



L'accompagnement des personnes sans-abri au prisme d'une éthique partagée

Catherine Dekeuwer, Yoann Jeanselme, Tiphaine Lacaze

► To cite this version:

Catherine Dekeuwer, Yoann Jeanselme, Tiphaine Lacaze. L'accompagnement des personnes sans-abri au prisme d'une éthique partagée. *Vie sociale*, 2021, 33, pp.171-182. hal-03277634

HAL Id: hal-03277634

<https://univ-lyon3.hal.science/hal-03277634>

Submitted on 4 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'accompagnement des personnes sans-abri au prisme d'une éthique partagée

Catherine Dekeuwer, Yoann Jeanselme, Tiphaine Lacaze

Catherine Dekeuwer est maître de conférences en éthique contemporaine à l'université de Lyon 3 Jean Moulin. Yoann Jeanselme est responsable de la coordination du travail social au Samu social de Paris. Tiphaine Lacaze est directrice qualité au Samu social de Paris.

Faut-il inciter une personne à la rue à rejoindre un hébergement d'urgence et quitter son lieu de vie alors qu'elle n'en exprime pas le souhait ? Quand considère-t-on que la personne n'est plus en mesure de décider pour elle-même ? Qu'est-ce qu'obtenir le consentement « éclairé » d'une personne pour une maraude sociale de nuit ? Une personne peut-elle librement choisir d'accepter ou de renoncer à une place d'hébergement, et particulièrement dans un contexte de forte pénurie de l'hébergement et du logement ? Les questionnements rapportés par les professionnels du Samu social de Paris (SSP) autour de la tension entre consentement et contrainte traversent un grand nombre de situations rencontrées.

Pourtant, le droit au consentement et les modalités d'exercice de la contrainte sont définis par un cadre juridique, rappelé dans de nombreux outils de l'accompagnement des personnes dans le secteur social et médico-social (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...). L'article 4¹ de la charte des droits et libertés de la personne accueillie rappelle le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne. Mais quelle est la place de la « libre volonté dans le consentement »² ? Suffit-il de « donner son accord en connaissance de cause [...] pour choisir de façon libre et autonome³ » ? Brigitte Bouquet explique que le consentement « suppose une décision libre, un acte conscient, autonome et éclairé qui ne soit pas un renoncement ni une soumission³ ».

Les exemples venant illustrer cette complexité, questionner la pratique et le « bien agir » des professionnels sont nombreux dans le secteur Accueil, hébergement, insertion (AHI). Comment soutenir le cheminement des professionnels qui cherchent à ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations rencontrées ? Le SSP a souhaité créer une instance éthique interne afin de permettre un espace de pensée collégial dédié à l'étude de situations concrètes et singulières rencontrées sur le terrain.

La création d'une instance éthique est un processus ouvert et sans assurance de durabilité, et après une année pleine de fonctionnement, nous avons le recul nécessaire pour illustrer la manière dont les discussions qui y sont menées peuvent accompagner les professionnels. L'instance éthique s'entend sur une définition de l'éthique comme processus qui vise à « reconnaître, confronter et articuler les différents niveaux de questionnements de chaque acteur

¹ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

² Philippe Merlier. Philosophie et éthique en travail social, Rennes, Presses de l'EHESP, 2020, p. 83. ³ Ibid.

³ Brigitte Bouquet, Éthique et travail social ; une recherche du sens (2e édition), Dunod 2012, p.10. ⁵ Définition retenue par les membres de l'instance éthique du SSP.

dans des situations concrètes singulières⁵ ». Elle émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels et des personnes accompagnées. Pour ses membres, il s'agit d'un processus de réflexion et de discussion, pensé pour dépasser certaines impasses, afin que chacun puisse avancer en demeurant en phase avec le sens que son action revêt à ses yeux et en suivant en même temps des valeurs partagées.

Nous avons souhaité dans cet article rendre compte d'une étude de cas abordée en instance éthique pour tenter de montrer comment la réflexion éthique peut, à partir des éléments de complexité qu'elle soulève, nourrir de nouvelles pistes pour la pratique. L'instance est composée de trois collègues, regroupant professionnels, personnes qualifiées et personnes accompagnées, représentant un maximum de vingt-sept personnes. La saisine peut venir de tout professionnel ou personne accompagnée au Samu social de Paris. Il est demandé un écrit et une intervention orale le jour de l'instance afin de donner un socle à la discussion, de pouvoir contextualiser la situation et le problème éthique posé. La saisine est validée comme relevant du cadre de l'instance par les deux coordinateurs de l'instance. Elle est animée par une personne spécialisée en éthique appliquée.

Premier temps : exposé de la situation

La situation ci-dessous est présentée par deux travailleurs sociaux d'un service du SSP, peu de temps après le confinement lié à la Covid-19. Ce service a pour rôle de soutenir le parcours des personnes âgées sans-abri, en rue ou en centre d'hébergement, vers une orientation adaptée. L'instance éthique se déroule en visioconférence, ce qui n'est pas le cas habituellement.

Courrier présentant la situation⁴

« Monsieur D. est connu du Samu social de Paris depuis les années 1990, par une maraude depuis 2016 et par notre service depuis début 2019. À notre connaissance, aucune prise en charge psychiatrique n'a été déjà réalisée.

Pendant quatre ans, l'équipe de la maraude a douché monsieur trois fois par semaine et coordonné les soins avec l'hôpital * en plus du travail social. Au cours de leur accompagnement, l'équipe a pu observer des moments d'agressivité verbale et physique comme expression de son anxiété mais monsieur s'apaisait rapidement. L'accompagnement global s'est avéré complexe du fait de ces moments d'agressivité, mais aussi de refus de soins ou de refus d'accompagnement. Monsieur constituait une partie importante de la totalité des accompagnements de la maraude dans le but de le rattacher à un hébergement. Ce travail accompli, monsieur a pu accepter une solution de mise à l'abri. Monsieur a fait un premier séjour dans un centre d'hébergement partenaire de la maraude, monsieur n'a pas pu s'y maintenir plus de trois jours. En mars 2020, une demande de mise sous protection a été envoyée, sans réponse à ce jour.

Cette dernière année, monsieur a encore perdu en autonomie et n'a presque plus l'usage de ses jambes (rayon de déplacement de moins de 10 mètres).

Durant la crise de Covid, monsieur a été "hébergé" à l'hôpital * puis hospitalisé pendant plus de deux mois. Au dire de la maraude et de l'équipe soignante, monsieur s'est montré particulièrement adapté et compliant. Nous avons alors proposé à monsieur un nouveau séjour en hôtel social accompagné d'un SSIAD [service de soins infirmiers à domicile]. Monsieur y est resté quelques semaines avant de sortir de l'établissement et ne plus vouloir y retourner pour des raisons encore obscures. Quand nous avons retrouvé monsieur, il était particulièrement incuriqué, ses plaies béantes, en somme dans la même situation que ce que la maraude pouvait retrouver lors de son accompagnement. Au vu de la situation somatique, une prise en charge

⁴ Courrier du professionnel SSP explicitant la situation.

hospitalière était inévitable, monsieur est donc retourné à l'hôpital *. Nous avons alors proposé sa candidature à un EHPAD francilien et monsieur a pu y entrer mi-mai 2020. »

En ce qui concerne l'accompagnement par le service :

« Il y a plus d'un an, il a d'abord été travaillé une résidence autonomie mais la situation somatique de monsieur s'est particulièrement dégradée et nous a imposé de réfléchir à une prise en charge en EHPAD. Au cours de la réflexion autour de ce dernier projet, monsieur a visité un EHPAD et monsieur était d'accord pour entrer dans ce type de structure.

Lors de son entrée à l'EHPAD francilien mi-mai 2020, monsieur a dit être d'accord avec l'orientation. Monsieur a dit trouver agréable le lieu et les modalités d'accueil. Dans la semaine monsieur a verbalisé le fait de s'ennuyer. Nous avons alors convenu de lui acheter un téléviseur et entamé une visite de ma part chaque vendredi pour sortir de l'établissement. En parallèle, un accompagnement par des jeunes en service civique pour des rencontres hebdomadaires s'est mis en place.

Au cours de mes visites, le personnel soignant m'a fait part de moments d'agressivité verbale et physique qui s'intensifiaient avec le temps jusqu'à aujourd'hui. Cela se caractérise par des refus de soins, de la violence verbale et physique semblant incontrôlée envers les soignants et les hébergés. Sa seule demande à présent est de pouvoir avoir des autorisations de sortie dans le quartier. Cependant, l'équipe de l'EHPAD et nous même pensons qu'il y a un risque important de retour en rue. Enfin, au vu du confinement toujours en cours en EHPAD, cela nous paraît compliqué à mettre en place sans mettre en danger le reste des hébergés.

Nous avons expliqué à de multiples reprises les refus à monsieur et avons même concédé qu'une fois le confinement terminé nous reconsidèrerions sa demande, sans que nos réponses satisfassent monsieur. Monsieur a pu exprimer à quelques reprises son besoin de retourner en rue et cela sous forme de menace. De la même manière, nous traduisions ses actes de violence comme une volonté consciente ou inconsciente de mettre fin à son accompagnement. Cela malgré le risque pour sa vie qu'encourait monsieur en rue. Cela nous interroge sur sa capacité à prendre des décisions de manière pleinement consciente.

En définitive, monsieur semble dans le refus d'être institutionnalisé et d'accepter sa dépendance. Cependant, un retour en rue mettrait en danger la vie de monsieur selon la médecin coordinatrice de l'EHPAD. La dernière réunion de synthèse entre l'équipe de l'EHPAD, la maraude et moi a abouti à la décision d'une évaluation des capacités neurologiques et psychiques de monsieur qui pourrait être faite au cours d'une hospitalisation.

Au-delà de la contrainte éthique sur le respect de la dignité de monsieur, la santé de monsieur et des autres personnes accompagnant ou vivant autour de lui est en question. »

Enjeux éthiques et réflexions collégiales

La présentation du cas est réalisée par les professionnels concernés par la situation. Il est demandé d'éclairer la situation par des faits. Les apports sur la singularité du cas sont ainsi recontextualisés, avec tous les détails nécessaires aux membres de l'instance. Les zones d'ombre et/ou imprécisions sont levées. Ce temps de questions-réponses permet également d'orienter, réciproquement, les orateurs vers des champs du sujet non perçus, et les membres de l'instance vers une formulation du problème éthique posé.

Ce premier moment est une présentation au groupe d'une analyse personnelle préliminaire par le professionnel, qui se caractérise par l'ouverture à l'autre et à ses positionnements. Il n'est possible que dans le cadre d'une reconnaissance réciproque des personnes qui composent l'instance, d'un respect et une écoute, de la confiance et du fait que l'on sait que ces échanges restent anonymes. C'est ce positionnement-là qui permet au groupe de partir d'un dilemme pour lequel il ne semble pas y avoir de solution – entre respect de l'autonomie de la personne et principe de bienfaisance – pour aboutir à un questionnement et une discussion qui permettent d'en élaborer le sens et vont ouvrir à une voie de réflexion pour la pratique.

Entre consentement de la personne, respect de son autonomie et bienfaisance : un dilemme indépassable ?

La discussion évoque l'enjeu suivant : comment concilier le respect du souhait de la personne (donc de son autonomie) avec la difficulté de savoir ce qu'elle en comprend ? Est-ce qu'elle décide en connaissance de cause ? Monsieur exprime en effet le souhait de retourner en rue, ce qui n'est pas conciliable avec sa santé. L'accompagnement proposé par les maraudes trouve une limite.

Ici, le fait que plusieurs professionnels (médecin, juriste, philosophe, etc.) de secteurs différents soient présents constitue une aide pour la réflexion : il est discuté de l'opportunité d'orienter cette personne vers une expertise psychiatrique et de ce que cette dernière pourrait apporter dans la situation actuelle. Faut-il prolonger l'expertise psychiatrique ? Est-ce pertinent du point de vue médical ? Le travailleur social explique : « Il n'y a que maintenant, où il est en réelle perte d'autonomie, que le médical s'installe dans la relation qu'on a avec lui. » Cependant, il se demande si envisager une hospitalisation sous contrainte ne porterait pas atteinte à la dignité de cette personne. Les travailleurs sociaux se sentent investis d'une responsabilité dans le cadre de l'accompagnement proposé et en même temps ne cautionnent pas l'idée d'un contrôle total de la personne.

Différents professionnels se demandent s'il n'est pas discutable de renvoyer monsieur vers une autre forme de pouvoir normatif alors que sa situation est déjà compliquée. Faut-il médicaliser ce cas alors que des personnes âgées non précaires ont aussi bien du mal à accepter un placement en EHPAD et que les troubles de l'humeur sont un signe normal du vieillissement ? Faut-il contraindre la personne à accepter « quatre murs et un toit » alors qu'elle a démontré sa capacité à vivre autrement durant des années ? N'est-ce pas une violence que de la renvoyer à des normes qui ne sont pas les siennes ?

Les références communes des membres de l'instance aux travaux de Michel Foucault permettent de poser ce questionnement de manière réflexive en le replaçant dans une complexité de situations qui répertorie le questionnement éthique comme outil plutôt que de s'y laisser enfermer de manière statique comme dans une vérité théorique. Cela étant, la singularité de la situation renvoie chacun à son propre schème de pensée concernant l'acceptation difficile de la perte d'autonomie. En témoignent les nombreux échanges à ce sujet durant l'instance, qui ont fait écho selon que nous soyons assistante sociale, médecin, sociologue, et en fonction des représentations et connaissances du vieillissement de chacun d'entre nous.

Un autre enjeu apparaît grâce à la présence de professionnels qui portent un regard empathique et en même temps décalé par rapport au cas. Une personne demande : « Que veut ce monsieur, que dit-il ? » L'un des professionnels qui a saisi l'instance répond que ce monsieur accepte et a conscience qu'il perd son autonomie. Il sait qu'il ne peut pas vivre en rue et pourtant il part des établissements au bout de quelques jours. Ce professionnel souligne l'ambivalence de ce monsieur car ses actes semblent contradictoires ; il est difficile de savoir ce qu'il souhaite. Les membres de l'instance portent alors le questionnement sur la relation, ce qui amène la personne qui présente le cas à se questionner. Grâce aux questions de leurs collègues, l'idée que les professionnels ont vu et entendu ce qu'ils souhaitaient voir et entendre émerge. Ils ont compris que ce monsieur souhaitait aller en EHPAD. Cependant, est-ce que son agressivité, une fois dans cette institution, ne serait pas liée au fait que ce qu'il souhaite, c'est moins souffrir, mais pas nécessairement se rendre dans ce type d'institution ? Dans l'accompagnement institutionnel proposé en EHPAD, il y a rupture de lien avec tout ce qu'il connaît, ce qu'il a construit, ses relations habituelles. D'ailleurs, monsieur signifie vouloir rentrer dans son quartier vers la gare

de l'Est. Finalement, ce cas amène à considérer la difficulté d'obtenir un consentement éclairé de la part de ce monsieur, qui serait pourtant une manière de le respecter en tant que personne. Peut-il en effet consentir à une proposition tellement en rupture avec ce qu'il connaît et avec la manière dont il a construit sa vie en rue, dans son quartier, avec ses habitudes ? La visite qui a été faite de l'EHPAD ne suffisait sans doute pas à lui faire comprendre toutes les spécificités de ce type d'hébergement.

Dans le fonctionnement d'une instance éthique, une des difficultés est celle de l'adaptation ou d'une application des normes éthiques au cas. Au-delà des valeurs partagées, des normes en lien avec la situation exposée, l'enjeu de la conscience collective est primordial : « Que vaut-il mieux ? », se demande l'une des personnes qualifiées de l'instance.

Dans le cas présenté, la conduite des professionnels est conforme en tous points de vue à l'éthique, entendue comme respect des principes qui orientent l'action sociale⁵. Le principe du respect de l'autonomie notamment est observé, au sens où les professionnels choisissent toujours une solution avec laquelle monsieur est en accord. Sa participation est nécessaire et requise pour lui proposer des solutions adaptées. Cependant, l'application des principes ne peut se faire sans un travail de spécification et pondération, qui contribue à donner sens aux actions des professionnels. La spécification est un processus qui vise à trouver une norme traduisant concrètement le principe éthique considéré. Par exemple, dans ce cas, quelle est la meilleure manière de s'assurer du consentement éclairé de cette personne dans les faits ? Est-ce en lui faisant visiter l'EHPAD ? Est-ce en lui expliquant les risques auxquels elle s'expose ? Est-ce en la soumettant à une expertise psychiatrique ? Ou encore, faut-il s'approprier, comme le font les professionnels, son histoire de vie et essayer d'enquêter sur ses habitudes et ses préférences pour essayer de mieux saisir ce à quoi elle pourrait consentir ? En ce qui concerne la bienfaisance, les membres de l'instance constatent que monsieur a bénéficié de nombreuses fois d'attentions qui vont au-delà des normes des pratiques professionnelles. Tous les moyens ont été mis en œuvre, et même au-delà, pour l'accompagner. Cette personne suscite l'exceptionnalisme de toute part. Un participant remarque : « Toutes les personnes qui ont accompagné monsieur ont dévié de leurs missions : l'hôpital qui met un lit infirmier pour qu'il soit dehors tout en conservant une place dedans. La maraude qui douche monsieur trois fois alors que cela ne fait pas partie de leurs missions [...]. » Si ces mesures permettent de prendre soin de monsieur, elles vont bien au-delà du cadre définissant les pratiques médicales.

Et quant à la pondération des principes : lequel peut-on choisir de privilégier dans cette situation ? Car c'est une situation de dilemme éthique à laquelle on a affaire et les professionnels ne savent lequel des deux – autonomie ou bienfaisance – favoriser, car ils ne semblent pas conciliables.

De la juste mesure pour l'accompagnement

L'instance utilise ces outils normatifs, mais elle le fait comme des « valeurs phares⁶ », en reconnaissant leur caractère situé. Les élucider permet de développer les réflexions sur une situation problématique. Dans l'instance éthique, il ne s'agit pas en effet de chercher à appliquer des principes dont une liste serait considérée comme « validée » préalablement à la considération des situations concrètes. Il s'agit plutôt d'utiliser les outils normatifs (principes, valeurs exprimées dans des chartes par exemple) pour réfléchir sur des situations qui semblent

⁵ Cf. la déclaration de la Fédération internationale des travailleurs sociaux et de l'Association internationale des écoles de travail social : « Principes éthiques en service social », 2004.

⁶ Raymond Massé, Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité, Saint-Nicolas, Presses de l'université Laval, 2003.

soulever des difficultés éthiques pour les professionnels. Dans sa préface à l'ouvrage de B. Bouquet, M. Jaeger⁷ explique qu'une fois mises en position des règles éthiques, il n'est resté pas moins qu'il faut poser un jugement pour savoir comment évaluer une situation et comment agir. La règle de respect de la personne, reconnue, ne dit pas comment le faire dans telle ou telle situation particulière.

Finalement, pour ce monsieur, l'alternative pourrait aller jusqu'à une hospitalisation sous contrainte ou le retour en rue, dans des conditions d'incurie extrême. D'un côté, la contrainte, de l'autre, la liberté individuelle – dilemme exprimé de cette manière : faut-il aller en établissement adapté coûte que coûte pour vivre le plus longtemps possible, ou respecter le choix qui dit « je veux rester en rue, même si je fais sur moi et vis à moitié nu dans la rue » ? Derrière ce dilemme sans solution, des questions concernant la meilleure manière d'accompagner la personne dans le cadre de ses missions émergent au fil de la discussion.

Cette situation amène l'instance éthique à questionner ses représentations de la dignité. Ce monsieur renvoie à une image de l'humanité qualifiée « d'insupportable » : à la souffrance et à l'incurie en rue, mais aussi à la violence d'un enfermement non volontaire. « C'est compliqué au nom de la dignité humaine. Ils [certaines personnes vivant en rue] sont dans un tel état d'incurie qu'on se demande s'ils ne se mettent pas en danger : comme une non-assistance à personne en danger », relève un professionnel d'équipe mobile. Cette notion de dignité est ensuite recontextualisée pour essayer de comprendre comment la définir dans cette situation. Notre manière de comprendre cette situation n'est-elle pas déterminée par une conception de la dignité comme qualité d'une personne capable de compréhension et d'autodétermination, pour qui la réalisation de ses choix ne poserait pas problème ? Le problème éthique ne viendrait-il pas de l'incapacité de monsieur à pouvoir agir conformément à ce qu'il souhaiterait ? Dans ce cas, le soin pourrait se loger dans cet intervalle.

Les difficultés de l'accompagnement sont alors relevées de deux côtés. D'un côté, une forme de normalisation à laquelle la situation individuelle de cette personne ainsi que les pratiques des travailleurs sociaux sont soumises. D'un autre côté, la situation sanitaire de cette personne, nécessitant des soins qu'il semble difficile de donner dans le cadre mis en place. Les maraudeurs, par exemple, n'ont pas vocation à doucher monsieur. Dans la discussion, face à une alternative indécidable, au sentiment d'être dans une impasse et d'être bloqué, l'idée apparaît de revenir à ce qui pose problème dans cette situation, à savoir la perte d'autonomie. Accepter la perte d'autonomie est un souci pour la majorité des personnes. Cela ne relève sans doute pas d'un problème psychiatrique, mais d'une difficulté existentielle et psychologique. La question est alors de savoir, d'une part, s'il existe des dispositifs pour accompagner cette perte d'autonomie pour monsieur, et, d'autre part, s'il peut aller de lui-même demander de l'aide. S'il a des douleurs aux jambes, est-ce qu'il ne saura pas dire qu'il a besoin d'aide ? Un parallèle est fait avec les personnes non précaires qui sont elles aussi confrontées à la perte d'autonomie. La résistance à envisager d'aller dans un EHPAD est bien connue, et une réponse est alors de travailler à l'acceptation de la perte d'autonomie. Le recours à des médicaments peut permettre l'espace d'un moment de prendre le temps de faire ce travail.

Le travail mené par l'instance consiste dès lors à reprendre les solutions envisagées dans cette perspective : celle de l'accompagnement à la perte d'autonomie pour une personne sans-abri avec son histoire et ses propres normes. Dans cette démarche, il est souligné qu'il est nécessaire d'accepter de ne pas connaître tous les tenants et aboutissants de la situation. Une personne souligne enfin que, comme d'autres sans-abri, cette personne a sans doute une santé et une

⁷ B. Bouquet, op.cit.

faculté de résistance hors de la moyenne et que le moment d'entrer en EHPAD, qui correspond en général à une période où la personne est à bout de forces et se résigne, n'est pas encore venu. Apparaît également l'idée qu'être en rue et être accompagné en rue n'est pas nécessairement un échec. Donc, comment pourrait-on aider et préparer cette personne à vieillir ? Enfin, ne faut-il pas reconnaître que derrière cette question se pose aussi celle de l'accompagnement de monsieur jusqu'à la fin de sa vie ?

L'acceptable jusqu'où : sentiment d'impuissance et d'échec

La discussion de l'instance porte pour finir sur le positionnement des professionnels. Derrière les questions d'éthique concernant le respect de la dignité de monsieur apparaissent en effet des questions relatives à leurs missions. Raccompagner en rue est-il un échec ? En quel sens, par rapport à quelles missions ? Faut-il faire entrer quelqu'un coûte que coûte dans un établissement ou essayer de mettre en place un étayage médico-social avec lui en rue ? Un membre de l'instance rappelle : « Il faut s'adapter à eux [les personnes qu'on accompagne en rue] et proposer des réponses au cas par cas. »

L'impression que la réflexion éthique porte sur la difficulté de trancher entre deux ou plusieurs options laisse place à un questionnement sur la posture professionnelle. Le professionnel qui est sur cette mission spécifique à l'orientation des personnes vieillissantes ne comprend pas : « Il y a tout un travail en amont. On s'assure que c'est le choix de la personne, qu'elle comprenne les enjeux, qu'elle visite les lieux. On s'assure que l'orientation ne soit pas la volonté du travailleur social référent. » La situation vient confronter le sens et les valeurs mis dans ses actions. Le professionnel reconnaît que le temps du travailleur social n'est pas celui de la personne sans-abri : répondre à la commande et répondre au besoin sont deux choses différentes qui ne sont pas toujours en adéquation. De plus, les professionnels constatent que cette personne, accompagnée pendant longtemps, crée une « situation chronophage » qui « prend de l'espace dans leur tête ». « Je ne suis pas référent de ce monsieur et pourtant il me mobilise beaucoup », explique ce professionnel, qui lui a rendu visite deux fois par semaine à l'EHPAD. C'est alors aussi la considération de la juste mesure par rapport aux pratiques professionnelles ainsi que des questionnements relatifs au principe de justice qui émergent. Est-ce juste en effet de consacrer tant de temps et d'énergie pour cette personne ? Ce professionnel explique le succès du service par un grand respect de la volonté des personnes et un travail d'accompagnement important. Enfin, une difficulté se pose dans la définition de ce qu'est un échec ou une réussite. S'agit-il pour réussir que tout le monde ait un toit même si ce n'est pas le souhait des personnes ?

La situation est vécue comme un échec car malgré cet investissement, l'orientation ne « tient » pas. Le manque d'alternatives soulève un sentiment d'impuissance et mène les professionnels à réfléchir à accepter une suite de parcours qui s'annonce indécidable. Les divers accompagnements du professionnel s'étant révélés auparavant concluants (accroche de la personne, nombreuses orientations en structure adaptée), cette situation bloquée met en relief les contours d'un travail social qui ne peut prétendre résoudre toute situation. « C'est rare d'être dans la position où ça ne marche pas. C'est la deuxième personne en trois ans qui retourne à la rue [...] En plus, il est conscient de tout et il met tout en échec. » La personne présentant le cas explique que si on fait appel à la mission, c'est pour trouver une solution. Si on ne la trouve pas, vers qui se tourner ?

Comment définir et évaluer la fin d'une prise en charge par le service qui accompagne monsieur, au-delà des résultats attendus ? Cette question sera peut-être reprise en tant que telle dans

l'équipe en charge, pour faire avancer le projet du service. L'accompagnement peut être considéré comme une étape du dispositif, et non comme un échec.

La discussion débouche aussi sur une proposition : celle de colliger ces cas pour documenter une éventuelle autre forme de pratique au SSP pour des personnes qui resteraient en rue et sur l'étayage qui pourrait leur être proposé.

Conclusion

« Je suis venu à l'instance pour avoir un positionnement », telle est la demande de la personne présentant le cas. Mais tenter de concilier consentement et contrainte n'apporte finalement que peu de pistes pour la pratique. En revanche, le cheminement éthique permet un étayage à partir d'autres principes normatifs tels que la justice ou la dignité et d'élargir leurs questionnements à une vision systémique. C'est par cet apport de complexité que peuvent s'élaborer d'autres voies ; dans le cas présent, interroger le caractère dual de certains raisonnements : un toit ou la rue, réussir ou échouer sa mission. En outre, le travail de questionnement a permis une véritable mise en exergue de la posture professionnelle, des enjeux de structuration du service et de ses objectifs. Cette réflexion a amené les professionnels du service à qualifier « d'étape », au final, ce qui était perçu comme un échec de prime abord.

On constate également que ce cheminement s'élabore grâce à la qualité des interactions au sein même de l'instance (respect mutuel lors des échanges, écoute, non-jugement ; et ce en écho aux qualités demandées sur le terrain) et à une succession de moments structurants :

- le temps permettant de comprendre la situation et le positionnement des différents acteurs ;
- le temps du débat ;
- le temps de la conclusion sur les meilleures options possibles.

Sur ce dernier point et en écho à la demande d'un positionnement de l'instance, le débat reste encore vif. Peut-on aller vers un consensus qui mènerait le cas échéant vers la rédaction d'un avis ? L'enjeu est le suivant : on voit que c'est la discussion des professionnels présents qui permet de donner sens à cette situation vécue, mais qu'à la fin la situation n'est pas réglée une bonne fois pour toutes. Il en va d'un dilemme éthique qui, par définition, se fonde sur des principes ou des valeurs qui sont tous légitimes, mais qui ne peuvent permettre de répondre à l'unisson dans de telles situations. Donc, il paraît plus entendu que les propositions de solution laissent apparaître soit du dissensus, qui est fécond lorsque les raisons en sont comprises car cela donne du sens aux actions, soit du regret de ne pas pouvoir aussi respecter l'autre principe ou valeur.

Comme souligné par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et le Haut Conseil du travail social (HCTS), la réflexion éthique est avant tout personnelle : elle est celle d'un professionnel engagé dans une relation personnelle. Elle demande dans tous les cas un jugement personnel. Si on ne veut pas se substituer au jugement pratique des professionnels, ces cas et leur publication ne peuvent servir qu'à illustrer les manières dont ce questionnement éthique se met en place. Les compétences sont acquises à force de réfléchir dans les conditions qui sont celles de l'instance éthique.