

Regard sur les interventions auprès des populations « vulnérables »; une étude ethnographique de la vulnérabilité et de l'itinérance à Marseille

Mathieu Isabel, M.D.

Université de Montréal, Québec, Canada

Résumé

Les interventions médico-sociales avec des populations dites « vulnérables », tout particulièrement les personnes en situation d'itinérance, invitent à une réflexion sur la portée même du concept de la vulnérabilité. Cet article relate l'ethnographie que j'ai réalisée à l'été 2017 à Marseille (France) dans deux structures offrant des services médico-sociaux à des personnes en situation d'itinérance. À l'aide de mes données empiriques, je présente la vulnérabilité comme une réalité sociale et systémique, au-delà d'une simple catégorie d'individus. Je présente aussi les relations entre intervenants et personnes en situation d'itinérance comme centrales au développement de la vulnérabilité. J'aborde finalement la vulnérabilité des intervenants eux-mêmes avec le concept de la nature circulaire des vulnérabilités (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015), à savoir une diffusion de l'impuissance et des difficultés d'action entre les individus « vulnérables » et les intervenants chargés de les accompagner.

Mots clés

VULNÉRABILITÉ, ETHNOGRAPHIE, POPULATIONS VULNÉRABLES, ITINÉRANCE, INTERVENANTS

Introduction

L'intervention médico-sociale en contexte de vulnérabilité sociale, matérielle ou économique impose une réflexion sur la notion même de la vulnérabilité. Les populations dites « vulnérables » – tout particulièrement les personnes en situation d'itinérance – font l'objet de multiples programmes municipaux et gouvernementaux et de projets de recherche scientifique (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2014; Pichon, Girola, & Jouve, 2016; Roy & Hurtubise, 2007; Ville de Montréal, 2018). Terme polysémique, voire un peu fourre-tout, le concept de la vulnérabilité sous-tend des enjeux qui vont bien au-delà d'une simple catégorie d'individus mis à la marge.

RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-série – numéro 23 – pp. 87-102.

L'ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE POPULATIONS EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2019 Association pour la recherche qualitative

Ce texte se veut une réflexion sur le thème large de la vulnérabilité en contexte d'intervention médico-sociale. Mais à quoi faisons-nous vraiment référence en parlant de populations vulnérables et de vulnérabilité? Par rapport à quoi sommes-nous vulnérables exactement? Et surtout, qui est véritablement vulnérable? Cet article est basé sur les résultats d'une ethnographie réalisée à l'été 2017 dans le cadre d'une maîtrise en anthropologie médicale toujours en cours. Ce terrain ethnographique réalisé en France explore la vulnérabilité en prenant comme objet de recherche l'itinérance.

D'une vulnérabilité individuelle à une vulnérabilité systémique

La vulnérabilité est un concept complexe qui fait l'objet de plusieurs discussions et débats dans la littérature (par exemple, voir Châtel & Roy, 2008). Tel que discuté par Brodiez-Dolino (2016), le terme vulnérabilité réfère à une combinaison étymologique : celle de la « fêlure » et de la « blessure » (Thomas, 2010, p. 43), à savoir une zone de fragilité soumise à des forces et menant ainsi à une blessure, une rupture. Par conséquent, la vulnérabilité est perçue comme une « potentialité d'être blessé » (Soulet, 2005, p. 66), révélant ainsi une interaction dynamique entre individu et environnement et témoignant du caractère potentiellement universel de la vulnérabilité (Laugier, 2012; Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015). Pour Vivianne Châtel (2008), cette potentialité à être blessé s'articule principalement autour de phénomènes sociaux précis de notre époque, soit le désengagement de l'État et la responsabilisation accrue envers l'individu. Ancrée dans le social, la vulnérabilité ne serait donc pas qu'individuelle, mais refléterait un contexte socio-historique précis.

Le concept de la vulnérabilité propose aussi deux autres notions importantes : la pauvreté et l'exclusion sociale (Roy, 2008). Les travaux de Roy et Soulet (2001) démontrent bien que ces termes ne sont pas synonymes, mais plutôt imbriqués. Pour la sociologue Shirley Roy, la vulnérabilité détient cette caractéristique singulière soit que : « [...] la vulnérabilité (tout comme l'exclusion sociale) s'inscrirait au cœur du développement du libéralisme », et tend ainsi à démontrer « l'importance de l'individualisme comme fondement des rapports sociaux contemporains et de l'injonction individuelle à se réaliser, être autonome et responsable de son succès ou de son échec » (Roy, 2008, p. 24).

De plus, de par le manque de différentes ressources, certains individus arriveraient plus difficilement que d'autres à naviguer autour de ces nouvelles demandes du vivre-social et se verraient ainsi en situation de vulnérabilité. Contrairement au concept « d'exclusion », l'utilisation de la vulnérabilité permet une analyse témoignant d'un continuum large de processus et facteurs, au-delà de la connotation dichotomique inclusion/exclusion (Roy, 2008). En s'éloignant ainsi de cette vision, le concept de vulnérabilité permet une exploration nuancée des multiples processus sociaux en jeu, au-delà de l'être vulnérable/non vulnérable.

Parler de populations vulnérables – ou plutôt de vulnérabilité – témoigne de conceptions différentes qui s’entrechoquent parfois sur le terrain. Soulet (2008) propose ainsi de réfléchir la vulnérabilité au-delà de l’aspect individuel de « l’être vulnérabilisé » en refusant de prendre l’individu comme centre d’analyse. Plutôt, il suggère de :

1) ne pas limiter l’usage de la vulnérabilité à des univers de démunition matérielle ou de nonaccès à des biens et services; 2) ne pas enfermer l’analyse dans un statut particulier de fragilité avérée ou dans une essentialisation de l’exposition au risqué, donc à ne pas faire de la vulnérabilité une des propriétés essentielles de l’individu ou du groupe en question; et, 3) ne pas faire de la vulnérabilité un état intermédiaire entre intégration et exclusion (Soulet, 2008, p. 66).

Ainsi, l’individu dit « vulnérable » évoluerait plutôt dans des contextes sociaux vulnérabilisants. Tel que mentionné précédemment, il y aurait certes des caractéristiques individuelles qui rendraient certains individus plus susceptibles d’être en situation de vulnérabilité, mais ces derniers ne le seraient pas seulement sous un angle psychologisant et essentialiste. Cette distinction s’est avérée essentielle et révélatrice sur mon terrain.

Construction de la problématique et terrain de recherche

D’entrée de jeu, il est important de mentionner que mes questionnements de recherche sont nés de ma pratique clinique québécoise. En effet, je pratique comme médecin de famille dans un CLSC du centre-ville de Montréal, plus particulièrement à la clinique itinérance. Comme équipe, nous accompagnons des personnes en situation d’itinérance dans leur parcours de services médico-sociaux. Au travers de nombreuses discussions et réflexions sur ma pratique professionnelle, des questions émergeaient sur ce qui était réellement en jeu derrière l’itinérance et plus spécifiquement sur la question de la vulnérabilité que je côtoyais quotidiennement.

Initialement, le focus de ma recherche se voulait une exploration de l’itinérance à Marseille. En utilisant l’ethnographie comme outil méthodologique (Becker, 2002; Creswell & Poth, 2018; Reeves, Kuper, & Hodges, 2008), je souhaitais analyser les dispositifs socio-sanitaires mis en place pour faire face au sans-abrisme¹ et comprendre les enjeux liés à ce contexte d’intervention. Rapidement toutefois, un constat s’est imposé sur le terrain : une autre cible que l’itinérance émergeait comme réel focus d’observation et d’analyse. En effet, dans mes cahiers de bord (Baribeau, 2005; Jaccoub & Mayer, 1997; Mills & Morton, 2013), une phrase revenait de manière récurrente : « que se passe-t-il vraiment ici? » Quelque chose semblait émerger de ces interventions, comme une vulnérabilité vécue tant de l’intervenant que de la personne usagère, certes différemment, mais commune. Les interventions en elles-mêmes, entre les utilisateurs de services et les intervenants² chargés de les accompagner semblaient donc être l’enjeu à explorer et à analyser.

En choisissant d'explorer le concept de vulnérabilité, et ce, de manière plus large sur les interventions médico-sociales en contexte d'itinérance, la dyade entre professionnel et personne usagère devenait le focus premier. Cette dynamique particulière ouvrait de nouvelles pistes d'analyses non seulement sur la personne usagère, mais aussi sur l'intervenant dans la manière d'appréhender, de documenter et d'analyser la vulnérabilité. De fait, cette vulnérabilité n'était pas seulement une épreuve réservée à la personne itinérante, mais partagée par l'ensemble des professionnels œuvrant dans le dispositif étudié.

Évidemment, en explorant les interventions sous l'angle d'une vulnérabilité concomitante, j'ai porté une attention particulière aux personnes en situation d'itinérance. Tout au long de l'enquête, j'ai observé la vie quotidienne des personnes dormant au centre d'hébergement (Fortin, 2010; Olivier de Sardan, 2008; Pope & Mays, 2006). J'ai eu de nombreuses conversations avec elles et aussi avec plusieurs autres personnes vivant à la rue. De fait, rien n'était laissé au hasard : j'ai observé leurs réactions, comportements, attitudes et émotions lors des interventions sociales et cliniques. Ces données, en plus d'offrir des informations riches sur les personnes usagères, permettaient aussi de bonifier l'analyse de la vulnérabilité, mais cette fois-ci chez les intervenants.

De juin à septembre 2017, j'ai réalisé mon terrain de recherche dans deux structures distinctes de Marseille : un centre d'hébergement d'urgence pour hommes en situation d'itinérance dans la banlieue Nord et auprès d'une équipe d'intervention mobile psychiatrie-itinérance dans les rues du centre-ville. Au total, j'ai réalisé plus de 350 heures d'observation-participante (DeWalt & DeWalt, 1998; Olivier de Sardan, 2008; Savage, 2000) tant de jour, de soir, que de nuit, et j'ai complété 12 entrevues semi-structurées (Imbert, 2010; Sarah & Nicky, 2006) avec différents intervenants rattachés à ces deux structures.

De manière plus spécifique, au centre d'hébergement, j'ai réalisé une observation dans la clinique médico-sociale, en suivant les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux lors des consultations. Ma présence à ce centre m'a amené à faire parfois plus que de l'observation : j'ai participé au travail des éducateurs et surveillants lors des rondes de surveillance, de gestion des repas et d'accueil des hébergés en après-midi. De manière quotidienne, j'ai eu de multiples conversations avec les intervenants dans des contextes parfois formels de réunions de coordination d'équipe, d'entrevues enregistrées ou entre des rendez-vous cliniques, parfois de façon plus informelle lors de repas ou autour de la machine à café.

J'ai adopté un rôle similaire auprès de l'équipe d'intervention mobile en psychiatrie-itinérance. Au fil de l'été, j'ai accompagné des professionnels lors de maraudes, ces longues marches dans des zones précises de la ville à la rencontre de personnes ayant des problèmes de santé mentale et vivant à la rue. Aller rencontrer une

personne qui, chaque matin, se trouve derrière la gare centrale de train, vérifier si un autre qui se promène de squat en squat ou qui vit maintenant derrière la bibliothèque d'un quartier avait des nouvelles demandes, ou aller dans un organisme communautaire pour discuter avec un hébergé connu pour des crises psychotiques; c'était là le quotidien de cette équipe d'intervention mobile. Les maraudes étaient l'occasion de discuter pendant plusieurs heures avec chacun de ces intervenants dans les rues du centre-ville sur leur réalité et les défis de leur travail. J'ai aussi participé aux nombreuses réunions d'équipe lors de discussions de cas cliniques

Les 12 entrevues semi-structurées faites avec des intervenants abordaient des thèmes reliés à la perception de leurs rôles professionnels, leur quotidien et les difficultés rencontrées. Le thème de la vulnérabilité a également été abordé en lien avec leur expérience. Ces 12 intervenants ont été recrutés sur une base volontaire en s'assurant une représentation des différentes professions, une préoccupation centrée sur l'importance de la représentativité (Atkinson, Coffey, & Delamont, 2003; Gobo, 2004; Lecompte, 2002). Les verbatims d'entrevues ont ensuite été codifiés et ces données ont été mises en parallèle avec les données de mes cahiers de bord pour permettre une analyse de contenu thématique (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Patton, 2002; Rice & Ezzy, 1999).

La posture de clinicien dans un terrain de recherche : contraintes et possibilités

Le choix de réaliser mon terrain de recherche à Marseille, loin de Montréal, n'est pas anodin. En effet, la clinique dans laquelle je travaille à Montréal est l'une des rares cliniques spécialisées de la ville en interventions médico-sociales auprès de personnes en situation d'itinérance. Explorer la vulnérabilité et l'itinérance à Montréal à travers les interventions médico-sociales y aurait été possible; des écrits sur l'anthropologie en contexte familial « *anthropology at home* » existent à ce sujet (Fainzang, 1998; Peirano, 1998). Par contre, dans une optique tant méthodologique qu'éthique, je souhaitais me distancer du rôle de médecin que j'ai auprès des patients et collègues. À l'intérieur de ces murs, je suis avant tout un médecin; rôle développé sous forme d'habitus (Bourdieu, 1980) au fil du temps, une « anticipation à l'état pratique » (Wagner, 2012) de la part des autres de mon identité professionnelle et de mes comportements qui, ultimement, aurait pu rendre mon rôle de chercheur plus ardu, tout particulièrement pour un premier terrain de recherche.

Pour Zaman (2008), le statut de clinicien apporte une série d'avantages en termes d'accès au terrain et aux informateurs clés. Pour autant, Sarradon-Eck (2012) vient nuancer ces propos en indiquant que la ligne entre clinicien et chercheur peut parfois être mince en situation clinique. En effet, de nombreuses réflexions méthodologiques et éthiques s'imposent, notamment sur la notion de consentement, de secret professionnel et de non-malfaisance. Certains y vont d'une position de non-dévoilement du statut

social ou professionnel ou de « neutralité totale » au sein des équipes étudiées (Fainzang, 2006) alors que d'autres, comme Didier Fassin (1992) révèlent systématiquement leur identité de médecin à tous les participants à la recherche. Pour moi, la question en était une que j'appelle « de juste distance méthodologique » : comment faire de la recherche ethnographique sans mettre pour autant de côté l'expertise professionnelle (*insider-knowledge*) liée à l'intervention clinique acquise au fil des années?

Van Dongen et Fainzang (1998) proposent l'idée que la distance n'est pas une garantie d'objectivité, tout comme la familiarité n'est pas une garantie de la connaissance. En effet, même si mon terrain de recherche se déroulait à l'étranger, je me retrouvais dans des contextes familiers. Par exemple, un système partageant une vision similaire de la biomédecine telle que je la pratique au Canada et dans un État de droit proposant une couverture somme toute large en termes de santé et de services sociaux. Ces similitudes ont pu faciliter mes réflexions et observations, certes, mais n'ont pas occulté le travail d'analyse critique et de réflexions.

Une alternance entre l'individu et le système

De manière générale, l'analyse des données présente une perspective double dans la manière dont les intervenants interprétaient la vulnérabilité selon les contextes, les tâches et les défis, oscillant tantôt selon une compréhension large et systémique des situations de vie des individus, tantôt selon une vision catégorielle du type d'individus.

Tout au long de mon enquête, la majorité des intervenants rencontrés incluaient dans leur analyse et leur discours l'inclusion des contextes et réalités diverses qui fragilisent les trajectoires des individus. Toutefois, il y avait de nombreux moments où la gestion des tâches quotidiennes de ces intervenants (par exemple : gérer la file d'attente de la cafétéria, intervenir lors d'altercations, rencontrer de nouveaux hébergés ne parlant ni français ni anglais pour leur expliquer, un à un, qu'ils n'ont actuellement aucun statut administratif leur permettant une aide financière de l'État) ne permettait pas de moments de réflexion sur la question large de la vulnérabilité. Pour Dahlia Namian il s'agit de la « gestion des corps », une gestion de ce qu'elle appelle des « gars de la ligne », une « masse d'hommes interchangeable et anonymes » (Namian, 2012, p. 128). En effet, lorsque la tâche d'un intervenant du centre où j'étais basé consiste à organiser et encadrer la vie collective de 284 hommes de 18 à 70 ans, avec des tensions ethniques de groupe, de leur offrir le gîte dans les dortoirs d'un bâtiment non climatisé ou dans des constructions modulaires métalliques préfabriquées, de les nourrir, de leur offrir des soins minimaux de santé et un accompagnement psychosocial de base, le tout dans la canicule de juillet sous le viaduc d'une autoroute, la réalité, la lourdeur et la complexité du quotidien prennent souvent le dessus. Quand tout est problème, l'action peut facilement devenir morcelée, immédiate et improvisée.

Les intervenants de première ligne côtoyés devaient constamment faire face au pragmatisme de leur réalité professionnelle. Intervenir *auprès* implique nécessairement

un contact direct avec les aspects vulnérabilisants auxquels font face les individus qu'ils rencontrent. En effet, « [ces intervenants] interagissent avec les facteurs de vulnérabilité sur lesquels leurs vis-à-vis composent au quotidien » (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 41). Ces interactions représentent ainsi un « triple défi » constant pour les intervenants, soit de

- 1) prendre en compte de nouvelles problématiques, souvent transversales aux publics cibles habituels [...]
- 2) reconsidérer la cohérence de leur champ d'action [...]
- et 3) trouver moyen de s'ajuster et d'expérimenter des façons de bien faire le travail alors que, précisément, ces découvertes sont ignorées, dévaluées, voire réprimées par l'institution, et que des bricolages dans l'urgence s'imposent à défaut de cadres appropriés (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 42).

Cette idée de triple défi interpelle tout particulièrement une situation observée au moment d'une rencontre d'évaluation entre une infirmière et une personne hébergée demandant un statut spécial basé sur sa condition médicale qui lui aurait ainsi permis de demeurer au centre d'hébergement 30 jours supplémentaires. Le jeune homme, musclé, souffrait d'une condition dégénérative le rendant plus ou moins aveugle dès la tombée du jour. Dormir dans la rue la nuit le rendait comme une véritable proie³. Lorsque l'homme a questionné l'infirmière à savoir où il allait dormir le lendemain, un long silence s'est imposé. « Je sais pas, lui a-t-elle répondu, dehors, à la Gare Saint-Charles? » Le lendemain, j'ai questionné l'infirmière sur cette situation où la tension entre pragmatisme, non-sens, et impacts sur les professionnels était claire.

Hier c'était horrible de virer le mec [long silence]...c'est difficile, tu vois, de dire à quelqu'un [...] qui voit pas la nuit, tu vois, de le foutre dehors en sachant très bien que le mec il va dormir dehors. Il y a pas assez de place. Donc si tu veux, tu, eh bien ça c'est inhumain, parce que ce mec, en fait ce qui est inhumain c'est le système. [...] Comment tu veux te construire quelque part, comment tu veux travailler cette question de l'errance, tu vois, si le système en lui-même génère de l'errance?

À distance de ce quotidien, la majorité des intervenants rencontrés reconnaissaient ce contexte social vulnérabilisant qui affecte les hébergés. Pour certains, c'était reconnaître les méandres administratifs qui retardaient ou empêchaient l'octroi d'une aide financière d'État ou l'assignation d'une place dans une autre structure d'hébergement. Pour d'autres, c'était reconnaître comment le parcours migratoire de la quasi-totalité des migrants de l'Afrique subsaharienne ayant traversé la Méditerranée – pour ceux ayant survécu à la traversée – fragilisait au plus haut niveau ces individus. Ces personnes se retrouvaient dans des contextes excessivement précaires, souvent en situation irrégulière, à devoir évoluer dans un pays qui n'est pas le leur et transporter une charge émotionnelle très significative. Beaucoup d'entre eux avaient quitté leur

pays justement de par ces contextes sociaux vulnérabilisants : guerre civile, impossibilité économique de subvenir à leurs besoins, chaos social, menaces de mort pour implication politique, etc. Beaucoup d'entre eux toutefois possédaient des capacités et des ressources qui leur avaient permis de subvenir à leurs besoins avant le début des tumultes sociaux et politiques dans leur pays d'origine, des qualités et ressources qui n'avaient plus la chance d'être utilisées et exploitées dans ce nouveau contexte social français. À Marseille, on leur accolait l'étiquette de SDF-et-rien-d'autre (sans domicile fixe), en attente d'un statut administratif et social, vivant en marge de la société dans un centre hébergement d'urgence sous le viaduc d'une autoroute.

Ces allers-retours, entre la réalité de la pratique professionnelle et ces moments réflexifs, entre la quotidienneté et l'analyse de pratiques, demeurent une partie essentielle du travail des intervenants. Essentielle, certes, mais qui fragilise ces mêmes intervenants de par le contexte dans lequel ceux-ci doivent évoluer : entre les demandes infinies, les ressources limitées, les demandes institutionnelles, l'avenir sombre d'une partie des hébergés et les non-sens constants tant moraux qu'éthiques. Cet espace que représente les interventions de première ligne pour ces intervenants est en soit un « espace perméable et tampon, lui-même vulnérable, hybride et déformable » (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 22).

Des liens et des interactions

L'analyse des interventions entre les intervenants et les personnes en situation d'itinérance a permis de mettre l'accent sur des interactions par et desquelles émergeaient la vulnérabilité. De fait, l'analyse a démontré que cette vulnérabilité s'opérait avant tout en relation, et non pas comme un statut identitaire.

Cet angle interactionnel et relationnel de la vulnérabilité, entre un système et un individu ou entre un hébergé et un intervenant, reprend les travaux de différents auteurs. Julien Damon explique ce principe dans une ethnographie des SDF en région parisienne où il mentionne que « l'objet d'étude n'est pas le SDF, mais l'ensemble des relations et des interdépendances qui caractérisent le système de catégorisation et de prise en charge des sdf » (Damon, 2002, p. 16). Similairement, Châtel et Roy (2008) insistent pour dire qu'explorer la vulnérabilité dépasse la « seule vulnérabilité ontologique » et qu'il faut « inscrire la thématique de la vulnérabilité dans ce qui la déborde et ce qu'elle interroge, à savoir la question du lien social » (Chatel & Roy, 2008, p. 3).

La vulnérabilité se présenterait ainsi à travers l'ensemble des relations et des liens qui se créent en intervention. Or, plus que dans tout autre contexte, l'intervention auprès de populations en situation d'itinérance nécessite l'établissement d'un lien fort entre intervenants et populations aidées. Tel que rencontré sur le terrain, dans les situations complexes impliquant des usagers ayant des eu de mauvaises expériences antérieures en intervention et présentant depuis une méfiance envers les professionnels, le lien thérapeutique demeure souvent autant, sinon plus porteur que tout acte de soin ou

d'intervention. Et c'est justement ce lien fort et l'interaction qui agissent comme lame à double tranchant.

Concevoir la vulnérabilité comme relation, implique tout d'abord différents acteurs qui entrent en interaction (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015). Selon cette conception, travailler avec des individus en situation de vulnérabilité ne pourrait se faire sans entrer préalablement en relation avec cette vulnérabilité. Ainsi, il importe que la personne en situation de vulnérabilité dévoile justement sa vulnérabilité. Or, encore faut-il que celle-ci soit accueillie par l'intervenant et portée l'instant d'un moment. La vulnérabilité témoigne ainsi d'une double nature qui s'opère en relation : le dévoilement de cette vulnérabilité de la personne et l'accueil de celle-ci par le professionnel. En effet, Lévy-Vroelant, Joubert et Reinprecht (2015) mentionnent :

Dès lors, à la vulnérabilité–blessures, signifié par ce qu'être exposée veut dire, il faut ajouter indissociablement la vulnérabilité–ouverture, signifié par le fait d'accepter d'être affecté, dérangé par autrui : conscience d'une condition commune d'interdépendance (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 312).

Ainsi, la vulnérabilité peut être appréhendée du point de vue de son « potentiel d'ouverture aux autres » (Tronto, 2012).

Suivant l'analyse de données, la vulnérabilité mise en lumière lors des interventions ne concernait pas seulement des personnes en situation d'itinérance, mais aussi des intervenants ancrés dans un système institutionnel de gestion de l'itinérance et de la précarité. Par exemple, au moment d'une maraude à la recherche d'une personne qui n'était plus dans son squat habituel depuis deux semaines, un intervenant de l'équipe mobile me confia : « Si on n'a pas de lien sérieux et sain avec nos proches partenaires, c'est le début de la fin ». Pour lui, proches partenaires signifiaient autant des collègues que d'autres organisations travaillant en itinérance.

La lourdeur et la chronicité des situations rencontrées, le manque de formation et de supervision clinique, l'improvisation, les multiples départs en congé maladie et les faibles salaires – pour n'en nommer que quelques-uns – tous ces éléments créaient un climat d'intervention rendant les relations souvent tendues entre collègues et organisations. J'ai vu des professionnels masquer volontairement de l'information à leurs collègues en guise de protestations, j'ai vu des dénonciations horizontales anonymes entre collègues, j'ai vu des organisations se critiquer ouvertement sur leur manque de responsabilité et la non-entente sur leurs mandats respectifs laissant parfois les personnes en situation d'itinérance dans une zone d'attente et de non-service. « On a tellement besoin de coordination ici, de ressouder les équipes », disaient unanimement trois employées un midi suite à une rencontre avec les hébergés du centre sur l'importance des efforts de tous pour assurer la bonne entente et le respect collectif.

La nature circulatoire des vulnérabilités

Comment est-ce qu'on espérait un moment en mettant des gens peu éduqués, peu formés, pouvoir gérer ce qui a... pas de plus compliqué mais quand même de très compliqué, qui a une grande précarité. Il faut des gens aguerris [...] et professionnels. Sinon tu te fais embarquer dans un truc. [...] Et en même temps, ça marche pas si mal à certains endroits. Mais, effectivement, les gens sont... les salariés sont au moins aussi abimés que les hébergés. Tu vois? C'est... c'est un peu paradoxal, on donne à des personnes précaires, pour certaines d'entre elles, ou en tout cas, abimées, la gestion de personnes précaires et abimées [...]. [Et le tout] à 1 200 euros par mois. Tu vois? 1 200 euros ici, c'est un salaire de misère (Extrait d'entrevue avec un directeur d'une des structures).

À de multiples reprises, en relisant mes notes de terrain, j'ai dû revenir plusieurs pages en arrière afin de préciser si je parlais des intervenants ou des personnes en situation d'itinérance. À force d'observer, noter et réfléchir à l'impuissance et la détresse des différents intervenants que j'ai côtoyés, je me suis attardé à la question de qui se trouve en situation de vulnérabilité lors d'interventions auprès de personnes que l'on considère comme « vulnérables » : les usagers ou les intervenants eux-mêmes? En conceptualisant la vulnérabilité comme se jouant en relation et en interaction, entre personnes et institutions, la question devenait alors de réfléchir sur les « modalités concrètes de sa circulation entre les personnes » (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 10).

Le concept de la nature circulatoire des vulnérabilités (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015) permet de réfléchir à cette circulation. Ce concept reconnaît une diffusion de l'impuissance et des difficultés d'action entre les individus en situation de vulnérabilité et les intervenants chargés de les accompagner. L'aspect circulatoire réfère « au sentiment de malaise qui affecte leur identité professionnelles et leurs relations aux personnes; elle vient interroger la pertinence de leur présence ou de leurs interventions, et redoubler le sentiment de leur vulnérabilité » (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 200).

Au sortir de l'analyse, il semble que ces vulnérabilités, pour les intervenants, sont multiples, traduisant les demandes de l'institution et de la gestion quotidienne où plusieurs situations représentent un enchevêtrement social, médical et politique. Au fil de l'été, j'ai constaté des tensions temporelles entre une action éducative à long terme tout en devant répondre à l'injonction de l'urgence d'agir du quotidien. J'ai observé les démarches administratives – débutées cinq mois avant mon arrivée – pour l'obtention d'une pension de sécurité de vieillesse d'un hébergé non-Français, pratiquement paralysé à la suite d'un AVC. L'homme avait perdu son certificat de naissance depuis longtemps et devait d'abord se rendre en personne à l'ambassade de son pays à Paris

pour obtenir une attestation d'identité, document qui ne pouvait être obtenu au consulat à Marseille. La travailleuse sociale essayait depuis ces cinq mois différentes stratégies pour attester autrement de l'identité de l'homme, mais rien n'avait fonctionné. « C'est comme un chien qui se mord la queue », me disait-elle de la situation en riant, découragée. Ce bricolage constant dans l'intervention (Levi-Strauss, 1962), celui de faire avec les « moyens du bord » (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 246) était certes une force de la part des intervenants sur mon terrain, mais une force qui fragilise aussi, car c'est aux paradoxes et aux non-sens constants de leur travail que ce bricolage répond.

Face à la lourdeur des cas rencontrés, les traumas rapportés, le manque de formation et les non-sens institutionnels auxquels ils doivent faire face, les intervenants faisaient face à une « conjonction de vulnérabilités »; une série de « contradictions » qui contribuaient à les fragiliser (Lévy-Vroelant, Joubert, & Reinprecht, 2015, p. 186). « Je dirais que les équipes, elles, sont un peu en miroir du public sur ces questions-là » me racontait une intervenante. La vulnérabilité circulait donc entre tous, peu importe leur rôle ou position.

Pendant l'analyse de mes données, je me suis souvent demandé s'il pouvait en être autrement. À côtoyer au quotidien la vulnérabilité, il apparaissait difficile pour ces intervenants, voire impossible, de ne pas se retrouver soi-même en situation de vulnérabilité. Barel (1982) met de l'avant la notion de contagiosité de la vulnérabilité sous l'angle de la marginalité. En effet, il mentionne :

l'encadrement des marginalités acquiert la caractéristique d'un processus contagieux. Tout se passe comme si les travailleurs sociaux ne pouvaient pas ne pas s'infecter de marginalité, soit qu'ils se prennent eux-mêmes dans un réseau d'implications affectives, idéologiques, politiques, soit que leur proximité des marginaux les fasse recoder par d'autres comme des marginaux potentiels et les rendent suspects (Barel, 1982, p. 49).

Spécifiquement sur les relations de travail, à de nombreuses reprises, les intervenants m'ont fait part de leur isolement, tant avec leurs collègues qu'auprès d'autres membres de leurs professions travaillant dans d'autres structures et ne reconnaissant pas le travail de première ligne effectué dans leur organisation. Ces propos reflètent bien ceux rapportés dans l'ouvrage de Lévy-Vroelant, Joubert et Reinprecht (2015)

[Les] tensions et souffrances [...] alimentent un sentiment de non-reconnaissance, lui-même source de vulnérabilité. La redéfinition permanente de la finalité des missions ou leur imprécision est la source de dilemmes éthiques alors même que les émotions, la subjectivité et les affects se trouvent placés au cœur de leurs interrogations et de leurs pratiques (p. 186).

Les conditions d'intervention dans lesquels j'ai fait cette ethnographie m'ont fait réfléchir sur les réelles capacités d'action des intervenants lorsque tout – ou presque – va mal, lorsque tout est à faire. Lorsque les traumatismes, l'urgence et l'attente dictent constamment le quotidien des intervenants et des personnes en situation d'itinérance, comment réfléchir l'intervention – et avant tout intervenir – sans s'épuiser?

À ce sujet, l'anthropologue Michael Taussig, en se référant à Walter Benjamin, réfléchit au « rythme irrégulier de l'engourdissement et du choc qui constitue l'apparente normalité de l'anormal instaurée par l'état d'urgence »⁴ [traduction libre] (Taussig, 1989, p. 4). La sociologue Dahlia Namian questionne les possibilités d'action réelle dans cet espace qu'elle nomme « la vie moindre », un « régime de vie particulier dont les contraintes à l'œuvre réduisent jusqu'au moindre l'action possible » et où le « dramatique » et « l'ordinaire » se côtoient au quotidien (Namian, 2012, p. 44). L'anthropologue Veena Das, elle, dans son étude de la violence, mentionne une nécessaire « descente dans l'ordinaire »⁵ [traduction libre] (Das, 2007, p. 7), alors que la violence repose justement au sein des événements les plus ordinaires du quotidien.

En réfléchissant à mes données, c'est donc cette normalité du quotidien, cet ordinaire, qui serait vulnérabilisant pour tous. Une infirmière m'a mentionné dans les derniers jours de mon terrain comment elle trouvait important de voir la vulnérabilité comme quelque chose de porteur pour elle; la vulnérabilité comme une force de se dévoiler en intervention avec un potentiel de création de liens. Outiller et accompagner ces intervenants pour reconnaître et faire face à vulnérabilité inhérente aux interventions qu'ils font au quotidien m'apparaît comme l'étape suivante.

Conclusion

Cette ethnographie questionne l'intervention médico-sociale en contexte d'itinérance et invite à réfléchir la vulnérabilité comme partie intégrante – voire indissociable – de ce contexte d'intervention. La circulation des vulnérabilités mène à une réflexion plus large sur le partage d'une vulnérabilité commune entre non seulement les personnes en situation d'itinérance, mais aussi les intervenants chargés de les accompagner. Cette vulnérabilité va donc bien au-delà d'une simple catégorie d'individus. Elle questionne les liens sociaux et les relations existant entre les professionnels et les personnes en situation d'itinérance. Ces relations sont au cœur même du processus d'intervention tout en étant au même moment les vecteurs à travers lesquels circule la vulnérabilité. Ce sont donc deux réalités indissociables qui incitent à repenser la grammaire de l'intervention en contexte de vulnérabilité.

Notes

¹ Dans un but de simplification, les termes itinérance et sans-abrisme seront utilisés de façon interchangeable dans ce texte.

² Dans le cadre de mon ethnographie, le terme « intervenant » regroupe tous les employés qui avaient des contacts plus ou moins soutenus avec des personnes en situation d'itinérance dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. J'inclus donc les infirmières, les travailleurs et assistants sociaux, les médecins, les psychologues, les surveillants et les éducateurs.

³ Récemment, les critères d'admission à ce statut médical avaient été changés par l'équipe du centre et il fallait garder des lits pour un possible hébergé qui serait plus « malade » que lui.

⁴ « *the irregular rhythm of numbing and shock that constitutes the apparent normality of the abnormal created by the state of emergency* » (Taussig, 1989, p. 4).

⁵ « *descent into the ordinary* » (Das, 2007, p. 7).

Références

- Atkinson, P., Coffey, A., & Delamont, S. (2003). *Key themes in qualitative research : continuities and changes*. Walnut Creek, CA : AltaMira Press.
- Barel, Y. (1982). *La marginalité sociale*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 2, 98-114.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuits.
- Brodiez-Dolino, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. *La Vie des idées*. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>
- Châtel, V. (2008). Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique. Dans V. Châtel, & S. Roy (Éds), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social* (pp. 201-245). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, V., & Roy, S. (Éds). (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Damon, J. (2002). *La question SDF : critique d'une action publique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Das, V. (2007). *Life and words. Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley, CA : University of California Press.

- DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (1998). Participant observation. Dans H. Russell Bernard (Éd.), *Handbook of methods in cultural anthropology* (pp. 259-300). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Fainzang, S. (1998). Anthropology at home via anthropology abroad : The problematic heritage. *Anthropology & Medicine*, 5(3), 269-277.
- Fainzang, S. (2006). *Les relations médecins malades : information et mensonge*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis : A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92.
- Fortin, S. (2010). Anthropology within the space of the clinic : Identity, politics, and methods. Dans S. Fainzang, E. Hem, & B. Risor (Éds), *The taste for knowledge : Medical anthropology facing medical realities* (pp. 111-129). Danemark : The University Press.
- Gobo, G. (2004). Sampling, representativeness and generalizability. Dans C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Éds), *Qualitative research practice* (pp. 405-426). London : Sage.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.
- Jaccoub, J., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 211-249). Montréal : Gaëtan Morin.
- Laugier, S. (Éd.). (2012). *Tous vulnérables? Le care, les animaux et l'environnement*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Lecompte, M. (2002). The transformation of ethnographic practice : Past and current challenges. *Qualitative Research*, 2(3), 283-299.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- Lévy-Vroelant, C., Joubert, M., & Reinprecht, C. (Éds). (2015). *Agir sur les vulnérabilités sociales : les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge*. Saint-Denis : Presses Universitaires de Vincennes.
- Mills, D., & Morton, M. (2013). Being, seeing, writing : The role of fieldnotes. Dans D. Mills, & M. Morton (Éds), *Research methods in education: Ethnography in education* (pp. 77-93). London : Sage.

- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2014). *Politique nationale de lutte à l'itinérance : ensemble, pour éviter la rue et en sortir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- Namian, D. (2012). *Entre itinérance et fin de vie : sociologie de la vie moindre*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Peirano, M. G. S. (1998). When anthropology is at home : The different contexts of a single discipline. *Annual Review of Anthropology*, 27(1), 105-128.
- Pichon, P., Girola, C., & Jouve, E. (Éds). (2016). *Au temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public*. Saint-Étienne : Presses universitaires de Saint-Étienne.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). Observational methods. Dans C. Pope, & N. Mays (Éds), *Qualitative research in health care* (pp. 21-31). Malden, MA : Blackwell.
- Reeves, S., Kuper, A., & Hodges, B. D., (2008). Qualitative research methodologies : Ethnography. *British Medical Journal*, 337, a1020.
- Rice P., & Ezzy, D. (1999). *Qualitative research methods : A health focus*. Melbourne : Oxford University Press.
- Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité. Dans V. Châtel, & S. Roy (Éds), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social* (pp. 13-36). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, S., & Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, S., & Soulet, M.-H. (2001). L'exclusion : changement de cap. *Sociologies et Sociétés*, 33(2), 3-11.
- Sarah, C., & Nicky, B. (2006). Conversation analysis. Dans C. Pope, & N. Mays (Éds), *Qualitative research in health care* (pp. 43-52). Malden, MA : Blackwell.
- Sarradon-Eck, A. (2008). Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org*, (17). Repéré à <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>
- Savage, J. (2000). Participative observation : Standing in the shoes of others? *Qualitative Health Research*, 10(3), 324-339.
- Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*, 2(10), 49-59.

- Soulet, M.-H. (2008). La vulnérabilité : un problème social paradoxal. Dans V. Châtel, & S. Roy (Éds), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social* (pp. 65-92). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Taussig, M. (1989). Terror as usual : Walter Benjamin's theory of history as a state of siege. *Social Text*, (23), 3-20.
- Thomas, H. (2010). *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres*. Paris : Éditions du Croquant.
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le care?* Paris : Presses universitaires de France.
- Van Dongen, E., & Fainzang, S. (1998). Medical anthropology at home : Creating distance. *Anthropology & Medicine*, 5(3), 245-250.
- Ville de Montréal. (2018). *Le plan d'action montréalais en itinérance 2018-2020*. Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PLAN_ITIN%C9RANCE_HR_0.PDF
- Wagner, A. C. (2012). Habitus. *Sociologie : les 100 mots de la sociologie*. Repéré à <http://journals.openedition.org/sociologie/1200>
- Zaman, S. (2008). Native among the natives physician anthropologist : Doing hospital ethnography at home. *Journal of Contemporary Ethnography*, 37(2), 135-154.

Mathieu Isabel, est médecin de famille et clinicien-chercheur au CLSC/GMF-U des Faubourgs à Montréal, affilié au Département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Il est également étudiant à la maîtrise en anthropologie médicale à l'Université McGill. Il s'intéresse à l'analyse des interventions médico-sociales en contexte de vulnérabilité, tout particulièrement aux réalités de l'intervention auprès de personnes en situation d'itinérance.

Pour joindre l'auteur :
mathieu.isabel@umontreal.ca