

L'HÉBERGEMENT D'URGENCE À PARIS OU L'ACCUEIL EN SOUFFRANCE

RÉSUMÉ : *La problématique des SDF est le plus souvent abordée à partir de trois types d'analyses. Les premières insistent sur les productions de la pauvreté, les secondes se penchent sur la gestion de la pauvreté, les dernières se préoccupent des modes de survie à la rue. Cet article se situe davantage dans le second axe en privilégiant une microsociologie d'un dispositif « d'aide sociale » aux sans-logis : les centres d'hébergement d'urgence. À ce jour, une étude fine des modes de fonctionnement de ces centres demeure encore rare et très partielle. Il s'agit de soutenir l'idée que « l'aide » sociale d'urgence doit être interrogée quant à ses prétentions à fournir le minimum vital aux sous-prolétaires à la rue. L'« urgence », l'« humanitaire », la « mise à l'abri » instituent en fait une précarité institutionnelle aménagée, autrement dit une inclusion périphérique qui inscrit les surnuméraires dans le nouveau circuit, interminable et précaire, des services d'urgence. Tant par les mécanismes de sélection que par les effets d'agrégation induits par le rassemblement de personnes en survie, très fragilisées ou prédatrices, les CHU compliquent plus qu'ils ne résolvent la question sociale des personnes à la rue.*

La problématique des SDF est le plus souvent abordée à partir de trois types d'analyses. Les premières insistent sur les productions de la pauvreté, tant dans leurs dimensions politiques macrohistoriques (Castel, 1995 ; Pierru, 2005) qu'économiques au sens le plus large possible, ce qui englobe aussi bien des analyses en termes de récession que des points de vue relatifs aux transformations de l'habitat bon marché (Marpsat et Firdion, 2000) ou au démantèlement de l'État social (Rosanvallon, 1981 ; Blau, 1992 ; Castel, 2003). Les secondes se penchent sur la gestion de la pauvreté, en abordant les politiques sociales sectorielles des démocraties qui hésitent entre aide sociale (Paugam, 1993 ; Léviton, 1998 ; Rowe, 1999 ; Huret, 2004) et répression (Verdès-Leroux, 1976 ; Bizeul, 1989 ; Gaboriau et Terrolle, 2003). Les dernières analysent les groupes eux-mêmes en privilégiant l'étude concrète des processus de désaffiliation et des modes de survie (Snow et Anderson, 1993 ; Gaboriau, 1993 ; Lanzarini, 2000).

Cet article se situe davantage dans le second axe en privilégiant une microsociologie d'un dispositif « d'aide sociale » aux sans-logis : les centres d'hébergement d'urgence (CHU). À ce jour, une étude fine des *modes de fonctionnement* de ces centres demeure encore rare et très partielle (Pichon, 1996 ; Declerck, 2001 ; Teissonnières, 2003). Existente en revanche des études qui les situent dans les systèmes d'assistance, soit en offrant un point de vue historique lié à leur apparition (Gueslin,

Sociétés Contemporaines (2006) n° 63 (p.105-125)



2004), soit en les rapportant à un champ de l'aide sociale assistantielle (Soulié, 2000), soit, enfin, en les présentant dans le concert des politiques sociales (Damon, 2002). Avec des entrées théoriques très différentes, ces contributions pointent toutes un certain nombre de « dysfonctionnements » des CHU qui seront présentées plus systématiquement : la faible durée de l'accueil, l'absence de travail social, les violences du caïdat pour C. Soulié ; l'incapacité du système à empêcher les morts à la rue, la « promiscuité », la « dangerosité » ou la « violence » dans certains centres, « l'effet Matthieu » ou « écrémage » identifié par R. Merton, J. Elster ou M. Lipsky, C. Soulié ou J. Damon selon lequel « *on donne plus à ceux qui ont déjà plus* » (Damon, 2002 : 231-240).

Entrer dans ces organisations suppose, pour l'observateur, à la fois d'obtenir des autorisations (Bizeul, 1998 : 756-758) et de supporter les conditions d'hébergement elles-mêmes en immersion ethnographique¹. Deux journalistes ont assumé pendant plusieurs semaines la posture de l'observateur caché dormant dans les dortoirs collectifs (Porquet, 1987 ; Prolongeau, 1993), ce qu'aucun ethnographe n'a accompli à ce jour en France². Ce coût physique important conduit les chercheurs soit à privilégier des travaux macrosociologiques qui font l'économie de la monographie interne, soit à rendre compte de la survie des personnes en centrant les analyses sur l'espace public³, autrement dit les modes de survie dans les lieux publics ouverts et la rue (Rouilleau-Berger, 2004 ; Brody, 2005).

Cette difficulté a pu être en partie levée grâce au croisement de deux types de données. D'une part, l'observation⁴ des CHU d'une grande association caritative parisienne (GACP) de 1995 à 2000 a permis d'observer l'accueil, depuis la file d'attente jusqu'au coucher dans les dortoirs. Les centres étudiés représentent le « standard » du CHU, tel qu'il a pu être observé dans différentes structures⁵, entre le « bas de gamme » représenté par le CHAPSA de Nanterre où domine l'insécurité et un « haut de gamme » expérimental, le centre Jacomet rattaché à l'association des Cités du Secours Catholique, dont les installations et le mode de fonctionnement rappellent les structures d'insertion comme les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). D'autre part, il a été possible de collecter un matériau unique à ce jour : des documents internes rendant compte de la vie nocturne des CHU. C'est en dépouillant les cahiers de liaison (annexe 1) tenus par les gardiens de nuit qu'il a été possible d'obtenir des données régulières sur le fonctionnement nocturne des CHU pendant les durées d'ouverture de ces lieux (de novembre 1994 à avril 1995⁶).

1. Sur les coûts de cette posture ethnographique, P. Bruneteaux, Les politiques de l'urgence à l'épreuve d'une ethnobiographie d'un SDF, *Revue française de science politique* (à paraître).
2. J'ai dormi anonymement une seule nuit dans un CHU de l'Armée du Salut. Ce qui m'a permis tout de même de confirmer les analyses portant sur la perturbation du sommeil.
3. Perspective dans laquelle s'est spécialisée le Plan urbain dans les années 1980 et 1990.
4. Trois centres d'hébergements d'urgence ont été observés, lors des séquences d'accueil, de 18 heures jusqu'à minuit dans le cadre de passages réguliers n'ayant rien à voir avec l'objet de cet article. Il s'agissait essentiellement d'analyser des actions de prévention menées auprès des SDF. Pour la démarche méthodologique, se reporter au dernier chapitre de Bruneteaux et Lanzarini, 1999.
5. L'Armée du Salut, Emmaüs, Le Secours catholique, La Péniche du Cœur, le CHAPSA de Nanterre.
6. De notables transformations ont vu le jour depuis cette date, mais un récent colloque sur l'urgence a permis de constater la pérennisation d'anciennes structures très vétustes et l'ouverture de nouveaux



2005 : 17). Depuis 2003, le budget des CHU a dépassé celui des hébergements d'insertion¹⁰.

En un peu plus de 15 ans, Emmaüs, le principal prestataire de la DASS en matière d'hébergement d'urgence sur Paris, est passé de 70 à 350 salariés, dont la plupart relèvent de l'urgence de jour et de nuit. Auparavant tributaire des subventions de l'État pour 20 % de son budget, le chiffre s'est inversé en 20 ans. À titre d'exemple, le nombre de nuitées a augmenté de 28 % pour la seule année 2001/2002, passant de 264 218 à 339 328, contre 210 000 en 2000 (rapport d'activité). Au tout début des années 1980, cette association ne gérait qu'un CHRS pour SDF. En 2000, elle fait tourner une quinzaine de CHU de grande taille, représentant presque un tiers des lits d'urgence sur Paris, soit 1 000 lits sur les 3 200 disponibles : « *Il ne faut pas se contenter de dire que c'est la faute de l'État. Nous sommes tous responsables. Il ne faut pas oublier que les associations ont aussi choisi ce type d'accueil et ont ensuite cherché à se faire financer par la DASS. Regardez en Lorraine. Les acteurs n'ont pas voulu de CHU. Tout est en CHRS*¹¹. *Ils ont des ateliers d'insertion en dotation CHRS. On a tous contribué à la situation actuelle* »¹². Une responsable de la FNARS, organisation qui fédère le secteur privé de l'assistanciel, ajoute : « *Il est clair que les associations se trouvent en concurrence. Elles veulent s'accaparer les budgets de l'urgence parce que ça permet de faire vivre plus facilement l'association. Tout le prix de journée ne passe pas dans l'aide directe à la personne* »¹³.

L'entrée dans le jeu « urgentiste », de la part d'associations caritatives recherchant à consolider leur position, a eu pour effet la création et la routinisation rapide d'un secteur de l'urgence qui a en fait été dessiné par les premières mesures publiques des années 1980 destinées à enrayer le phénomène trop voyant des SDF morts dans la rue. Si l'Armée du Salut avait une tradition de collaboration avec l'État, ce sont le Secours catholique et surtout Emmaüs qui se sont distingués comme « *opérateurs* » au service de l'État qui a l'obligation légale en matière d'aide aux « SDF ». Le Centre d'Action sociale protestant s'est quant à lui spécialisé dans l'hébergement des demandeurs d'asile.

Lancés à partir de 1984, les plans nationaux « pauvreté-précarité » ont eu pour première vocation de tenter d'éviter la mort des SDF en hiver (Damon, 2002, Rullac, 2004) et, depuis la loi d'orientation de 1998¹⁴, de mettre en place un dispositif so-

- 10.** Chiffre avancé par la direction d'Emmaüs, avalisé par la FNARS lors d'une réunion préparatoire à un colloque sur l'urgence, septembre 2006.
- 11.** Le Centre d'hébergement et de réinsertion sociale constitue, depuis le décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953, redéfini par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le véritable lieu d'insertion des sans-logis et des populations les plus marginalisées. Tous conventionnés avec l'État, ils bénéficient de prestations qui favorisent le retour à un logement de droit commun.
- 12.** Propos d'une élue de la Ville de Paris devant des associations caritatives lors d'une réunion « fermée » précédant la journée du 11 octobre 2006 sur les CHU à la cité Jacomet. Septembre 2006.
- 13.** Entretien mené en aparté suite à la réunion fermée sur les CHU, septembre 2006.
- 14.** La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions peut être considérée comme la loi instituant le champ de l'urgence. Les différents articles légalisent l'existant (Samu social, CHU déjà en place, « Espaces Solidarité Insertion » ou accueils de jour pour les SDF) tout en élargissant le secteur d'activité. La « veille sociale », organisée dans chaque département, a pour mission d'assister immédiatement les personnes et de tenir à jour l'état des différentes disponibilités d'accueil grâce au dispositif du 115. (FNARS/Beauville 2001).



passage ne s'effectue pas rapidement et que les structures destinées à assurer ce premier étage de l'assistance s'avèrent en fait « inadaptées ».

Comme le disent abruptement D. Snow et L. Anderson, les structures caritatives « sont essentiellement adaptatives. Elles aident les sans-logis à endurer la vie à la rue plutôt qu'à en réchapper » (1993 : 87).

2. L'HUMANITAIRE : L'EXCLUSION DANS L'EXCLUSION

L'enfermement dans le circuit de l'urgence conduit à un processus de « déshumanisation » (Snow et Anderson, 1993 : 80) qui signifie un long dépérissement se clôturant souvent par une déchéance physique rapide et une mort précoce des personnes dont l'espérance de vie est estimée à 47 ans (Le Puill, 1990 ; Terrolle, 2003 ; Collectif Les Morts de la Rue, 2005). En effet, à défaut de permettre l'accès aux étages supérieurs du logement d'insertion (CHRS, maisons-relais, HLM en bail glissant...), les modalités d'accueil des « nouveaux pauvres » aggravent l'épuisement des « bénéficiaires ». Alors que certains peuvent croire que « les politiques sociales d'urgence ne peuvent que pallier les besoins élémentaires »¹⁷, le CHU, dans sa triade repos-nourriture-hygiène, ne permet même pas d'offrir de réponse, ou très imparfaitement, à ces « besoins élémentaires » de la survie humaine. De surcroît, il « ajoute » une foule d'autres règles et contraintes pratiques qui rendent risqué le passage en son sein. On observe, à l'intérieur de ces centres des usages, des règles, des contraintes, des contradictions multiples qui viennent fortement perturber la vie des hébergés voire même la rendent tout simplement intenable. Toutes ces perturbations, le plus souvent non voulues par les dirigeants des associations et même parfois non perçues, effets d'un cadre collectif rudimentaire mis en place dans « l'urgence », entretiennent tout de même un lien direct avec la stratégie de base des services de l'État : mettre en œuvre une politique de « mise à l'abri » des SDF afin de se prémunir d'une présence et d'une mortalité trop « voyantes » des SDF en hiver.

Étudier l'allocation de ces ressources indivisibles (le lieu) semi-divisibles (sanitaires, lit) et divisibles (nourriture), c'est prendre au sérieux la prétention à faire de l'humanitaire, autrement dit à empêcher le basculement inexorable vers la mort sociale et physique des personnes à la rue. « L'accueil », « la mise à l'abri », appellent un regard critique dans la mesure où, dès l'arrivée, accueillir, en fait, ce n'est même pas faire rentrer tout le monde dans les CHU. L'Urgence, c'est d'abord un tri, une sélection. Plus globalement c'est tout un système de contraintes, d'interdits et d'offres distillées au compte-goutte qui dissuadent une grande partie du public d'entamer une démarche d'accès ou de vouloir retourner dans des centres paradoxalement définis par l'exclusion dans l'exclusion.

À leur arrivée, précédée par une demande téléphonique au Samu social, les personnes doivent se présenter impérativement dans une fourchette temporelle précise (entre 18 heures 30 et 19 heures¹⁸). La taille du centre augmente les temps d'attente

17. L'illusion des prestations minimales interchangeable dans les CHU, des « besoins de base » standardisés qui fourniraient le minimum vital, est aussi partagée par certains chercheurs de terrain (Rowe, 1999 : 35 ; Pichon, 1998 : 103 ; Soutrenon, 2001 : 38).

18. À moins d'avoir une bonne raison ou une preuve d'un travail, le retard occasionne un avertissement. La seconde fois, la personne est exclue. De même, si une personne ayant droit à une semaine



Au Secours catholique, si une personne pose problème à cause de son « comportement », elle est « éloignée »²² sans être pour autant définitivement exclue. Le Samu social est averti et participe au filtrage. Si ces institutions « maisons » préfèrent assumer la violence de la rue plutôt que de recourir « à un prestataire extérieur de sécurité privée », selon l'expression d'une directrice du Secours catholique, ce critère « familial » ne signifie pas mécaniquement que ceux qui l'appliquent auront un seuil d'acceptation plus élevé, comme en témoigne « la liste noire » de la GACP (relevée dans d'autres associations).

Le dépouillement des cahiers de liaison des gardiens de la GACP du centre d'hébergement d'urgence renommé ici « QG », pour la saison 1994/1995 (soit 130 jours), fait apparaître un niveau élevé d'exclusions sur les 990 personnes accueillies trois jours. Étant donné que de nombreux hébergés reviennent à plusieurs reprises, tandis que d'autres ne passent qu'une fois, on ne peut affirmer précisément combien de résidents différents (et probablement un peu moins compte tenu de la fidélisation des résidents) sont venus au QG. En faisant l'hypothèse d'un groupe compris entre 300 et 500 personnes accueillies, on constate, sur la base des 51 personnes qui ont été renvoyées du centre en cours d'hébergement ou refusées en se présentant à l'entrée, que ces exclus parmi les « exclus » représentent une fourchette de 5 à 10 % de la population générale du centre. Une personne sur dix ou vingt est renvoyée en cours d'hébergement ou ne peut accéder au centre à son arrivée. Les personnes jugées ivres sont les plus nombreuses (N=33), suivies par les manifestations de liberté (N=7), les perturbations agressives (N=6), l'usage de drogue (N=4) et le manque d'hygiène (N=1). Parmi ce groupe d'exclus parmi les exclus, on peut dénombrer des exclus radicaux, à savoir les exclus définitifs parmi les exclus des exclus. Au nombre de 22, soit un peu plus de 2 %, ils figurent sur « une liste noire » que tous les centres possèdent et mettent à jour en fonction de leur propre histoire et de celle des autres centres. Ce qui veut dire que les permanents prennent toujours fait et cause pour leurs collègues et, sans connaître les événements qui ont conduit, dans tel centre, à l'exclusion définitive du SDF, appliquent à l'ensemble des CHU la décision prise dans une seule unité.

La lecture des cahiers de liaison permet de voir que cette « liste noire » est fermement appliquée lorsque le coupable se rend dans un autre centre de l'association. Ce « casier judiciaire social », suite aux procédures de « renvoi » aussi évoquées par certains chercheurs (Pichon, 1996 : 166) donne à voir le niveau des rapports de force entre les entrants et les accueillants. Dans certains cas extrêmes, une personne peut ainsi faire les frais de ce fichage et être mis au ban par tout le personnel de l'association considérée. Quand cette association gère une grande partie des lits d'urgence à Paris, on peut imaginer les difficultés supplémentaires qui attendent le sans-abri.

Les relégués de l'urgence sont le plus souvent catégorisés comme des usagers violents envers le personnel ou les hébergés. Cet amalgame dissimule des situations très différentes. D'un côté il existe les renvois de protection lorsque les entrants sont réellement agressifs envers les autres résidents ou les gardiens. Souvent ivres ou en manque, ils perturbent le sommeil de la plus grande partie des hébergés, mettent parfois en danger la sécurité physique des occupants, ce qui nécessite de temps en

22. Entretien avec un directeur de CHU de l'association des Cités du Secours Catholique.



ivres. Après un tour de dessaoulement, avertissement leur a été signifié de ne plus recommencer ». Les centres d'hébergement d'urgence délimitent ainsi, par un tracé invisible, une aire de stockage des sous-prolétaires qui doivent se soumettre à une organisation dans laquelle ils ne disposent d'aucun droit.

3. DE L'ÉLÉMENTAIRE AU RUDIMENTAIRE : DES PRESTATIONS HUMANITAIRES EN SOUFFRANCE

La fonction première des CHU consiste à offrir aux hébergés un toit pour dormir. Ce qui semble simple à première vue devient en fait une mission presque impossible tant à cause du principe de l'hébergement (le dortoir collectif) que de l'accueil en général. Une double contrainte pèse sur les résidents. D'une part le cadre global d'accueil en CHU, qui limite dans le temps la possibilité de « se poser » et de reprendre des forces. D'autre part, le cadre spécifique de l'hébergement pendant la nuit, qui s'effectue de manière collective et engendre tout un lot de perturbations du sommeil.

3. 1. LE CADRE SPATIAL ET TEMPOREL DE L'ACCUEIL : UNE APPROPRIATION IMPOSSIBLE DES LIEUX

Recourir au CHU, c'est entrer dans un circuit incontournable. Le principe de l'hébergement à la nuitée, en cours encore dans les vieux CHU comme le CHAPSA de Nanterre ou la Mie de Pain, a été défendu par Xavier Emmanuelli dès les premiers temps d'instauration du Samu social en 1993. D'ailleurs, dans le CHU du Samu social de Montrouge, c'est encore la règle. En revanche, les associations intervenues plus récemment dans le secteur de l'urgence, comme Emmaüs ou le Secours catholique, se sont fermement opposées à ce recommencement incessant et ont lutté pour imposer trois jours, puis une semaine. En pratique, la semaine est reconduite une fois, sauf accrochage avec la personne.

Cela signifie que la personne va voyager d'un centre à un autre des dizaines de fois dans l'année, ce qui n'est pas propre à la France (Mc Donough, 1996 : 223). Une grande partie de son temps va être dépensée dans la recherche, via le Samu social (par l'appel téléphonique du 115) ou en sollicitant les animateurs sociaux des CHU avec lesquels un « contact » passe, de nouveaux lieux d'hébergement. Cette course incessante pour obtenir le standard du 115 et, à peine installé dans un CHU, ce souci quotidien pour retrouver incessamment un autre logis, donnent à voir l'angoisse créée par ce mécanisme institutionnel. L'accueil technique consiste, quelles que soient les bonnes intentions, à colmater rapidement la brèche en proposant « un gîte et un couvert » et en essayant d'être le plus possible « accueillant » vis-à-vis d'êtres souvent aigris, agressifs, fermés, revendicatifs.

Lorsque l'association caritative a décidé de se lancer dans l'hébergement d'urgence au milieu des années 1980, après accords annualisés avec la DASS, elle a installé les premiers lits dans un ancien entrepôt frigorifique, sur le quai d'Austerlitz. Depuis, elle a étoffé sa « gamme » en devenant un des « opérateurs » (terme de la DASS) les plus importants sur Paris.

Les centres d'urgence fonctionnent sur le principe de la clôture temporelle. L'entrée est un enfermement. Pas un grand renfermement, comme au XVIII^e siècle où



voient sans que cela soit précédé d'un « monsieur » ou « madame », et les autres qui respectent les formes ordinaires de la politesse en usage dans l'espace public ; ceux qui vont donner à manger à trois heures du matin à un SDF qui frappe à la porte du centre là ou d'autres vont ordonner au résident de se recoucher ; ceux qui, comme ce permanent, dira : « *M. A. issu du Samu social est dans un état second. Je lui refuse catégoriquement l'entrée du centre pour les 20 ans à venir* »²⁹ ; et ceux qui, comme cet autre, préféreront préciser : « *1 heure. M. B. rentre complètement bourré ! Il n'est même pas arrivé à manger son repas. Je le contraints à se coucher. Il dégueule au pied du lit. À voir le matin au réveil* »³⁰.

Les résidents ne savent pas comment placer leurs attentes dans ce cadre « normalisé » où l'illusion est de croire que toutes les personnes peuvent dormir la nuit : « *Il faudrait en plus du lit et de la nourriture un accueil psychologique. Il n'y a pas que le corps mais aussi l'esprit. Dans la rue, t'es toujours en train de perdre la tête. Mais t'a pas envie de faire chier les accueillants qui sont là pour donner à manger. Il faut des gens pour ça. Mais il faut aussi une écoute permanente, 24 heures sur 24. Le mec qui va se suicider, il ne va pas faire une lettre recommandée pour te le dire. Une permanence, c'est permanente* »³¹. Dans tous les centres d'hébergement d'urgence de nuit, quelles que soient les associations, aucun professionnel de l'écoute n'est présent. « *Même nous dans nos équipes, il nous faudrait un psy pour vider notre sac et il est lourd !* »³². Pendant le jour, aussi bien dans les Boutiques solidarité que dans les services d'accueil rapide, des équipes de spécialistes sont présentes. Mais le jeu du monde ordinaire et, partant de là, des horaires administratifs, cadre mal avec les rythmes du monde de la rue, notamment les temps forts de l'angoisse et de la violence ressenties qui se signalent la nuit dans les CHU.

Tous ces efforts, consentis par des personnes épuisées par cette astreinte supplémentaire à la survie au jour le jour, aboutissent finalement à devoir accepter de dormir dans des lieux sordides : caves, anciens entrepôts désaffectés, péniches, wagons, immeubles vétustes d'administration. Tous les lieux d'hébergement d'urgence ne sont pas forcément des abris de fortune mais, de tous les types de logement précaire (CHRS, hôtel social, Sarah...), ils sont les seuls à dériver du « hors norme », à être souvent insalubres (à la différence des CHRS) tout en étant reconvertis en zone d'habitat : « *En fait il n'y a pas de cahier des charges pour les CHU* »³³.

Dans les CHU, aucune individualisation n'est possible, à cette réserve près que les besoins naturels sont « privatifs ». Pour des êtres contraints de vivre dans l'espace public, le moindre des paradoxes n'est pas de devoir, une fois de plus, partager un espace collectif. Les repas se prennent dans un réfectoire, le sommeil s'effectue dans un dortoir et, il n'y a pas si longtemps, les douches étaient aussi collectives au sein des plus anciens CHU.

29. QG, Cahier de liaison n° 2, lundi 27 février 1995, p. 5.

30. QG, Cahier de liaison n° 2, vendredi 28 avril 1995, p. 105.

31. Résident de 45 ans environ, ancien militaire et vigile, rencontré dans un centre d'urgence pendant la réunion d'un « groupe de parole santé », février 1999.

32. Entretien avec un directeur d'un CHU. Mars 2006.

33. Entretien avec le responsable des CHU de la GACP, janvier 2006.



manteaux) en passant par le mépris des autres (claquer les portes, fumer dans le lit, insultes et loi du plus fort)³⁸.

3. 2. UN SOMMEIL RAREMENT RÉPARATEUR

La fonction officielle de l'hébergement d'urgence serait de permettre aux SDF de reprendre des forces en pouvant mieux dormir en CHU que dans la rue. « *Le cœur du métier dans un CHU, c'est de fournir un sommeil réparateur il ne faut jamais l'oublier. C'est ce qu'ils attendent de nous* »³⁹. L'observation des nuits et le dépouillement des documents existant indiquent que cette fonction est hypothéquée par une foule de problèmes pratiques.

L'hébergement collectif réunit des personnes qui « cumulent des handicaps », créant un agglomérat de personnes qui se rejettent les unes les autres. De ce fait, l'assignation mécanique d'une place de lit crée des frustrations très importantes, des peurs et des mises en souffrance, mais l'on voit mal comment, dans ce système piégé de l'urgence gérant des « masses », les choses pourraient fonctionner autrement :

« L'attribution des chambres est chargée de beaucoup d'enjeux. Quand on est à la rue, c'est capital de ne pas dormir à côté de quelqu'un qui va ronfler, qui va parler, qui est contaminant. Donc il y a des fois des prises de bec sérieuses, des gens qui disent : "Non moi je ne veux pas dormir avec monsieur un tel, je veux le lit et la même chambre qu'avant. Je ne veux pas rentrer là-dedans". Il y a des personnes qui changent de chambre sans prévenir pendant la nuit et quand des nouveaux arrivent dans la nuit, c'est souvent la pagaïlle. Être en galère, ça veut dire dormir quatre heures par nuit pendant des années, donc vous imaginez au bout du compte tous les retentissements qu'il peut y avoir sur le plan psychique et sur le plan sanitaire. Et il y a des gens qui sont virés de leur chambre là-haut : "Casse-toi tu pues" ou des gens qui ne veulent pas dormir avec ces gars-là et qui vont dans une autre chambre. Et la aussi ça perturbe le sommeil des autres »⁴⁰.

La précarité de l'aide d'urgence a pour effet de rassembler les prédateurs et les victimes dans un même lieu. Condamnées, dans la rue, à survivre par tous les moyens possibles, y compris en agressant un autre sous-prolétaire, les personnes qui recourent à l'établissement d'urgence prolongent leur sens de l'adaptation dans un environnement qui devient de la sorte producteur supplémentaire de perturbations. « *On est tous dans la même galère et pourtant tous les jours il y en a un qui fait chier pour un bout de beurre ou une petite cuillère. Le problème il est là, il y en a 50 qui font, et il y en a 5 qui sortent la lame et ça suffit. Il n'y a pas de solidarité ici* »⁴¹. Dans la GACP, comme ailleurs, l'insécurité entre sous-prolétaires est très forte sur le plan matériel, même si le sociologue doit se méfier de cette sorte d'héroïsme négatif (Bruneteaux, 2004) qui consiste à donner une image infernale du centre afin de montrer que le « dur » s'y fait malgré tout : « *À Partaïde, tu pars en*

38. Synthèse effectuée à partir d'un corpus de 20 comptes rendus de conseils de maison entre 1998 et 2004 dans le CHU Jacomet (Secours catholique), en tenant compte des récriminations les plus fréquentes des usagers eux-mêmes et des travailleurs sociaux.

39. Un assistant social du CHAPSA de Nanterre, octobre 2003.

40. Assistant social, CHAPSA de Nanterre, octobre 2003.

41. Résidents rencontrés dans un centre d'hébergement d'urgence de la GACP, Juin 1998.



À l'opposé d'une certaine représentation poétique des clochards qui mettrait au premier plan les chants de l'ivrogne, ce sont bien plutôt les manifestations du corps qui expriment l'épuisement et l'abattement des sous-prolétaires à la rue : les toux en relation directe avec le tabagisme, objet transitionnel de survie ; les cauchemars qui libèrent par des cris les frustrations des jours précédents ou de toute une vie ; les soubresauts des corps malades (pieds endoloris, blessures multiples, handicapés), les agitations des esprits insomniaques qui se tournent et se retournent dans le lit, se lèvent et déambulent dans les couloirs, les passages réguliers aux toilettes⁴⁹, constituent autant de perturbations qui permettent d'imaginer la chaîne sonore qui scande le temps de la nuit, aggravée par certaines rondes de gardiens trop bruyantes⁵⁰.

Paradoxalement, d'autres perturbations proviennent de certains hébergés qui, salariés précaires, ont des horaires décalés. Entre 10 heures 30, heure du coucher impératif, et 3 heures du matin, on assiste à un défilé de travailleurs dont les horaires « flexibles » ont pour effet de jalonne le temps de sommeil des autres. Et, à partir de 4 heures du matin et surtout aux environs de 5 heures, le même mouvement recommence en sens inverse, avec des réveils individuels qui s'échelonnent jusqu'au réveil général à 6 heures 30. On peut ainsi relever des nuits où 4 à 5 personnes rentrent après minuit tandis que d'autres sont réveillées par les permanents toutes les demi-heures entre 4 et 6 heures. Du fait de la collectivisation du sommeil, la souplesse de l'organisation se révèle être en la matière un handicap général pour les dormeurs. En faisant un sondage sur 65 jours, on a pu relever 91 réveils individualisés, réveils qui nécessitent que le permanent accède au lit de la personne, la secoue ou lui parle. En tout, sur 130 jours ouvrés, ce sont 256 ruptures sonores majeures (relevées par les permanents, ce qui en dit long sur le niveau accepté comme normal dans les chambrées⁵¹) qui sont pointées par les intervenants, soit deux perturbations atypiques par nuit sur un fond permanent de ronflements, de toux, de cauchemars, d'entrées et de sorties. « Une nuit au CHU, c'est 4 heures de sommeil par nuit, sauf si on a une chance énorme (rire). Alors, vous voyez, sur une année ou deux les dégâts énormes que ça peut faire »⁵². Le réveil se situe entre 6 heures 30 et 7 heures. Là encore, les personnes sont dépossédées du contrôle de leur temps réparateur. Chaque jour, les personnes doivent repartir avec leurs affaires, revenir le soir et recommencer le même manège pendant toute la durée du séjour. C'est dire que le repos est non seulement très difficile la nuit mais qu'il est suivi le matin d'un branle bas de combat qui se clôture par une sortie rapide dans la rue alors que, le plus souvent, ces hors statut n'ont pas « d'urgence » ; pas de rendez-vous incontournable ou de contrainte de travail. L'ironie du fonctionnement de l'accueil d'« urgence » est de créer des urgences là où il n'y en a pas. Tout le remue-ménage du matin ne débouche sur rien d'autre qu'un grand silence lorsque les portes se referment. Une fois à la

49. Avec des pointes : « Ils ont du beaucoup boire car ça défile aux toilettes », SA, Cahier de liaison n° 3, mercredi 14 décembre 1994, p. 84.

50. Beaucoup de plaintes des hébergés concernent les portes trop bruyantes, les WC insuffisamment isolés, la résonance des pièces. Sur ce thème (Kozol, *op. cit.* : 156).

51. À CY, CHU situé dans une cave, les chambrées sont en fait séparées par des cloisons de 2 mètres qui laissent filtrer tous les bruits de tous les compartiments ainsi créés pour donner une apparence humaine à des chambrées d'une dizaine de personnes.

52. Entretien avec le second assistant social des CHAPSA, octobre 2003.



Ce nouveau contrôle social a pour spécificité de s'exercer au nom des droits de la personne et de son respect. La théorie de l'étiquetage doit être revisitée par l'émergence d'un discours relatif aux « Droits de l'homme » et aux droits sociaux qui innerve les proclamations solidaristes des dirigeants de ce secteur assistantiel. La DASS plaide pour « *l'obligation d'assistance à personne en danger* », tandis que la presse associative défend « *l'accès aux droits* » ou « *l'accès aux soins* ». Cette lecture nouvelle en terme de « droits » est un effet agrégé d'une double culture politico-institutionnelle (l'humanitaire et la défense des droits de l'individu) que l'on voit fonctionner auprès de toutes sortes de catégories de populations marginalisées dans les structures dites « *à bas seuil* » (ciblées comme « *SDF* », « *toxicomanes* », « *jeunes des cités* »). Cette « *recomposition statutaire de type socio-politique* » (Thomas, 1997 : 5) articule un discours humaniste/humanitaire avec un respect formel à l'égard des citoyens, individus libres qui peuvent choisir d'utiliser ou non les services d'urgence. Les organismes se donnent à voir sous l'apparence bienfaisante de services qui « aident » (aspect humanitaire) ceux qui veulent bien s'en sortir par le haut sans être désormais contraints à être « sortis » par le bas (dimension individualiste des droits *versus* la prison ou le bagne). Auparavant lisible dans la séparation et la gestion directe des corps déviants, la domination directe est neutralisée au profit de logiques institutionnelles nouvelles qui placent le sujet de droit en position de pouvoir agir et donc aussi de pouvoir refuser l'aide (Rullac, *op. cit.* : 27). Elles placent les acteurs publics (accueils de jour libres, maraudes) en position d'animateurs du repêchage d'individus aidés de toute part et qui « *peuvent faire valoir leurs droits* » comme « *préférer librement mourir dans la rue* »⁵⁴.

Le champ de l'urgence constitue ainsi une nouvelle dimension de l'action assistantielle. D'une part, celle-ci est centrée sur une stratégie d'aide minimale des sous-prolétaires qui leur interdit, tout au moins pour la plupart, une perspective sociale d'insertion et qui, au contraire, contribue à favoriser leur dépérissement. D'autre part, elle participe à l'invisibilité des effets de cette gestion à court terme des personnes à la rue (absence de toute convention entre l'État et les associations, annualisation des budgets, absence de toute évaluation des résultats de la part de l'État) en manifestant fortement, notamment par l'effet du déploiement hivernal des « *plans grands froids* » (au bout du compte 500 places supplémentaires dans des conditions d'accueil encore plus rudimentaires, essentiellement des gymnases), un refus humaniste de la mort surchargée des signes de l'abandon, ce qui porterait atteinte à l'idéologie des « pays des droits de l'homme » en Europe. Affichage qui permet de supprimer l'image de la violence extrême en démocratie tout en dissimulant les effets d'une prise en charge précaire tout au long de l'année.

Patrick BRUNETEAUX,
Chercheur au centre de Recherches Politiques de la Sorbonne

54. Propos enregistrés à l'Institut Régional du travail social avec des directeurs d'établissement (gestionnaires de CHRS et CHU) dans le cadre d'une communication générale sur la pauvreté en France.



- LANZARINI C. 2000. *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, PUF.
- LE PULL G., S. 1990. *La décennie des nouveaux pauvres*, Paris, Messidor.
- MARPSAT M., FIRDION J.M. 2000. *La rue et le foyer*, Paris, INED-PUF.
- MC DONOUGH P. 1996. *Without Key. My 15 Weeks With the Street People*, Hopkins, Terra Sancta Press.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, 2006, *Rapport annuel*, Paris, La Documentation Française.
- PAUGAM S. 1991. *La disqualification sociale*, Paris, PUF.
- PAUGAM S. 1993. *La société française et ses pauvres*, Paris, PUF.
- PICHON P. 1998. Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans domicile fixe, *Sociétés contemporaines* n° 30.
- PICHON P. 1996. Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance, *Politix*, n° 34, p. 164-179.
- PICOT A. 2000. *La société pure. De Darwin à Hitler*, Paris, Flammarion.
- PIERRU E. 2005. *Guerre aux chômeurs ou guerre au chômage*, Paris, Éditions du Croquant.
- PORQUET J.L. 1987. *La débîne*, Paris, Flammarion.
- PROLONGEAU H. 1993. *Sans Domicile Fixe*, Paris, Hachette.
- ROSANVALLON P. 1981. *La crise de l'État Providence*, Paris, Seuil.
- ROULLEAU-BERGER L. 2004. *La rue, miroir des peurs et des solidarités*, Paris, PUF.
- ROWE M. 1999. *Crossing the Border*, Los Angeles, University of California Press.
- RULLAC S. 2004. *L'urgence de la misère, SDF et Samu social*, Paris, Les quatre chemins.
- SNOW D., ANDERSON L. 1993. *Down on their Luck. A Study of Homeless Street People*, Los Angeles, University of California Press.
- SOULIÉ C. 2000. Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris, in Marpsat M. et Firdion J.M., 2000, p. 211-255.
- SOUTRENON E. 2001. Faites qu'ils (s'en) sortent. À propos du traitement réservé aux sans-abri dans le métro parisien, *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 126-137.
- TERROLLE D. 2003. La mort comme seule réinsertion, in P. Gaboriau et D. Terrolle.
- TERROLLE D. 2004. La ville dissuasive : l'envers de la solidarité avec les SDF, in *Espaces et Sociétés*, Paris, Erès, n° 116-117, p. 143-157.
- THOMAS H. 1997. *La production des exclus*, Paris, PUF.
- TESSONNIÈRES G., 2003. Le gardiennage des pauvres. Les logiques sociales de l'urgence, in Gaboriau et Terrolle.
- THIERRY M. 1996. Rapport sur la mise en œuvre du dispositif hivernal d'accueil en hébergement d'urgence. Secrétariat d'État à l'action humanitaire. Documentation française.
- VERDÈS-LEROUX J. 1976. *Le travail social*, Paris, Éditions de Minuit.
- ZENEIDI-HENRY D. 2002. *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*, Toulouse, Éditions Bréal.

