'activité). Dans ce système, le financement de la structure est subordonné au nombre d'actes médicaux et chirurgicaux réalisés. André Grimaldi et José Timsit critiquent sévèrement ce dispositif. Ils font remarquer que pour les hôpitaux, il est désormais financièrement plus intéressant de réaliser une opération plutôt que d'hospitaliser un patient pour éviter d'avoir à y procéder (13). Or, les malades les plus pauvres, et particulièrement les sans-abri, souffrent souvent de maladies chroniques qui nécessitent de longs séjours à l'hôpital sans qu'il y ait besoin d'intervention lourde. Du point de vue hospitalier, ils coûteront donc plus d'argent qu'ils n'en rapporteront. Là encore, ces malades seront jugés non-rentables et parfois indésirables. Dans le même ordre d'idée, Isabelle Parizot explique qu'une des raisons pour lesquelles les hôpitaux rechignent parfois à accueillir les personnes dépourvues de couverture maladie est qu'ils craignent de ne pas pouvoir se faire rembourser les dépenses engagées pour les soins (14).

Les causes du refus de soins ne sont sans doute pas seulement d'ordre économique. Lors de nos diverses enquêtes menées dans les milieux médicaux, nous avons pu constater que nombre de médecins ont une vision méprisante de ceux qu'ils appellent péjorativement « les CMU » (parfois prononcés « Cmu »). Ainsi, lors d'une enquête sur les médecines alternatives, nous entendîmes un jour un homéopathe dire à son collègue : « J'ai eu toute une famille de CMU aujourd'hui, et pas un seul qui parlait français, je vais bientôt pouvoir faire de la médecine vétérinaire ! » (15). Les représentations que beaucoup de soignants se font des malades pauvres, et particulièrement des sans-abri, sont très stéréotypées. Il est ainsi probable que certains médecins craignent que la présence d'un « clochard puant » dans la salle d'attente fasse fuir le reste de la clientèle. Cette hypothèse est également émise par

(12) Pierre-Emmanuel Couralet, Caroline Despres et Stéphanie Guillaume, *Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, op. cit., p. 73.

(13) André Grimaldi et José Timsit, « Une contre-réforme au nom de l'égalité entre les citoyens : hôpital entreprise contre hôpital public », in *Le Monde diplomatique*, septembre 2006, pp. 20-21.

(14) Isabelle Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 54.

(15) Propos « relevés » lors d'une enquête au dispensaire Hahnemann à Paris, en février 2004.

les auteurs de l'étude du fond CMU qui constatent que les refus de soins sont plus fréquents chez les praticiens situés dans les quartiers riches (16). Beaucoup de SDF ont d'ailleurs une vision lucide de la façon dont ils sont perçus par les médecins. À tel point que certains reprennent à leur propre compte les critiques faites à leur égard. Ils finissent même par comprendre et anticiper le refus des médecins libéraux, jusqu'à se mettre eux-mêmes en dehors du système de soins. Un usager du CHAPSA (Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri) de Nanterre nous confia un jour qu'il n'allait pas voir de médecins libéraux car il craignait que son aspect sale et misérable dérange la clientèle du cabinet (17).

Le refus des médecins n'est, par ailleurs, pas le seul obstacle à l'accès aux soins. Nous avons montré ailleurs que les SDF subissent, au quotidien, des contraintes énormes (18). Le temps est accaparé par les exigences d'une vie d'errance : effectuer des allers et retours incessants entre la rue et les CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence) ; chercher un abri pour dormir, trouver de l'argent ; satisfaire les besoins naturels et les éventuelles addictions ; tenter, le cas échéant, de régulariser sa situation administrative ; s'il reste de l'énergie et de l'espoir, rechercher un emploi, etc. Durant le temps restant, il faut encore faire face à une intense fatigue physique et psychologique. Bien souvent, les impératifs de la rue ne permettent pas au SDF de se rendre à un rendez-vous à une heure précise et ne leur offrent pas le luxe de patienter en vain dans une salle d'attente. De manière générale, et les sans-abri en ont parfaitement conscience, les contraintes de la biomédecine entrent en contradiction avec leur mode de vie. Le souci de soi, l'observance des traitements, le renoncement aux addictions, le respect des règles d'hygiène ou le suivi d'une alimentation saine et équilibrée (19) sont autant d'attentes que l'on ne peut satisfaire dans la rue. Les sans-abri préfèrent souvent fuir les médecins que de se voir imposer des prescriptions qu'ils ne pourront jamais suivre.

En outre, les sans-logis n'ont guère le loisir de se préoccuper de leur santé. Pour qu'une maladie soit considérée comme telle par un SDF, il faut qu'elle constitue pour lui un handicap, c'est-à-dire qu'elle l'empêche de s'adonner aux activités que nous venons d'évoquer (20). C'est ainsi que la plupart du temps, les sans-logis laissent leur pathologie s'aggraver considé-

(16) Pierre-Emmanuel Couralet, Caroline Despres et Stéphanie Guillaume, *Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, op. cit., p. 74.

(17) Propos recueillis au CHAPSA de Nanterre en juin 2006.

(18) Yann Benoist, *Sans-logis de Paris à Nanterre. Ethnographie d'une domination ordinaire*, Paris, L'Harmattan, 2009, pp. 21-192.

(19) Carole Amistani et Daniel Terrolle, « L'alimentation des SDF : entre autonomie et dépendance », in *Anthropology of food*, n° 6, septembre 2008.

(20) Yann Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner, les SDF du CHAPSA et leur santé », in *Sciences sociales et santé*, n° 26-3, 2008, pp. 4-34 et *Les Sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, op. cit., pp. 41-104.

ablement avant d'avoir recours à un soignant. À ce stade, la maladie n'est souvent plus du ressort du seul médecin généraliste mais relève des urgences ou nécessite, quand il en est encore temps, de se rendre à l'hôpital. Mais pas plus que la médecine générale, l'hospitalisation n'est compatible avec le mode de vie des SDF. Ces derniers refusent alors parfois de s'y résoudre. Et lorsque c'est le cas, encore faut-il trouver un hôpital qui ne prétexte pas un manque de place. Durant nos recherches, nous avons constaté que, sans même les prendre en charge, des hôpitaux publics redirigeaient des SDF malades vers le CASH de Nanterre (21). C'est ainsi que les hôpitaux publics se défaussent d'une partie de leur clientèle la plus pauvre en se reposant sur des structures spécialisées.

Notons enfin que, dans ce contexte, il est plus aisé pour les sans-abri d'avoir directement recours à des institutions comme le CHAPSA. Les SDF savent en effet que dans les structures médicales qui leur sont destinées, les soins ne leur seront normalement pas refusés. Ainsi, ils évitent la perte de temps et l'humiliation de l'éviction. En outre, certaines structures leur sont plus faciles d'accès. L'antenne médicale du CHAPSA se trouve, par exemple, dans le même bâtiment que le centre d'hébergement. De fait, les SDF n'ont que très exceptionnellement recours au système médical classique. En règle générale, ils en sont exclus et n'ont guère d'autres choix que d'utiliser une médecine qui leur est destinée : la médecine des pauvres.

La médecine des pauvres L'exemple du Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre

Lorsqu'ils sont malades, les sans-abri se rendent donc dans des centres de soins spécialisés. Nous ne prendrons ici que l'exemple du CASH puisque c'est là que nous avons mené notre enquête. Le CASH se trouve à Nanterre (Hauts de Seine), en banlieue parisienne. C'est une grande institution qui comprend un pôle médical, l'hôpital Max Fourestier et un pôle social où l'on trouve, entre autres, le CHAPSA.

Le CHAPSA est un centre d'hébergement d'urgence. Toutes les nuits, 250 sans-abri y sont accueillis. La structure correspond en tout point à ce qu'Erving Goffman appelait une « institution totale » (22). Elle gère en effet de façon drastique le rapport au temps et à l'espace de ses usagers (23). Pour être acceptés dans la structure, les SDF doivent y être conduits par un

(21) Des observations similaires ont été effectuées par Isabelle Parizot (*Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 51).

(22) Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

(23) Yann Benoist, *Sans-logis de Paris à Nanterre. Ethnographie d'une domination ordinaire*, op. cit., pp. 21-127.

car de la BAPSA (Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri), du SAMU social (Service d'Aide Médicale d'Urgence social) ou du « recueil social » de la RATP (Régie Autonome des Transports Parisiens). Ces cars recueillent les SDF en soirée à Paris avant de les amener à Nanterre où ils passent la nuit. Or, le règlement oblige les usagers à quitter la structure le lendemain matin. Par conséquent, s'ils veulent à nouveau dormir au CHAPSA, ces derniers sont contraints de retourner à Paris pour emprunter un des cars précités. C'est ainsi que de nombreux sans-abri font quotidiennement la navette entre Nanterre et la capitale. Le rythme de leur existence est donc entièrement réglé par les contraintes de ce que beaucoup d'entre eux appellent encore « la maison de Nanterre » (24).

Un petit nombre d'usagers, moins d'une dizaine par jour, font exception à ces modalités d'accueil. Ils ne bénéficient pas pour autant d'un traitement de faveur. Vers 11 heures du matin, ils sont amenés au CHAPSA par le « recueil social » de la RATP. Ils ont dormi dehors et ont, pour la plupart, été sollicités par les agents chargés du « ramassage ». Ils peuvent prendre une douche, voir un soignant et obtenir un panier-repas. Mais ils doivent quitter la structure en début d'après-midi. De fait, seule une poignée d'usagers peut rester en journée au CHAPSA. Exceptionnellement, lorsque les médecins jugent que leur état de santé l'exige, certains SDF se voient en effet accorder un « accès direct » à la structure (25).

Le CHAPSA est un des rares centres d'hébergement d'urgence à assurer une prise en charge médicale. L'antenne médicale du CHAPSA est composée de deux salles de soins infirmiers et de deux cabinets de consultation médicale. Y travaillent une secrétaire, deux infirmières, une aide-soignante ainsi que trois médecins. Depuis 2006, aucun interne n'y est plus affecté. L'antenne médicale n'est ouverte que le matin et une partie de l'après-midi. Il existe aussi au sein du CHAPSA une structure appelée « lits halte soins santé » qui accueille une cinquantaine de sans-abri. Y séjournent, dans la limite des places disponibles, des sans-logis ayant besoin de soins infirmiers quotidiens et d'une période de repos. On y trouve aussi des SDF qui attendent que se libère une place à l'hôpital. Les usagers des lits infirmiers sont autorisés à y demeurer toute la journée. Lorsqu'aux yeux des soignants, leur état de santé ne justifie plus ce type de prise en charge, ils doivent quitter la structure.

Non loin du CHAPSA, se trouve le pôle médical du CASH : l'hôpital Max Fourestier. Il s'agit d'un hôpital public hors AP-HP (Assistance Public des Hôpitaux de Paris) qui accueille les populations de Nanterre et

(24) La « maison de Nanterre » est l'ancien nom du CHAPSA.

(25) En 2009, un accueil de jour a été mis en place. Il ne concerne qu'un petit nombre de personnes dont l'état de santé ou de handicap physique ne permet pas les allers-retours quotidiens entre Paris et Nanterre. Cette innovation n'en est pas réellement une. Il ne s'agit en fait que d'officialiser des pratiques auparavant officieuses.



Tony Matelli, *Total Torpor, Mad Malaise*, 2003.

ses proches environs. De par sa proximité avec le CHAPSA, il reçoit aussi des patients SDF. La plupart d'entre eux ont auparavant transité par le centre d'hébergement ou les « lits halte soins santé » où l'on n'a pas pu les garder en raison de la gravité de leurs pathologies. D'autres SDF, au contraire, arrivent au CHAPSA ou aux « lits halte soins santé » après avoir fait un bref passage au service des urgences de l'hôpital.

À moins qu'ils ne soient amenés inconscients au service des urgences, la plupart du temps, rien n'oblige les malades sans-abri à entamer un processus thérapeutique. Certes, des soins mineurs sont parfois prodigués sous la contrainte. Ainsi, aux urgences de l'hôpital et parfois au CHAPSA, il arrive que des SDF soient douchés de force. Mais dans ces cas, les sans-abri quittent généralement la structure avant que d'autres soins ne soient réalisés. On ne peut donc pas à proprement parler de processus thérapeutique. Le consentement des patients est en fait indispensable à la mise en place d'une relation de soins. Ce consentement peut être spontané, les sans-abri décident alors de solliciter l'aide d'un soignant. Il peut aussi être le résultat des conseils d'un tiers (ami, bénévole, soignant, etc.). La décision peut être prise dans la rue, le malade décide ou accepte d'être conduit à Nanterre, ou au CHAPSA quand le malade est déjà usager de la structure. Quoi qu'il en

soit, ce consentement est précaire. À chaque instant du processus thérapeutique, un événement est susceptible de provoquer le départ du malade. Au CHAPSA, il est exceptionnel qu'un parcours de soins se déroule sans accroc et il est rare qu'il soit mené à son terme. Il est en effet très difficile, voire impossible, pour un sans-abri de concilier les exigences de la médecine avec son mode de vie, les contraintes du CASH et la préservation de son intégrité psychologique.

Au CHAPSA, tout SDF désireux de se soigner est convié à prendre une douche (26). Certains, y voyant une contrainte ou une humiliation, le refusent et abandonnent ici le parcours de soins. Après la douche, les usagers en demande de soins sont invités à voir un(e) aide-soignant(e) ou un(e) infirmier(ère), préalable indispensable pour rencontrer un médecin. Au CHAPSA, le sous-effectif est patent. Ainsi, il n'y a, la plupart du temps qu'une seule infirmière à l'antenne médicale, une aide-soignante joue alors le rôle d'une seconde infirmière afin de combler le manque. Ce sous-effectif a bien entendu des répercussions significatives sur la prise en charge des malades sans-abri. Le temps d'attente est souvent très long et incompatible avec le mode de vie des SDF, d'autant plus que l'antenne médicale n'est ouverte ni le soir ni la nuit, périodes de plus grande disponibilité des usagers.

Lorsque l'infirmière juge que le cas le nécessite, elle fait appel à l'un des trois médecins de l'antenne médicale. L'un d'eux vient alors voir le malade pour évaluer rapidement si son cas nécessite effectivement une consultation médicale. Les médecins n'acceptent pas systématiquement de recevoir les usagers qu'on leur présente. Dans ce cas, les patients devront se contenter de soins infirmiers. Il est bien sûr logique qu'un praticien ne reçoive pas un malade dont l'état de santé ne nécessite que l'intervention d'une infirmière. Mais il arrive aussi que des médecins évitent certains types de malades, notamment ceux dont l'apparence renvoie aux stéréotypes du « clochard ». Toutefois, si un pronostic vital est envisagé, le médecin ne peut plus se défausser sur ses subordonnés.

Lorsqu'un médecin accepte de le recevoir, le malade devra attendre d'être invité dans le cabinet. Là encore, le temps d'attente peut être excessivement long, plus encore que pour voir une infirmière. D'une part, les médecins ne sont pas toujours tous présents dans la structure : ils sont tenus de prendre en charge les patients d'une autre structure du CASH, ce qui les éloigne temporairement du CHAPSA ; en outre, certains d'entre eux prennent de grandes libertés avec leurs horaires de travail. D'autre part, aucun rendez-vous n'est fixé, le moment et l'ordre des visites dépendent uniquement du bon vouloir des médecins. Nous avons observé que certains d'entre eux restaient plusieurs dizaines de minutes, parfois près d'une

(26) Voir à ce propos les justifications des soignants, Isabelle Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 164.

heure, seuls dans leur cabinet avant d'y faire entrer un patient. Les usagers sont souvent irrités et découragés d'attendre ainsi sans qu'on leur en explique la raison. Si certains soignants estiment que les SDF n'ont « que ça à faire », les principaux intéressés ne partagent évidemment pas cette opinion. Beaucoup se découragent ou s'irritent de la situation. Certains repoussent, voire abandonnent, leur parcours thérapeutique.

À l'issue de la consultation, le médecin soumet un traitement au malade. La plupart du temps, il s'agit de soins infirmiers et de prescriptions de médicaments disponibles à l'antenne médicale. Si l'état de santé du patient nécessite du repos, le praticien peut exceptionnellement lui accorder l'autorisation de demeurer au CHAPSA en journée. S'il juge cela nécessaire et si des places sont disponibles, le médecin propose un placement aux « lits halte soins santé » ou à l'hôpital. Dans tous ces cas de figure, le parcours thérapeutique se heurte aux contradictions et à l'inadaptation du système médical vis-à-vis des plus démunis.

Les consignes que les soignants donnent aux malades sont, en effet, souvent incompatibles avec le mode de vie et les besoins de ces derniers (27). Les usagers du CHAPSA sont supposés être « compliants » (28), c'est-à-dire qu'ils doivent se conformer aux prescriptions et aux injonctions médicales. Outre le respect des modalités d'accueil du CHAPSA, ils sont contraints de se rendre disponibles aux heures où les soignants sont susceptibles de les recevoir. En outre, même lorsqu'ils n'ont qu'un simple traitement médicamenteux, il est rare qu'on leur fournisse assez de remèdes pour une semaine en une seule fois. Ils doivent alors revenir à l'antenne médicale plusieurs fois par semaine. Leur liberté de mouvement est donc plus restreinte encore qu'à l'accoutumée. C'est d'autant plus vrai dans la section des « lits halte soins santé » d'où ils ne peuvent sortir que de 12 à 18 heures et à l'hôpital où les sorties sont souvent exclues. Or, pour la plupart, les sans-abri ont besoin d'une grande mobilité, ne serait-ce que pour sortir mendier ou tenter d'améliorer leur situation sociale.

La structure ne contrôle pas seulement le rapport au temps et à l'espace des usagers, comme toute « institution totale », elle contrôle aussi leur rapport au corps. Que ce soit à l'antenne médicale ou aux « lits halte soins santé », les malades sont conviés à prendre une douche s'ils veulent

(27) Cf. également le témoignage de Mireille, assistante sociale, in Isabelle Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 169 et Patrick Gaboriau, Clochard. *L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Paris, Julliard, 1993, p. 135.

(28) La « compliance » est un anglicisme, synonyme d'« observance » ou d'« adhésion » d'abord utilisé dans le milieu médical, puis dans les sciences humaines. Il est défini classiquement comme « la concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, suivi de régime ou changement de style de vie) et la prescription médicale » (R. Haynes, D. Taylor, et D. Sackett, *Compliance in Health Care*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1979, p. 516). La « non-compliance », dans cette logique, est une non-concordance entre comportement du malade et prescription médicale.

voir un soignant. Cette prescription est en partie liée à une nécessité médicale. Certains soins, tels que le traitement de parasitoses ou des ulcères, ne peuvent en effet être réalisés que sur une peau propre. Mais elle est surtout liée à l'idée fautive selon laquelle les SDF, dans leur ensemble, manqueraient cruellement d'hygiène et que cela nuirait systématiquement à leur état de santé. Ainsi, des personnes propres ou dont les symptômes n'ont pas de rapport avec l'hygiène sont priées de prendre une douche. Dans des cas extrêmes, comme nous l'avons observé aux urgences de Nanterre, ils sont parfois lavés de force d'une façon particulièrement humiliante. Toujours sous le prétexte de l'hygiène, il est fréquent que des aides-soignants rasent le crâne de certains sans-abri, ce qui, quelle qu'en soit la raison, constitue une atteinte à l'intégrité physique. Si l'on comprend qu'il s'agit de lutter contre les parasites, on notera que les traitements alternatifs sont trop souvent mis de côté. Les usagers du CHAPSA jugent ces pratiques à la fois inadaptées à la demande de soins et infantilisantes. Quelquefois, se sentant humiliés, ils abandonnent leur parcours thérapeutique à cause de ces injonctions.

Les patients SDF sont, le cas échéant, vivement incités, sinon à abandonner, au moins à réduire significativement leurs conduites addictives. Au CHAPSA, la consommation et le transport d'alcool sont prohibés. Toutefois, y compris à l'antenne médicale, beaucoup de salariés tolèrent l'état d'ivresse pourvu qu'il ait été provoqué à l'extérieur et qu'il ne trouble pas l'ordre public. Malgré tout, nombre de SDF craignent de souffrir du manque s'ils dorment au CHAPSA car ils devront se passer d'alcool jusqu'au lendemain. Dans les « lits halte soins santé », le règlement est encore plus sévère et un état d'ébriété répété peut conduire à une exclusion de la structure. Quant à l'hôpital, il y est strictement interdit de fumer et de consommer de l'alcool. Enfin, dans toutes ces structures, comme n'importe où en France, la détention et la consommation de stupéfiants sont illégales. Or, beaucoup de SDF sont concernés par les addictions. La quasi-totalité des usagers du CHAPSA sont fumeurs, une grande partie est alcoolique et certains sont dépendants à des stupéfiants. Beaucoup d'entre eux ne sentent pas la capacité d'abandonner leur consommation pour se soigner. Il faut de plus avoir conscience que le tabac et les substances psycho-actives sont très souvent les seuls plaisirs auxquels les SDF ont encore accès. Ils peuvent alors décider ou être contraints d'abandonner leur parcours thérapeutique. En outre, même quand il n'y a pas de sanction, les usagers subissent, de la part des soignants, des reproches et stigmatisations relatives à leurs consommations. Cette situation est parfois suffisamment humiliante pour qu'ils décident d'abandonner les soins.

La prise en charge des malades sans abri souffre de contradictions manifestes : on exige des patients qu'ils soient compliants alors que l'organisation des structures ne le leur permet pas. En effet, les contraintes liées au temps et à l'espace les empêchent de se soigner s'ils continuent à se livrer aux activités qu'ils jugent indispensables ; les exigences vis-à-vis des addic-

tions les contraignent à abandonner les soins s'ils sont trop dépendants ; les pratiques humiliantes les empêchent de se soigner s'ils souhaitent préserver leur intégrité physique et psychologique, etc.

La relation thérapeutique repose en fait sur un contrat normatif qui est intenable à long terme pour les SDF. Les soignants conditionnent les soins au respect de ce qu'ils considèrent être la norme. Le caractère normatif de ce système de soins est à l'origine de ses contradictions : entre la haine et l'amour, il faut soigner mais aussi contraindre, voire punir. Le contrôle normatif du corps des malades pauvres est donc la cause principale de l'échec de la prise en charge médicale des SDF.

« Réinsère toi et marche »

Si les soignants tentent d'imposer des normes aux patients sans-abri, c'est qu'ils y sont eux-mêmes contraints par l'institution qui les encadre. Leur rôle est de faire respecter les règles établies par l'idéologie biomédicale dominante. Or, cette idéologie définit à la fois les devoirs des soignants et ceux des soignés. Si les premiers sont censés faire leur possible pour venir en aide à leurs patients, les seconds, en retour, sont tenus d'adopter un certain type de comportement. Un malade, quelles que soient son origine sociale et ses conditions de vie, se doit d'être compliant, docile, sobre, propre, respectueux des horaires, etc. Si tel n'est pas le cas, il faut l'y inciter. Pour la plupart, les soignants du CHAPSA ont bien sûr conscience de la difficulté, voire de l'impossibilité de la tâche. Certains tentent, un temps, d'assouplir le règlement pour aider le malade à observer les traitements. Mais, rattrapée par les contraintes institutionnelles et gagnée par le découragement, la grande majorité d'entre eux revient rapidement aux procédures normatives et standardisées. Comme n'importe quel salarié, les soignants du CHAPSA doivent souvent se borner à faire respecter les règles qu'ils ont intériorisées au cours de leur carrière.

Ce qui apparait en filigrane dans l'idéologie biomédicale dominante c'est la distinction entre deux types de malades. Il y aurait d'un côté des « bons malades » et de l'autre des « mauvais malades ». Les premiers seraient des malades compliants, respectueux des normes biomédicales et, si possible, rentables pour l'institution qui les accueille. Les seconds, au contraire, seraient non compliants, se soucieraient peu des normes et seraient coûteux pour l'institution comme pour l'ensemble de la société. On comprend que les malades SDF entrent généralement dans la seconde catégorie.

Les soignants intègrent d'autant mieux ces représentations qu'elles dépassent très largement le champ médical. Elles renvoient en effet à des stéréotypes relatifs à la grande pauvreté très partagés dans la société. Dans le « meilleur » des cas, ces représentations font des SDF des désocialisés inadaptés, préjugés largement relayés par Patrick Declerck dans *Les*

Naufragés (29). Dans le pire des cas, elles en font des parasites coûteux pour la société. Bien qu'elles soient parfois théorisées, ces représentations collectives s'imposent en réalité de façon inconsciente, à la manière d'un habitus. Elles relèvent de ce que nous avons ailleurs appelé un « ethnocentrisme de classe » (30). Les observations nous ont en effet conduit à penser que, dans leur majorité, les soignants, comme les bénévoles, les travailleurs sociaux et, sans doute, une grande partie de la population française, voient les SDF aux travers des trois grands stéréotypes de l'altérité que sont le « fou », l'« enfant » et le « sauvage ». La nature infantilisante et coercitive de la prise en charge médicale au CHAPSA se justifierait alors par le prétendu caractère irrationnel, immature et inculte des usagers.

Ces conceptions affectent en fait tous les niveaux du système de prise en charge de la grande pauvreté. Le secteur du « travail social » est, en effet, soumis à cette philosophie normative. Les pauvres sont considérés comme des personnes « désinsérées », le rôle des travailleurs sociaux est de les aider à se « réinsérer ». Être « inséré », c'est en fait répondre aux critères dominants de normalité. En premier lieu, il faut être « raisonnable », « adulte » et « civilisé ». Mais ce n'est pas suffisant, le stade ultime de l'insertion est le travail qui pourtant, dans les faits, n'empêche pas la pauvreté (31). Au niveau étatique, la réinsertion par le travail est devenue l'argument premier des politiques de lutte contre la pauvreté. Ainsi, en 2009, nous sommes passés d'un Revenu Minimum d'Insertion (RMI) à un Revenu de Solidarité Active (RSA). Il semble que dans le domaine du retour à l'emploi, la méthode soit aujourd'hui d'agiter la carotte et le bâton. Les conditions d'accès aux allocations chômage se durcissent. Pour conserver ses droits, le chômeur doit « justifier de l'accomplissement d'actes positifs et répétés de recherche d'emploi » (32), sans quoi il risque de se voir radié de la liste des demandeurs d'emploi. La tendance est donc, comme le rappelle Loïc Wacquant, à « punir les pauvres » (33). Tout se passe comme si les plus démunis devaient avant tout être rééduqués.

On l'aura compris, le secteur de la santé participe à cette philosophie de la réinsertion. Implicitement, l'idéologie médicale impose en effet aux soignants un travail de rééducation. Pour soigner, ils sont censés transformer les « mauvais malades » en « bons malades ». Et pour en faire de « bons malades », ils doivent en faire des personnes qui, à défaut d'être

(29) Patrick Declerck, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

(30) Yann Benoist, *Les Sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, *op. cit.*

(31) Selon l'INSEE, en 2002, 26 % des « sans-abri et personnes en centre » étaient des « actifs ayant un emploi » (cf. Cécile Brousse et Bernadette de la Rochère, « Hébergement et distribution de repas chaud, le cas des sans domicile fixe », in *INSEE première*, janvier 2002).

(32) Cf. le Décret n° 2005-915 du 2 août 2005 relatif au suivi de la recherche d'emploi.

(33) Loïc Wacquant, *Punir les pauvres, le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Marseille, Agone, 2004.

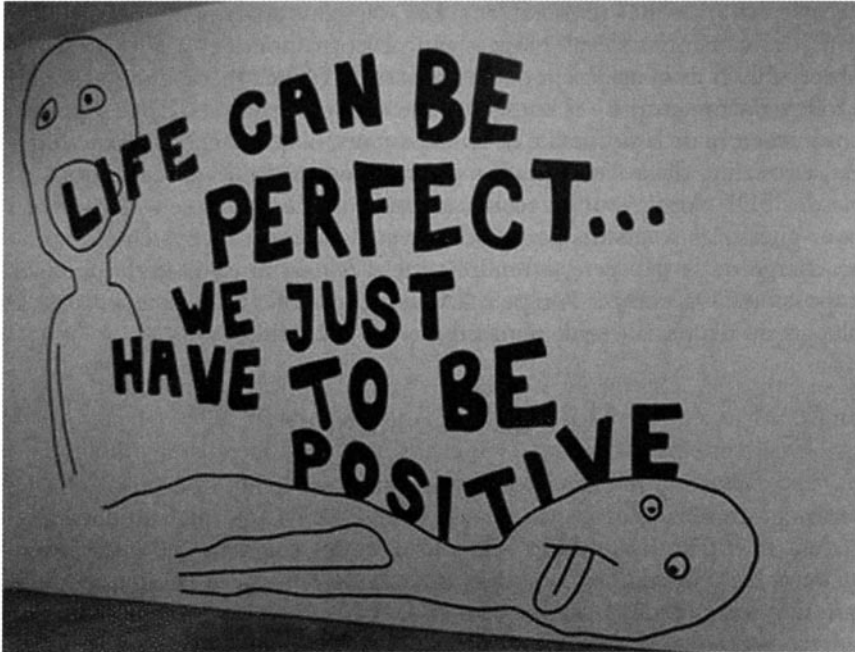
« réinsérées », seront « réinsérables ». Les soignants enferment donc les SDF dans des catégories dévalorisantes qui ne correspondent à aucune réalité observable et ils considèrent que les causes de l'échec thérapeutique sont la « folie », l'« immaturité » et la « sauvagerie » de leurs patients. Ils ne prennent conscience, ni de la normalité de leurs patients, ni que l'échec thérapeutique est, en réalité, dû à l'inadaptation du système médical aux conditions de vie des SDF. Ainsi, tout en réclamant aux malades qu'ils se « réinsèrent » pour guérir, les soignants participent, avec l'ensemble du système de prise en charge de la pauvreté, à rendre cette « réinsertion » et cette guérison impossibles. Or, comme l'on peut le déduire, pour les SDF, la mort reste, la plupart du temps, la « seule réinsertion » (34) véritable.

Pourquoi se soigner ?

Ce sombre bilan appelle une question : le fait de se soigner a-t-il vraiment un sens pour les usagers du CHAPSA ? La plupart du temps, on est en droit d'en douter. Les relations avec les soignants ne s'établissent qu'autour d'un dialogue de sourds où aucune réponse n'est apportée aux questionnements des malades sans-abri. À observer les interactions entre soignants et soignés, on a l'impression que les deux parties usent d'un langage différent. Les SDF parlent de leurs souffrances et de leurs maladies telles qu'ils se les représentent ; ils ne mêlent pas systématiquement à ce discours les autres dimensions de leur existence. Les soignants, quant à eux, usent du langage de la norme à laquelle ils subordonnent le soin et qui, selon eux, conditionne la santé. En conséquence, on aboutit à un malentendu mutuel : les SDF pensent que les soignants ne sont là que pour les soigner alors que leur fonction est aussi d'ordre normatif. Les soignants, quant à eux, pensent que les SDF demandent à entrer dans un parcours biomédical classique avec ce que cela implique d'« hygiénisme » (propreté, sobriété, etc.), alors que les SDF souhaitent simplement que l'on traite un désordre somatique en prenant en compte leurs conditions de vie.

Le processus thérapeutique est donc entravé par une incompréhension réciproque basée sur des représentations fantasmatiques de l'« autre ». Les sans-logis ne comprennent pas pourquoi on les contraint et infantilise alors qu'ils ne demandent que du soin. Ils s'imaginent que les soignants ne cherchent pas à les guérir mais qu'ils ne s'intéressent qu'à l'argent. De leur côté, les soignants s'étonnent que les sans-logis refusent de suivre les normes biomédicales. Ils jugent le comportement des SDF irrationnel et prennent ces derniers pour des fous. Il n'y a donc pas réellement de relation thérapeutique au sens où il n'y a pas d'échange construit et réciproque sur le soin et la maladie. Cette relation est rendue impossible par l'incohérence

(34) Daniel Terrolle, « La mort comme seule réinsertion », in Patrick Gaboriau et Daniel Terrolle (sous la direction de), *Ethnologie des sans-logis. Étude d'une forme de domination sociale*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 181-202.



Tony Matelli, *Born in the morning, dead by night*, 2009.

des injonctions thérapeutiques relativement aux besoins des SDF. Même dans le cas exemplaire du dispositif Hugo (prise en charge financière totale par l'hôpital) à l'Hôpital Saint-Bernard, la volonté éthique de ne point faire de discrimination sociale entre les malades pousse les soignants à se retrancher dans la seule logique médicale : « Affirmer la primauté du critère médical permet d'assurer la mission première du dispositif : soigner... Les questionnements quant à l'accueil de malades non solvables, marginaux ou agressifs trouvent en fait une réponse commune dans la référence aux valeurs médicales » (35). Si la relation soignants-soignés n'est pas d'ordre thérapeutique, c'est logiquement qu'elle est d'un autre ordre : il s'agit d'une relation de domination puisque le but est d'imposer l'idéologie biomédicale dominante ainsi que des normes sanitaires et sociales.

Pourquoi, dans ce contexte, se soigner lorsque l'on est SDF ? L'expérience de l'errance est très intense. Malgré eux, les sans-abri y acquièrent très rapidement une grande expérience relative à des institutions comme le CHAPSA. Très vite, ils comprennent qu'ils y sont enfermés dans

(35) Isabelle Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 162.

un statut de dominés et ils en souffrent beaucoup. Tout aussi rapidement, ils comprennent, plus ou moins consciemment ce que veut dire le fait de se soigner. À leurs yeux, entamer un processus thérapeutique implique de nombreux sacrifices : accepter de subir les contraintes de la « maison de Nanterre » qui les empêchent de réaliser les activités qu'ils jugent nécessaires ; accepter la domination des soignants et la mortification qu'elle entraîne ; accepter d'entrer dans un processus de normalisation sociale tout en sachant cette « normalisation » impossible dans les conditions de vie qui sont les leurs, etc. En outre, les sans-logis comprennent le peu de chance que le parcours thérapeutique ait d'être mené jusqu'à son terme. Les temps semblent finis où l'hôpital pouvait être « un lieu d'accueil idéal » (36) au début des années quatre-vingt-dix, où l'on pouvait souffler un peu avant de regagner la rue : la rentabilité obligée de cette entreprise de santé n'autorise plus ce petit bénéfice pour les plus démunis.

S'ils pèsent le pour et le contre, entre les sacrifices à faire et la probabilité de guérison, beaucoup de SDF se demandent pour quelle raison ils iraient se faire soigner, tant les éventuels bénéfices sont faibles. C'est pourquoi ils ne se résolvent aux soins que lorsque surgit un handicap important ou qu'ils sentent la mort imminente. Mais encore faut-il que la mort apparaisse être une raison suffisante pour renoncer au reste. Et force est de constater que c'est loin d'être toujours le cas. Durant l'enquête au CASH, nous avons plusieurs fois observé des usagers refuser toute prise en charge jusqu'à ce qu'ils meurent. Aux yeux de beaucoup de sans-abri, le mot « réinsertion » est vide de sens. Ils savent que le système de gestion de la pauvreté ne leur permettra probablement pas d'améliorer leur situation sociale. Là, réside sans doute un point de butée sur lequel l'incompréhension des soignants est totale : se soigner implique d'investir dans un avenir meilleur que celui de la maladie ou de son issue. Or, quel avenir véritable ont les SDF ? Ne jouissant pas du présent et n'espérant rien de l'avenir, nombre de SDF, sans avoir nécessairement le désir de mourir, n'ont plus l'envie de vivre. Ils ne voient donc aucune raison de se soigner surtout si cela entraîne des privations supplémentaires.

Reste à savoir pourquoi, dans ce contexte, rien n'est fait pour redéfinir le rôle des soignants, pour adapter les soins aux besoins et conditions de vie des SDF et pour repenser les modalités de prise en charge au CHAPSA.

(36) Patrick Gaboriau, *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, op. cit., p. 133.

La médecine, outil de domination sociale

Il en est ainsi de l'exercice de la médecine comme de celui de pas mal d'autres disciplines envers les SDF. Si l'aménagement et l'urbanisme dessinent une ville dont les centres marchands dissuadent physiquement les plus démunis d'y être présents, leur signifiant ainsi que leur qualité de citoyens reste insuffisante à justifier une présence que l'on préfère réserver au seul consommateur, la médecine témoigne qu'elle leur administre un traitement à la même mesure. Job n'est pas le bienvenu dans les salles d'attente et, s'il est admis dans les structures publiques, pas grand chose n'est fait pour prendre en considération sa situation spécifique. C'est sans doute là, dans la dénégation de sa situation que réside le pire de l'expression de la domination sociale : faire comme si ce patient avait un toit, comme s'il ne buvait pas, comme s'il était inséré dans une temporalité maîtrisée, comme si enfin la logique et l'exigence des soins avaient le même sens pour lui que pour le reste des patients. Tout ceci sans doute au nom d'une égalité toute républicaine et d'une bonne conscience médicale d'autant plus inaltérable qu'elle s'appuie sur un code de déontologie.

Job a l'habitude de cela : il est vêtu d'habits dont on s'est débarrassé (37), il est nourri d'aliments de surplus ou voués à la destruction et il est hébergé trop souvent dans d'anciens bâtiments recyclés à cette fin. Alors, il reçoit des soins certes, mais des soins vétérinaires en ce qu'ils sont administrés hors de tout contexte de vie. On le remet à la rue avec un traitement ou des pansements à renouveler, tout en sachant qu'il boira plus que de mesure et qu'il oubliera les soins à effectuer. On peut ainsi laisser croire qu'il va guérir alors que par ailleurs on estime faible son espérance de vie au regard de sa morbidité et de sa situation sans issue. C'est insensé mais c'est ainsi, tout cela étant nappé d'un mutisme consensuel quant à ce que va devenir Job puisque tant sa prétendue réinsertion que sa mort échappent à toute évaluation statistique officielle.

Le silence des médecins à propos de cette mortalité, le mutisme de certains responsables de l'éthique médicale à ce sujet et à propos des refus de soins des patients bénéficiant de la CMU, les logiques médicales telles qu'elles ont été évoquées, tout cela, en concordance, témoignerait-il d'un art consommé de l'illusionnisme qui prétend ainsi remédier à ce qu'il pérennise ? N'est-ce pas en cela que l'expression de la domination sociale, dans ce jeu subtil de silences et d'incompréhension obstinée, se donne à comprendre dans ses effets patents sur la santé des plus démunis ? La mort de ces derniers ne peut être que la réponse attendue, tant elle donne acte du désir inconscient mais si perceptible de notre société de voir enfin disparaître ces inutiles au monde. En mourant rapidement, les SDF trouvent

(37) Daniel Terrolle, « Gérer les pauvres », in *Tsantsa. Revue de la société suisse d'ethnologie*, n° 11, 2006, pp. 13-22.

enfin une raison qui les réinsère dans la logique et dans l'attente de la société englobante. Avoir l'élégance de ne point s'imposer et de disparaître discrètement lorsque l'on ne sert plus à rien sinon à alimenter l'alibi compassionnel et le marché de l'humanitaire, voilà la leçon que nous donne finalement Job, sans fleurs ni couronnes.

Yann Benoist

*Docteur en Ethnologie
Université Paris V – René Descartes
Membre de l'Unité de recherche en sciences humaines et sociales
Institut Gustave Roussy*

Daniel Terrolle

*Maître de conférences en Anthropologie
Université Paris 8
Laboratoire d'Anthropologie Urbaine
ILAC, CNRS/EHESS*