

La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville

Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse

*Serge Clément**, *Marcel Drulhe***,
*Jean Mantovani****, *Monique Membrado*****

Si la santé publique s'est initialement développée dans les villes, la rationalité jacobine s'est peu à peu imposée au système de santé autour d'une double logique institutionnelle et idéologique : d'une part, l'État hygiéniste et le centralisme de l'appareil sanitaire fondé sur l'État social, et d'autre part, la vision selon laquelle la santé est l'affaire des médecins. Cependant, alors que la santé reste une prérogative de l'État qui garantit le régime des assurances, le système assistanciel relève des collectivités locales puisque l'aide sociale est assurée par le département et les communes peuvent procéder à des interventions d'action sociale (Pollet 1995). Or, des observations ponctuelles font supposer que, dans certains secteurs (au début la gériatrie et le maintien à domicile des personnes âgées, ensuite le domaine de la gestion de l'épidémie du sida, puis la précarité...), structures et programmes de santé publique se (re)localisent, même si la tendance n'apparaît pas toujours de manière très lisible. Ainsi l'élaboration des réseaux Ville-Hôpital, en impliquant dans un même type d'intervention praticiens hospitaliers, médecins de ville et d'autres acteurs qui ne sont pas des professionnels de la santé, participe d'une mise en forme localisée de la prise en charge des malades du sida (Fassin 1994).

Mais, ce faisant, va-t-on au-delà de l'observation selon laquelle il existe une tendance très forte à la transformation de l'acte soignant qui peut de moins en

* Ingénieur de recherche CNRS, Centre interdisciplinaire d'études urbaines, CNRS-Toulouse Le Mirail et CJF INSERM 94-06.

** Professeur de sociologie, Centre d'études des rationalités et des savoirs, Université de Toulouse-Le Mirail et CJF INSERM 94-06.

*** Chargé d'études, Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées.

**** Ingénieur de recherche CNRS, Centre interdisciplinaire d'études urbaines, CNRS-Toulouse Le Mirail et CJF INSERM 94-06.

moins rester une action solitaire (Bungener 1995) ? L'enjeu est de taille puisque l'une des hypothèses fortes consiste à énoncer une proposition de changement et d'innovation à grande échelle : après la période hygiéniste, puis la période de l'État social, nous en viendrions à des formules localisées de santé publique (Joubert 1996a). Une telle tendance reste à établir, ce qui présuppose un mode d'appréhension à partir d'outils conceptuels et méthodologiques qui engagent la réponse à une série de questions.

LA (RE)LOCALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE : DES PRÉSUPPOSÉS À INTERROGER

Un des premiers problèmes a trait à la définition de la santé publique au regard de la « précarité ». Comment qualifier la demande et comment structurer l'offre ? En effet, face à une population dominée par des conditions d'existence qui autorisent peu la « conscientisation » et l'interprétation de symptômes de mal-être, comment les professionnels et bénévoles traduisent-ils cette demande de façon à répondre par une offre, et laquelle ? Ensuite, comment le secteur sanitaire peut-il se recomposer en prenant acte du fait que le « soin » ne peut plus relever d'une action solitaire et que, de plus, il ne se suffit peut-être plus en lui-même ? Enfin, devant la nécessité d'une nouvelle qualification du domaine de la santé dans l'espace des politiques publiques (Joubert 1996a), quelles peuvent être, sur le terrain, les voies de la négociation entre les secteurs du social et du médical ?

Si on peut penser que le traitement de la précarité appelle une recombinaison des modes d'intervention classiques de l'action sociale et des professionnels du soin, une redéfinition et un réexamen des frontières entre le médical et le social, on ne peut faire l'impasse sur les enjeux que contiennent ces redéfinitions. En effet, l'histoire du champ de la santé est marquée par la juxtaposition de plusieurs modèles, à l'intérieur de la médecine elle-même : une médecine multi-forme et collective jusqu'au milieu du XIX^e siècle est dominée ensuite par l'adoption du modèle libéral (Ferrand-Nagel 1993), tandis que s'organise par ailleurs un champ paramédical et social en grande partie issu du courant de l'hygiène sociale. La prédominance du modèle médical, fortement liée à la constitution d'un savoir scientifique et technique, ne peut qu'avoir marqué les relations entre les professionnels dans les enjeux de constitution de territoires ainsi que de définition des légitimités et des modes d'action. Les travailleurs sociaux, pour leur part, ont été amenés au cours des avatars de la « question sociale », à repenser et à mettre à distance les schèmes de leur action, comme par exemple celui du contrôle social. Le passage d'une logique catégorielle à une logique territorialisée a été aussi l'occasion pour eux d'interroger des modèles qui empruntent au registre de la stigmatisation des populations « ciblées ». Alors que la « question sociale » ne peut se passer d'une évaluation

du « contrôle sanitaire » et de la prégnance du modèle de la « restauration médicale », quelles sont les voies ouvertes par les politiques de santé publique sur le terrain, à la combinaison des divers modes de faire professionnels ?

Du « mythe de l'accès aux soins » (Strohl 1995) à la « santé éprouvée » (Moulin 1996), il est probable que l'articulation entre les partisans de la restauration médicale et ceux de la réhabilitation sociale (Joubert 1995) emprunte des chemins de plus en plus négociés, où les bornes deviennent plus floues. Cependant, la problématique de l'urgence, questionnée à travers les conflits entre interventionnisme et non-interventionnisme, cède-t-elle le pas à celle de la mise en œuvre de nouvelles méthodes suscitées par les caractéristiques d'une population dont la « souffrance » ne saurait se dissoudre dans un seul acte thérapeutique ? On peut se demander si le travail de médiation effectué par le monde associatif (qui regroupe soignants et travailleurs sociaux, bénévoles et professionnels) entre les populations « exclues » et les institutions de « droit commun » est suffisant à initier de nouvelles formes d'action : ne sape-t-il pas les fondements d'une politique locale de santé publique en la laissant prisonnière de logiques instrumentales et stigmatisantes ?

Mais la *politique de la ville* a aussi fortement contribué à mettre le thème de la santé en avant et la municipalité toulousaine a très tôt fait siens les modèles de cette politique. Nous ne nous attacherons pas ici à la déconstruction sociologique de l'idéologie et des notions qui l'habitent. Que la politique de la ville ait institué « une réduction du social à l'urbain » (Chevalier 1996), que la façon tout aussi métaphorique par laquelle elle a promu la « figure du réseau » (Flament 1992) soit fortement empreinte d'ambiguïté, s'inscrit dans l'ordre des modes de conceptualisation propres au politique et nous semble, somme toute, relativement secondaire. Plus essentiels nous apparaissent les modes qu'elle préconise dans la mobilisation des acteurs, ainsi que ses attendus affichés en matière de traitement localisé de la question sociale. Selon les termes de Jacques Donzelot et Philippe Estèbe (1991), l'objet central de la « politique de la ville » est moins la « ville », en tant que telle, que la réforme des institutions politiques et sociales. La territorialisation, l'approche « globale » des problèmes, le projet sont les éléments constitutifs d'un modèle dont la réalisation passerait par la participation, la mobilisation locale et la légitimation d'intervenants issus d'horizons organisationnels divers.

C'est en ce sens qu'il faut sans doute comprendre l'action menée sous l'égide de la « santé » comme un volet parmi d'autres de la question sociale locale, s'inscrivant dans un cadre plus large de prise en compte de problèmes qui trouvent par ailleurs à se formuler en termes de logement, de sécurité ou d'accompagnement social. Ainsi l'objet (et l'enjeu) des politiques de santé dépasse-t-il le cadre strict des réponses apportées aux problèmes de « santé ». Le questionnement nous semble porter à la fois sur les modes de définition des problèmes, sur les formes de ciblage et de catégorisation des territoires et des populations, pour ce que ces modes et formes révèlent de la posture des

différents acteurs, en particulier de leurs modes de production de la demande sociale. De ce point de vue, il s'agit certes de mieux comprendre en quoi les actions de santé répondent aux attendus de normalisation des populations en situation précaire, mais aussi et d'abord, de mobilisation des acteurs et de reformulation de leur rapport aux entités sociales concernées. L'univers de la santé apparaît-il comme favorable au développement de formules participatives ? Rien n'est moins sûr : « Les difficultés de mise en œuvre de la participation (des populations) se manifestent de manière variable selon le domaine d'activité. À cet égard, la santé apparaît comme le terrain où elles sont les plus grandes. Deux éléments la caractérisent en effet qui s'opposent au principe même de la participation. Le premier tient à l'idéologie largement dominante qui tend à réduire la santé à la médecine (...). Le second tient à la manière dont les médecins ont réussi à obtenir le monopole de l'activité thérapeutique légitime » (Fassin 1996 a).

On peut par ailleurs s'inquiéter de formules qui cultivent l'exclusion et les exclus sans véritable souci de rupture avec la stigmatisation dont ils font l'objet. Poussant jusqu'à l'extrême le principe selon lequel « le social doit être triste pour être sérieux » (Strohl 1995), l'action sociale dramatise volontiers les situations auxquelles elle est confrontée. Souvent jusqu'à reproduire à leur propos la rhétorique de l'urgence médicale. Et la question reste posée de la capacité des procédures engagées à générer d'autres modes de catégorisation des populations précarisées.

Le registre du local est tout aussi problématique. Qu'est-ce qui fait « local » ? Suffit-il de se référer aux découpages politico-administratifs des « collectivités locales » (ville, canton/département, région) ? Les acteurs politiques de ces collectivités dites locales procèdent eux-mêmes à toutes sortes de recompositions (syndicats intercommunaux, délimitations de « quartiers », etc.). La détermination du « local » renvoie aux enjeux d'une définition de modes de régulation sur quelque niveau infranational du territoire. On peut considérer que l'un de ces enjeux est celui de la subsidiarité : pour « désengorger » les instances centrales de décision, on confie à des instances périphériques, couvrant différentes échelles territoriales, des sphères de compétences ainsi que les moyens afférents à leur ordre de décisions. C'est ce qui produit des découpages territoriaux institutionnalisés qui fonctionnent d'autant mieux qu'ils concernent des populations établies. De ce point de vue le local est déterminé par l'État, qui délègue en quelque sorte une part de sa souveraineté exercée sur le territoire national.

Mais tout le politique relève-t-il du rapport à l'État, de l'organisation des pouvoirs aux différents niveaux du territoire ? Le présupposé latent à une telle vision est d'ordre institutionnaliste, comme le fait observer Didier Fassin (1996 b) : cette vision réduit le local à des dispositifs de régulation et de contrôle social qui ont compétence et juridiction sur une partie déterminée du territoire national. Or l'observation fait apparaître que le local recouvre toutes sortes de territoires, y compris des territoires qui ne sont pas prévus par les institutions

publiques, et qui existent pourtant du fait des pratiques ou des imaginaires collectifs (Feroni et Lovell 1996). Ainsi, il apparaît que le local n'est pas forcément un territoire en soi, clairement délimité : pour les gens dont l'habitation principale est mobile ou bien pour ceux dont la question d'un abri pour la nuit se pose tous les jours, ce sont des cycles de parcours qui font régularité et sens.

En première approximation, on peut dire que le local, c'est d'abord ce qui rend proches divers acteurs, ce qui les spécifie et les particularise dans leur rapport singulier à différents niveaux de territoires, déterminés autrement par ailleurs. De ce point de vue, il s'oppose au national, qui se caractérise par l'identité d'un vouloir vivre ensemble sur un territoire aux contours prédéfinis, sachant que cette volonté détermine un rapport social qui ne se traduit pas forcément par des interactions concrètes, même en des circonstances exceptionnelles. Mais le local n'est pas seulement un processus à travers lequel se déterminent des acteurs proches : encore faut-il ajouter que cela ne concerne pas le privé. Au contraire, le local va de pair avec l'espace public, c'est-à-dire avec le politique au sens large. À travers les différents cas retenus, comment les interventions déterminent-elles tel ou tel type de « local » ? Comment des types de discipline corporelle et des formes de prise en charge régulatrices de la vie s'y inscrivent-ils (pour reprendre une perspective foucauldienne) ? Selon un rapport du CREDOC, bien que les communes n'aient qu'une petite place pour engager des interventions sur des problèmes de santé, la plupart des élus des municipalités urbaines donnent dans ce registre tout en le mêlant au social (Groc et Legros 1995). Mais l'État ne joue-t-il pas un rôle incitateur, même si la période au cours de laquelle la justice sociale était pensée en termes de conformité aux normes centrales est révolue (Donzelot et Estèbe 1991) ?

Au terme de ce premier repérage, on peut prétendre esquisser une problématisation plus générale présupposant les précisions que l'on vient de donner. Quelles sont les formes et les degrés d'une mobilisation d'acteurs locaux (issus de « mondes sociaux » divers qu'ils prétendent représenter) autour d'objets (sida, précarité/exclusion, handicapés, enfance, jeunesse, chômage...) et de populations-cibles (avec l'enjeu de leur territorialisation) dont on négocie la désignation (pertinence et légitimité) ? Sous cette forme, l'interrogation vise, dans un premier temps, la description de notre objet sociologique : que fabrique-t-on comme santé publique (en sachant que la ville et le municipal ne sont qu'un aspect du local) ? Il s'agirait en un second temps de rendre intelligible une telle politique locale de santé publique : en amont, quelles sont ses conditions de possibilité ? Quelles sont sa genèse et les conditions de son émergence (tant sur le plan économique que sur le plan de la « sociabilité associative » et sur ce que cela suppose comme transformation des cadres d'aperception et de pensée) ? En aval, quelles sont ses fonctions ? Non pas les fonctions manifestes (soulager la souffrance et la misère), mais les fonctions latentes et les effets indirects (conséquences sur les institutions et organisations « classiques », sur l'évolution des professions, sur le public concerné).

LE DISPOSITIF D'ENQUÊTE

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris une recherche sur « la production de politiques locales de santé publique » à Toulouse (Clément *et al.* 1997). Notre parti pris est celui d'une approche « apophatique ». La posture d'observation choisie a été celle d'une ignorance de départ, caractéristique d'une démarche ethnosociologique : nous ne savons pas ce qui relève du politique, de la santé publique et du local pour des acteurs urbains dont nous postulons par ailleurs qu'ils ont des savoirs et qu'ils produisent des actions qui réfèrent à ces divers aspects. Pour combler cette ignorance, en appréhendant le point de vue des acteurs, il est nécessaire que l'observateur se tienne en retrait : il s'agit d'amener ces acteurs à expliciter ce qu'ils perçoivent et ce qu'ils entreprennent comme relevant d'actions politiques de santé inscrites dans le territoire urbain qui leur est familier à propos d'interventions beaucoup plus larges qui ne sont pas forcément en prise avec la santé.

Les terrains d'observation ne pouvaient donc être officiellement désignés dans le registre d'un traitement de quelque « pathos ». Au contraire, nous avons cherché à observer comment des questions de santé publique émergeaient de la question sociale, comment ces questions se spécifiaient dans un territoire déterminé et comment elles pouvaient en venir à ce que leur dimension collective soit portée dans l'espace public du débat politique. S'il est vrai en effet que la nébuleuse de la question sociale est très liée au travail et à ses formes de précarisation, elle comporte aussi un autre versant, la précarisation de l'habiter. De ce point de vue, on peut noter l'existence d'un clivage entre ceux qui ont élu domicile dans un ensemble urbain constituant une unité d'habitat (parfois désignée comme quartier), et d'autre part tous les nomades, aussi bien ceux qui nécessitent des espaces de stationnement (« gens du voyage ») que ceux qui n'ont pas d'espace propre d'intimité, sinon momentanément et toujours de façon éphémère.

Nous avons donc choisi d'observer, d'un côté, un quartier qui a déjà fait l'objet d'un choix politique contractuel, celui de procédures de développement social urbain, et d'un autre côté, un ensemble d'opérations relativement récentes, reposant sur la mobilisation associative, impulsée par des incitations de l'État visant l'extrême pauvreté¹.

En matière de santé, le site toulousain est caractérisé par la faiblesse de l'interventionnisme municipal. Le CREDOC (Groc et Legros 1995) distingue deux modèles d'intervention municipale, à partir desquels la plupart des communes se situent de façon plus ou moins proche. L'un est « un modèle d'intervention municipale lourde, ancienne et axée sur le soin. » Les exemples les plus nets

1. Nous avons interrogé 54 personnes qui ont été amenées à s'exprimer sur l'un ou l'autre site : les « acteurs de terrain », les responsables de structures et les « décideurs ».

sont pris dans des communes de la région parisienne, celles qui mettent en avant un « socialisme municipal ». L'autre modèle, c'est le refus « d'imprimer une marque particulière en matière de santé, c'est-à-dire de définir des priorités ou des publics-cibles. L'approche adoptée est avant tout de répondre à la demande, en apportant un soutien et en fédérant les initiatives extérieures ». L'exemple donné par les auteurs est Toulouse : il apparaît donc au pôle opposé de l'interventionnisme lourd.

Le quartier d'Empalot²

L'histoire du logement collectif dans ce secteur de la ville commence dès la fin des années vingt avec la construction de 164 logements. La suite de son urbanisation est marquée par deux périodes majeures : années cinquante et soixante pour la construction de deux grandes cités, années soixante-dix pour la construction des « barres », aujourd'hui partie la plus stigmatisée de l'ensemble par les habitants mêmes du quartier. Le complexe comporte environ 2 400 logements sociaux.

Lorsque le dispositif de développement social de quartier est mis en place, la cité compte environ 6 500 habitants vivant en logement social. Paradoxalement, l'un des traits marquant de l'évolution de ces vingt dernières années sur le plan démographique est la dépopulation relativement forte. La population de la cité d'Empalot a diminué de 35 % entre 1975 et 1990. En 1990, la cité compte 43 % de chefs de ménage de plus de soixante ans et le quart des ménages est présent depuis plus de vingt ans. Ces grandes tendances cachent toutefois de grandes disparités internes entre les secteurs de construction ancienne à dépeuplement important et les « barres » où les jeunes ménages d'arrivée récente sont nombreux. Cette bipolarisation du peuplement local apparaissait alors comme le principal sujet de préoccupation pour les années à venir.

Le site d'Empalot est rarement considéré comme formant ghetto (ou ghetto potentiel). Il s'inscrit au contraire comme entité toulousaine à part entière, avec une identité forte, un long passé d'intégration par le logement, que résidents et intervenants locaux s'attachent à valoriser dans leur très grande majorité. Empalot constitue bien un « quartier », autant du point de vue des résidents qui le désignent régulièrement comme tel que du point de vue du système de distinctions établi à l'échelle de la ville. Cette définition ne va pas, toutefois, sans constat de discontinuités et de hiérarchisations internes, mais les « anciens » demeurent les garants d'une image peu dévalorisée du « quartier », en même temps que des formes de régulation interne, des codes de cohabitation, d'usage des espaces extérieurs.

2. Les éléments de connaissance du site que nous présentons ici ressortent des études à vocation socio-démographique réalisées entre 1984 et 1991, que ce soit ou non dans le cadre de la procédure DSQ notamment : *Étude préliminaire « Opération DSQ Empalot »*, AUAT-Toulouse, 1984 et *Conditions d'occupation du quartier d'Empalot*, OPHLM-Médianes, Toulouse, 1989.

Empalot a une histoire riche qui s'inscrit dans la tradition des mouvements ouvriers. Clubs sportifs, amicales de locataires, associations familiales ont participé de longue date à la vie collective autant qu'au développement des services localisés. La plupart des acteurs partagent une version de l'histoire du quartier qui fait une large place à l'action revendicative. Les plus anciens et ceux dont le profil de militants est le plus marqué en sont bien sûr les premiers tenants, mais nombre d'intervenants plus jeunes, y compris certains acteurs institutionnels, se sont approprié cette vision qui participe de fait à fonder et à souder l'action collective locale. Les premières mobilisations militantes portent d'abord et avant tout sur les équipements de quartier. Il s'agit de combler ou de compenser les manques et les obstacles en matière d'accès aux services localisés dans une perspective que les dispositifs successifs mèneront plus tard jusqu'à ses limites. Dès l'annonce du DSQ, l'ensemble des associations de la cité s'est constitué en collectif associatif, ASURE (Association unie pour la rénovation d'Empalot).

Le pôle humanitaire et social

La circulaire de décembre 1993, incitant les préfetures, les DRASS et les DDASS à la mise en œuvre de plans Santé-Ville vise à stimuler les réseaux de proximité et à faciliter l'accueil des populations démunies à l'hôpital. Elle a donné lieu à la création du « pôle humanitaire et social » du CHU de Toulouse, inscrit dans le projet d'établissement avec son propre comité de pilotage. Cinq structures sont concernées, qui associent formellement divers protagonistes, comme le CHU, la mairie, le Conseil général, la DDASS, et de nombreuses associations intervenant dans le domaine de la précarité exclusion :

– L'association Tziganes Solidarité (ATS). Elle est fondée en 1966 à l'initiative d'un médecin. Celui-ci obtient l'accord de la DDASS pour mettre en place une consultation de PMI pour les enfants tziganes, sur une aire de stationnement. Le constat dressé autour des conditions de vie des Tziganes l'amène à développer secondairement cette association : l'ATS intervient auprès des Tziganes de l'agglomération toulousaine (actions médicales, consultations sociales, actions de médiation avec l'Éducation nationale, la CPAM, l'hôpital, la justice, la mairie).

– Le comité médico-social pour la santé des migrants (CMSSM). En 1974, ce même médecin toulousain débute alors une consultation médicale qui met en évidence, chez les migrants, des « situations médico-psycho-sociales très complexes », vis-à-vis desquelles on imagine des modes d'interventions de travailleurs sociaux et de psychologues. L'action associative a pour objectif de « sensibiliser les pouvoirs publics », de révéler, « de percevoir les problèmes pour les repasser aux pouvoirs publics ». Elle refuse d'être une association « captive des problèmes de santé ».

– Le Point santé La Grave. Il était à l'origine un point douches de l'hôpital La Grave. Il est ensuite ouvert à la population environnante, après la fermeture

des bains-douches municipaux, et devient très fréquenté par la population errante et en difficulté. Au moment où ce lieu doit être fermé, la Croix-Rouge insiste auprès de l'hôpital pour le maintenir ouvert : un partenariat s'engage entre l'hôpital et la Croix-Rouge, conclu par une convention. Le point devient alors un lieu d'accueil et d'écoute, anonyme et gratuit, pour une orientation sociale et médicale.

– La Maison toulousaine accueil et solidarité (MTAS). Elle est née en 1995 et comprend deux structures logées dans le même bâtiment, une boutique solidarité, avec accueil de jour, prestations d'hygiène (douches, machines à laver), consultations sociales, kiosque informatif sur la santé, activités culturelles et sportives, et une Halte-santé, prise en charge par Médecins du monde, mais avec aussi du personnel hospitalier (8 lits, accueillant des personnes SDF, porteuses de pathologies « tièdes » ne relevant pas d'une hospitalisation, mais d'un hébergement diurne et nocturne).

– Le SAMU social. Il a été mis en place à Toulouse, à partir de directives et de financements d'État, en 1994. Il intervient lors de la période hivernale, le soir. Son objectif est d'apporter une première réponse médicale aux personnes sans couverture sociale ainsi que de proposer et d'opérer une orientation vers un hébergement pour les personnes à la rue. Avant même sa mise en place, le Groupe amitié fraternité (GAF), collectif regroupant exclus et anciens exclus sous l'égide du Secours catholique, faisait (et continue à faire) des « sorties-rues » avec Médecins du monde.

CONSTRUCTION DES MODES D'INTERVENTION LOCALISÉE EN SANTÉ PUBLIQUE

Politologues et sociologues du politique ont établi que les décennies 1980 et 1990 témoignent d'un changement dans les modes de détermination et de gestion des actions publiques : les principes qui définissent les conditions de légitimité de l'action publique et qui répartissent les tâches entre institutions et acteurs ne sont plus les mêmes. C'est la fin de l'action publique standardisée (Duran et Thoenig 1996) : on passe d'une logique de production de biens publics (en particulier fourniture de services publics identiques pour tous) à une logique de constitution (mise en cohérence des expérimentations locales).

La première logique se caractérisait par un double aspect : mouvement du haut vers le bas et du centre vers la périphérie ; segmentation et cloisonnement des réalisations en fonction des particularités de chaque administration (équipement, affaires sociales, etc.). L'État imposait les objectifs, les règles et l'allocation des ressources financières : l'enjeu pour les élus locaux consistait d'abord à attirer les crédits sur « leur » territoire. Cela a développé un système d'ajustements qui s'est opéré par la médiation des bureaucraties : celles-ci ont eu besoin du soutien des élus locaux pour opérationnaliser les ordres qui descendaient de la capitale ; les élus locaux cherchaient l'information privilégiée et

les bons conseils au sein des administrations et ces notables devenaient les relais indispensables auprès des populations. Les violences urbaines, la précarisation mettent en évidence les limites de cette logique « classique » de l'action publique, et une autre logique se met en place. L'État propose alors des scènes d'action, il ouvre des « fenêtres d'opportunité » en définissant seulement des procédures : elles déterminent un contexte d'action mais la définition du problème et les modalités de son traitement institutionnel sont à construire. « En somme, lorsque les moyens techniques d'une prévision pertinente sont réunis, ils circonscrivent la surveillance au *cadre* de l'action plus qu'à son *contenu* » (Ogien 1995). Une telle mutation de la détermination de l'action publique est tout particulièrement lisible à travers la politique de la ville (Dammame et Jobert 1995). En même temps, cette recomposition des modes d'action publique est l'occasion pour l'État de procéder à un certain nombre de retraits, en particulier sur le plan financier.

*Les interventions qui émergent à la suite de mobilisations revendicatives
auprès des pouvoirs publics*

Dans le quartier populaire d'Empalot, le mode de revendication s'inscrit dans l'histoire du mouvement ouvrier. Se sont notamment constituées sur le modèle représentatif des associations de locataires, des associations de parents d'élèves, des associations d'éducation populaire, etc., qui peuvent être soutenues et parfois animées par des militants politiques. À l'inverse, pour les terrains sur lesquels les gitans ont l'autorisation de s'arrêter tout comme pour les « migrants »³ dont les problèmes complexes ne sont pas pris en compte par les institutions publiques, ce sont des militants dévoués dans l'aide et le soutien de ces « mobiles » (gitans ou « migrants ») qui se dotent d'associations : militants culturels autant que « politiques », ils en sont les animateurs, résolus à faire en sorte que ces populations spécifiques soient des citoyens à part entière, avec les mêmes droits que les sédentaires et les autochtones, tout en leur laissant la possibilité de préserver leurs spécificités culturelles. À la différence des associations de quartier, elles ne sont pas issues de la mobilisation des populations concernées : elles se réclament néanmoins de l'exercice d'une forme de représentation qui leur permet de témoigner auprès des pouvoirs publics des problèmes et des besoins de ces populations. Certaines de ces interventions visent à mettre en place ce que les pouvoirs publics auraient été censés assurer (par exemple, une consultation PMI sur les grandes aires de stationnement des gitans) : dès que l'institution compétente peut prendre le relais, l'association se décharge de l'action. D'autres interventions qui visent également à faire entrer dans le droit commun ces populations sont de longue haleine (par exemple, la

3. Ce terme est employé par les acteurs associatifs pour désigner les immigrés récents.

couverture sociale) et peuvent être prolongées par l'arrivée de nouvelles vagues (cas des Tziganes roumains).

Les interventions qui prennent place dans un cadre fixé par les pouvoirs publics mais dont le contenu reste à élaborer

Selon cette perspective, le local devient le territoire produit en fonction de cette nouvelle culture politique dont la logique relève de l'action communautaire, du moins si l'on remarque l'appel à la participation de la société civile dans les discours. L'autre enjeu plus spécifique a trait au « développement social » : c'est à la fois une autre façon de parler du chômage, du manque de logement, de l'échec scolaire, de l'immigration, bref de la précarisation jusque dans ses formes les plus extrêmes (marginalisation et exclusion) et aussi une autre manière d'intervenir de façon à rendre ces processus moins visibles (les interventions de nature préventive en tant que mode d'accompagnement et de socialisation temporaire via l'intégration n'aboutissent plus).

Certaines interventions sont comme prises au piège d'un « centralisme local »

Nous prendrons les deux exemples des commissions « santé » dans le quartier d'Empalot et de la mise en place du SAMU social à Toulouse.

Le DSQ se met en place à Empalot en 1985, suite à l'étude préalable prévue dans toute procédure de ce type⁴. Une commission « santé » est instituée par l'équipe chef de projet, dont les thèmes prioritaires portent sur : toxicomanie, maladie mentale des jeunes, sida, alcoolisme. La définition de ces thèmes résulte moins de l'enquête préalable que des modèles développés à partir de 1983 dans le cadre de la commission nationale des DSQ. Mais Empalot s'était déjà organisé, en particulier par la création d'ASURE (Associations unies pour la rénovation d'Empalot), collectif créé par référence au modèle auquel adhèrent la grande majorité de ses membres : ni un modèle caritatif, ni un modèle professionnel, mais un modèle de représentation de l'habitant, un collectif des organisations représentatives du local. Aux yeux de la grande majorité des membres du collectif associatif, les thèmes proposés ne sont pas perçus comme susceptibles de fonder un débat qui *dépasse amplement la personne* et sont franchement refusés.

Il faut attendre une première relance, début 1987, pour qu'une commission « santé » se manifeste publiquement. Elle résulte de la direction de l'OPHLM, qui cherche des interlocuteurs techniques dans la perspective des réhabilitations lourdes à venir. Le DSQ passe convention avec l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées pour la réalisation d'une importante étude préalable, et finance, par ailleurs, et pour une durée de quatre ans, une mission de soutien

4. Voir le rapport initial « DSQ Empalot », AUAT-Médianes, 1985.

méthodologique à l'activité de commission. Pratiquement, il s'agit avant tout de médiatiser la question sanitaire locale à travers le regard des professionnels. Il est ainsi demandé, en premier lieu, aux intervenants institutionnels, de faire part de ce qui dans leur pratique apparaît comme significatif des « problèmes de santé » du quartier. Cette étude dresse un tour d'horizon des acteurs en présence : CCAS, centre social, Caisse régionale d'assurance maladie, service de planification familiale, consultation de secteur psychiatrique, centre médico-pédagogique, santé scolaire, structures de garde « petite enfance », médecins généralistes, secteur associatif. Le « bilan socio-sanitaire » du quartier insiste en particulier sur l'éducation pour la santé, la santé des jeunes, l'alcoolisme, l'accès aux soins, les liaisons interprofessionnelles. Dès 1989-1990, les deux premières composantes du « partenariat » local se retirent, laissant la place libre à un « collectif » composé pour l'essentiel de professionnels, dans lequel les intervenants sanitaires (centre de soins, infirmières du centre médico-social) tiennent dès lors une place première.

Entre-temps, la réhabilitation d'un groupe de bâtiments d'Empalot a suscité un accompagnement social qui se donnait pour but de limiter les effets induits par l'intervention auprès d'une population composée en grande partie de personnes âgées. L'OPAC (ex-OPHLM) lance « Générations solidaires ». L'intérêt de l'opération est dans la mise en place d'un service social de proximité destiné à cette catégorie d'habitants âgés. La commission « santé » s'est ainsi donné un thème de travail pour le moins en rupture avec l'imagerie des quartiers « à problèmes », le vieillissement. Deux notions majeures figurent au niveau des statuts de l'association⁵ : le lien social et la coordination.

La circulaire ministérielle incitant à la création de SAMU sociaux dans les grandes villes arrive trop tardivement, au dire des acteurs concernés. La cellule qui met en place le SAMU social à Toulouse est réduite : l'hôpital cherche à parer au plus pressé et il s'agit moins d'opérer comme à Paris (faire le tour des rues pour inviter les personnes qui se sont installées pour dormir dehors à rejoindre un toit où on va les conduire) que de fournir des soins à ceux qui sont sans carte de santé dans les centres d'accueil hivernal. Le CCAS accepte de faire de son CHRS d'accueil d'urgence le centre du dispositif ; l'hôpital trouve les personnels infirmiers et demande à Médecins du monde de lui proposer des médecins prêts à faire des vacances. De leur côté, travailleurs sociaux de la Croix-Rouge et membres du Groupe amitié fraternité (GAF, anciens SDF organisés avec l'aide du Secours catholique) ont observé que l'ouverture de structures d'accueil hivernal ne résolvait pas totalement les problèmes. Certaines personnes refusaient l'hébergement collectif qui leur était proposé ou bien leur état d'agressivité, de régression, d'ivresse, les mettaient dans une position telle qu'elles étaient refusés par les centres d'hébergement.

5. Ceux-ci rédigés en collaboration avec l'association Médiannes.

Au moment où est lancé le dispositif SAMU social, des assistantes sociales de la Croix-Rouge utilisent une sorte de « taudis » du centre-ville pour organiser un « squat » à la disposition de ces ultimes sans-abri. Aidées des compagnons d'Emmaüs et grâce à leur connaissance du milieu, elles accueillent quiconque se présente, dans l'anonymat le plus total. C'est au nom de cette expérience et du fait d'une collaboration antérieure avec l'hôpital que cette équipe demande à participer au SAMU social pour la seconde campagne (1995-1996). Convention est passée : trois jours dans la semaine, l'équipe médicale (un médecin et un infirmier) se rend dans trois centres d'hébergement d'hiver pour proposer des soins médicaux, et, deux nuits par semaine, fait un travail de rue avec l'équipe de travail social dans le même esprit. Après quelques mois, les équipes se séparent : le SAMU social constitué à Toulouse sous l'égide de l'hôpital n'a pas su intégrer l'expérience locale d'intervention de rue, au moins dans ce premier temps de notre observation.

D'autres interventions concertées mettent en jeu des partenariats d'impulsion locale

À l'hôpital La Grave, dans le centre-ville, existait un service bains-douches-désinfection, survivance des salles communes de l'hospice et du secteur dermatologie-vénérologie. Ce « point d'eau », dont s'occupait un aide-soignant coiffeur, continuait à assurer des prestations à l'hôpital, en particulier pour les clochards hospitalisés, quand il est soudain menacé de fermeture. Les assistantes sociales de la Croix-Rouge rencontrent le directeur et lui proposent une collaboration. Une convention entre la Croix-Rouge et l'hôpital est signée en 1987. D'autres partenaires les rejoignent : une assistante sociale du CDPA (Comité départemental de prévention de l'alcoolisme) ainsi qu'une assistante sociale et une infirmière psychiatrique. L'hôpital réagit selon sa logique propre, en proposant de mettre un médecin, un dentiste et une « infirmière » au point d'eau de La Grave pour qu'ils assurent des consultations : ce lieu hospitalier, que l'on se propose de restaurer deviendrait une sorte de dispensaire. S'ouvre alors un conflit avec la Croix-Rouge qui compromet la collaboration.

Au début des années quatre-vingt-dix, la Fondation Abbé Pierre souhaite favoriser un réseau local et des actions dans le domaine du logement ; le PACT-ARIM a les contacts pour provoquer une première réunion. Sous cette double impulsion, environ trente associations se rencontrent et décident de se retrouver 3 à 4 fois par an : RALI (Réseau associatif pour le logement et l'insertion) est né en 1992. De ce réseau émerge une série de projets, chaque fois portés par la réunion d'associations différentes, en particulier celui de la création de la Maison toulousaine accueil et solidarité (MTAS), qui est animée et gérée par l'association « Solidarité et insertion logement » (SOLEIL), et dont l'ouverture remonte à février 1995. Le projet est original : un espace qui rassemble un accueil de jour (la boutique solidarité) et, à l'étage, un petit nombre de lits permettant à ceux qui ont de petits accidents de santé, de se soigner et de se reposer quelques

jours (la halte santé) constitue un nouveau service bien intégré dans l'ensemble local d'équipements et de services diversifiés. Des assistantes sociales du CCAS et de la Croix-Rouge viennent assurer des permanences à la boutique solidarité, et une infirmière du CHU travaille quotidiennement à la halte santé. La connaissance, et la reconnaissance, par les pouvoirs publics, des responsables des associations formant le RALI facilitent la présentation du projet aux décideurs-financeurs : la DDASS (directement par un financement et indirectement par l'hôpital qui offre du travail infirmier ainsi que le linge et les repas pour la halte santé), le Conseil général et la ville (sur le financement du Contrat de ville) participent à l'équilibre budgétaire de la MTAS, ainsi qu'un apport privé de la Fondation Abbé Pierre au moment de la création. En dépit de ces velléités d'invention et de développement en fonction de ce qui « remonte du terrain », tant du côté des populations précarisées que de celles qui les côtoient, il reste la redoutable incertitude des financements à venir.

La confrontation de ces différents cas de figure atteste la nécessité de mettre en œuvre des formes de liaison entre société civile et décideurs politiques : lorsqu'une action publique est mise en place sur la base de tendances centrales, c'est-à-dire forcément moyennes, d'une part, elle n'arrive pas à répondre justement aux écarts à la moyenne, à ce qui relève de particularités locales, et d'autre part, elle se situe hors de tout ce qui fait sens pour les gens concernés, ce qui constitue leurs priorités. La force des associations, qu'elles soient nées de l'initiative des gens qui butent sur un problème ou de bénévoles qui veulent faire expliciter tel ou tel type de demande et y répondre, vient de ce qu'elles œuvrent sur un « terrain » déterminé, d'abord à l'écoute des gens qu'elles veulent aider ou accompagner. Lorsque les associations débordent les spécificités territoriales pour s'attacher à des problèmes transversaux, leur multiplication les invisibilise en même temps que le doute peut se porter sur la qualité de leur observation (n'est-elle pas partielle ou partisane ?). En outre, elles ne peuvent pas répondre à tous les problèmes dont ceux qu'elles rencontrent sont porteurs.

Ceci engendre des relations de différents ordres entre ces associations : c'est le *réseau d'orientation*. Il permet d'informer les personnes rencontrées qu'elles peuvent recourir à d'autres services. Une autre étape est franchie lorsque des associations se rencontrent et se concertent : cela leur permet de « vérifier » que leurs observations se rejoignent et se confortent ou bien qu'elles commettent des erreurs d'appréciation ; ces rencontres peuvent aussi déboucher sur des conventions entre elles, afin de créer un *réseau de concertation*. Enfin, à un autre niveau, la rencontre entre les associations a non seulement pour but de contrôler la fiabilité des observations de terrain et la pertinence des problèmes qui en découlent, mais aussi de construire collectivement un projet « supporté » par le collectif d'associations : on peut appeler ce troisième type de réseau, un *réseau de constitution*.

Ces types de réseaux, et plus particulièrement les deux derniers, sont confrontés à la dynamique propre de ces regroupements : les personnes qui

interagissent pour se coordonner ou pour débattre d'un projet ne procèdent pas forcément depuis le même point de vue. À la suite de Gilbert Vincent (1996), nous désignerons les deux pôles de la tension au sein de ces collectifs de la façon suivante : à l'un des pôles, un *hyperconformisme professionnel*, et à l'autre, un *hypoconformisme déviant*. L'hyperconformisme professionnel est typique des personnes qui manifestent un engouement très moderniste pour la technique, quelle qu'elle soit (médicale, sociale, gestionnaire...) ou bien des personnes qui adoptent le point de vue de leur institution, voire « en rajoutent » : il s'agit de répondre avec une efficacité instrumentale à l'urgence. L'hypoconformisme déviant est typique des personnes qui, tout en exerçant leurs compétences techniques, prennent de la distance et redoublent leur engagement professionnel d'un engagement personnel politico-humaniste⁶ : elles ne se contentent pas de « réparations », elles veulent des « transformations ».

LA CONSTRUCTION POLITIQUE DES CIBLES ET DES INTERVENTIONS

La désignation des populations dites exclues procède d'abord de la catégorisation des diverses formes de l'habiter. Il y a ceux qui ont un domicile, les habitants, et ceux qui n'en ont pas, les nomades, qu'ils soient à la rue ou hébergés temporaires, Tziganes ou squatters... L'intégration des exclus, la sauvegarde de la cohésion sociale dans la ville ou dans les quartiers, la place sociale des individus qui sont en dehors du modèle sociétal s'alimentent d'abord de cette dichotomie : comment une société constituée par assignation de l'individu à un territoire, à son statut de résidence, peut-elle faire une place à ceux qui revendiquent ou qui subissent la mobilité ? La question de la mobilité apparaît donc comme centrale.

Encore l'opposition habitants-nomades est-elle moins simple qu'il n'y paraît de prime abord. Les notions de mobilité et de territorialité renvoient de fait à des situations multiples : celle de l'habitant, défini par référence à l'espace privatif du logement, mais aussi par référence à des entités urbaines plus larges (immeuble, quartier) sur fond de sentiment plus ou moins fort d'appartenance. Les questions portent d'abord dans ce cas sur la nature des rapports de cohabitation entre habitants, sur la stigmatisation dont lieux et populations peuvent faire l'objet. Le terme « nomade » recouvre quant à lui des situations plus contrastées encore. Celle des Tziganes, au logement mobile et à la vie sociale confinée à des espaces de stationnement souvent qualifiés de « dépotoirs ». Celle des habitants temporaires, hébergés dans des lieux collectifs d'accueil dont la vétusté peut également participer à un sentiment de dévalorisation. Celle

6. Cette position n'est pas sans rappeler certaines caractéristiques du « militantisme moral » décrit par Emmanuelle Reynaud, in Mendras 1980. On peut également en trouver un portrait idéal typique à travers la description du « cas de J., éducateur », in Garcia 1997.

des personnes « à la rue », les clochards, les « errants », ou encore, arbitrairement, celle des squatters, qui habitent sans droit.

Modes de désignation des populations

Si l'on conçoit une approche des modes de désignation des populations comme introduction à une analyse de la posture des acteurs face aux « populations » on sera d'abord frappé par la pauvreté des constructions catégorielles, particulièrement pour les situations considérées comme relevant de la « grande précarité ».

Des gens d'ailleurs : Tziganes et migrants

On s'arrêtera d'abord brièvement sur les modes particuliers de construction de la figure du gitan au sein des structures qui s'attachent à cette population. Quel que soit le « grand polymorphisme » que l'on reconnaît souvent à celle-ci, la figure du gitan se construit avant tout par référence à la *tziganité*, culture garante de la cohésion de la communauté et supposée la prémunir contre les effets délétères d'une assimilation elle-même conçue comme source de dérive sociale. Conception identitaire donc pour laquelle le rapport entre les Tziganes et la société englobante relève de l'incompatibilité culturelle. Pour des acteurs qui se proposent d'agir pour la reconnaissance de leur différence, la précarité des gitans tient d'abord à cette dernière. Elle est aggravée par les mutations économiques, qui limitent fortement leur champ traditionnel d'activité (ferraille, travail saisonnier...).

L'engagement des intervenants concernés s'inscrit dans des trajectoires individuelles de bénévoles professionnalisés qui ont fait le choix militant d'une démarche en rupture avec leurs modes antérieurs d'inscription sociale. Ils se posent en médiateurs des diverses cultures (tzigane ou immigrés récents) auprès des institutions et pouvoirs publics, en s'attachant à déplacer le débat entre modèle intégrationniste et modèle assimilationniste sur le terrain de la revendication identitaire, dans l'ambiguïté d'une démarche qui cherche à la fois à protéger les cultures contre les menées assimilationnistes et à œuvrer à leur insertion dans le cadre des politiques publiques. Ce mode de construction reste toutefois marginal, à l'image des formes de traitement urbain de la question tzigane.

Des populations composées d'individus « sans »

Dans leur désignation de la « grande précarité », les acteurs font souvent état de profils relativement divers⁷. Tout le monde s'accorde là aussi à considérer

7. Il s'agit bien ici d'une objectivation de la manière dont sont « labellisés » par des professionnels et des bénévoles qui leur portent attention, des gens inscrits dans des trajectoires de précarisation importante. On

que la « population » ainsi constituée n'a rien d'homogène. Les descriptions peuvent donc se décliner sur une échelle de plus ou moins grande déstructuration individuelle ou désinsertion. Diverses catégories sont ébauchées au fil des entretiens, qui distinguent les « clochards » classiques, qui ont fait des « choix », des « SDF » plus jeunes qui subissent leur errance. D'autres établissent des gradations selon l'état « psychologique » de l'individu : le clochard à conviction, le fragile, l'« esquiné ». Mais les profils sont bien souvent construits sur un mode catégoriel relativement pauvre (selon l'âge, l'ancienneté dans la « galère », l'attitude face à l'offre de service), et il reste que les efforts de catégorisation sont individualisants. Les classements opérés rassemblent des cas sans leur reconnaître un statut d'appartenance à un collectif aux logiques clairement identifiées. Très peu de choses sont dites sur les manières de vivre ensemble des exclus, et les rares évocations des squats sont pour en signifier le statut de clôture, leur caractère inaccessible au commun des intervenants.

Par ailleurs, rares sont les acteurs⁸ qui décrivent les « exclus » en termes de potentiel. Ils sont par contre nombreux à renvoyer de l'« exclusion » une représentation qui se développe essentiellement sur le versant négatif, exclusion subie, synonyme de perte : perte de travail, de droits, de revenus, de logement, perte de toute *possibilité de revendiquer ensemble*, et y compris perte du désir et de la capacité de choix, perte de la notion du soi et du social. Également nombreux sont ceux qui se réfèrent à l'archétype de l'« errant », désocialisé jusqu'à ne plus souhaiter s'intégrer à un collectif, hors d'atteinte de toute intervention. Celui-ci se décline jusque dans le silence qui entoure ce qui pourrait le qualifier en tant qu'individu, sa trajectoire sociale, les lieux dans lesquels il s'inscrit, ses activités, les relations qu'il entretient. Si les situations évoquées ne sont pas toutes assimilées à l'archétype, la figure de l'errant domine souvent les représentations des processus à l'œuvre.

Dans l'ensemble, l'exclusion se caractérise par la perte et l'isolement social. Elle génère des ensembles flous d'individus « sans », sans attaches, sans histoire, sans moyens, sans citoyenneté. Représentation de professionnels eux-mêmes en difficulté face aux situations rencontrées, et/ou représentation normée à caractère humanitaire, qui tend bien souvent à caractériser les individus comme *coupés de tout*. L'ambiguïté demeure profonde entre une rhétorique de la compassion qui emprunte volontiers au drame social, et des modes de désignation qui participent au marquage et à l'« exclusion » de ceux qui ont rompu les liens avec la normalité.

peut en obtenir une représentation quelque peu différente à partir de l'espace social des CHRS. Cf. Soulié 1997.

8. On les trouve essentiellement aux deux extrêmes que constituent d'une part les décideurs qui portent un regard critique sur les *représentations de l'exclusion, qui deviennent elles-mêmes des facteurs d'exclusion*, d'autre part les acteurs de terrain associatifs, dont les trajectoires personnelles ont parfois recoupé celles des « exclus ».

Habitants et publics

Définie politiquement comme territoire de l'action, l'entité « quartier » s'impose à tous les intervenants. De sensibles nuances apparaissent toutefois entre catégories d'acteurs dès lors que l'on s'intéresse aux désignations et catégorisations. Si la ligne de clivage demeure relativement floue, le clivage est bien réel entre les « locaux », membres du collectif associatif, et les acteurs institutionnels.

Le discours des « locaux » fait référence au quartier sur un mode très positif. Empalot est un quartier populaire, son histoire emprunte à l'imagerie valorisante de la cité ouvrière qui a joué, dès ses origines, un rôle essentiel dans l'accueil des migrants et des laissés pour compte des mutations urbaines. Les acteurs se veulent ainsi héritiers d'une culture locale qui aurait su conserver, malgré les évolutions récentes du peuplement, sa capacité intégratrice des origines. Le collectif associatif se cultive comme représentant du « quartier », lui-même très souvent évoqué comme sujet collectif. Dans ce contexte, les modes d'implication des « locaux » demeurent attachés à la figure emblématique de l'habitant. Ceux qui s'y réfèrent le plus souvent sont les membres des amicales de locataires qui s'opposent, parfois radicalement, à toute tentative de ciblage catégoriel de la précarité, ce qui ne manquerait pas à leurs yeux de venir alimenter le fonds de marquage du quartier au regard du reste de la ville. Le propos s'attache strictement à la dénonciation des conditions sociales et urbaines faites aux habitants-citoyens.

Les formules propres aux intervenants professionnels traduisent un autre point de vue et un autre type de rapport au local, moins impliqué, plus préoccupé des comportements déviants, et plus stigmatisant. Celui-ci reproduit plus volontiers l'imagerie des « banlieues-ghettos », non sans de sensibles nuances, notamment entre les intervenants les plus anciennement implantés dans l'action de quartier, et ceux dont l'implication ne déborde guère de la sphère professionnelle. Si les premiers partagent souvent les modes de questionnement propres aux « locaux », par exemple sur les effets du marquage dont le quartier fait l'objet, les seconds se montrent le plus souvent focalisés sur les symptômes sociaux (la délinquance, la marginalité) ou symptômes définis dans le champ de la santé, la toxicomanie, l'alcoolisme, la vieillesse, la souffrance mentale.

Dans la mesure où leurs tentatives de définition des questions du local participent ainsi à définir le local comme problématique, leur rapport au quartier et à ses composantes sociales demeure souvent ambigu. On peut voir dans ces formes de construction une tentative de dépassement des segmentations institutionnelles fondées sur les publics de prestataires (bénéficiaires du RMI, familles en difficulté, parents isolés, etc.). C'est effectivement ainsi que les acteurs interrogés, et en premier lieu les plus impliqués dans le dispositif local, évoquent leur démarche. Mais leurs représentations des populations n'en restent pas moins marquées par une pratique de « guichet social », elle-même assez étroitement focalisée sur les personnes et familles en grande difficulté.

Enfin, on ne peut manquer d'être frappé, là encore, par la récurrence des formules qui disent les « difficultés » que rencontrent les intervenants professionnels face aux situations évoquées. La marginalité des jeunes, la toxicomanie ou l'alcoolisme sont d'autant plus vécus comme dramatiques qu'ils semblent dépasser les capacités d'intervention des acteurs concernés. Cette dimension fait partie intégrante de leur rapport à la population dans le sens où le processus de ciblage des comportements déviants, par ailleurs fortement encouragé par la maîtrise d'œuvre municipale, confronte quotidiennement les acteurs sociaux à leurs limites.

IDÉAUX D'INTERVENTION

Au-delà de leur action dans les cadres d'intervention que nous avons décrits plus haut, les acteurs ne définissent pas seulement les populations dont ils ont la charge, mais aussi, au moins implicitement, des idéaux qui sous-tendent l'action, des systèmes de référence de la vie collective liés à ces interventions. Nous avons résumé en quatre formes principales les façons de considérer sa propre action au sein de la société :

1. « L'approche », ou « accroche », est le terme qui paraît le mieux résumer le type de travail entrepris par nombre d'acteurs interrogés, spécifiquement vis-à-vis des « plus démunis ». On peut ainsi désigner à la fois le désir de renouer le contact avec des gens qui paraissent perdus, sans soutien, voire « abandonnés », et la volonté de ne pas imposer une action qui pourrait être mal reçue par ce public. Cette thématique est très liée aux lieux d'accueil des sans-domicile-fixe, plus particulièrement au Point santé La Grave ou à la Maison toulousaine accueil solidarité. C'est un travail de type humanitaire qui y est promu.

2. Un mode d'intervention qui privilégie la « médiation » recoupe fort peu le précédent. La médiation est l'affaire du milieu associatif, mais certains acteurs institutionnels du quartier d'Empalot reprennent à leur propre compte cette thématique. Ce travail de médiation peut être présent chez certains intervenants dans le champ des plus démunis, avec toutefois une fonction d'interpellation qui lui est assez souvent liée. Ces divers acteurs se retrouvent de fait sur le terrain de la militance, en termes d'engagement personnel, davantage selon des choix individuels et idéologiques que selon des choix institutionnels et professionnels. Les dimensions collectives et politiques y sont très présentes.

3. D'autres acteurs privilégient dans leur travail les services qu'ils proposent, grâce aux institutions qui les emploient. Ils relèvent aussi bien des professions sanitaires que de celles du travail social. L'insistance sur le professionnalisme n'est pas incompatible avec le désir de répondre d'une manière collective, en particulier dans le cadre de partenariats, que ce soit à l'échelle d'un quartier ou à celle d'une population d'exclus. Dans cette démarche de service est émise

l'hypothèse que le service apporté peut combler des besoins bien définis : aux dysfonctionnements sociaux peut répondre d'abord une logique institutionnelle, pour peu qu'elle soit adaptée aux besoins recensés.

4. Enfin, le travail d'insertion économique alternative. Cette forme d'intervention est très minoritaire, et réservée au champ de la prise en charge des « plus démunis ». Elle vise ni plus ni moins à insérer économiquement ces individus, « gens de la rue » pour l'essentiel, donnés pourtant par la majorité des autres intervenants comme difficilement « intégrables ». Partant de l'hypothèse de potentialités inexplorées chez ces « précaires », le travail indépendant, le travail de type artistique sont les activités promues. Ces options sont porteuses d'une critique des modes d'organisation du travail salarié.

On peut séparer ces différents modes d'intervention selon qu'ils dénotent une perception du changement plus individualiste ou plus collective. Privilégier l'approche individuelle, d'individus surtout considérés comme peu inscrits dans une histoire sociale, ou s'appuyer sur des hypothèses de besoins en services fait écho à une perception individualisante du social. Penser et agir en termes de médiation, dans une société caractérisée par des jeux de rapports de force, ou selon une vision utopiste de société alternative, c'est développer une représentation plus collective.

Les décideurs (ici plus techniciens qu'élus), du fait de leur position dans l'univers politique, se placent davantage dans une perspective collective, mais la faiblesse de l'argumentation concernant l'inscription du phénomène « grande pauvreté » dans l'univers social laisse la place à des initiatives diversifiées dans lesquelles la prise en charge individuelle et individualisante a la part belle. Les « plus démunis » apparaissent comme les laissés pour compte de la société, et non comme produits d'un système social. Échappés, un par un, du système de protection offert par un État social (Castel 1995) qui fait toujours figure d'évidence, les « plus démunis » n'ont pas d'histoire sociale. Une grande part des acteurs ne peuvent que traduire en problématiques individuelles ce qu'ils ne peuvent pas s'expliquer du fonctionnement social : en effet, la représentation de l'économie relève davantage de la mythologie de l'éternel retour (« la reprise ») que de mythologies plus productives d'action politique et collective. Les « plus démunis » sont ainsi mis en avant comme cas particuliers, victimes d'une fatalité économique. Manque ainsi une représentation d'une société à la hiérarchie sociale bien en place, créatrice de richesse comme de pauvreté, aux injustices sociales les plus criantes.

À travers la « politique des quartiers », les acteurs restent dans une vision « classique » de la justice sociale : un quartier « populaire », qui a son histoire propre, dans lequel un travail de « rééquilibrage », de compensation, doit être effectué, non pour en stigmatiser les habitants, mais pour les rapprocher de la ville. Quelle représentation de la ville (globale) est à l'œuvre chez ces acteurs ? C'est une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre ici : il y a bien un « modèle », une normalité de la ville qui semble intervenir, mais l'essentiel est

que le quartier reste dedans. La problématique de l'inclusion prévaut aussi, non à l'échelle de l'individu, mais nettement à celle du territoire.

LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LES INTERVENTIONS

Les professionnels et les militants, du côté d'un territoire bien marqué (aux dimensions d'un quartier) comme du côté de ces « individus sans ancrage » à l'échelle de la ville, hésitent plus ou moins entre la restauration médicale et la réhabilitation sociale, conscients que, si la première est insuffisante, la seconde dépasse leurs compétences immédiates. Quelles formes vont prendre les interventions où coexistent des acteurs professionnels avec des formations et des compétences spécifiques ? Assiste-t-on à une acculturation de l'un et l'autre mode d'intervention, de l'un et l'autre savoir professionnel avec l'ébauche de la constitution du « médico-social » comme une culture hybride particulière au traitement de la précarité ? Dans les « terrains » d'intervention qui sont le théâtre de la définition de ces enjeux, comment se définissent les territoires du social et du médical, les lieux de clivage et de crispation ?

La santé dans un quartier

Ici le clivage s'opère plus entre les professionnels arrivés avec la mise en place du DSQ et les collectifs associatifs locaux qu'entre les professionnels du soin, relativement absents, et les tenants de l'action sociale. À cet égard, la prise de position de certains acteurs professionnels de l'action sociale dans le domaine de la santé est révélatrice des difficultés à faire émerger une problématique « santé » de même qu'à déterminer les frontières entre le médical et le social. Le déni, de la part des associations du quartier, de l'existence de maladies spécifiques, s'inscrit dans la volonté de ne pas individualiser les problèmes. Elles ne perçoivent de la santé qu'une définition médicale et la refusent donc au profit d'une analyse en termes de conditions de vie et de prise en charge collective.

Les professionnels occupent une place centrale dans l'activité des commissions « santé », notamment après 1989. Dans les groupes constitués après cette date, ne figure à proprement parler aucun médecin, si ce n'est de façon très sporadique. On trouve en revanche des soignants, et quelques travailleurs sociaux de statut institutionnel. Leur approche est orientée vers la « prévention des grands fléaux » selon les termes d'un responsable DSU. Elle s'attache à ce qui fait, pour le collectif de quartier, symptôme d'apparition fréquente : l'alcool, la drogue, le manque d'hygiène, la souffrance mentale, autrement dit à des signes plus ou moins admis comme relevant de la compétence du médical. Les appels à une approche médicalisée des problèmes rencontrés sont effectivement très nombreux. Ils s'adressent à la psychiatrie qui reste *dans son coin*, ou

à la médecine spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme. Quant aux médecins généralistes, on leur reproche de peu s'engager dans une démarche collective. Se manifeste ainsi la difficulté de certains travailleurs sociaux à se représenter ce qui fait la spécificité de leur intervention. Leurs conceptions du travail social demeurent relativement conformes au modèle assistancier, au modèle de l'aide sociale, ainsi qu'à la voie éducative, c'est-à-dire à la diffusion des normes d'hygiène et de corporéité, et à l'élaboration de l'acceptabilité de l'offre.

Les « locaux » (membres d'amicales de locataires et militants des diverses associations qui se retrouvent dans le collectif de quartier) dénoncent d'abord les insuffisances des professionnels dans l'approche collective des questions de santé. Ils constituent ensuite le front du refus des approches stigmatisantes et d'une médicalisation de l'action de quartier. Ils portent ainsi un regard suspicieux sur les interventions dites expertes qui ignorent les demandes des habitants. En matière d'accès aux soins, ils sont porteurs des modèles « traditionnels » qui militent d'abord pour la facilitation de l'accès des plus démunis aux droits et aux services. Ils demeurent très attachés à une approche en termes de réparation des déficits liés au fait de vivre dans une cité de grands ensembles, à une démarche focalisée sur la qualité de l'habitat, et, par-dessus tout héritent d'un modèle politique pour lequel l'accès à la santé passe par l'action revendicative.

Pour les associations à visée d'intégration des jeunes et pour les travailleurs sociaux qui œuvrent dans ce domaine, cette question du médical dans l'intervention demeure une question seconde. Ce sont les objectifs d'intégration et d'insertion qui priment, et si la dimension « santé » n'est pas absente de la démarche générale, celle-ci ne saurait relever d'une prise en compte spécifique, réservée aux intervenants médicaux. Leur projet évite de tomber dans un jeu ambigu : celui du ciblage du quartier comme redevable « en lui-même » d'une approche centrée sur tel ou tel symptôme, tant individuel que « communautaire ».

Si on ne peut parler véritablement d'un refus de la problématique « santé » à Empalot, l'incapacité à mettre en place des actions collectives de santé tient à l'histoire du travail social qui a des difficultés à concevoir le collectif en dehors de la coordination entre professionnels et au statut d'une santé publique qui peut apparaître stigmatisante. Elle tient en outre à la conception du collectif propre aux intervenants locaux, qui traverse et brouille les cartes des différents acteurs du médico-social. Le terme même de santé publique n'est que rarement prononcé. Il est même totalement étranger à l'approche des associatifs « historiques » et de la grande majorité des travailleurs sociaux. La question qui est au cœur des débats porte bien sur la nature de la demande. On pourrait penser que l'objet des professionnels du soin n'est pas de même type que celui des professionnels du social et que la césure s'éclaire à ce niveau-là. Ils se séparent certes sur les modes d'intervention, la technicité du soin faisant appel à des savoir-faire spécifiques, les interventions sociales à des modèles plus généraux de l'action sociale ; mais face à une problématique médico-sociale, les médecins (en

majorité) se replient sur le territoire relativement restreint de leur technicité, les travailleurs sociaux (en majorité) se trouvent confrontés à des questions qu'ils rabattent entièrement sur le social alors qu'ils en pressentent des dimensions qu'ils ne maîtrisent pas ou veulent ignorer. En outre ces derniers tentent de fonder collectivement une approche des problèmes individuels les plus marquants : en témoigne entre autres la référence préférée à la notion de « santé communautaire » plutôt qu'à celle de santé publique, révélatrice des sentiments d'échecs éprouvés par ces acteurs face à des questions qui toucheraient au médico-social comme la toxicomanie, l'alcoolisme, les problèmes de santé mentale...

Santé et culture tzigane

Nous l'avons vu, c'est essentiellement autour de la reconnaissance de l'identité « nomade » des Tziganes, de leur spécificité culturelle et autour de la dévalorisation dont elle fait l'objet que s'explicitent et s'argumentent les actions et les projets d'action des intervenants de l'Association Tziganes Solidarité. Le maître mot des acteurs de l'association est la « médiation », médiation entre la communauté tzigane et la société, entre la communauté tzigane et l'hôpital, entre les Tziganes et les institutions sociales, entre les Tziganes et les autochtones sédentaires.

L'originalité de cette démarche est double : il s'agit au départ de l'intérêt d'un médecin qui se mobilise il y a plus de trente ans pour les questions sociales, car il remarque des conditions de vie néfastes pour la santé de ces Tziganes ; mais aussi les intervenants de l'association mettent en jeu une dimension culturelle et identitaire qui les amène sur le terrain de la communauté. Médecins, infirmières, éducateurs sont pris aujourd'hui dans leur relation de « proximité » avec la population tzigane, qui les inscrit de fait dans le débat fondamental sur l'accès au droit commun, l'appartenance ou non à une communauté nationale. Comment s'expriment alors les rapports entre le médical et le social et quelles formes prend la dimension « santé » ?

C'est par un acte fondateur (accrocher sa blouse dans le wagon qui servait de dispensaire comme il le définit lui-même) que le médecin responsable inaugure une action qui dépasse les attributions propres aux professionnels du soin et qui inscrit la santé dans le contexte plus large des conditions de vie, de l'environnement économique et social. Cette conception « sociale » des pathologies et du soin conduit à un travail de collaboration étroite avec les travailleurs sociaux, et l'action s'est prolongée par la création d'une autre association (Santé Migrants) en 1974, avec les mêmes perspectives. L'attitude générale de non-interventionnisme qui repose sur une adhésion forte aux valeurs de la communauté tzigane, sur une volonté de préservation d'une « identité » culturelle en voie de disparition, rend plus délicate la question de l'accès aux soins.

Le problème de l'accès au droit commun qui traverse la problématique des associations œuvrant dans le domaine de la santé et de la précarité reste ici sou-

mis à celui de la définition de la citoyenneté. C'est ainsi que, plutôt que de référer leurs pratiques à la médecine sociale de la fin du XIX^e siècle, qui reste pourtant un modèle fondateur pour la plupart des professionnels du soin qui s'occupent des populations marginalisées, les soignants d'ATS adoptent le terme de « médecine communautaire » qui n'est pas sans poser la question de la définition de la « communauté ». La définition de la santé se veut très large, empruntant l'essentiel de ses fondements aux notions de « conditions de vie », d'environnement et de culture ; ainsi la sédentarisation *forcée* des Tziganes peut être génératrice de pathologies, de polytoxicomanies, de *sociopathies*. La santé reste entre parenthèses, elle ne se donne pas comme une fin en soi et encore moins comme l'apanage des seuls professionnels du soin.

Un dispositif en débat

Les intervenants du « dispositif d'accès aux soins des plus démunis » situent leur action dans des espaces intermédiaires entre les institutions (de soin et de travail social) et la rue. Ils mènent un travail de « passeurs », au plus près de la population concernée, de manière à créer des « ponts », des « passerelles » entre cette population d'individus « déstructurés », « sans lien » et la société de « droit commun ». Dans cette reconnaissance commune d'une action à mener aux frontières du médical et du social, qui met en jeu tout particulièrement la définition du « lien social », on assiste à des crispations plus ou moins fortes sur des modèles professionnels qui réfèrent à des partages de territoires et à des conflits de légitimités déjà anciens.

Si l'objectif affiché par tous « n'est pas de faire du soin (...) (ou d'abord du soin), mais bien de créer du lien », ce sont bien les termes du rapport entre les deux et la définition de chacun qui sont objet de litige. L'histoire a marqué et continue de marquer les espaces du sanitaire et du social et on retrouve ses traces à l'œuvre dans chaque structure qui mêle ou tente de mêler les deux types d'actions. Même si la posture adoptée par les travailleurs sociaux, comme par les médecins et soignants, s'appuie sur les caractéristiques d'une population considérée comme « déstructurée » et auprès de laquelle il convient de restaurer le lien social plutôt que d'agir de manière intrusive, deux formes opposées s'affrontent ou se combinent selon les structures et les individus de manière plus ou moins problématique : l'interventionnisme et le non-interventionnisme.

Ces positions « idéales » se réfèrent à des notions ou modèles portés par l'histoire professionnelle avec lesquels on joue avec plus ou moins de liberté. Par exemple, la référence au contrôle social agit un peu comme garde-fou chez les travailleurs sociaux en général et explique leur adoption d'une attitude « attentiste », non intrusive. La réciprocité n'est pas vraie du côté des soignants dont on aurait pu attendre l'évocation du risque de « contrôle sanitaire » contenu notamment dans les modalités d'intervention du SAMU social. C'est que, dans les modèles professionnels les plus classiques, faire du soin reste toujours dans

l'ordre de la légitimité. Dans le domaine de la précarité, si ces modèles sont questionnés à nouveau, les expériences et les savoir-faire professionnels des intervenants sociaux ne bénéficient pas de la même référence à un modèle « scientifique ». Si le champ du médical est relativement facile à circonscrire et à identifier, celui du social reste dans le flou : tout est dans le social ! La référence à ces modèles d'inégale légitimité bousculés par les formes de traitement de la précarité n'en reste pas moins prégnante dans les représentations qui régissent les relations entre les différents professionnels. Les travailleurs sociaux sont bien à l'origine une émanation de l'univers de la médecine et la séparation reste entachée d'une souffrance.

La critique adressée par les travailleurs sociaux à l'interventionnisme médical, alliée paradoxalement à celle de l'intrusion des médecins dans le champ du social, repose bien sur le constat que la réciproque ne peut être vraie. Les travailleurs sociaux n'ont aucune légitimité à intervenir sur le terrain médical. Ce contexte constitue un cadre explicatif des crispations et des conflits qui éclatent au sein des structures préoccupées des questions de précarité et de santé, sans que, toutefois, ces tensions annihilent toute velléité d'action commune.

L'urgence

La thématique de l'urgence est un point où se cristallisent les divergences et où s'éclairent les positions des uns et des autres. Elle est pour les médecins influencée par le modèle de l'action humanitaire à l'étranger, où domine une problématique de la survie. Une part des tensions actuelles, en particulier au Point santé La Grave et au SAMU social, est peut-être issue des conditions de naissance de l'action humanitaire. L'objectif d'« humanisation de la guerre », par la Croix-Rouge, a donné lieu ensuite à des orientations différentes, avec la création de Médecins sans frontières, puis de Médecins du monde, qui ont développé la thématique « soigner et témoigner ». Si cette expérience contraint au départ les médecins issus de cette mouvance au choix de l'urgence, le contexte français les amène à réviser et réaménager ces positions et, de ce fait, confrontés à la nécessité de concourir à *renouer le lien social*, ils sont amenés à empiéter sur les territoires du social. La thématique de l'urgence agit toutefois comme réassurance sur le plan sanitaire, et on comprend que cette fonction manque aux travailleurs sociaux dans ce contexte, démunis devant des situations pour lesquelles les solutions ne sauraient être que palliatives.

La rue

La rue n'est pas le lieu d'intervention privilégié par les professions médicales et soignantes qui se refusent à instituer une « médecine des pauvres » ; mobiliser les individus vers une démarche de soins suppose de les *faire aller vers* les institutions, les centres de soins, alors que la politique des travailleurs sociaux est de réaliser un travail « d'accroche là où ils sont ». C'est ainsi que se

sont séparées, de manière conflictuelle, les tâches entre les « médicaux » et les « sociaux » à l'occasion du travail de rue et des visites du SAMU social dans les CHRS. Les premiers effectuent un travail, à l'intérieur des structures, de « mobilisation », d'« écoute » et de soin, les seconds ont poursuivi seuls le *travail de rue*, par l'*accroche*.

La santé prétexte

L'histoire des oppositions au Point santé La Grave (structure située à l'intérieur de l'hôpital) se cristallise autour de la définition des missions de la structure et autour de la place accordée à chacun des intervenants. Avec une mission d'abord sociale au moment de sa création, sous l'égide de la Croix-Rouge, est tenté ensuite le développement d'un pôle plus médical, avec la mise à disposition d'un médecin vacataire par l'hôpital. Une soignante interprète le fait comme une façon de « renouer avec la tradition hospitalière » de mission de service public. L'apport d'autres vacations médicales et d'un demi-poste d'infirmière met le feu aux poudres : l'institution Croix-Rouge se sent dépossédée et peu à peu envahie par une « médicalisation » qui n'entraîne pas dans les principes et les objectifs de départ. La césure entre la Croix-Rouge et les hospitaliers porte sur l'opposition entre la structure définie comme « lieu d'accueil », « bain douche », « lieu d'hygiène », d'une part, et comme « dispensaire », d'autre part, sans que nous ayons pu d'ailleurs cerner précisément les tenants de cette dernière option.

Le projet de réhabilitation sociale qui oriente les assistantes sociales de la Croix-Rouge et certains de leurs soignants les incite à se tenir en retrait par rapport à une attitude inductive, à se contenter parfois de ne pas chercher un *résultat*. La santé c'est une « globalité », elle devient donc « prétexte » mais pas objectif. Elle peut servir d'appât, de point d'accroche mais la question est d'abord perçue comme une question sociale. La crainte de voir s'instituer des *ghettos* et des lieux d'institutionnalisation d'une médecine des pauvres s'exprime ici avec une acuité particulière. Les structures intermédiaires doivent être pensées comme des « tremplins » vers l'accès au droit commun, mais dans ce contexte, l'hôpital tel qu'il est aujourd'hui reste un espace d'exclusion.

La souffrance psychique

Au-delà et au travers de l'inventaire des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, c'est dans ce domaine mal déterminé de la « souffrance mentale » qui touche à la psychiatrie, que se jouent et s'ébauchent, dans l'aveu d'une impuissance commune, les prémices d'une rencontre possible. Ce questionnement autour de la définition de cette souffrance psychique que les catégories psychiatriques classiques sont loin d'épuiser, traverse toutes les structures qui travaillent dans le champ de la précarité. Le rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » de février 1995 (président Antoine

socioculturel d'adoucissement des mœurs, on substituerait à une logique de répression policière une logique de médicalisation des symptômes insupportables à la sensibilité des classes moyennes. Mais jusqu'à quand⁹ ?

La tendance est là et elle met à nu un nouveau paradoxe : la promotion de la santé en viendrait à sombrer dans la normalisation d'un nouvel hygiénisme davantage social que sanitaire ! Les travailleurs sociaux se réfèrent à l'enjeu du contrôle social comme garde-fou de leurs interventions alors que les professionnels de la santé semblent avoir oublié l'histoire ancienne du contrôle sanitaire des classes populaires. À vrai dire, les soignants ne sont pas très satisfaits d'accomplir un soin dont ils pressentent les limites au regard de la situation où se trouve la personne secourue ; et les travailleurs sociaux, émus de ce braconnage aux limites, même quasi abandonnées, de leur terrain, crient au loup : une médecine des pauvres et des services hospitaliers réservés aux plus démunis sont autant de défaites de la justice sociale !

Quand les supports habituels d'usage des biens de santé que sont le travail, le logement et l'activation des droits sociaux font défaut, peut-on dénicher quelques supports alternatifs à la santé ? Le recours à des supports urbains de santé esquisse une réponse : en offrant quelques services accessibles et en mobilisant les ressources propres à chaque milieu urbain, on ose espérer donner les moyens à ses habitants de rassembler leurs « capacités à faire face ». Mais ces supports ne sont pas ancrés et articulés, sinon à la marge ou de façon occasionnelle, aux dispositifs de soins. Davantage en prise avec le social, ils constituent un espace entre deux frontières, toujours sujet aux escarmouches des professionnels aux compétences spécifiques et aux légitimités asymétriques : le médico-social sans balisage officiel. Finalement, sa fonction latente est de prévenir les tensions locales et de les réguler au sein de chaque « milieu » urbain. Comment s'y prendre pour stabiliser et renforcer la cohésion sociale locale ?

Impossible de ne pas déterminer des cibles, de ne pas désigner des populations problématiques tant sur le plan de la santé que du lien social. Surgit alors un troisième paradoxe que Michel Joubert appelle le « paradoxe de la cible » (1996 b). La spécification de certaines populations produit des effets de marquage supplémentaire avec une double conséquence possible : une stigmatisation productrice de ségrégation et de rejet qui va à l'encontre du projet de renforcement de la cohésion sociale, et une aspiration à un redoublement de l'intervention médicale, un appel à plus ample médicalisation au détriment de l'objectif de prévention. On a montré que les habitants d'un quartier n'avaient pas supporté de se laisser distribuer en diverses cibles de traitement de l'alcoolisme et de la maladie mentale : leur résistance a précisément renforcé la dimension collective de quartier que l'approche épidémiologique risquait de morceler.

9. Examinant la politique de la ville de New York à l'égard des sans-abri au cours des années quatre-vingt, une anthropologue montre le passage d'une médicalisation à une criminalisation dans le but affiché de « protéger les touristes » (Mathieu 1993).

À l'inverse, les « individus sans » sont considérés comme des « exclus » perdus, isolés et sans potentiel individuel : c'est l'image archétypique de la précarisation la plus extrême. Va-t-on leur proposer une forme d'intervention en termes d'ultime service ou de réparation ? Ne serait-ce pas tomber dans l'intervention d'urgence dont on a montré les limites ? Comme le dit Michel Joubert, pour sortir du paradoxe, il s'agit de « replacer la personne en situation de compétence... lui permettre de retrouver les capacités de gérer droits et ressources contenues dans les activités sociales et domestiques quotidiennes. » Pareil projet se traduit de fait en plusieurs modalités de réalisation. Nous en avons exhibées trois : l'« accroche » est un mode d'intervention qui ne propose rien d'autre que la présence d'un professionnel-ressource qui manifeste sa disponibilité à entendre et à accompagner une demande (contrairement à l'urgence de la temporalité chronologique, on se place dans la patience impliquée par le registre temporel du « *kairos* », prêt à susciter et à saisir l'occasion [Bessin 1997]) ; « médiation et interpellation » participent en même temps à rapprocher des ressources officielles trop distantes pour certaines cultures et à trouver des « arrangements », c'est-à-dire à recomposer l'utilisation de ces ressources ; enfin le « travail d'insertion économique alternative » vise à soutenir tout projet de travail indépendant qui permet de mettre en valeur les potentialités de chacun.

Ces modalités ne sont pas équivalentes dans la mesure où elles renvoient à deux modèles très différents même s'ils peuvent se combiner dans les pratiques : le premier relève d'une approche individualiste et l'autre présuppose un travail collectif. L'approche individualiste ne situe pas dans leur contexte social ni dans leur histoire sociale ceux qui sont qualifiés de « précaires » ou d'« exclus » faute d'apercevoir le processus social de précarisation ; l'esprit du temps est pourtant davantage en faveur de cette approche, ce qui tend à grossir les rangs des professionnels qui s'inscrivent dans cette perspective. Inversement, la perspective holiste (Dumont 1966 et 1977) vise à instiller un esprit de résistance contre la fatalité et l'impuissance en puisant force et énergie dans l'échange et le partage entre membres de groupes d'appartenance en construction : la *médiation* brise le cercle fermé du dualisme soignant/soigné ou travailleur social/client pour faire intervenir l'environnement sociétal. Dans la construction des modes d'intervention, on comprend que les professionnels n'aient pas la même posture : le calage sur les seules compétences techniques peut permettre de faire l'économie d'une prise de distance réflexive et d'un engagement dans quelque aventure collective prospective.

Cette pente de l'intervention médico-sociale locale tend à réduire les compétences des usagers-citoyens à celles de simples habitants de la ville, consommateurs de produits et de services divers. Si ce sont des résidents « sédentaires », la multiplication de guichets de proximité peut opérer la traduction et l'adaptation nécessaires aux « arrangements ». Si les habitants sont « mobiles », on proposera des espaces d'accueil en espérant qu'ils croiseront leurs parcours (ce qui constituera des points d'accroche) ou bien des professionnels se déplaceront

pour que leurs parcours se recoupent parfois avec ceux des nomades (c'est le travail de rue). Dans cette détermination informelle du local, la question politique réapparaît par le truchement de la souveraineté : travailleurs sociaux et médecins bénévoles savent bien que la plupart des squats leur seront impénétrables à moins qu'ils n'y soient introduits par des personnes-relais issues elles-mêmes de la précarisation. Mais n'y a-t-il pas quelque paradoxe à ce que le local soit ainsi réduit au logement et à la consommation alors que les agglomérations urbaines fourmillent d'entrepreneurs, d'artisans et de commerçants, producteurs et distributeurs de biens et de services, qui transforment nombre d'habitants des villes d'abord en travailleurs ? Le marché du travail, sa décomposition et sa recomposition, ne serait-il pas un impensé des professionnels du médico-social (Chopart 1996) ? La précarité n'est pas un état, fruit de la malchance ou du destin : elle désigne les multiples moments du processus de précarisation, ce qui la rend si hétérogène, et elle résulte des restructurations productives fondées sur des dynamiques d'externalisation du travail. La flexibilisation du travail suppose l'acceptation de sacrifices sociaux pour permettre la reprise de la croissance, mais ces sacrifices correspondent à une mise en survie économique d'une partie de la population et affectent de différentes manières le système de protection sociale. « Enjeu et instrument de la précarisation sociale, la santé au travail met en lumière l'impossibilité d'étudier les transformations sociales récentes indépendamment de celles des structures productives et des idéologies qui les sous-tendent » (Thébaud-Mony 1997). Les acteurs de ces tentatives localisées de mise en forme du médico-social ne sont-ils pas trop sous l'emprise de la cité urbaine au point d'en oublier la cité industrielle qui la fonde ? Une politique préventive peut-elle faire l'économie des conséquences de la division sociale du travail et de la façon dont le politique compose le cadre de sa gestion ?

L'État lui-même a sa part de responsabilité dans cette séparation et cette mise à l'écart du monde du travail : en déterminant les cadres et les procédures des interventions à construire localement, il prédétermine la légitimité de leur contenu. De ce point de vue, la politique de la ville élargit les contenus possibles d'intervention au-delà de l'urbanisme et du logement à l'exclusion de ce qui a trait à l'industrie et au travail (sauf à déterminer leurs zones d'implantation). Ainsi, au moment où s'opèrent des tentatives pour mettre sur des scènes locales la santé publique, l'orientation étatique d'une « fenêtre » qui ouvre seulement sur la ville tend à privilégier l'environnement matériel et l'équipement en logements au détriment de ce qui est au fondement des rapports sociaux dans notre société : le travail. Il y va du présupposé que la nouvelle question sociale et son traitement médico-social n'ont rien à voir avec la sphère économique et la production : une politique locale de santé publique peut-elle survivre utilement dans l'évitement du travail productif et sans se poser la question de sa transformation ?

Références

- BESSIN M. (1997), « Les paradigmes de la synchronisation : le cas des calendriers biographiques », *Informations sur les sciences sociales*, n° 36 (1).
- BUNGENER M. (1995), « Les réseaux de santé : une innovation auto-proclamée », *Transcriptase*, n° 38.
- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- CHEVALIER G. (1996), « Volontarisme et rationalité d'État. L'exemple de la politique de la ville », *Revue française de sociologie*, XXXVII.
- CHOPART J. N. (1996), « Le travail social face aux mutations économiques », *Recherches et prévisions*, n° 44.
- CLÉMENT S., DRULHE M., GALINDO-MIGEOT V., GRAND-FILAIRE A., MANTOVANI J., MEMBRADO M. (1997), *Modes de construction des politiques de santé publique sur la scène locale toulousaine*, rapport de recherche, PIR-Villes CNRS.
- DAMMAME D., JOBERT B. (1995), « La politique de la ville ou l'injonction contradictoire en politique », *Revue française de science politique*, vol. 45, n° 1.
- DONZELOT J., ESTÈBE P. (1991), *L'État animateur. Essai sur la politique de la ville*, Paris, Esprit.
- DUMONT L. (1966), *Homo Hierarchicus. Le système des castes et ses implications*, Paris, Gallimard.
- DUMONT L. (1977), *Homo Aequalis I. Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*, Paris, Gallimard.
- DURAN P., THOENIG J. C. (1996), « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, vol. 46, n° 4.
- FASSIN D. (1994), « Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985. Une approche localiste de la prise en charge des malades du sida », *Prévenir*, n° 27.
- FASSIN D., (1996a), « 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.
- FASSIN D. (1996b), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FERONI I., LOVELL A. (1996), « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73, p. 30.
- FERRAND-NAGEL S. (1993), « Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. Les leçons de l'histoire de longue période », *Revue française des affaires sociales*, 47^e A., n° 2.
- FLAMENT C. (1992), « La figure paradoxale du réseau, entre l'efficiences productiviste moderne et l'utopie », *Pour*, n° 134, *Réseaux, insertion, citoyenneté*.

- GARCIA S. (1997), « La fraude forcée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 118, p. 82-83.
- GROC I., LEGROS M. (1995), *La santé, un nouveau terrain d'action pour les communes ?*, Paris, CREDOC, coll. des rapports, n° 165.
- JOUBERT M. (1995), « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Prévenir*, n° 28.
- JOUBERT M. (1996a), « Remonter le fil des dégradations. La production urbaine de santé dans la banlieue parisienne », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73.
- JOUBERT M. (1996b), « Souci de prévention et souci démocratique. La santé au cœur des changements urbains », *Prévenir*, n° 31, 2^e semestre.
- MATHIEU A. (1993), « The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression », *Medical Anthropology Quarterly*, 7 (2).
- MENDRAS H. (1980), *La sagesse et le désordre. France 1980*, Paris, Gallimard.
- MOULIN A. M. (1996), « Y a-t-il une définition scientifique de la santé ou le cauchemar de l'interne de garde », *Prévenir*, n° 30.
- OGIEN A. (1995), *L'esprit gestionnaire*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- POLLET G. (1995), « La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIX^e et XX^e siècles) », *Revue internationale d'action communautaire*, n° 33.
- SOULIÉ C. (1997), « Le classement des sans-abri », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 118.
- STROHL H. (1995), « Le mythe de l'accès aux soins », *Droit social*, n° 9-10.
- THÉBAUD-MONY A. (1997), « La santé au travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale », in APPAY B. et THÉBAUD-MONY A. (éds.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, CNRS-IRESO.
- VINCENT G. (1996), « Formes et fonctions du bénévolat dans le travail social. Prévention spécialisée et lutte contre l'exclusion. La situation française », *Revue suisse de sociologie*, vol. 22, n° 1.

RECHERCHES

Les figures urbaines de la santé ■ publique

Enquête sur des
expériences locales

Sous la direction de
DIDIER FASSIN



LA DÉCOUVERTE