

*Les résistances locales
aux politiques de santé publique¹*

*Serge Clément**
*Marcel Drulhe***
*Jean Mantovani****

Au cours d'un long mouvement historique, l'aide socio-sanitaire a été arrachée à la subjectivité morale des acteurs locaux philanthropes : des barèmes normalisés d'éligibilité et d'admission se sont substitués à l'autosatisfaction et au moralisme de la bienfaisance selon une logique qui relève pour l'essentiel de l'handicapologie². Or, avec la croissance du chômage et l'allongement de sa durée, avec les nouveaux errements de la condition salariale (dont tous les emplois salariés atypiques qui n'assurent plus la protection sociale universelle), avec les conséquences de ces deux phénomènes quant au maintien dans un logement et quant à la stabilité des appartenances individuelles à un groupe familial, à un voisinage, à un groupe professionnel, émergent en nombre toujours plus important de nouveaux prétendants à l'aide sociale et au soutien de la santé (tant pour la protéger que pour la recouvrer) : ces prétendants ne correspondent pas à la logique de l'assistance promue par l'État social parce qu'ils ne sont pas des handicapés, mais des valides socialement invalidés, c'est-à-dire sans protection sociale.

¹ Dans le prolongement des recherches de l'axe "santé" du Programme interdisciplinaire de recherche sur les villes du CNRS, on considèrera ici que les dernières décennies du XX^{ème} siècle ont été une période au cours de laquelle s'est opérée une "sanitarisation" de la question sociale : divers aspects du "social" ont été traduits dans un langage sanitaire pour faciliter leur inscription dans la sphère politique. Cf. Serge CLÉMENT, Marcel DRULHE, Jean MANTOVANI, Monique MEMBRADO, La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville, in FASSIN D. (sous la dir. de) (1998), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La découverte.

* CIEU-CNRS/Université de Toulouse-le-Mirail et U. 518 INSERM, Toulouse.

** CERS-CNRS/Université de Toulouse-le-Mirail et U. 518 INSERM, Toulouse.

*** OrsMIP et U. 518 INSERM, Toulouse.

² CASTEL (R.), *La métamorphose de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

Des changements dans les politiques socio-sanitaires...

L'action socio-sanitaire classique suppose donc d'être dépassée d'un double point de vue. Sur le registre cognitif, l'exclusion n'est pas pensée comme un état (à l'instar du handicap), mais comme un passage : la pauvreté n'est qu'un effet transitoire de processus de précarisation, un moment passager d'une trajectoire fragilisée. Le second dépassement concerne l'intervention : il ne s'agit pas de compenser ou de réparer, mais de dynamiser et de développer. Au plan opératoire, le levier de la décentralisation permet une mobilisation des autorités locales qui permet le maintien d'un encadrement sur des objectifs nationaux dont les orientations sont davantage procédurales que substantielles ; la focalisation sur le local permet de passer d'une handicapologie caractérisant les personnes à une "handicapologie de territoires" ; enfin la constitution de divers dispositifs d'accompagnement vise le traitement en principe temporaire d'une nouvelle catégorie sociale : "l'exclu en insertion". En arrière-fond se dessine le modèle de la discrimination positive : la politique des ZEP tout comme les diverses composantes de la politique de la ville visent à terme une égalisation progressive des conditions d'existence, mais concèdent la parenthèse d'un effort spécifique de mise à niveau censée être de courte durée, au risque d'un marquage stigmatisant de certains territoires et de certaines populations, aussi bien qu'au risque d'attiser jalousies et rancunes de la part des "quartiers voisins"³.

Ce raccourci de la nouvelle question sociale⁴ esquisse le modèle d'un observateur extérieur qui a la prétention de prendre suffisamment de hauteur pour pouvoir exhiber la structuration de l'action socio-sanitaire et de ses changements au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, au carrefour de la question sociale et de la question urbaine, et de leur traitement politique. De cette posture comment ne pas remarquer une volonté consensuelle dans l'élaboration des projets et leur mise en œuvre ! Le consensus paraît être d'autant plus à portée que les médias suscitent toujours l'émotion publique lorsqu'ils font le récit de la dégradation de la rue et de la dégradation dans la rue, lorsqu'ils font des reportages sur telle ou telle composante de la faiblesse sociale et de la misère qui entrave les soins ordinaires de soi, - et qu'il s'agit de se mettre à l'abri du scandale. Le

³ NOBLET P. (1998), Égalité et discrimination positive. Le cas de la France et des États-Unis, *Revue française des Affaires sociales*, 52^{ème} année, n°4, octobre décembre.

⁴ AUTÈS M. (1995), Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion, *Lien social et politiques – RIAC*, n° 34, Automne

LAVILLE (J.L.), La crise de la condition salariale. Emploi, activité et nouvelle question sociale, *Esprit*, n° 12, décembre 1995.

ROSANVALLON P. (1995), *La nouvelle question sociale*, Paris, Le Seuil.

consensus paraît aussi d'autant plus vite obtenu que la proximité des situations de crise place les acteurs concernés sous la tyrannie de l'urgence : seul l'excès interventionniste qui transforme l'individu plongé dans une situation publique de grave danger en "patient malgré lui" ou en "hébergé malgré lui" appelle un minimum de distance et introduit quelques divisions au sein de l'accord général des partenaires localement reconnus sur la nécessité de tel ou tel type d'intervention.

...aux résistances dans la proximité de leur application

Changeons de posture d'observation pour nous rapprocher de ceux qui se tiennent à l'écart de cet affairement et de cette précipitation dans le montage d'opérations socio-sanitaires, au cours duquel on en appelle par ailleurs à la participation des militants, des professionnels, des bénévoles et de tous les habitants-citoyens concernés du fait de leur inscription territoriale dans quelque mode de précarité et d'exclusion. Leur différence ne s'explique guère par la manifestation de rue ou le brouhaha médiatique, mais ils procèdent à quelque mode d'action collective qui relève du mouvement social par leur coopération dans la résistance et par leurs revendications⁵ : leur entreprise consiste à chercher ensemble à établir un autre mode d'existence collective en construisant d'autres modes d'intervention ou encore en s'efforçant d'utiliser les mondes sociaux spécifiques aux autorités locales (Conseil municipal, Conseil général, DDASS...) comme des espaces d'appel et d'interpellation... Mais chacun sait que le répertoire du mouvement social est très diversifié : quelles formes observables peut-on repérer dans le domaine des interventions socio-sanitaires promues par les politiques publiques de lutte contre l'exclusion ?

Au sein des politiques de la ville développées plus particulièrement au cours des années 1980 (cf. les DSQ = Développement social des quartiers) la vieille rhétorique de l'approche communautaire et de la participation s'affiche comme une innovation sociale, alors qu'il s'agit d'un thème traditionnel, dans le monde du développement, pour une gestion sociale des populations dominées lorsque "les solutions volontaristes font la preuve de leurs insuffisances"⁶. Le cas des programmes d'action communautaire pour la santé publique, en tant que volet de la politique de la ville, est exemplaire de la composante normative latente du référentiel des professionnels qui structurent ces actions : les "non-membres" ont une vision implicite de ce que doit être la santé des

⁵ CHAZEL F. (1992), Mouvements sociaux, in BOUDON R. (sous la dir.), *Traité de sociologie*, Paris, PUF ; FILLIEULE O. et PÉCHU C. (1993), *Lutter ensemble. Les théories de l'action collective*, Paris, L'Harmattan, 1993.

⁶ FASSIN D. (1996), L'essentiel, c'est de participer. "Démocratie locale" et "santé communautaire" dans les villes du Tiers-Monde, *Les Annales de la recherche urbaine*, n°73, décembre.
Cf. aussi : JEWKES R. and MURCOTT A. (1996), Meanings of community, *Social science and medicine*, Vol. 43, n°4.

"membres" du quartier, indépendamment de ce qui constitue les aspects du bien-être et les moyens de les atteindre pour les autochtones. Encore faut-il ajouter que la dimension prescriptive est transversale au "développement social", thème-clé de cette politique : "l'esprit thérapeutique" l'anime dans sa quête d'un diagnostic social pour déterminer une "médication" visant à atténuer les effets les plus criants des symptômes qui dérangent le plus, faute de croire en leur guérison. Quand il s'agit de quartiers populaires constitués d'habitants enracinés dans la longue histoire des luttes ouvrières et toujours sur le qui-vive dans des associations vigilantes de locataires, la protestation mobilise les savoirs et les savoir-faire de la mémoire revendicative pour remettre en cause les désignations des problèmes locaux et les solutions prédéterminées que ce mode de désignation induit. Dans cette forme classique de résistance et de protestation, les histoires personnelles des habitants sont immédiatement prises dans l'histoire collective : les histoires que chacun raconte sont tissées et ponctuées des événements qui sont survenus dans la cité ou le quartier et que chacun a partagé, au point de donner prise à des catégorisations expertes, contestables et contestées mais servant de référentiels aux transactions. À l'opposé, de nombreux observateurs ont souligné combien l'individualisation des modes de vie rendait improbable la mise en forme collective des histoires personnelles, sauf momentanément à partir de "dossiers spécifiques" : la résistance de la société civile tendrait à se substituer aux revendications de classe, en quête d'espaces de socialité indépendants du contrôle de l'État.

Le quartier et la ville : deux conceptions de la santé publique

C'est donc d'abord la résistance populaire qui apparaît encore une fois au milieu des années 80, au plus fort de la mise en œuvre de la "politique des quartiers", et qui manifeste confrontations et rapports d'influence autour du logement social, inscrits eux-mêmes dans l'histoire du mouvement ouvrier, en un rapport entre le pouvoir municipal, préoccupé de pacification des quartiers "chauds" mais aussi d'y asseoir son audience, et une action collective "locale" qui se cultive volontiers dans une relation d'opposition à la Ville, sur le mode de la représentation des habitants et de leurs intérêts.

Considérons le site toulousain d'Empalot, grande cité de logement social (quelques 2500 logements construits pour l'essentiel dans les années 50 - 60, et plus de 6500 habitants). Voilà un secteur urbain socialement et historiquement circonscrit, dont la définition en tant que "quartier" tient pour partie à un regard extérieur : il est focalisé sur ce qui est alors considéré comme faisant signe de "déqualification", de "dérive sociale", "d'enclavement". Mais il existe aussi un autre point de vue, celui d'une bonne partie des acteurs locaux, représentants des locataires ou autres animateurs de la vie associative : ils s'attachent au contraire à valoriser leur quartier, en référence à la figure

emblématique de l'habitant. En effet, contrairement à certains sites de "banlieues" où la mise en dispositif de quartier a pu reposer sur le constat initial d'un certain déficit de l'action collective, le quartier d'Empalot se caractérise de longue date par la richesse de sa vie associative. Dès les années 60 l'action revendicative des habitants a fortement concouru au développement des services de proximité (antennes des services sociaux et culturels, mairie annexe, etc.) avec leur lot de professionnels.

Deux régimes de "commissions"

Sur initiative propre de la municipalité, "bonne élève" de la politique de la ville, le site d'Empalot est inscrit dans le premier train des quartiers relevables d'une action spécifique, et la procédure de DSQ prend effet dès 1985. A ce moment-là, la définition des contenus du travail des "commissions" revient aussi très largement à la Mairie et à ses services techniques, qui s'inspirent surtout des modèles préconisés par les instances nationales du DSQ.

Les associations d'habitants, les militants locaux, ainsi qu'une part des travailleurs sociaux, voient "arriver" le DSQ, avec une méfiance certaine, comme procédure imposée par le politique central, et la première réaction des "locaux" intéresse étroitement notre propos : elle va consister à resserrer les rangs, en créant un regroupement (les Associations Unies pour la Réhabilitation d'Empalot, ASURE) qui va prendre l'initiative d'instituer un deuxième régime d'instances de concertation : les commissions "ASURE" entrent en concurrence directe avec celles qu'anime le maître d'ouvrage. *"Une partie de la population (...) a saisi très rapidement l'enjeu politique qu'il pouvait y avoir et a souhaité mettre en place un contre pouvoir par rapport à la municipalité"* (Animateur du dispositif, 1996⁷)

Le conflit de légitimité qui va suivre durera deux ans et aura pour effet de geler une part du travail de commissions. Il en va ainsi sur le thème "Santé", un domaine sur lequel la municipalité fonde dès le départ des espoirs particuliers, comme thème susceptible de mobiliser les professionnels et de neutraliser les rapports de revendication. Le DSQ se résume alors essentiellement à la discussion et au montage des dossiers techniques d'urbanisme et de réfection du bâti, et à l'activité d'une commission "communication", essentiellement animée par le souci du maître d'ouvrage de publiciser l'opération en cours.

La santé en question

Durant cette période initiale, les commissions "santé" se révèlent toutefois particulièrement inopérantes, sinon purement virtuelles. Aux motifs évoqués s'ajoute une raison spécifique de fond, tenant à l'objet "santé" en lui même ainsi qu'aux contenus

⁷ Chaque fois que nous citons un entretien, nous indiquons le statut de l'interviewé, et l'année de l'entretien

et aux orientations prédéfinis par l'équipe chef de projet : ses thèmes prioritaires, transposition des standards diffusés par la CNDSQ, portent sur la toxicomanie, les maladies mentales des jeunes, le sida et l'alcoolisme. Autant d'entrées pressenties pour la mise en place de groupes de réflexion thématique.

La problématique "santé" n'est pas absente de l'action locale antérieure au DSQ. Mais elle reste toujours inscrite dans une perspective clairement collective : *"Depuis que je suis sur Empalot, là où on a commencé d'une manière forte à parler de santé c'est au moment où la congrégation religieuse qui avait un centre de soins se décide à ne plus être congrégation. (...) Et il y a eu toute une réflexion à ce moment là, autour aussi du problème de contraception, avortement, loi Veil. (...) La première caractéristique c'est que ça a toujours été un débat qui dépassait amplement la personne, habitante du quartier. C'était obligatoirement avec une dimension de travail social, de médecins (...)."* A ce propos du même responsable, on pourrait ajouter : avec une dimension d'équipements et de services collectifs.

Aux yeux des membres d'ASURE, les thèmes proposés n'apparaissent pas susceptibles de fonder un tel débat. Ceux-ci génèrent au contraire une opposition farouche à toute démarche de ciblage d'un "habitant" toxicomane, malade mental, alcoolique : elle ne manquerait pas de venir renforcer le marquage défavorable du quartier tout entier.

Un travail sur le thème "santé" va pourtant se mettre en place et se manifester publiquement sous ce label dès 1987. D'abord avec la fusion des deux régimes de commissions, consécutive à la mise en place de nouveaux modes d'organisation du dispositif (avènement de la Mission au Développement Social Urbain), ensuite avec la définition de nouveaux objectifs de travail en rupture radicale avec les attendus initiaux. La Mairie joue encore un rôle d'instigateur, mais le déclencheur en est l'Office Public HLM, qui cherche des partenaires nouveaux dans la perspective de réhabilitations lourdes de bâtiments vétustes, occupés par une forte majorité de personnes âgées. Le débat va alors mobiliser l'ensemble des intervenants en s'inspirant de l'isolement grandissant des personnes âgées, du développement du lien entre les générations, de coordination dans l'accompagnement de ces vieilles gens... Le thème "santé" y apparaît certes comme prétexte, puisqu'il s'agit avant tout pour le bailleur de neutraliser les amicales de locataires qui font opposition sur le thème des hausses de loyers et s'opposent à toute intervention d'envergure, mais la démarche est "productive" puisqu'elle finit par déboucher sur deux réalisations notables :

- la mise en place d'un groupe mixte, composé de travailleurs sociaux et de représentants des associations, qui va se charger de l'accompagnement des résidents âgés pendant la période des travaux.

- la création, financée dans le cadre du dispositif, d'une association dénommée "Générations Solidaires" qui va prendre rapidement rang de service de proximité auprès des vieux les plus isolés.

Pour avoir rompu avec le ciblage stigmatisant de comportements jugés significatifs de mauvaise santé, et pour avoir valorisé la place des "anciens" de la cité, la commission "santé" a ainsi réussi une large mobilisation. De plus le travail réalisé a abouti à une association plus étroite des professionnels du social à l'action de quartier, répondant ainsi aux attentes de "transversalisation".

La période "consensuelle" est toutefois de courte durée. Dès 89, les associations quittent de nouveau la commission, précisément lorsqu'il est demandé aux intervenants institutionnels de définir les "problèmes de santé" relevables d'une action spécifique (enquête financée par le dispositif en appui) et que se voient réhabilités certains des paradigmes initiaux : l'alcoolisme, la toxicomanie... Un "groupe alcool" est mis en place, ainsi que différentes actions de promotion de la santé, le tout animé par des travailleurs sociaux. Mais la rupture demeure consommée jusqu'en 94, au moment où une nouvelle tentative de mise en débat de la question de la toxicomanie des jeunes est lancée parce qu'elle semble pouvoir mobiliser l'ensemble des composantes de l'action locale. Au cours de cette période, la pérennité de l'association "Générations Solidaires" est remise en cause par manque de financements adéquats et cela a suscité à nouveau la mobilisation du collectif associatif, attentif à la sauvegarde d'un service aujourd'hui considéré comme exemplaire et indispensable. Autant de signes que la vigilance des représentants de l'habitant reste entière face au risque de stigmatisation accrue du local comme dans la défense des acquis collectifs.

Les gens de la rue et la question de l'hébergement hivernal

Mais que se passe-t-il quand les histoires personnelles deviennent indicibles au point de s'afficher seulement face à des professionnels en de multiples versions adaptées à la demande momentanée, ou bien au point de s'abîmer dans le silence ou le délire ? Que se passe-t-il quand les multiplications des mises en scène de soi ou l'effacement de soi en une quasi mort sociale paraît faire obstacle à toute constitution, minimale et momentanée, d'une histoire collective ? Les gens de la rue, comme les vagabonds de l'Ancien Régime, sont insaisissables sauf à prendre note des quelques traces qu'ils laissent ici ou là, et surtout des multiples index qu'on pointe sur eux, sauf à prendre la peine d'écrire quelques chroniques pour en matérialiser un peu les vestiges et les mettre en perspective...

Dans la discrimination des gens de la rue, les inclassables qu'on ne peut héberger

Du coup leur hétérogénéité est démultipliée : on oppose les solitaires et les "clans", celui des clochards (dont on isole les "résidents notoires"⁸), celui des "toxiques", celui des routards et celui des "zombis", que l'hôpital psychiatrique déverse dans la rue faute de pouvoir les garder (les "interdits d'asile"). On souligne les violences dans la rue autour de conflits souvent liés à l'argent ; on devine des liens de solidarité autour des pratiques d'alcoolisation⁹, des pratiques de ritualisation dans l'usage de "drogues"¹⁰... et autour d'apprentissages de la vie dans la rue. Plus encore, les caractérisations de certains individus de ces catégories accumulent des traits tels qu'on finit par les situer au-delà de la frontière de la civilité de base et de la citoyenneté : quelle que soit leur catégorie (clochard, routard...), ces individus apparaissent alors comme irrécupérables, c'est-à-dire sans possibilité de reclassement, et donc littéralement insaisissables par quelque institution que ce soit¹¹ : tout le secteur d'hébergement social subventionné par les pouvoirs publics, tout comme les responsables de la DRASS, de la DDASS, de la DSD et la municipalité, finissent par "dénier l'existant" : à les en croire, il existe suffisamment de lits pour l'accueil hivernal.

Cette prise de position s'opère à partir du bouclage d'une double frontière : on établit une norme politico-médiatique selon laquelle les sans-abri qui dorment dehors par grand froid le veulent bien puisque tout a été fait pour leur proposer un toit qui leur convienne ; cette première norme se redouble d'une norme professionnelle : les techniciens du social les mieux formés qui ont tenté de les emmener dans un gîte ont échoué, de sorte que toutes autres tentatives sont d'avance vouées elles aussi à l'échec. "Exclue de la "cité", la pauvreté n'aurait plus rien à dire sur la société (...) elle désigne le point de rupture du lien social (...) Les individus sont si isolés, en marge, inutiles, qu'ils ne peuvent constituer un mouvement quelconque ; ils ne peuvent même pas être représentés¹²". L'aboutissement de cette construction sociale d'une ultime catégorie de

⁸ Il s'agit de gens de la rue connus et reconnus du fait de l'ancienneté de leur inscription dans la ville : tantôt seuls, tantôt en groupes, ils connaissent très finement toutes les ressources que peut leur offrir gratuitement l'espace urbain, depuis la couronne centrale jusqu'aux faubourgs ; ils servent souvent de guides et d'initiateurs pour les jeunes, mais ils se méfient des toxiques que le manque peut rendre voleurs et agressifs, tout comme des routards.

⁹ ROQUET E. (1999), L'usage de l'alcool au sein de groupes de sans-abri, *Sciences sociales et santé*, Vol.17, n°2, juin.

¹⁰ EHRENBERG A. (1992), *Penser la drogue, penser les drogues. I. État des lieux*, Paris, Editions Descartes.

¹¹ Non seulement le "secteur fermé" des CHRS plus ou moins spécialisés n'en veut pas parce qu'il travaille dans la longue durée, mais c'est également le "secteur ouvert" des asiles de nuit qui les refuse parce qu'ils ne respectent pas les règles minimales de la normalité urbaine. Cf. SOULIÉ C. (1997), Le classement des sans-abri, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°118, juin.

¹² PROCACCI G. (1996), Exclus ou citoyens ? Les pauvres devant les sciences sociales, *Archives Européennes de sociologie*, n°2.

sans-abri est l'intrication fusionnelle de l'extrême pauvreté et de l'extrême marginalité : du coup l'inégalité sociale se perd dans une ségrégation diluée parce qu'elle est atomisée et fragmentée.

Le montage d'une alternative au service de la critique du jugement institutionnel

On ne peut pas imaginer que ces "inutiles au monde", abandonnés et dont on ne veut plus rien savoir, puissent initier un mouvement social : exclus à ce point de la société civile comment pourraient-ils protester ? Relever le défi de cette normalisation urbaine opérée par les institutions du secteur social sur le mode du consensualisme a pour condition de possibilité l'expérience de gens de la rue qui n'en sont plus ou bien l'expérience de bénévoles qui ont consacré au moins une grande partie de leur vie à réduire la distance qui les sépare de ces "grands exclus" ou encore la bonne volonté des militants qui tâtonnent à fabriquer des projets alternatifs. Mais cette condition de possibilité reste inopérante si elle ne débouche pas sur diverses formes de coopération pour "s'apprendre mutuellement", à commencer par s'apprendre à entrevoir la dénégation et le défaitisme qui s'affiche dans la bonne conscience d'un accueil hivernal jugé suffisant : contre un ethnocentrisme de classes moyennes qui ont la prétention de généraliser sans exception leur possibilité d'associer l'individualisme et l'indépendance pour protéger la société civile de l'hégémonie d'un État technocrate, il s'agit de proposer la possibilité d'étayages à ceux pour qui l'individualité est un poids et l'indépendance une insécurité. C'est autour d'un collectif inter-associatif que se noue la résistance à cette composante de la politique socio-sanitaire locale sous-tendue par une telle vision implicite¹³. Il veut faire la démonstration qu'il manque des toits pour ce public, prêt à regagner un gîte si on lui offre quelque chose qui lui convienne ; il veut faire la démonstration que la cohabitation de ces "rebuts" est possible sans bagarre, sans violence et dans la mixité ; il veut faire la démonstration de l'arbitraire injuste de la double norme implicite qui préside à leur rejet.

L'opposition et la résistance se manifeste dans un mode atypique d'intervention visant "les gens de la rue pas accueillables dans les foyers officiels" (Accueillant, 1998) : dans le prolongement d'un "taudis" d'accueil hivernal installé dans un vieux local de la Croix Rouge (appelé à la réfection) au cours des années 93-94 et 94-95, le collectif force les grilles d'un local désaffecté en décembre 1996 pour y installer "un squatt amélioré" ; le

¹³ Ce collectif est composé de deux associations largement constituées d'anciens SDF [Communauté Emmaüs de la Haute-Garonne et Groupe Action Fraternité (GAF)], ainsi que de militants d'associations luttant contre la misère (Médecin du Monde, la Croix Rouge, le Secours Catholique et l'Entraide Protestante). La Communauté d'Emmaüs assure le leadership, en particulier du fait de son indépendance financière : quelques-uns de ses compagnons assurent en permanence l'accueil, les préparations et le nettoyage (d'autant plus nécessaire que les chiens sont admis), mais ils reçoivent un coup de main dans toutes ces tâches de la part des bénévoles des autres associations qui "se sont réparties les soirs de la semaine" (Accueillant, 1998).

coup de force surprend les autorités, mais "la respectabilité" des associations qui composent le collectif les oblige à transiger et à encourager le propriétaire à signer un bail pour quelques mois. Désormais, et pendant trois hivers successifs, le collectif peut offrir "une maison qui s'adapte à ces gens et pas le contraire". L'enjeu est de proposer un lieu avec un seuil d'accessibilité aussi bas que possible¹⁴ qui permette l'accès à divers types d'affiliation, si les gens de la rue qui y viennent le souhaitent. Ces associations, en leur coopération sur cette action, n'ont aucune prétention à l'insertion : "ce qu'on appelle l'insertion, nous, on y croit pas" (Responsable associatif, 1998) ; elles n'ont pas d'objectif précis vis-à-vis de ces gens de la rue (sevrage de l'alcool ou de la drogue, soutien social accompagnant une évolution hors de la dépression, arrêt de la vie dans la rue ou sur les routes¹⁵...).

Leur seul but est général : proposer une structure adaptée où ces gens se sentent bien et où ils ont envie de revenir de sorte qu'ils puissent arriver à construire un souhait, un désir, qui soit le leur propre. Le maître-mot est celui d'adaptation à ce public métissé, constitué de clochards (vieux résidents des rues toulousaines), de jeunes paumés, de "morts vivants déprimés" (également désignés comme des "miracles sur pattes", entre trop malades pour être acceptés dans les foyers ordinaires et pas assez malades pour rester à l'hôpital psychiatrique) et de toutes ces personnes "entre deux" à qui le passage par ce "squatt amélioré" permet de franchir à nouveau le seuil des CHRS classiques. Ces distinctions sont de l'ordre du repérage momentané d'un moment dans une trajectoire (leur arbitraire n'échappe à personne) pour un accueil plus adapté à chacun, de sorte que s'opère une "re-socialisation entre eux" visant d'abord à refaire un pas vers le respect de soi (cela se traduit par exemple par l'effort que parviennent à faire certains d'entre eux, à certains moments, pour ne pas "arriver trop fracassés", c'est-à-dire pour limiter leur ivresse ou leur défonce de façon à ne pas trop gêner les autres, et leurs hôtes en particulier). La quête du collectif, on le voit, est la mise en œuvre de formules alternatives dont le but est moins de faire accéder à quelque forme de logement qu'à

¹⁴ Voici comment ce seuil est décrit par quelques-uns des "compagnons" qui accueillent et résident en ce lieu : "Ils vivent dans la rue et dans la rue il n'y a pas de structures... donc en fait ici au niveau règlement c'est le strict minimum. Interdit de boire... interdit de consommer des stupéfiants.... Interdit de se battre aussi, et puis c'est tout, c'est la grande liberté. (...) On essaie de préparer une bonne soupe, de faire de ce lieu un lieu chaleureux, de pas faire peser trop d'autorité, mais de se faire respecter aussi... On essaie de faire de la prévention pour qu'ils soient pas trop gênants pour les autres" (Accueillant, 1998). "T'en as la moitié, quand ils rentrent le soir, ils sont fracassés (...) Ici on demande rien, pas de pièce d'identité. (...)Le soir, quand tu ouvres la porte, y en a, y vont directement dans la chambre, ils en ont rien à foutre, ils disent même pas bonjour" (Autre accueillant, 1998).

¹⁵ "Pendant longtemps le gars, il va pas prendre de douche, et puis tout d'un coup il va en prendre une, et puis, ça va durer quinze jours, et puis au lieu d'en prendre une tous les quinze jours, il va en prendre une toutes les semaines, et puis à la fin c'est lui-même qui va la réclamer tous les jours... Ça c'est du progrès, mais on a pas mis la pression sur le gars, et ben tant mieux, ça, ça fait partie des réussites, mais c'est pas du tout ça qu'on s'est fixé comme but." (Responsable associatif, 1999)

réaliser des formes différentes d'habitat et d'habiter, dont le but est moins de convaincre de se faire soigner que de "travailler" avec eux à reprendre soin de leur corps...

Cette "maison", le collectif la veut vivante : il souhaite lui insuffler "une âme" par la qualité spontanée et chaleureuse de l'accueil¹⁶. Et c'est pourquoi les accueillants, qui dorment et vivent sur place, refusent de se considérer comme des gardiens ou des éducateurs¹⁷, et d'en prendre la posture. Ils savent que certains de ceux qui viendront sont de passage (ils attendent une relation de service et d'orientation sur les circuits de l'aide socio-sanitaire), mais ils savent aussi que certains séjours seront plus longs et qu'ils pourront établir des relations de complicité plus ou moins importante. Accueillants, "compagnons" ou bénévoles des associations, s'efforcent par leur tolérance, leur bonne humeur, leur sympathie et leur spontanéité de produire une réelle convivialité dans la grande pièce collective où on partage le repas, où on fait conversation, où on s'active autour de jeux de société, où on partage la soirée (sans obligation et comme chacun l'entend). Et cette convivialité se redouble d'une hospitalité toujours ouverte : ce "squat amélioré" n'est pas tenu par un nombre de places normalisé ; on n'hésite pas à rajouter des matelas dans les couloirs pour faire dormir les derniers arrivés qui n'ont pas trouvé de place ailleurs et que le grand froid décourage de rester dehors¹⁸

Une forme idéal-typique de la résistance : la figure du "passeur"

Les caractéristiques et l'action de ces permanents de l'accueil qui représentent le collectif auprès de ces gens de la rue qui excèdent la norme institutionnelle, ne sont pas indifférents à ce mode alternatif d'intervention, autre configuration des nouveaux

¹⁶ "C'est eux qui doivent se faire soigner : même s'ils ont un problème de couverture sociale, les premiers soins, ils les ont toujours quand même. Sinon pour les problèmes plus graves... bon, y en a quelques-uns, on leur a prêté notre propre carte de santé (...) On va pas les laisser crever non plus, c'est clair ! (...) Mais les plus âgés quand même... y en a un (sourir), on lui change le pantalon pratiquement tous les jours. On lui en donne un autre, on le lave, on le lui rend. Il se pisse partout tout seul. Il a pas un bras. (...) On l'appelle le papa. Pour quoi ? Parce que le premier jour où je l'ai eu, je râlais, il pissait partout, c'était difficile. Je lui ai dit "bon, tu vas prendre la douche" ; je l'ai mis là derrière avec une bassine, il avait des trucs dans les jambes...les chaussettes à force de gratter... pendant la nuit, on l'a soigné. Mais je ne suis pas médecin ou infirmier. On a fait des petits soins, j'ai fait le dépanneur. Et voilà, aujourd'hui, il a rien dans les jambes. Il dit "toi, t'es comme dieu, tu m'as lavé les pieds". Moi, ça me fait très plaisir. Et en plus je le connais pas, j'ai fait ça comme ... comme ça" (Accueillant, 1998).

¹⁷ " Rappelle-toi l'Indien, à la fermeture de la R.J. , qui disait : Nous, on vient ici parce qu'il y a pas d'éducateurs !" (Responsable associatif, 98)

" Il n'y a pas de rapports d'hébergement à professionnel. Il y a des copains qui accueillent d'autres copains qui sont un peu plus dans la galère " (Responsable associatif, 1999)

"Quand on rentre, ça a l'air bordélique, c'est un petit peu... ça va un peu dans tous les sens, ya rien qui est particulièrement planifié. On nous reconnaît pas à première vue parce qu'on est à peu près comme les gars. Mais c'est justement ce qu'il faut parce que les gens qui viennent ici, ils aiment pas trop les structures" (Accueillant, 1998).

¹⁸ "Et encore ici, c'est pour héberger que 35 ! mais on peut pas dire aux gens : va-t-en, y a plus de place... C'est pas le style. Ici, faut toujours trouver une solution." (Accueillant, 1998).

mouvements sociaux. On peut les rassembler sous la figure du "passeur" : leur médiation n'a rien à voir avec celle des polyvalents du dévouement qui, pour apaiser les tensions, viennent offrir leur solution douce dans l'urgence. Parce qu'ils se refusent d'être "à la botte d'une institution", parce qu'ils se réclament d'une "contre-culture" qu'ils estiment proche des gens de la rue, leur médiation est celle d'un tiers sans pouvoir qui ne prend pas la place de l'autre, mais dont la présence fait prendre de la distance par rapport au risque de fusion ou au risque d'élimination dans les interactions : il offre seulement sa volonté de faire confiance à celui qui vient, pour l'aider à se supporter dans cette "non-place" où il se trouve en espérant qu'il retrouve une place, s'il le souhaite. Il se soucie de préserver un "entre-deux" au sein duquel les gens de la rue qu'il est amené à connaître puissent évoluer ; en-deça des gestes de solidarité, il cherche à signifier la reconnaissance d'une dignité et d'un potentiel dont chacun est porteur. Il accomplit cette activité par un engagement personnel qui s'affiche en particulier dans l'adressage à celui qui arrive, au cours duquel il annonce son propre prénom ou son "surnom de rue"¹⁹.

La figure du "passeur" est une figure de résistance en ce qu'elle met en œuvre un modèle antinomique par rapport au modèle du capitalisme néolibéral. Celui-ci conjugue la quête d'une multiplication de l'argent et de son accumulation avec un nouveau sens de l'épargne qui s'applique au temps : "ne pas perdre son temps, c'est le réserver pour établir et entretenir les connexions les plus profitables, c'est-à-dire les plus improbables ou les plus lointaines, au lieu de le gaspiller dans la relation avec des proches ou avec des personnes dont le commerce procure uniquement un agrément d'ordre affectif ou ludique"²⁰. Dans ce modèle, l'enjeu est d'être disponible au bon moment, en particulier en confiant à d'autres la gestion de l'épargne monétaire, afin de "disposer de soi à sa guise le temps qui convient" pour monter un bon projet et pour connecter les détenteurs de capitaux afin de le financer. A l'inverse, la figure du passeur a un tout autre rapport à l'argent et au temps. Il sait que l'argent est lié au travail mais, s'il accepte le travail comme activité, c'est-à-dire comme fabrication d'une œuvre personnelle, production d'un service ou participation à une œuvre collective, il refuse de la soumettre aux exigences du rendement. Il exclut son accumulation spéculative tout en assurant la réserve de son indépendance financière : l'argent est consacré à la dépense pour entretenir la vie et ses conditions, jusque dans la solidarité et le partage. Dans tous les cas, il adopte une posture de déprise à son égard et témoigne de ce que l'argent n'exerce aucune fascination sur lui : "Je ne pensais pas que sans gagner de l'argent on puisse être aussi heureux. Je m'étais toujours dit que le bonheur, c'était l'argent, mais non..." (Associatif, 1998). C'est de cette découverte, de cette liberté dont veulent témoigner les

¹⁹ "Au départ, je leur dis : Moi, c'est Nounours, comme ça y a pas de problème" (accueillant, 1998)

²⁰ BOLTANSKI L. , CHIAPELLO E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, p.232.

"passeurs" : "Les jeunes sont rebutés sur un objectif : c'est un manque d'argent (...) c'est flagrant, on le voit beaucoup en ce moment. Parce qu'ils ont pas d'argent, ils se figurent que ça y est, c'est fini pour eux ! Moi, je leur dis, c'est pas parce que t'as pas d'argent que t'es perdu" (Associatif, 1998).

Plus encore, c'est le rapport au temps qui caractérise le mieux la figure du "passeur". Sans souci de compétitivité et de productivité, le "passeur" est celui qui prend son temps pour le donner : il a tout son temps pour s'adapter en souplesse à toutes les formes de rencontres. La proximité au "social" revendiquée par les institutions socio-sanitaires les place sous la tyrannie de l'urgence sociale, en mimétisme avec l'urgence liée à l'intensification des rythmes de travail exigée par la production en flux tendus ; refusant de se mettre aux ordres de l'urgence, le "passeur" se met en disponibilité dans le moment présent : il indique sa capacité d'écoute, d'échange et de réciprocité, et il attend que l'autre soit prêt²¹. C'est cette posture d'attente qui permet éventuellement un travail intérieur de la part de l'accueilli : il peut alors expliciter et formuler un souhait ou un objectif que le "passeur" accompagne dans son ultime détermination, en particulier en le situant dans le projet collectif d'une association "amie" quand c'est possible, et dans sa réalisation²². Si cette attente, ancrée dans le présent, est ouverte sur l'avenir, elle se garde d'en tracer les contours, comme le ferait une posture rationalisatrice de calcul : "On ne sait jamais de quoi sera fait le lendemain. On se le refuse. On vit au jour le jour." (Responsable associatif, 1998).

C'est la même posture qui est à l'œuvre dans les "sorties de rue" (également appelé "travail de rue") : contre l'interventionnisme urgentiste du SAMU social, des équipes formées par des bénévoles du GAF et de Médecin du Monde parcourent à pied la ville en sachant déjà les lieux où ils vont rencontrer des gens de la rue du fait de repérages préalables ou du fait de l'expérience antérieure de la rue de certains de ces bénévoles. Finalement certaines personnes sont bien repérées et régulièrement on va à leur rencontre pour leur manifester une présence et une possibilité de demande et de recours : rien ne leur est imposé ; aucune pression ne s'exerce à leur rencontre. L'enjeu est de nouer un lien, même ténu, sur lequel ces gens de la rue pourront étayer un travail intérieur de libération d'un souhait, ne serait-ce que d'hébergement ou de soin²³.

²¹ "Question parler avec eux, c'est difficile ; il y en a des fois, ils viennent pour parler avec toi, et puis tu en as d'autres ils restent dans leur coin. Alors, ceux qui sont dans leur coin, on essaie d'avoir des contacts, mais ils nous repoussent ; alors, moi, ce que je fais, j'attends qu'ils viennent" (Associatif, 1998).

²² Un responsable associatif exprime cette idée en disant qu'il s'agit d'abord de tomber d'accord sur un objectif et "après, tu pousses la personne sur cet objectif".

²³ Pour une responsable d'association qui a participé à ce travail de rue avec Médecin du Monde, il s'agit d'une "alternative aux lieux clairement identifiés où viennent les gens" (les permanences de MdM, les Accueils de jour, les hébergements de nuit...). Le travail consiste précisément à aborder régulièrement

Au travers de cet idéal-type de la figure de "passeur", il apparaît que les questions d'aide sociale et d'accès aux soins sont toujours en second plan, même si elles sont toujours présentes. Les "passeurs" témoignent de ce que l'alcool comme la drogue et le tabagisme est un marqueur puissant de ces modes de vie²⁴, mais on prend l'alcoolisation ou la défonce pour ce qu'elle est : un symptôme "qu'on n'attaque pas bille en tête" parce que chacun sait bien qu'il disparaîtra lorsque d'autres changements se seront produits ; et de ces changements, les professionnels de la santé ne sont pas les maîtres. Il reste que, si la souffrance qui est liée à ces symptômes ne peut pas être guérie, elle peut être soulagée. A ce titre, ils envoient ces gens de la rue aux professionnels, parfois en les accompagnant aux consultations. Cependant, fidèles à leur posture, ils n'imposent rien, regrettant parfois que leurs protégés n'ait pas encore le sens du suivi dans le soin...

Éviter le pire ou rendre demain meilleur ? Contre les politiques du risque, une volonté de progrès social respectueuse des trajectoires individuelles et collectives

L'État animateur, même en se bornant à tracer un cadre d'intervention, induit depuis sa supralocalité institutionnelle une normalisation dans le traitement de divers aspects de la question sociale et sanitaire. Cet effet d'imposition, aussi "doux" soit il, suscite réticences, résistances, protestations et contre-propositions alternatives. D'un côté, puisant dans la mémoire collective des mobilisations ouvrières, des associations de quartier se fédèrent²⁵ pour écarter une approche des problèmes de santé publique qui traite de certaines pathologies ou conduites comme paradigme de la pauvreté, et menace de renforcer encore le marquage du local. L'enjeu de cette conflictualité est de substituer à cette vision la prise en compte des rapports entre les générations afin que le vieillissement du quartier ne tourne pas à l'isolement et à la solitude des plus vieux de ses habitants. D'un autre côté, des associations se constituent en "entrepreneurs politiques" en consacrant leurs forces à la contestation d'une "impersonnalisation spécialisée" de l'aide socio-sanitaire. Ce militantisme associatif de solidarité²⁶ fait la

des personnes bien repérées, "les mêmes pendant un long moment, de façon à ce que puisse émerger ce qui doit émerger, et pouvoir accompagner, après, la demande" (1996).

²⁴ "Il peut même y avoir rejet quand y en a un qui veut stopper : tu veux plus boire avec nous ? eh ben, laisse tomber, va-t-en !" (Accueillant, 1998).

²⁵ LAPEYRONNIE D., Autonomie et reconnaissance chez les habitants des quartiers de banlieue, in MIRE, *Produire les solidarités. La part des associations*, Paris, Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1997.

²⁶ Bien que cette expression fasse question, elle vise à indiquer la coopération de victimes, d'anciennes victimes et de non-victimes de l'exclusion, de la maladie, du chômage... en un "idéalisme pragmatique" associant l'utopie d'un monde meilleur à l'immédiateté d'une présence de "concernement" sans projet. Cf. les débats au cours des ateliers organisés par la MIRE en 1997 à propos de la contribution des

preuve que si certains des gens de la rue ne franchissaient pas la porte des structures prévues pour eux (en premier lieu les CHRS), c'est qu'ils n'avaient pas trouvé celui qui leur convenait : les hébergements, en traçant les frontières de l'inclusion, délimitent aussi celles de l'exclusion. Mais, sauf à homogénéiser à outrance cette population à la rue, comment penser que toute solution d'hébergement sera définie pour longtemps, alors que le désir d'habitat n'est qu'une partie de la volonté de vivre autrement ? L'alternative proposée se matérialise par un accueil qui ne pose pas de préalable à l'entrée (sauf ce minimum de civilité qui bannit la violence) et dans des espaces communs (pièce de vie pour tous et dortoir pour les hommes en particulier).

Ces deux formes de résistance aux politiques locales de santé publique témoignent de la quête de nouvelles inscriptions des habitants les plus démunis dans la ville. Lorsque la voie est ouverte, reste à trouver quelque mode "d'encastrement interne" d'un minimum de professionnalisation et de l'élan militant²⁷, en somme une institutionnalisation sans bureaucratisation. Mais la reconnaissance de solutions alternatives est-elle tout-à-fait possible ?

associations dans la production de la solidarité : MIRE, *Produire les solidarités. La part des associations*, op.cit.

²⁷ JUAN S. (1999), L'utilité sociale de l'activité associative face à la professionnalisation et à la "marchandisation", *Sociologie du travail*, 41, 195-207.