

# Rhizome

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

| numéro 51 | JANVIER 2014

ACTUALITÉS ET SENS  
DE L'ACCOMPAGNEMENT  
AU LOGEMENT



# Les Cahiers de Rhizome

## Sommaire

### Dossier

- 1** Edito - **Christian Laval**
- 4** Accompagner vers le logement en temps de vulnérabilité partagée - **Béatrice Deries**
- 9** Dans la boîte noire du diagnostic social. La construction des situations de ménages par des intervenants sociaux pour décider de l'attribution d'un logement- **Vanessa Brossard**
- 13** L'accompagnement au logement : importance, difficultés, risques, exigences (avoir un logement n'est pas habiter) - **Jean furtos**
- 20** Vicariance dans l'accompagnement et la clinique psychosociale, à partir d'une recherche sur l'accompagnement au logement - **Adrien Pichon**
- 25** Peut-on mesurer les complications de santé consécutives à l'entrée dans le logement ? **Loïc Bonneval**
- 29** Le syndrome de diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale et précarité? Cas cliniques - **Laurence Hugonot-Diener - Catherine Wong - Emmanuel Devouche**
- 34** Syndrome de Diogène, le grand écart : du respect de la personne au respect des règles  
**Aline Pothier - Bérengère Latil**
- 37** Accompagnement et maintien au logement dans la psychiatrie de secteur et les politiques publiques à Marseille - **Pierre Morcellet - Valeria Mantello - Frédéric Buet - Farida Agoudjil**
- 43** Le programme « un chez-soi d'abord » : mauvais objet, nouveau paradigme ? - **Pauline Rhenter**
- 47** 30 ans d'expérience dans l'accompagnement à l'habitat des personnes en situation de pauvreté  
**Eric Kérimel de Kerveno - Laurent Weber**
- 52** Des SDF co-createurs d'habitats. En relation avec des élus locaux, des travailleurs sociaux et des médiateurs pairs - **Jean Mantovani - Jean Marc Legagneux- Vincent Batsère - Marie-Noëlle Colcy**
- 57** Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale - **Halima Zeroug-Vial -Yvan Couriol - Nicolas Chambon (Réseau Samdarra)**
- 61** Situations d'accompagnement social à l'hébergement et au logement.  
Une ethnographie sensible- **Pascale Pichon - Elodie Jouve**

### Bibliographie

### Actualités

• Christian Laval

1. Sous la direction de Jean Furtos : Colin V., Pichon A., Bonneval L. Rapport ONSMP/ ORSPERE, 2011

Comme il est de coutume dans les Cahiers de Rhizome la thématique de l'accompagnement au logement abordée ici se déploie autour d'une recherche action engagée par l'Orspere de 2009 à 2012 dont le titre est : *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance*<sup>1</sup>.

Cette recherche est, elle-même « accompagnée » d'autres contributions qui, soit approfondissent la perspective historique, soit décentrent les regards attendus, soit encore témoignent des difficultés mais aussi de l'innovation de certaines pratiques d'accompagnement dans le champ du logement. Nous nous proposons d'examiner la visée mais aussi le sens de ces nouvelles pratiques, sans être a priori dans la critique ou au contraire dans l'assentiment quant aux expérimentations en cours. Nous souhaitons en rendre plus visibles les modalités concrètes concernant des personnes pour lesquelles avoir un logis est devenu un bien rare et précaire et qui à un moment ou un autre de leur trajectoire ont été embarquées dans une problématique de santé mentale.

### De nouvelles règles du jeu

L'image négative dont pâtiennent les personnes en situation de précarité sociale et de vulnérabilité psychique pèse lourdement dans les démarches qu'elles entreprennent pour accéder à des soins de qualité et à un logement digne. Dans un contexte où le marché du logement est tendu, propice à des conduites accrues de sélection discriminante, avoir un « chez soi » devient un bien rare consécutif à un long parcours d'obstacles pour les personnes démunies socialement et économiquement. L'accession au parc privé, les files d'attente dans le logement social, la succession des logements et des hébergements précaires se pose comme un chemin d'épreuves émotionnelles, sociales et cognitives pour les requérants.

Au sein de ce contexte de rareté de l'offre, la thématique de l'accompagnement a émergé puis s'est installée durablement dans le dernier quart de siècle. Elle a participé, parmi d'autres thèmes (activation, aller vers, reconnaissance, personnalisation, responsabilisation aux nouvelles règles d'une société post providentielle dont les idéaux de solidarité sont en forte mutation (Astier 2007).) Dès les années 90, des pratiques d'accompagnement se déploient sur diverses scènes sociales telles que la famille, l'école, la formation, l'emploi, en vis-à-vis d'une nouvelle exigence de la société faite à ses membres les moins « outillés » de manifester leur engagement à suivre ces nouvelles normes « positives » qui se construisent en opposition à « l'échec » au « déficit » à la « passivité » ou encore à la « dépendance supposée ».

Toute règle sociale oblige. L'obligation porte ici sur l'extrême personnalisation des épreuves sociétales traversées telle que trouver un emploi et bien sûr... un logement. De fait, les personnes ciblées par les politiques sociales sont invitées à s'identifier administrativement (revenu, constitution de la famille, allocation) mais aussi à devoir se dévoiler personnellement et psychologiquement. Nous y reviendrons. Faisant peser la charge de la difficulté à « s'autonomiser » sur ceux qui ont le moins de ressource mobilisable pour « se » réaliser, elles obligent enfin chaque bénéficiaire à rendre des comptes et à se responsabiliser.

### **Un cas d'école de clinique psycho sociale : la recherche action de l'Orspere**

Dès les années 90, les premiers accompagnants au logement –majoritairement des intervenants sociaux mais aussi quelques psys pionniers des appartements thérapeutiques– avaient posé leurs pratiques en terme d'articulation entre travail social, logement et psychiatrie. Rétrospectivement remarquons que faire vivre cette articulation sanitaire et sociale sur la question du logement et de ses aléas a été un fer de lance opérant qui, lorsque la question du sans abrisse s'est durablement installée dans le paysage de la souffrance sociale, a permis aux successeurs de cette première vague pionnière de recoder la question du logement selon une problématisation psychosociale plus clinique. La recherche action de l'Orspere se situe dans cette filiation. En phase avec les observations cliniques des psychiatres-logeurs des années 90, un premier constat de cette recherche insiste sur le fait qu'accéder à un logement n'est pas habiter. S'appuyant sur les observations subjectives des accompagnants, elle met en garde contre la simplification inconséquente qu'il y aurait à terme de réduire la question du sans-abrisme au seul fait d'offrir un toit. En d'autres termes, l'équation qui relierait le fait d'avoir un logement au fait d'aller bien ne tiendrait pas au moins pour les situations des « personnes ayant un long parcours d'errance ». Qui pourrait prétendre le contraire ? Il est certainement important que ceux qui côtoient des personnes en chair et en os, soient vigilants sur le fait que les formes procédurales d'accès au logement ne recouvrent pas une dimension intégrant le rapport inter subjectif et la réconciliation d'un sujet avec lui-même ne serait-ce que pour que les politiques publiques prennent mieux en compte le monde humain.

Deux autres constats issus de cette recherche-action précisent les enjeux pour la pratique.

Il s'agit d'une part d'authentifier quantitativement s'il existe des complications de santé consécutives à l'entrée au logement. Nous laissons à ces auteurs le soin de présenter les résultats dans les pages intérieures. Qu'il nous suffise de dire ici que l'attestation statistique de complications sanitaires qui se dégage de cette recherche-action est un résultat contributif à partager et discuter dans la communauté scientifique et professionnelle.

Il s'agit d'autre part, de rendre compte selon une perspective psychologique de la présence de phénomène de vicariance chez les accompagnateurs. Ce phénomène doit être compris comme « une transformation négative du soi, touchant les personnes engagées de manière authentique et empathique dans une relation d'aide au long cours auprès de personnes ayant subi elles-mêmes d'importants traumatismes...». L'intérêt de cette notion va au-delà du constat clinique ; mis au travail dans différentes études de cas, il aide l'accompagnant à mieux saisir les circonstances dans lesquels une démarche de care est conciliable avec une éthique de la capacitation.

### **Une clinique décentrée**

Au-delà de ces résultats affichés, cette recherche illustre une tendance de fond : la question du logement social est aujourd'hui, pour partie au moins, le produit d'une reconfiguration des alliances entre les travailleurs sociaux, les

Edito → **Edito** Edito Edito Edito Edito

logeurs et les « psys ». Il y a vingt ans les problèmes des locataires étaient réglés par les seuls logeurs. Aujourd'hui, le transfert d'une grammaire clinique dans le champ du logement est en cours. Mais ici l'apport récent des cliniciens se présente selon une finalité différente de celles déjà expérimentées dans la longue histoire des rapports entre psys et travailleurs sociaux. La question est tout autant de dépister et de soigner des personnes malades mentales que de faire porter à tous les accompagnants qui se proposent une attention clinique au processus d'appropriation ou de désinvestissement d'un espace de vie privée. Ce souci partagé donne d'ailleurs lieu à divers tableaux cliniques présentés dans différents articles de ces cahiers. Force est de constater qu'une ethnographie sensible de l'accompagnement ne semble plus valider l'opposition classique entre intervention sociale et geste thérapeutique. Le temps des psychiatres logeurs est derrière nous. Il s'agit plutôt de penser en réseau ce qui dans l'activité de soin contribue à l'appropriation d'un « chez soi » et simultanément ce qui fait qu'une intervention d'un logeur peut aussi être un acte de soin.

**Entre care et capacitation : une politique impensée**

Ce métissage dans l'action ouvre à de nouvelles pratiques contradictoires et complexes à appréhender ; ce que vivent les gens au quotidien, la dignité de leurs opinions sur ce qui paraît confortable pour eux, le choix, pour certains d'expérimenter des formes d'habitats alternatifs devient une question sociétale de plus en plus discutée. Elle engage à un nouvel esprit de la solidarité et du soin non pas réparateur mais déclencheur de nouveaux cours d'action, de formes de vies possibles qui contribuent à renouveler nos façons collectives d'être au monde. En vis-à-vis de ce mouvement profond qui travaille le champ social, la pratique d'accompagnement au logement telle qu'elle se déploie sur différents terrains pose une question politique trop souvent impensée que nous voudrions évoquer pour conclure cet éditorial. L'universalité du droit au logement étant un principe non négociable, le thème de la « capacité à habiter » soulevé dans plusieurs articles de ces cahiers pose la question redoutable du pronostic. En pratique l'accompagnant est confronté à une double finalité : aider et soutenir, mais aussi rendre compte des manquements, des (in)capacités à habiter dans un univers répartissant des ressources rares. Du coup, tantôt juge, tantôt avocat des « bénéficiaires » il réfère son intervention à la fois à une anthropologie de la capacitation (évaluer « la capacité » à habiter de différents publics devient une commande institutionnelle) et à la fois à une anthropologie du care (porter une extrême attention au quotidien de vies marquées par l'irruption de souffrances ou de troubles). Ce double jeu pose question. Comment ne pas soumettre le mouvement allant de « soi » de sollicitude vers l'autre vulnérable, à de fortes normativités d'activation orientées par l'action publique ? Au nom de quoi faudrait-il apprécier des « capacités à habiter » pour certains de nos concitoyens concernant un bien de première nécessité qui doit demeurer accessible pour tous ? Tant que ces questions demeureront dans la seule escarcelle éthique des accompagnants elles risquent de les isoler dans de zones morales de grande perplexité.

# Accompagner vers le logement en temps de vulnérabilité partagée

• **Béatrice Deries**  
sociologue, École  
Rockefeller, Lyon

**« Peut-on économiser un long détour si l'on veut saisir la spécificité de ce qui arrive hic et nunc ? » interrogeait Robert Castel au moment d'entamer sa généalogie de la société salariale ? « Le passé ne se répète pas dans le présent, mais le présent joue, et invente, à partir du legs du passé. » Castel, 1994. Nous rapprochant du sens ici donné à cette « généalogie du présent » qui analyse ses enjeux actuels à partir du poids venant du passé, nous reviendrons sur un fragment d'histoire de la problématique « habitat et santé mentale », commencée au sein de la psychiatrie publique il y a plus de trente ans<sup>1</sup>. Partant de là, nous envisagerons les dispositifs d'accompagnement vers le logement des personnes aujourd'hui requalifiées de « vulnérables », comme une nouvelle étape de sa construction.**

1. En nous appuyant sur les résultats d'une première génération de recherches-action conduites dans l'agglomération lyonnaise : Deries B, Dieppedalle D, 1994, *Le logement et l'hébergement des personnes en difficulté psychique en relation avec une structure de soins. Situation dans le département du Rhône*, Economie et Humanisme, CRACIP, Ministère de l'équipement, du Logement et des Transports, Comité Interministériel des Villes et du Développement Social Urbain, CHS Saint-Jean de Dieu, CHS Le Vinatier. Deries B, Royer-Dieppedalle D, 1996, *Étude évaluative du projet associatif d'Orloges*, CRACIP Economie et Humanisme. Bourgeois F, Cornud A, Deries B, 1998, *L'insertion par le logement des malades mentaux : nouvelles filières, nouveaux produits, nouveaux acteurs*, Economie et humanisme, Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et du Tourisme, Plan Construction et Architecture.

Deux décennies les séparent. Pourtant, dans les années 1990, les hypothèses fondatrices des premières alternatives à l'hospitalisation psychiatrique se retrouvent étonnamment dans le fond commun des dispositifs d'accompagnement de proximité mis en œuvre aujourd'hui par les praticiens de l'urgence sociale auprès des personnes au long parcours d'errance. Intuitions selon lesquelles, habiter ne se réduisant pas à se loger, quelques articulations sont indispensables pour permettre un droit effectif au logement. On y retrouve ici et là l'indissociabilité de l'accompagnement et de l'accès matériel à un toit, et la nécessité de prolonger cet accompagnement au-delà de cet accès. Enfin, l'ancrage de cet accompagnement dans le social, un social particulier exercé par des intervenants dotés d'une compétence hybride forgée in situ, faisant aujourd'hui de l'accès au soin des personnes en extrême précarité un « souci ordinaire du travail social », à l'instar de ces responsables d'appartements associatifs pratiquant le bail glissant qui, à l'aube des années 1990, se définissaient comme des professionnels « sachant entendre et comprendre ce qui relève de la psychose tout en intervenant dans la réalité matérielle et sociale ».

La recherche urbaine nous rappelle l'ancienneté des discours de rapprochement entre travail social et sphère du logement, fondés sur la même affirmation de la nécessité d'une action socio-éducative pour « préparer » au relogement. L'épisode des cités de transit entre 1954 et 1970 incarnait déjà cette figure d'habitat propédeutique dont la perspective thérapeutique a inspiré la

conception traditionnelle de l'accès au logement étape par étape (Ballain et Jaillet, 1998).

Aujourd'hui se rencontrent et se distinguent, par la médiation de plate-formes d'accès au logement, des pratiques très diverses quant à leurs manières de désigner leur public, de temporaliser l'accès au logement, d'articuler l'accompagnement et le logement, et de fabriquer de l'interdisciplinarité. Le logement des personnes très vulnérables est exemplaire d'une action publique en perpétuel renouvellement, se cherchant autour d'une pluralité de modèles.

Si les principes et les rhétoriques se font écho sur la longue histoire, et si, dans une temporalité plus courte, les intuitions fondatrices se reconduisent tel un serpent de mer d'une génération à l'autre des dispositifs d'accompagnement vers l'habitat, cependant les relations entre acteurs semblent avoir profondément changé. La vulnérabilité et l'accompagnement en constituent les points de bascule au regard d'une spécificité longtemps défendue par la psychiatrie, sur la scène sociale du logement. Ces deux notions organiseront notre récit.

## **Dans la filiation des psychiatres-logeurs, la spécificité revendiquée**

La décennie 1990 voit la psychiatrie publique réaliser sa transformation progressive en dispositif de santé mentale. La circulaire dite de « promotion de la santé mentale » est le début de l'accomplissement de la dissociation entre lieu de vie et lieu de soin, où il est question de « retour dans la communauté » des personnes institutionnalisées au sein de l'hôpital ; l'enjeu

est celui du partage de la prise en charge du problème, entre les différentes sphères, thérapeutiques et sociales, un enjeu qui va se poser en termes de « gestion partagée des risques », ceux liés à l'arrivée dans l'habitat de personnes désocialisées identifiées comme patients psychiatriques, référées par les logeurs, au terme d'une collection d'expériences malheureuses, à la peur du trouble de comportement et de voisinage. Dans ce processus de désinstitutionnalisation psychiatrique, il est fait appel par le pourvoyeur de logement à la responsabilité du dispositif de psychiatrie publique à l'égard de ses patients, une responsabilité dont ce dernier commence par répondre, dans la continuité de la figure du psychiatre logeur, non sans faire émerger de premières interrogations éthiques et déontologiques. La symptomatologie psychiatrique et notamment la problématique psychotique, est un argument pour fonder un accompagnement psycho social vers le logement inscrit dans une relation étroite et contractualisée entre bailleurs et acteurs du soin. L'identité de malade précède l'entrée dans le dispositif, le diagnostic en fait l'éligibilité. Dans cette préhistoire du « handicap psychique », le combat de l'accès au logement est celui de l'articulation, en même temps qu'une résistance aux différentes formes d'indistinction dont pourraient être l'objet les personnes affectées par une maladie mentale. « Articuler » était le titre d'un article signé par l'un des artisans du passage de la psychiatrie à la santé mentale<sup>2</sup>. L'enjeu était de réarticuler, à même le processus d'insertion dans l'habitat, les registres psychiques et sociaux de la maladie mentale, dont l'interdépendance n'était pas reconnue par les découpages sectoriels. Articuler consistait en un travail militant auprès des organismes de tutelles, pour un décloisonnement des sphères institutionnelles alors marquées par la logique des « blocs de compétence » qui se renvoyaient l'un à l'autre, telle une « patate chaude », la responsabilité du logement des personnes invalidées par une pathologie mentale.

La Loi Besson avec la mise en place des plans départementaux d'accès au logement des personnes dites défavorisées, est un deuxième jalon de cette décennie 1990, amorçant une

période de transition. Cette offre de logement de droit commun, en même temps qu'elle ouvre des possibles pour les professionnels chargés de l'insertion des dits malades mentaux participe à désingulariser la problématique du logement qui est la leur. La présence dans le même habitat d'une mixité d'habitants « en souffrance psychique », mais laquelle ne procède pas de la même étiologie, va faire émerger des questions et des inquiétudes de part et d'autre.

Chez les gestionnaires de logements, en particulier sur les territoires défavorisés, une fois le risque partagé par la mise en place d'un accompagnement de type tutélaire, le patient psychotique apparaît comme un demandeur somme toute plus acceptable que la figure incontrôlable du « jeune de banlieue ». Le spectre à éviter est la personne insolvable et désaffiliée, sans attache institutionnelle. À travers ces oppositions, s'exprime la problématique du risque, dramatisée par les difficultés des organismes de logement à rentrer en relation avec les équipes psychiatriques et à établir avec elles une relation de confiance.

Chez les acteurs de santé mentale, l'inquiétude s'exprime à l'endroit d'une mixité des publics et d'un mélange des souffrances corrélés au risque d'une dilution de la folie et de la spécificité de son accompagnement ; à l'endroit également d'un accompagnement social « au rabais » lié à l'avènement des dispositifs d'accompagnement institutionnellement et économiquement précaires incarnés dans le Fond Solidarité Logement.

Leur inquiétude rencontre celles des premiers qui invoquent le brouillage des catégories étiologiques (« l'exclusion du malade mental » versus « le mal-être de l'exclu », pour reprendre des termes alors employés) pour expliquer le rejet que subissent de leur part les demandes de logement qui leur sont adressées par les malades psychiatriques. Le manque de repères des bailleurs sur les différents troubles psychiques constitue manifestement un verrou dans l'accès au logement, qui se desserre dès lors que s'instaure un dialogue entre le représentant du logement et l'interlocuteur du soin. Résister par la connaissance à toute forme d'indistinction entre les souffrances devient alors un enjeu de l'accès au logement et par conséquent de l'intermédiation effectuée dans

2. Jean Perret, alors directeur de *Santé mentale et communautés* et président du CRACIP, expérience première de « réseau de santé mentale » dans le département du Rhône .

l'accompagnement. « Avoir un interlocuteur » est ainsi devenu le maître mot de l'accès au logement, l'accompagnement devenant un espace de cristallisation des enjeux en tant que lieu potentiel d'une connaissance partagée d'un public désormais partagé mais dont les contours ne sont pas a priori identifiables. Dans cette figure, l'accompagnement vers le logement se fait accompagnement de proximité du bailleur.

La question de la spécificité est structurante de la genèse d'un accompagnement vers le logement des personnes psychiatriquées au sein de la construction politico-institutionnelle du « Logement très social » (Ballain et Maurel, 2002), rompant avec la logique des publics cibles mais où toute problématique doit pouvoir trouver sa place, à charge pour ses représentants d'y venir défendre leur spécificité. La question ne sera pas tranchée pour autant. L'émergence d'une autre approche du social, en termes de vulnérabilité, accompagnera l'indétermination croissante des situations d'exclusion du logement.

### **La maladie mentale incluse dans les vulnérabilités**

À partir du milieu des années 1990, les professionnels de psychiatrie se laissent solliciter sur une compétence particulière qu'ils ont acquise des années durant, en la déplaçant dans les espaces « mixtes » de l'habiter, complétant l'action d'intervenants sociaux aux parcours divers, non toujours qualifiés dans les professions socio-éducatives et du soin. Cette participation au développement d'une offre de logement à caractère social adressée à des populations indistinctement « en difficulté d'insertion »<sup>3</sup> est une étape historique actant la proximité des souffrances qui y cohabitent.

« Psychotiques et normaux pour cohabiter ont à se rejoindre autour de formes convenues d'expression de leur souffrance ». Ce qui était ici interprété il y a vingt ans, sous le regard critique de la psychanalyse, comme un gommage des différences et un désaveu de reconnaissance de l'altérité de la psychose (Barazer et Ehrenberg, 1994), sera reconsidéré par les sociologies de l'individu comme notre commune expérience, en temps de modernité avancée. Le contexte d'incertitude et le report de la responsabilité sur

les individus qui lui est consubstantiel, produit un univers de vulnérabilité pour tous, où la société n'est plus tant à concevoir comme un univers de contrôle normatif, mais comme un contexte d'épreuves et d'évaluation permanentes auxquelles doivent faire face les individus (Soulet, 2005). Cependant, cette vulnérabilité pour structurelle qu'elle soit, se donne à voir sous formes de blessures individuelles, thématiques sous l'angle de la souffrance, et plus particulièrement les blessures de ceux qui ne parviennent pas à être « propriétaires d'eux-mêmes » (ibid). La requalification des publics accompagnés vers le logement, au moyen de la catégorie de la vulnérabilité, participe de cette déspécification.

Les deux dimensions, d'universalité et de relativité, de la vulnérabilité (Eyraud et Vidal-Naquet, 2013) en font une notion intéressante au regard de ce qui nous préoccupe ici, car en mesure de rendre compte d'une homologie des épreuves du logement conjointement traversées par les accompagnés, les accompagnants et les responsables de logement. La question du risque, dont la situation d'exposition est en partie constitutive de la vulnérabilité (ibid), peut dès lors être abordée comme une préoccupation omniprésente et transversale aux différentes entités engagées dans le processus d'accès au logement. Encouru non plus seulement par le bailleur, le risque est situé au coeur de la relation d'accompagnement, laquelle consiste à résoudre le dilemme entre protéger des personnes fragiles exposées au risque d'habiter chez elles, tout en les y aidant à y construire leur autonomie.

La mise en avant de la subjectivité de l'accompagnant est une manière de prendre acte de cette vulnérabilité partagée. C'est à travers ce recodage socio-historique que pourrait être relue l'importance accordée par les cliniciens aux phénomènes de transfert et de contre-transfert sur les scènes sociales de l'accompagnement au logement. Si les positions ne sont pas les mêmes, du professionnel et de l'utilisateur, cependant elles y sont comme mises en équivalence, par un recours constant à l'homologie des expériences respectivement de l'accompagnant et de l'accompagné au point de suggérer qu'à certains moments de

3. Logement individuel ou habitat semi collectif intégrant un accompagnement social lié au logement, réalisé dans le cadre du programme des résidences sociales consécutif à la Loi Besson.



l'accompagnement, tous deux « ne savent plus où ils habitent » (Furtos, Colin et alii, 2012).

### **Coproduire la relation d'accompagnement**

La vulnérabilité renouvelle l'approche globale des situations en y transformant le statut de la santé et de la maladie. D'articulations, entre santé et social, il semblerait que l'on soit passé à d'inextricables intrications. L'habiter en est le siège, là où santé et logement s'accordent ou se confrontent. Cependant, si la santé mentale demeure constitutive de l'habiter, c'est aujourd'hui au prix de sa déspecialisation, qui la désenclave de la sphère médicale et qui en fait l'affaire de tous, y compris celle de la personne concernée. Parler en termes de vulnérabilité en appelle alors à un autre type d'accompagnement où l'accompagné est considéré avant tout comme une personne - et non plus comme un malade. Le changement de modèle, du travail sur autrui au travail avec autrui a transformé les modes de catégorisation des publics, leur identité institutionnelle n'étant pas donnée d'avance, mais se définissant de plus en plus dans le cours de l'action, avec la participation des concernés (Astier, 2009).

Certes, le terme « accompagner » n'est pas nouveau ; il était au coeur des premiers dispositifs d'insertion sociale et professionnelle des personnes institutionnalisées en psychiatrie.

Ce qui change, dans un contexte de précarisation générale et durable, est la centralité de la relation d'accompagnement elle-même, en tant que modalité d'intervention pour résoudre des problèmes sociaux divers. Simultanément, se transforme son mode opératoire : il s'agit de développer des capacités d'action des individus face à des situations problématiques actées comme pérennes, tout en comptant sur eux, pratiquement, et pragmatiquement pour co-définir la dite relation d'accompagnement<sup>4</sup>. Cette conception active et autonomiste de l'accompagnement social, au coeur d'un État devenu « social actif », État « souteneur » selon Marc-Henri Soulet, se répand jusque dans les politiques du handicap, handicap psychique inclus ; elle s'y repère dans la mobilisation de la notion de projet, l'accompagnement étant alors défini comme une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation de leur « projet de vie » (Eyraud et Vidal-Naquet, 2012 ; Vidal-Naquet, 2012).

Dans le contexte des services en santé mentale, là aussi un modèle est en train de céder la place à un autre, en plaçant le patient dans un rôle collaboratif et non plus passif de receveur de compétences techniques. En reconnaissant les capacités qu'ont les personnes affectées par un trouble psychiatrique sévère à surmonter la maladie, la contrôler voire la vaincre, et

4. Dans la suite des travaux de J. Ion et M-H Soulet, voir les recherches de Frédérique Giuliani (2013).

en faisant du soutien par les pairs, qui ont eux-mêmes enduré et surmonté l'adversité, l'un des piliers des soins, l'approche par le « rétablissement » fût-elle encore marginale en France est resituée par ses pionniers comme « une expression spécifique de cette tendance plus large » (Girard, Laval et alii, 2012).

### Tensions entre accompagnement et droit au logement

Cependant, cette centralité contemporaine de la relation d'accompagnement, dans le domaine spécifique de l'accompagnement vers le logement, devient un problème au moment de traduire, en politique du logement, les enseignements de la clinique de l'accompagnement. Elle nous questionne au regard de l'acquis démocratique du droit au logement.

Notamment lorsque se voit déplacé l'accent sur l'expression de la souffrance des intervenants et sur leur réflexivité ; quelle est la capacité de cette souffrance reconnue à se faire levier des politiques publiques, comme l'espérait le Rapport Strohl /Lazarus il y a bientôt 20 ans ? Cet adossement du « pouvoir habiter » au « pouvoir accompagner » accomplirait-il le processus de « subjectivisation » analysé il y a déjà vingt ans par les spécialistes des politiques du logement, à l'heure où la Loi Besson affirmait un droit universel au logement ? Sa promotion, paradoxalement, en favorisant un rapprochement des différentes politiques sectorielles pour le mettre en œuvre, fabriquait alors un système d'assistance basé sur l'individualisation des situations et le besoin de preuves.

La primauté donnée à l'accompagnement, toute dynamique en soit la perspective, ne vient-elle pas renforcer, à nouveau, le protagonisme de

l'intervenant par rapport à celui de la personne accompagnée, nous reconduisant de fil en aiguille vers un principe de conditionnalité de l'accès au logement, remettant en cause les acquis politiques du « droit au logement opposable<sup>5</sup> » ? *In fine*, le risque ne subsiste-t-il pas aujourd'hui, de radicaliser la distinction entre travail social promotionnel et travail social palliatif, selon la double figure développée par Marc-Henry Soulet, dont il voyait venir la radicalisation (Soulet, 2008) ? N'y a-t-il pas à craindre de la même manière une bipolarisation entre un « habiter la relation d'accompagnement » et un « habiter son logement » ?

Le modèle d'intervention accordant la priorité au logement tel qu'expérimenté dans le programme « Un chez soi d'abord », semble vouloir déjouer cette bipolarisation en expérimentant précisément le fait de tenir les deux ensemble, l'accompagnement et le logement, la clinique et le politique. Situé au croisement des deux filiations tracées dans cette brève tentative généalogique, il en recompose de manière inédite leurs emprunts respectifs (la spécificité actée par une entrée dans le dispositif à partir d'un diagnostic psychiatrique et par la formation d'une équipe de suivi pluridisciplinaire ; mais une spécificité en rupture avec une approche prédictive de la réhabilitation, reconstruite au jour le jour par le bas, selon des démarches communautaires ; la pratique d'un accompagnement qui tient plus du mélange (« de l'omelette<sup>6</sup> ») que de l'articulation des références et des registres, qu'ils soient disciplinaires ou expérientiels. Comme si le nouveau contexte d'inconditionnalité du droit au logement, en (re)donnant à la problématique « habitat et santé mentale » sa dimension citoyenne, faisait agir autrement ses différents protagonistes. ||

5. Loi "DALO" n° 2007-290 du 5 mars 2007.

6. Selon l'expression de l'équipe "Un chez soi d'abord, Marseille", *Rhizome*, 2013.

# Dans la boîte noire du diagnostic social.

## La construction des situations de ménages par des intervenants sociaux pour décider de l'attribution d'un logement

**Le développement au début des années 1990 d'une offre de logement social d'insertion s'est accompagné d'une logique de sélection des publics. Les pratiques de diagnostic sont devenues incontournables dans le secteur de l'habitat pour les plus démunis, en permettant l'affectation des places d'hébergement, la priorisation des demandeurs et l'attribution de logements. Cette logique n'est pas nouvelle. Dans l'histoire de la pauvreté, un tri s'opère parmi les populations pour déterminer des aides à allouer. Les institutions et les dispositifs n'ont de cesse de séparer les publics bénéficiaires, les valides des invalides, les adaptés des inadaptés, les personnes de « bonne » ou de « mauvaise » foi (GEREMECK, 1978)**

• **Vanessa Brossard**  
chargée de mission à  
la délégation Rhône-  
Alpes de la Fondation  
Abbé Pierre

Les professionnels de l'intervention sociale sont convoqués pour assurer la sélection des publics. Le diagnostic social désigne une méthode d'intervention dans le champ de l'action sociale (il fait partie du référentiel de la profession d'assistant de service social) et cette méthode est enseignée dans les différents cursus de formations qui préparent aux métiers du secteur.

À partir d'une recherche-action conduite durant deux années consécutives, nous nous sommes intéressés au travail de diagnostic mené par des intervenants sociaux d'une association d'insertion par le logement pour déterminer l'accès de ménages défavorisés à des appartements gérés pour le compte de propriétaires privés ; Nous avons analysé le diagnostic en tant qu'objet scientifique et étudié le travail de construction qui s'opère dans un processus. Le point de départ de ce processus est celui de la connaissance biographique d'un ménage en difficulté de logement, et le point d'arrivée est celui d'une décision d'attribution ou de non-attribution d'un logement.

L'enquête de terrain a permis de reconstituer les trajectoires de douze ménages candidats auprès de l'association. Nous avons répertorié la « *biographie administrative* » de ces ménages, définie comme « *l'histoire de la vie d'un sujet ou d'une famille retracée à partir des écrits des agents de l'administration qui ont, pour des raisons diverses, à connaître la vie de ces sujets ou de ces*

*familles* » (NICOLAS, 1984, p.43). Nous avons ensuite reconstitué et examiné les séquences successives du dispositif d'attribution – l'écrit-diagnostic, réalisé à partir d'un entretien avec le candidat, la réunion préparatoire de l'équipe d'accompagnement (lieu de mise en commun des diagnostics), puis enfin la commission d'attribution de logements. Nous avons donc appréhendé le diagnostic à partir d'une double construction : la construction de la situation d'un ménage et celle de la décision d'attribution d'un logement.

### **Le diagnostic, une épreuve professionnelle**

Le diagnostic place les intervenants sociaux au cœur de plusieurs types de tensions. La gestion de ces tensions nécessite un travail de négociation permanente qui relève selon nous d'une épreuve professionnelle.

D'abord, les professionnels travaillent de façon limitée car ils recueillent une masse d'informations fragmentées sur les situations des ménages qu'ils reçoivent, sachant que le contenu de ces informations est inégal d'une situation à l'autre. Globalement, les éléments recueillis ne permettent pas d'obtenir une lecture fiable des difficultés liées à l'habitat et les causes du mal-logement sont multiples. Les intervenants sociaux ne se trouvent jamais en situation d'information complète. Ils disposent de données mouvantes, imprécises,

voire contradictoires selon la source d'où elles proviennent – documents administratifs, parole des ménages, rapport social rédigé par un autre travailleur social etc. Pourtant, le diagnostic suppose de fixer un certain nombre d'éléments et par conséquent de prioriser certains aspects dans la biographie d'un ménage, de façon à

proposer une lecture de la situation. Cette lecture précède la formulation d'un avis pour l'accès au logement et la préconisation des besoins en accompagnement. Cette lecture est indispensable pour permettre une décision « éclairée » de la commission d'attribution de logement.

Par exemple, les revenus de M. et Mme A. sont impossibles à déterminer avec exactitude et les déclarations du ménage ne concordent pas avec les justificatifs qu'ils fournissent. M. A. « a une promesse d'embauche en CDD d'un an (...). Il devrait toucher de son activité environ 1300 €. Le nombre d'heures qu'il indique et qui apparaît dans son planning d'activités est plus important que sur la promesse d'embauche ». La situation de sa conjointe est tout aussi incertaine puisque « Mme A. est consultante en recrutement, en statut d'auto-entreprise (...). Elle a un chiffre d'affaire de 9000 €, jusqu'à présent, elle dégageait un revenu de 650 € par mois. Mais elle explique qu'elle est en capacité de travailler plus lorsque son mari ne travaille pas. » Le professionnel procède au final à une estimation du coût du logement à partir des déclarations verbales du couple et il élimine certains aspects mentionnés dans les justificatifs qui lui sont fournis.

Ensuite, le logement constitue un bien rare pour les personnes dès lors qu'elles sont démunies socialement ou économiquement, comme en témoignent les trajectoires des personnes reçues par les intervenants sociaux : impossibilité de se loger décemment dans le parc privé, difficultés d'accès dans des délais raisonnables au parc HLM, succession d'hébergements précaires, etc. L'avis en vue d'une décision d'attribution d'un logement participe d'une réduction – accord, ou refus. Cette décision engage le bien-être matériel, social, psychique et parfois sanitaire des personnes. Didier Fassin qualifie de « *choix tragique* » le fait « [d'] allouer un bien disponible en quantité limitée à des personnes pour lesquelles il y va des conditions matérielles et mêmes biologiques (...) de leur existence » (FASSIN, 2001, p.439). En définitive, les intervenants sociaux sont investis d'une lourde tâche dans cette opération.

Par ailleurs, les conditions et cadres de fonctionnement de l'offre de logement à attribuer sont très divers, en fonction du type de dispositif (logements d'insertion, dispositif ALT<sup>1</sup>, bail glissant), en fonction des contraintes spécifiques des propriétaires des logements, ou bien du type de prescripteur qui adresse le candidat. Aussi, les opérateurs de diagnostic réalisent un travail de négociation permanente entre la situation du ménage et l'offre de logement.

Pour finir, l'intervenant social se trouve face à

un conflit d'intérêts, lié au double rôle qui lui incombe dans ce processus. Pour une part, il est un répartiteur de ressources rares puisque son diagnostic est le support utilisé par la commission pour faire un choix – il lui est même demandé son avis. Mais il est également l'interlocuteur privilégié du ménage, son porte-parole, lorsqu'il réalise la mise en récit de sa biographie, lorsqu'il restitue certains propos au cours des instances de délibération. Et puis, il est engagé dans une relation d'aide puisque le diagnostic est le point de départ d'un accompagnement social. Il est donc bien difficile pour le professionnel de se situer dans sa relation au ménage – tantôt juge, tantôt avocat.

### **La construction des situations des ménages : le pronostic, au cœur du diagnostic**

Bien que les intervenants sociaux aient un avis limité ou instable au regard des informations qu'ils reçoivent, ils sélectionnent et assemblent au cours du diagnostic des données qui caractérisent les situations des ménages reçus. Ainsi, les situations sont déformées, transformées par cette sélection.

Au fur et à mesure des délibérations (réunion d'équipe, commission), certaines données se stabilisent, se solidifient et d'autres disparaissent. Des données instables, évoquées au

Dans son écrit-diagnostic, l'intervenant social évoque de façon hypothétique que M. et Mme R. « rencontrent des difficultés avec les autres locataires de l'immeuble qui se seraient plaints de nuisance sonore auprès du bailleur ». Cette information provient du rapport social du travailleur social de secteur dans lequel aucune explication possible n'est apportée concernant ces faits. L'usage du conditionnel en témoigne. Pourtant, cette donnée va se solidifier au fur et à mesure des délibérations. En réunion d'équipe, une collègue pense que « la famille risque de s'approprier la cour, cela peut poser problème ». En commission, ce qui est au départ une information hypothétique, devient un motif de refus car les « troubles potentiels d'occupation du logement » sont notifiés dans la décision finale.

conditionnel, peuvent devenir des éléments tangibles pour les acteurs dans le processus de décision ; des éléments du passé ou du présent peuvent devenir des données futures, prédictives sur la situation à venir d'un ménage.

La sélection d'information participe de la construction d'un pronostic, c'est-à-dire l'anticipation par le professionnel de la situation future du ménage.

### **La construction de la décision : la surdétermination des risques locatifs**

A l'appui des travaux de Jon Elster<sup>2</sup>, nous avons étudié les registres qui permettent la prise de décision. Jon Elster répertorie trois registres de valeurs que les acteurs mobilisent pour décider de la répartition de ressources rares : le besoin, le mérite et l'efficacité. Ces trois registres sont articulés dans la recherche d'une certaine forme de justice sociale. Dans nos travaux, nous notons que ces trois registres sont activés. Le registre du besoin permet de valider ou d'invalider la nécessité pour l'usager de bénéficier de l'offre de logement. L'appréciation par l'intervenant social de la situation d'habitat du ménage est un argument récurrent de ce registre – le caractère urgent du besoin de logement va par exemple constituer un argument qui plaide en faveur d'une attribution, tandis que l'insatisfaction du demandeur vis-à-vis du logement qui lui est proposé plaide pour un refus. Le registre du mérite regroupe des propriétés que les acteurs attribuent à l'usager et qui ont pour effet d'apprécier ou de déprécier la demande. Le manque supposé d'authenticité de l'usager pendant l'entretien, une présomption de malhonnêteté, sont des arguments qui déprécient la demande du candidat. Le registre de l'efficacité regroupe des données qui permettent de mesurer le rapport – situation de l'usager/attentes du

dispositif. Il amène les acteurs à s'interroger sur l'adéquation logement/situation et à formuler différentes questions, du type – est-ce que le logement est adapté financièrement à l'usager ? Est-ce que l'usager va respecter ses devoirs de locataires ?

Parmi ces trois registres de valeur, l'efficacité est la valeur qui est priorisée par les acteurs, quelle que soit l'étape de la décision. En outre, les arguments qui portent sur les conditions du dispositif sont les plus mobilisés par les acteurs pour la décision, c'est-à-dire par exemple que le locataire s'acquitte de son loyer, qu'il n'occasionne pas de nuisances pour le voisinage, ou encore que la rotation du dispositif soit garantie lorsque l'on se trouve dans le cadre de l'accès à un logement temporaire.

Ainsi, la décision d'attribution d'un logement dépend en priorité de la valeur qui est donnée à l'efficacité de la situation d'un ménage au regard des attentes supposées du dispositif. Force est de constater que les intervenants sociaux ont intériorisé cette contrainte de l'efficacité dans l'élaboration du diagnostic. Le terme de « risque » est par exemple un terme récurrent dans les échanges. Nous faisons l'hypothèse que les professionnels, au cours du diagnostic, apprécient ou déprécient les situations des ménages en termes de risques : risque de non-sortie du dispositif, risque de non-adhésion à l'accompagnement, risque d'un impayé de loyer... autant de facteurs de risques qui alimentent les discussions au cours de délibérations.

### **La fabrication des faits, en connaissance de cause**

À l'issue de ce travail, trois points doivent être soulevés.

Premièrement, il est inacceptable que le logement

<sup>2</sup> *Éthique des choix médicaux*, sous la dir. de Jon Elster, Nicolas Herpin, Actes Sud, 1992

soit un bien rare. Il est urgent de produire les logements en quantité et en qualité suffisante, car le logement doit être considéré comme un bien de première nécessité qui ne se négocie pas. Deuxièmement, il est impératif que les professionnels ne fassent pas porter aux ménages le déficit de logement ou des contraintes liées aux fonctionnements des dispositifs. Car l'attribution de ressources rares posent un problème éthique aux professionnels de l'intervention sociale : soit ils tentent d'être dans la norme des dispositifs, soit et c'est notre proposition, ils considèrent qu'une famille est une famille, et que leur travail consiste à relier les besoins de cette famille à une réponse d'habitat.

Car s'il est une responsabilité qui incombe à l'intervention sociale, c'est bien d'œuvrer pour mettre les dispositifs « à l'endroit » des gens, et non l'inverse.

Troisièmement, les pratiques de diagnostic doivent être revisitées et il est important de prendre acte collectivement des limites du diagnostic social en tant qu'objet de science. Le diagnostic mobilisé comme une science est un « alibi », par lequel les acteurs présentent leur décision comme juste, équitable. Il est important de travailler collectivement pour une bonne fabrication des faits, en connaissance de cause. ||



# L'accompagnement au logement : importance, difficultés, risques, exigences (avoir un logement n'est pas habiter)

• **Jean Furtos**  
psychiatre,  
directeur  
Scientifique  
Honoraire de  
l'ONSMP-ORSPERE

## Introduction

### Origine d'une recherche

Tout est parti d'une observation a priori décourageante : dans les suites d'une journée inter régionale Santé Mentale et Habitat<sup>1</sup>, des travailleurs sociaux de terrain interpellent l'ORSPERE-ONSMP en ces termes: « *quand nous accompagnons les gens de la rue au logement, leur santé se dégrade, pouvez-vous explorer ce problème ?* ». Cette parole constituait une véritable provocation en regard des principes qui orientent l'action publique, en particulier ceux d'un droit au logement opposable (loi DALO, 2007) dont l'un des rejets est l'expérimentation « un chez soi d'abord » (housing first). Il était impératif de vérifier cette assertion car il n'est pas classique de dire qu'accompagner au logement les personnes ayant eu un long parcours d'errance aboutit, dans un nombre de cas significatif, à une dégradation de leur santé. Nous savions déjà grâce aux analyses de la pratique sur le terrain de la grande précarité, que telle ou telle personne de la rue va parfois plus mal quand elle intègre un logement individuel, mais ne s'agirait-il pas des cas les plus délicats qui sont rapportés aux psys ? Pourrait-on objectiver la même difficulté sur une cohorte plus importante ? S'il s'avérait que cette assertion était exacte, il faudrait la comprendre, explorer des hypothèses, analyser les processus, proposer des recommandations. Et cela dans un contexte national sensible puisque nous sommes dans une mentalité conjoncturelle où c'est de moins en moins par le travail que l'on reste intégré dans sa culture, du fait d'un chômage structurel, et de plus en plus par le fait d'être logé dans des conditions dignes et citoyennes.

L'étude conduite de 2009 à 2011 concerne un sujet qui reste d'une brûlante actualité. De nombreuses demandes émanent du terrain, visant à aider les intervenants sociaux et sanitaires, mais aussi les bailleurs sociaux, souvent à bout de souffle dans

leur mission d'accompagnement au logement, et pas seulement pour les gens de la rue. L'entrée affichée est souvent formalisée par la question de l'accompagnement de l'incurie dans l'habitat (syndrome de Diogène).

### Les enjeux

La prise en compte de la subjectivité des intervenants de la clinique psychosociale est considérée comme pertinente pour objectiver la réalité des problèmes rencontrés : il était donc important de valider, ou pas, l'observation rapportée. Si l'assertion des travailleurs sociaux se révélait objectivement fautive, cela aurait été satisfaisant sur le principe d'un accès bénéfique au logement, mais aurait signifié que la subjectivité n'était pas la voie royale de la clinique psychosociale et de sa compréhension ; si par contre elle se révélait exacte, il s'agirait alors de formuler une hypothèse compréhensive : s'agissait-il d'une rupture de l'homéostasie biopsychosociale construite dans l'expérience de la vie à la rue, provisoirement déconstruite lors de l'accès à un logement individuel ? S'agissait-il d'un diagnostic amélioré si l'on admet que l'on s'occupe des éléments basiques de la survie lorsqu'on habite la rue et que l'on peut penser un meilleur accès aux soins lorsqu'on arrive à des conditions de vie plus décentes ? Plusieurs hypothèses pouvant coexister. Une autre hypothèse était pensable : y aurait-il effectivement des symptômes à attendre comme complications « normales » de l'accès au logement, lequel serait **à la fois bénéfique et compliqué, ce qui ne remet pas en cause le droit universel à l'accès au logement ?**

Il s'agissait de vérifier quantitativement l'intuition des accompagnants sociaux, de repérer si possible des phases dans le processus d'appropriation du projet de relogement, et de théoriser les pratiques relationnelles d'accompagnement psychosocial de proximité.

1. Dans le cadre du plan Santé Mentale 2008, à la demande de la DGCS.

La définition du public cible était pragmatiquement centrée sur les « SDF » en parcours de logement chaotique, tels qu'ils étaient admis dans la file active des services spécialisés dans l'accompagnement au logement engagés dans cette recherche.

Chemin faisant, il s'agissait de valider, ou pas, la voie royale de l'ethnographie de terrain en sciences sociales défrichée par **Georges DEVEREUX** dans son ouvrage « de l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement »<sup>2</sup>, en l'occurrence de l'angoisse du travailleur social de terrain à la compréhension de l'action ; défrichée aussi par les travaux de **Jeanne FAVRET-SAADA** qui a montré dans ses ouvrages<sup>3</sup>, il est vrai tirés d'un contexte radicalement différent, qu'aborder le mauvais destin de personnes atteintes par des maladies ou des morts affecte l'observateur dans son être intime, témoignant des forces de déliaison à l'œuvre ; défrichée également par les **travaux de l'ORSPERE-ONSMP** sur la *souffrance portée*<sup>4</sup> dans la clinique psychosociale, dont le premier signe est « le malaise de l'intervenant ». En d'autres termes, le transfert, dans son sens large et universel, est-il opérant dans ce contexte ?

**La recherche-action dont nous donnons les résultats** a donné lieu à un rapport<sup>5</sup> où sa méthodologie est précisée. Comme dans toute recherche-action, le travail est participatif entre les chercheurs et les intervenants sociaux des différentes structures, le travailleur social devenant acteur de la recherche au sein d'un groupe ressource construit comme lieu de coproduction des savoirs.

### Résultats de l'étude rétrospective : peut-on valider l'observation que la santé se dégrade après l'obtention d'un logement ?

Cette étude a concerné une expérience orientée par les principes « d'un logement d'abord » pour les gens de la rue, les praticiens concernés étant en position de précurseurs par rapport à l'expérimentation en cours<sup>6</sup>.

### La pertinence des observations des travailleurs sociaux est validée

Sur un groupe de 65 personnes, avec un recul pour les plus anciens dossiers de 3 à 4 ans, on observe 6 complications de santé sur 10 après

l'entrée dans le logement contre 4 sur 10 avant l'entrée. *Il y a donc une augmentation de 50 % des complications de santé.* L'usage indispensable de la sociologie quantitative réalisée par Loïc Bonneval<sup>7</sup> montre que la cohorte de Valence avait une bonne représentation de la population étudiée. Le point le plus éclairant de la recherche quantitative a été l'individualisation de **3 groupes** qui permet de confirmer l'interpellation des travailleurs sociaux.

**Le premier groupe**, constitué d'un petit tiers de la cohorte, est représenté par ceux qui vont le mieux au départ en termes d'événements de santé, bien qu'ils puissent présenter des demandes de santé, consulter un médecin, avoir un soin. *On en conclut que, dans ce groupe, la demande est possible et même fréquente.* L'investissement au logement est ordinaire, avec un taux de 50 % d'accès à un bail ordinaire. Il y a davantage de liens familiaux conservés associés à une moindre ancienneté dans la galère. Au total, l'accès au logement est favorable.

**Le second groupe**, constitué d'un gros tiers, est composé de jeunes entre 26 et 35 ans qui pouvaient avoir une galère courte ou longue, mais chez qui on observait une augmentation nette des troubles du comportement, une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues illicites, un fort taux de troubles de voisinage, des non-paiements de loyers, un rapport au logement difficile en terme de normalité, même si ces difficultés d'habiter pouvaient s'accompagner d'un bon investissement du logement. La santé, au départ, ne posait pas de problème particulier : il y avait autant de personnes en bonne santé que de personnes en mauvaise santé, mais par contre, contrairement au premier groupe, on observe *un rapport ambivalent à la santé assez spécifique de la clinique psychosociale* : lorsqu'il y a un besoin de santé, *la demande, si elle existe, est accompagnée de procrastination ou de refus.* Ce groupe correspond à l'intuition des *travailleurs sociaux* dans le sens où un ensemble de personnes qui n'allaient ni bien ni mal en terme de santé se dégrade lors de l'accès au logement.

**Le troisième groupe**, le dernier tiers, était composé de personnes ayant à l'entrée un mauvais état de santé, et à l'arrivée le même mauvais état de santé somatique et psychique, souvent en refus de soin ; avec une population

2. Paris, Flammarion, 1980

3. lire surtout son ouvrage de reprise : Désorcéler, Editions de l'Olivier, 2009

4. Colin V., Furtos J., *la clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine*, In : Joubert M. et coll., *Répondre à la souffrance sociale*, Eres, 2005 ; Furtos J., *les clinique de la précarité*, Masson, 2008.

5. disponible sur le site de l'Orspere : [www.orspere.org](http://www.orspere.org) : *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance, de la nécessité d'habiter la relation*, Valérie Colin, Adrien Pichon et Loïc Bonneval, sous la Dir. de Jean Furtos

6. Il s'agissait de l'Entraide Protestante (Valence) ; pour l'expérimentation en cours, cf. le texte de Pauline Rhenter dans ce numéro p.43-46

7. dans ce numéro p 25-28

plus âgée, de peu inférieure à 50 ans ou supérieure à 60 ans, peu de liens familiaux, une galère souvent supérieure à 10 ans et des troubles de l'habiter en terme d'incurie dans l'habitat. C'est dans ce groupe qu'il y avait le plus d'Allocations Adultes Handicapés.

Au total, dans cette cohorte exhaustive de la population traitée par une association au sein de laquelle les travailleurs sociaux avaient un fort engagement en terme d'idéal d'un logement pour tous, on observe que l'état de santé *de plus des deux tiers des personnes est aggravé ou non amélioré par l'accès au logement. Cela constitue des données constatées et non prédictives*, mais signifie que l'accès au logement n'a pas automatiquement un effet magique ; au mieux on peut dire qu'une autre phase d'accompagnement commence lors de l'accès au logement en considérant comme une donnée de base la discordance entre le fait d'habiter et le fait d'avoir une santé convenable, discordance qui doit être explicitée. On ne peut éluder la possibilité d'un savoir faire perfectible : les résultats des expérimentations en cours seront étudiés avec intérêt.

### **Préciser le lieu des discordances**

Habiter est un processus complexe qui, au cours de l'étude, est apparu comme constitué au moins de 4 éléments.

***Un rapport au logement et à l'habitat*** : comment le projet de logement a-t-il été approprié, quelle impression a-t-on lorsqu'on entre dans ce logement : impression d'être reçu dans un intérieur, impression d'arriver dans un lieu neutre non habité, dans une situation d'incurie ? ***Immédiatement lié à ce premier élément, la vie sociale incluant les arrangements ordinaires en rapport avec l'habiter***, installer ce qui est nécessaire, faire ses courses, faire son ménage, recevoir chez soi, sortir, payer son loyer, avoir ou pas des relations avec ses voisins etc...

***Troisièmement, un rapport à la santé somatique et psychique*** avec en sus une possibilité de troubles du comportement.

***Un quatrième niveau doit être inclus, celui du processus de la relation d'accompagnement.*** Celle-ci peut en effet affecter l'habitant et être affecté par lui, ce qui nécessite de l'authentifier comme l'un des critères du fait global et complexe d'habiter.

Une fois décrits ces quatre composants de l'habiter, on peut dire qu'ils ne coexistent pas nécessairement simultanément, ce que révèlent les discordances. La première conclusion est **qu'avoir un logement n'est pas réductible au fait de l'habiter**. On peut avoir un logement sans l'habiter, sans y mettre de soi et de l'autre, ou alors d'une manière peu normative, ou avec une santé qui se dégrade.

### **Approfondir les discordances : l'étude longitudinale révèle des événements de santé chez les professionnels**

La population étudiée lors de l'étude longitudinale ressemblait à celle des groupes 2 et 3 de l'étude rétrospective (les groupes les plus discordants), avec une augmentation nette des complications de santé lors de l'accès au logement, entre autre une multiplication par trois des hospitalisations en psychiatrie. Outre les hypothèses déjà posées, on peut aussi s'interroger sur l'adéquation des types de logement au besoin des personnes : un logement individuel est-il toujours la panacée ?

### **Discordances et temporalité**

L'un des points observés dans l'étude longitudinale est le délai d'apparition des complications de santé ; après une période « de lune de miel » d'au moins 2 mois, le gros des complications apparaissent après le 6<sup>ème</sup> mois ; et ce malgré un partenariat de santé en interne (alcoologues, infirmières, médecins généralistes) et en externe (réseaux, généralistes, secteurs de psychiatrie).

### **Discordances et types d'accompagnement**

L'observation la plus surprenante sur les discordances est leur variabilité en fonction de deux types d'accompagnements au logement : *ceux référés au lieu et ceux référés à la personne*. L'accompagnement référé au lieu se situe dans le cadre d'un ensemble de logements avec des équipes d'accompagnement constituées à cet effet autour des flux de personnes passant dans ces logements. À l'inverse, les accompagnements liés à la personne sont relativement indépendants des lieux : le travailleur social suit la personne avant son entrée dans le lieu, lors de son entrée, pendant son séjour, et éventuellement après. Il pourrait exister évidemment des cas mixtes, à

la fois liés au lieu (au logement) et à la personne, mais qui n'ont pas été individualisés dans cette recherche.

**Dans les accompagnements référés au lieu,** démarche globale et homogène, on observe moins de discordances au départ, sans doute du fait de cette cohérence. Cependant, dans le temps, les discordances se manifestent en termes d'appropriation du logement et de santé. L'enjeu dans ce type d'accompagnement est celui de la durée : tout se passe comme si la lune de miel durait plus longtemps.

**Dans les accompagnements liés à la personne,** le travail est moins homogène au départ, moins global et cohérent ; on observe une bonne appropriation du projet de logement et du logement lui-même, mais avec *un rapport à la santé plus ambivalent, comme dans le groupe 2.* Fait important, on observe de meilleurs résultats dans le temps, c'est-à-dire qu'il y aurait moins de phénomènes d'échappement après la lune de miel, tout au moins pendant le temps de l'étude. Ce rapport à la santé ambivalent et le fait que les résultats s'améliorent dans le temps *constituent une autre modalité de discordance, à accepter.* Fait corrélatif, on note des accompagnants souvent débordés, aux prises avec des difficultés subjectives décrites dans le texte d'Adrien Pichon sous le nom de *traumatisation vicariante*<sup>8</sup>, c'est-à-dire que le trauma du sujet accompagné est provisoirement porté par l'accompagnant<sup>9</sup>. Cela permet de donner sens aux événements de santé...des accompagnants.

### **Des événements de santé des professionnels de l'accompagnement ont été observés.**

Ils influencent parfois dangereusement la professionnalité (entendue comme l'art d'habiter la profession) et ne faisaient pas partie des effets attendus de la recherche : malaises divers, maladies, démotivations, souhaits d'arrêter le travail. Du coup, on se met à entendre autrement certaines paroles des personnes accompagnées lorsqu'elles demandent : « *Madame, Monsieur, Docteur, est-ce que vous allez bien ? Votre métier n'est pas trop dur ?* » Tout se passe comme si elles s'inquiètent sur le fait que les professionnels portent ce qui les fait souffrir. Cette inquiétude peut être comprise d'une triple façon :

1 - « *je ne voudrais pas devenir dangereux pour vous* » ; « *est-ce que je ne vais pas vous détruire ?* »

2 - « *est-ce que, si je reprends plus tard ce que je vous ai confié et que vous avez accepté de porter, je ne vais pas être détruit moi-même ?* »

3 - on ne doit pas exclure le fait que les personnes accompagnées peuvent exprimer *une sollicitude pour leur accompagnants* par le simple fait d'une relation authentique, c'est-à-dire *réciproque*.

Au total, nous avons l'obligation de porter ce qui nous est confié sans en être détruit, sans non plus qu'il n'y ait de mesure de rétorsion, avec également la reconnaissance d'une réciprocité compatible avec l'asymétrie de position dans la relation aidante. À titre d'exemple, *prenons le cas de Gérard dans la vignette qui ouvre le rapport* : cet homme « met » le projet de logement en échec permanent, et son accompagnante, en extrême difficulté, se demande *où elle habite* dans un travail qui la conduit à faire des interventions à la limite du processus formel d'accompagnement. La situation s'améliore au bout d'un an. Vers la fin de l'histoire, il demande régulièrement à son accompagnante de ses nouvelles et lui dit de *prendre soin d'elle*. Il faut prendre ce conseil au sens littéral, car le premier devoir d'un clinicien de la clinique psychosociale est de rester en bonne santé pour pouvoir assumer convenablement l'accompagnement. Il lui faut donc avoir conscience, mais pas trop, de l'absorption en lui du traumatisme, de la souffrance inappropriable, du mauvais destin. Comment rester vivant ? Par l'exercice de la parole à l'intérieur de nous-mêmes, nous parler à nous-mêmes de ce qui se passe, l'observer, le ressentir, l'écrire, en parler aux collègues, le travailler en équipe, car le rôle de l'équipe est fondamental ; en parler éventuellement à sa hiérarchie, en parler en analyse de la pratique si elle existe, et le rapporter à la situation professionnelle car ceci n'est pas une psychothérapie. Quelquefois nous en parlons aussi en famille ou avec nos proches, comme si c'était trop lourd à porter seul. Nous sommes dans le registre de la *sym-pathie* au sens étymologique du terme (souffrance partagée). Il y a ainsi remise en narrativité d'une parole et d'une souffrance congelée chez autrui et en vicariance chez l'aidant. C'est la manière de rester vivant, tout en sachant que nous avons

8. dans ce numéro p 20-24

9. On doit comprendre ici le trauma comme toute souffrance non appropriable, non pensable, non évocable par le sujet souffrant.

chacun nos « trucs » pour rester vivant, et c'est bien ainsi. Cela ne veut pas dire pour autant que l'aidant n'a pas ses propres problèmes qui interagissent.

## Transgressions et éthique L'hébergement dans la relation

On comprend, avec ce que nous venons de décrire, que le fait global d'habiter inclut la dimension de l'accompagnement. Celui qui a une difficulté à habiter a pour ainsi dire **besoin d'être hébergé dans la relation**. L'accompagnement doit être suffisamment référé à la personne en tant que cette personne a quelque chose à nous faire porter individuellement et collectivement. Nous vérifions ainsi que, dans nombre de circonstances, la notion d'un individu autonome est une invention de la modernité qui n'existe pas dans le réel car « une personne » n'est pas qu'« un individu » dans le sens où elle est toujours en relation.

### Les transgressions

Cet hébergement dans la relation constitue une situation limite ou extrême<sup>10</sup> qui aboutit à des épreuves de professionnalité des accompagnants<sup>11</sup>, qui se manifestent, entre autres, par un certain nombre de **transgressions** du cadre formel de la pratique. **Par nature, les situations extrêmes appellent à aller au-delà de la norme.**

Le terme de *transgression* ne doit pas être pris dans le sens de transgresser une loi fondamentale comme l'interdit de l'inceste ou du meurtre, mais dans le sens d'aller au delà des règles habituelles du métier, une forme de marge de manœuvre<sup>12</sup>. Souvent, quand nous sommes dans l'accompagnement de personnes en grande difficulté, surtout si nous allons à leur domicile provisoirement « inhabité » (dans le sens où être logé n'est pas habiter), nous sommes obligés d'utiliser le second sens du mot trans-gression : *aller au-delà* des règles habituelles du métier pour exercer convenablement...son métier. Je donne des exemples : faut-il faire un peu, beaucoup ou pas du tout le ménage en cas de syndrome de Diogène quand on n'est pas payé pour ça ? Adrien Pichon montre comment<sup>13</sup>, lorsque lui qui est psychologue a pu ranger un certain nombre de choses qui traînaient dans l'appartement

d'une femme en grande incurie, cela a permis de retrouver la clé perdue de l'appartement de cette dame qui a pu se réapproprier ses clés, se refermer à clé, se reconfiner dans son intérieur sans pour cela refuser d'ouvrir à ceux qui ont continué de venir la voir. Il y a aussi le fait de boire et de manger avec les personnes : a-t-on le droit de boire et de manger, on n'est pas payé pour ça ? Mais quand nous allons dans un domicile, quand nous sommes reçus, ne pas accepter de boire et de manger est parfois une impolitesse notoire. Faut-il boire de l'alcool ou pas avec quelqu'un qui pourrait avoir des difficultés à ce niveau, c'est une question plus délicate. Faut-il accepter de parler de soi si l'on est interrogé sur ses motivations, sa vie privée ? Ma réponse sur ce point est qu'on peut parler de soi dans la mesure où ça ne nous gêne pas, et dans la mesure où un certain nombre de choses de notre vie privée sont publiques ; le fait d'être marié ou pas, d'avoir des enfants ou pas, n'est pas un secret. Évidemment cela doit être manié avec tact et professionnalité, mais on peut dire que refuser de parler de soi quand on est interrogé est quelquefois, pas toujours, une erreur professionnelle, en tous cas un manque. Il y a aussi des transgressions dans le fait de donner de soi, et l'histoire de Gérard qui ouvre le rapport montre bien comment l'accompagnante a été « exagérément » présente et en souci ; mais dans cette exagération, dans ce don de sa présence, dans son souci, elle a permis semble-t-il à Gérard d'aller mieux et que celui-ci lui dise à la fin : « prenez soin de vous », ouvrant sur la réciprocité. Faut-il intervenir dans les maniements d'argent des accompagnés sans être leur curateur ou leur tuteur ? Mise à part la question d'une honnêteté scrupuleuse qui va de soi, cela va au-delà du cadre formel du métier, de la mission assignée. L'expérience montre que ce style de transgression est quelquefois nécessaire et utile, à discuter et à réfléchir : avec soi-même, en équipe, avec le superviseur, en analyse de la pratique, pour savoir, au fur et à mesure ce qu'on s'autorise ou pas. **Ces cliniques de l'extrême font en tous les cas, nous l'avons dit, violence à la norme** et poussent à la transgression comme une forme d'intelligence de l'action<sup>14</sup>. Mais il n'est pas question de faire n'importe quoi, car ce qu'on fait dans l'informel, dans ce qui n'est pas prescrit, doit être malgré

10. cf. *les cliniques de l'extrême*, par Marty F. et Estellon V., Ed Armand Colin, 2012

11. cf. le rapport pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion : *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité* ; par G. Decropt, J. Ion, Ch. Laval, P. Vidal-Naquet, sous la dir de B. Ravon, mai 2008

12. J. Furtos, S. Taradoux in : Cahiers de Rhizome N°25, Décembre 2006, p.55s.

13. dans ce numéro p. 24-25

14. J. Furtos et S. Taradoux, op.cit

15. cf. aussi Rhizome N°49-50, Octobre 2013, qui porte entièrement sur l'informel

tout soumis aux règles du métier, aux lois de la République, à l'éthique<sup>15</sup>. Il faut rendre compte des transgressions de telle manière qu'elles puissent être en quelque sorte validées, protégées, ou déconseillées, voire formellement interdites.

### Le rapport à l'éthique

Ce type de transgressions pose la question éthique. Il doit y avoir des possibilités personnelles et institutionnelles permettant une élaboration des pratiques hors normes. A cet égard, on peut osciller entre *l'éthique d'Antigone* (une éthique individuelle contre le groupe et une hiérarchie dépassée par les exigences du juste devoir) et *une éthique groupale* élaborée en Institution. Antigone a refusé l'ordre de Créon de ne pas enterrer son frère, et par éthique, au mépris des complications de son acte, elle enterra son frère au nom d'une loi supérieure au règlement groupal et hiérarchique. Il y a de fait dans chaque praticien, dans chaque équipe, une éthique de type Antigone où chacun peut prendre le risque de faire les actes qui lui semblent orthodoxes, c'est-à-dire justes. L'idéal réalisable est lorsqu'une équipe facilite l'élaboration d'une éthique groupale, c'est-à-dire rapporte au groupe et à l'institution ce qui fait violence à la norme pour voir en quoi des comportements non normatifs peuvent devenir validés, ou pas, dans le cadre de la professionnalité. On pourrait imaginer un laboratoire d'éthique des situations extrêmes où les intervenants et les usagers parleraient pour de vrai des difficultés rencontrées, et pas pour avoir raison ou se justifier.

### Conclusions

*Habiter est une situation à risque*, habiter et pas seulement être hébergé ou logé ; le risque est pour les personnes accompagnées comme pour les accompagnants. L'hébergement dans la relation fait partie du risque.

*Les discordances* entre les événements de santé et le fait d'habiter, entre les mises en difficulté des accompagnants et une évolution favorable, *doivent être acceptées* comme faisant partie du métier. Au fond, l'aboutissement à un logement est un nouveau départ, un travail à continuer, et certainement pas un résultat fétiche avec l'équation « avoir un logement = aller bien », *même si cela est vrai pour certains*.

En ce qui concerne *les intervenants de première*

*ligne*, la hiérarchie doit valider le fait qu'il s'agit d'un travail à risque et que le premier devoir des intervenants est de rester vivants (pas seulement sur le plan biologique !) pour bien faire leur travail. Ce point est parfois mal compris par les usagers qui ont du mal à admettre qu'un accompagnant social ou un soignant puisse souffrir pour le bien d'une relation professionnelle. Cette souffrance ordinaire au travail ne doit pas être exhibée aux usagers qui doivent en être protégés, justement parce que c'est quelque chose qui doit rester vicariant, c'est-à-dire par substitution. Il y a un réel besoin de réflexivité dans le cadre du travail, un besoin de théorie, car comprendre un millimètre de ce qu'on fait permet de faire un mètre supplémentaire et, à cet égard, les recherches-actions sont productrices de théories, l'évaluation des expérimentations aussi.

Il y a un *besoin de groupalité*, d'étayage sur le groupe, avec constitutions de sous-groupes de terrain ; une groupalité d'équipe et institutionnelle qui permette une narrativité, une mise en perspective du temps qui souvent paraît figé, et une position mythopoiétique qui autorise une rêverie sur le travail, des mythes porteurs mais *non figés, modifiables avec la réalité du terrain*. L'analyse de la pratique, les supervisions sont presque des obligations. *L'encadrement* doit savoir qu'une partie de son travail est certes d'obtenir les financements et les effectifs pour que l'institution fonctionne, et de faire en sorte que le fonctionnement soit compatible avec les objectifs prévus par les lois et règlements ; *mais l'une de ses fonctions essentielles reste de protéger les équipes et leurs compétences en humanité précaire mises en œuvre dans le travail*<sup>16</sup>. S'il n'y a pas un accompagnement des accompagnants, on risque d'avoir une exacerbation des équipes de type « Antigone exclusif » constituées d'individualités sans support groupal, avec une augmentation des transgressions clandestines qui échappent à la réflexivité, à la validation ou à l'invalidation des pratiques informelles élaborées dans les situations extrêmes ; avec une augmentation des burn out, des démissions ou de tous les effets traumatiques qu'a rapportés dans son texte Adrien Pichon. En ce qui concerne les transgressions, il s'agit de les discuter, de les comprendre sans moralisation, d'une manière clinique.

16. sur les compétences en humanité précaire, cf. Rhizome N°46-47, décembre 2012, l'édito par J.Furtos et H. Zeroug-Vial

Aux directeurs d'institutions, on peut suggérer de favoriser l'*institutionnalisation d'espaces éthiques interinstitutionnels*. Un *aménagement des postes de travail* est nécessaire pour qu'il y ait suffisamment de temps, de possibilités de rapports à d'autres membres de l'équipe, pour rendre effective la notion d'équipe. Il convient également d'insister sur la formation initiale et continue en *clinique psycho-sociale* et la compréhension de ses paradoxes qui, dans ce travail, ont été fortement validés.

*Le travail en réseau* doit certes tenir les différences professionnelles en termes de cœur de métier, mais doit aussi s'accompagner d'une compétence généraliste en humanité précaire ; quant au secret professionnel, lorsqu'il s'agit de travail en réseau, il vaut mieux dire qu'on ne partage pas un secret mais une préoccupation ; c'est la préoccupation qui est partagée d'une manière éthique et fonctionnelle. On devrait améliorer la coordination sanitaire et sociale au niveau de l'État et suggérer fortement de prendre en compte la différence entre avoir un logement et l'habiter.

Nous terminerons sur la *position mythopoïétique*<sup>17</sup>, qui est le contraire d'une position idéologique ou procédurale où il faut faire « comme ça » par rapport à un idéal affiché et figé : un logement à tout prix, une loi prise comme un livre sacré, l'idée d'un fondateur, d'un principe absolu à respecter à la lettre. En réalité, il devrait toujours y avoir une dialectique entre l'institué et l'instituant. La véritable position mythopoïétique permet une représentation mobile de l'origine et des principes de l'action, elle permet d'être tolérant à des versions successives éventuellement contradictoires avec le mythe initial ; la position mythopoïétique inclut la possibilité de l'échec, qui est à élaborer, et la possibilité d'écarts et de difficultés par rapport à l'idéal ; elle permet des transgressions validées, c'est-à-dire des marges de manœuvre. L'engagement des praticiens de terrain et des usagers en direction d'un logement habitable doit être protégé par les institutions et par le politique. ||

17. cf. les travaux de René Kaes, en particulier in : *l'Institution en héritage*, Coll. *Inconscient et Culture*, Dunod, 2008



# Vicariance dans l'accompagnement et la clinique psychosociale, à partir d'une recherche sur l'accompagnement au logement

• **Adrien Pichon**  
psychologue  
clinicien, doctorant  
CRPPC Lyon 2

La recherche-action « *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance, de la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement* » a mis en lumière plusieurs résultats intéressants sur la question de l'accompagnement au logement.

1. Il faut signaler la publication toute récente d'un ouvrage d'Alain Berthoz, professeur de physiologie de la perception et de l'action au Collège de France, sur le sujet :  
Berthoz, A., 2013, *La Vicariance. Le cerveau créateur de mondes*, Paris, Odile Jacob.

2. Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W., 1995, *Trauma and the therapist : countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company.

Mais une autre dimension est également apparue avec une force inattendue au cours de cette recherche. Elle concerne plus spécifiquement la part clinique de ces accompagnements au logement et les effets de ces accompagnements au long cours, avec ce public cible, sur les accompagnants (éducateurs, travailleurs sociaux...). C'est cette dimension que nous aimerions évoquer dans ce texte en la mettant au travail avec le concept de vicariance<sup>1</sup>. Rappelons, avant d'aller plus loin, que ce terme peu usité vient du latin *vicarius*, qui signifie *remplaçant*. Il traduit le fait pour une personne d'assumer une fonction pour quelqu'un, ou dans le langage médical, le fait pour un organe de fonctionner à la place d'un organe défaillant, et trouve des synonymes dans les notions de suppléance ou de procuracy. En somme, l'idée qui parcourt ce texte serait de considérer l'accompagnement au logement comme l'une des manières les plus explicites d'approcher la réalité même de la clinique psycho-sociale en tant que processus vicariant, nécessairement « collectif », de soin.

## De la traumatisation vicariante...

Nous avons initialement choisi de nous approprier cette notion de vicariance pour rendre compte de certains phénomènes rapportés par les accompagnants au sujet de leurs accompagnements. Essentiellement connotés de manière négative par ceux qui semblaient les subir, ces phénomènes paraissaient se déployer dans la dynamique de l'accompagnement dit « psychosocial de

proximité » au long cours, auprès du public le plus marqué par les effets destructeurs de la vie à la rue. À bien des égards, il semble que les phénomènes cliniques que nous avons observés chez les professionnels engagés dans ces accompagnements se rapprochent de ce que certains auteurs décrivent, à la suite des travaux princeps de Pearlman et Saakvitne<sup>2</sup>, en termes de traumatisation vicariante. Il faut s'arrêter sur le terme de « *traumatization vicariante* » pour traduire l'anglais « *vicarious traumatization* », afin de noter la dimension processuelle de ce phénomène qui s'inscrit dans la durée. Il se démarque par-là du caractère événementiel, brutal et aigu, habituellement attaché à la notion de traumatisme. La traumatisation vicariante est plutôt une transformation négative du soi, touchant les personnes engagées de manière authentique et empathique dans une relation d'aide au long cours auprès de personnes ayant subi elles-mêmes d'importants traumatismes (particulièrement des traumatismes relationnels chroniques, c'est-à-dire liés aux carences de l'environnement précoce, aux ruptures des processus d'attachement nécessaires au développement de la sécurité psycho-affective du sujet). Cette altération d'intensité variable est pratiquement inévitable dès lors que l'on est engagé dans de telles relations et ne résulte ni de l'accompagné ni de l'accompagnant. Elle semble s'imposer comme l'un des effets d'une forme de communauté relationnelle particulière dans ce type d'expériences. À l'origine, le terme était appliqué à l'expérience contre-transférentielle de thérapeutes engagés

dans un travail auprès de personnes ayant survécu à d'importants traumas, comme l'inceste. Puis son acception a été élargie pour décrire des phénomènes similaires, observés chez une large palette de personnes impliquées dans l'assistance, ou au contact de survivant de traumas, comme les travailleurs sociaux de première ligne, les humanitaires, les policiers, des prêtres ou des journalistes recueillant des témoignages... Elle semble croître avec la durée de l'accompagnement et la proximité empathique de la personne engagée dans l'accompagnement. En effet, la manière la plus simple et la plus radicale de s'en protéger consiste à éviter l'engagement relationnel, ce que l'on observe quand un accompagnant évite de s'impliquer en invoquant un accompagnement « trop lourd » par exemple. La méthodologie de notre recherche (particulièrement dans sa dimension qualitative), nous a permis de recueillir un important matériel de la part de nombreux professionnels engagés dans ces pratiques d'accompagnement. C'est ce matériel que nous avons traduit cliniquement au moyen de la notion de traumatisme vicariant. Les témoignages que nous avons recueillis, faisaient tous état d'au moins un vécu de transformation personnelle lié à l'accompagnement psychosocial de ce public spécifique. Dans certaines situations, moins nombreuses mais relevant d'accompagnements de haute intensité pour ainsi dire (accompagnement psychosocial de proximité vers et dans le logement sur des durées de plusieurs années, avec aussi beaucoup de pratique hors les murs de l'institution ou à domicile), nous avons recueilli des témoignages traduisant des effets plus importants<sup>3</sup> :

- physiques : froid, engourdissements, frissons, raideurs et tensions musculaires, mal au dos, mal à la tête, fatigue extrême, réactions cutanées en miroir...
- cognitifs : confusion, trous de mémoires, hyperactivité mentale, difficultés à se concentrer, rationalisation-minimisation des troubles ressentis...
- perceptifs et sensoriels : anosmie (perte de l'odorat) ou hypersensibilité olfactive, réminiscences (résurgences de souvenirs) ou reviviscences (réveil d'impressions perceptives très fortes) liées aux accompagnements, illusions

perceptives (impressions très fréquentes de voir la personne accompagnée dans l'espace public)...

- émotionnels : sentiment d'impuissance, perte de confiance en soi, anxiété, torpeur, renfermement-sentiment d'isolement (même avec les proches), tristesse, alternance entre excitation et abattement...
- comportementaux : troubles du sommeil, irritabilité, changements d'humeur, repli, hypervigilance, prédisposition aux accidents...
- interpersonnels : replis social, solitude, difficulté à communiquer...
- moraux : sentiment de perte de sens, détachement, transformations des valeurs, envie de changements existentiels radicaux...

Ce qui semble apparaître en somme, c'est la transformation produite par le processus d'accompagnement sur l'accompagnant<sup>4</sup>, qui se trouve mobilisé et préoccupé de manière intense par la dynamique d'accompagnement. La situation de traumatisme vicariant rendrait compte d'un phénomène excessif d'envahissement relationnel, qui ne serait qu'une situation limite, une forme extrême d'accompagnement psychosocial<sup>5</sup>. Tout se passe alors comme si l'accompagnant portait littéralement en lui une partie de la problématique de l'accompagné liée à son rapport à l'habitat. Nous avons ainsi proposé l'hypothèse d'un processus métaphorique d'hébergement dans la relation, comme premier espace d'habitation dans la trajectoire de retour au logement pour les personnes issues d'un long parcours de rue. On pourrait dire que pour le sujet présentant un syndrome d'auto-exclusion (qui est une forme de déshabitation de soi), la subjectivité affectée d'un accompagnant constitue, peut-être, un espace d'hébergement potentiel pour cette partie boutée hors de lui. Mais d'un point de vue clinique, il est important ensuite qu'il puisse se réapproprier ce contenu, qu'il puisse l'assimiler comme sien.

Nous pensons que c'est le mouvement de sortie de l'état de traumatisme vicariant, dans un mouvement d'identification et de restitution du contenu « hébergé » en soi, qui peut être le point de départ du processus de réappropriation pour l'accompagné. Nous allons à présent voir que c'est aussi la notion de vicariance qui nous permet de penser les conditions de possibilité de ce travail d'identification-restitution.

3. Cette liste compile les effets rapportés dans plusieurs témoignages et aucune situation ne rassemblait l'intégralité de ces effets en elle-même. De même, certains de ces effets paraissent incompatibles (par exemple : hypervigilance et torpeur) mais il faut les considérer d'un point de vue diachronique relatif à la longue durée des accompagnements.

4. Et bien sûr sur l'accompagné mais notre recherche n'a pas pu recueillir le point de vue des usagers de ces dispositifs.

5. La découverte des propriétés miroirs du cerveau permet de rendre compte, à un niveau physiologique, de ces effets d'identification involontaires et automatiques depuis longtemps identifiés et décrits par les cliniciens. Voir Rizzolatti G, Sinigaglia C ; 2008, *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.

### ...à la réflexivité vicariante

L'accompagnant qui se trouve en état de traumatisation vicariante ne sait pas encore qu'il « héberge » en lui un contenu provenant de la situation d'accompagnement. Il se sent mal (dans tous les sens du terme), et tente de se couper de ces sensations et pensées désagréables afin de continuer à fonctionner professionnellement et personnellement. Il tente de s'en distraire, ou dans le meilleur des cas, de les transformer pour les rendre supportables. Le matériel que nous avons recueilli lors de nos entretiens avec les professionnels de l'accompagnement psychosocial, a révélé l'importance de plusieurs « dispositifs » informels ou plus formalisés, spécifiques ou moins directement dédiés, valant comme techniques de prévention ou de curation des effets de la traumatisation vicariante. Ainsi pour certains professionnels la pratique d'un sport, les sorties culturelles, les relations amicales, l'engagement politique, la pratique religieuse ou la vie de famille ont pu constituer ces « dispositifs » de distraction, de mise à distance des éprouvés ou plus simplement un moyen de « faire avec ». Dans d'autres cas, les professionnels se saisissaient de dispositifs plus spécifiques et formalisés, comme l'analyse de la pratique, la psychothérapie individuelle, les formations professionnelles ou même le groupe-ressources de notre méthodologie de recherche-action, comme des moyens de transformer ces éprouvés. Bien souvent, ce qui semblait important était non seulement de transformer, ce qui reste somme toute assez vague, mais d'identifier précisément les effets de l'accompagnement en soi, les nommer en leur donnant ainsi une légitimité professionnelle (antidote au sentiment fréquent d'être mauvais dans son travail) et de les re-catégoriser comme découlant vraiment de la dynamique d'accompagnement et donc comme de potentiels contenus provenant de l'accompagné. C'est ce travail de catégorisation, de tri et d'agentivité (au sens d'identifier ce dont on peut être l'agent, le sujet de l'action, et ce dont on est l'agi pourrait-t-on dire) qui semblait entre autres le plus efficace pour sortir du vécu de traumatisation vicariante. On voit ici l'importance de passer à son tour par la médiation d'au-moins un autre (le « psy », le groupe de formation, le groupe de recherche) pour soutenir ce travail d'identification et d'agentivité, ce travail réflexif

par procuration que nous avons proposé d'appeler travail de réflexivité vicariante. En somme il serait nécessaire de déléguer quelque chose de soi à un autre ou plusieurs autres lorsqu'on se trouve en situation de malaise personnel. La vicariance serait alors le mécanisme qui rendrait compte de la clinique psycho-sociale<sup>6</sup> à la fois dans sa dimension de souffrance portée (le malaise des intervenants comme premier signe de la clinique psycho-sociale) et dans sa dimension préventive ou curative (le groupe comme antidote au traumatisme<sup>7</sup>). C'est cette vicariance comme procuration, délégation, *confiance*<sup>8</sup>, qui viendrait sortir l'individu de son sentiment de malaise, d'abord par altération de son environnement relationnel (un accompagnant, un thérapeute, un groupe de pairs), puis par un travail interpersonnel de tri, catégorisation, répartition puis réappropriation de ses propres contenus, affects, pensées, etc. On pourrait dire que lorsque le sujet est dans une souffrance telle qu'il tente de se couper de lui-même, c'est l'environnement impliqué, affecté, qui reçoit cette souffrance et soutient éventuellement un travail de réappropriation pour le sujet. Ce modèle peut aussi se concevoir sous la forme d'une chaîne ou d'un réseau où la souffrance individuelle pourrait trouver à se traiter par vicariance, de proche en proche, d'un individu à un ou plusieurs autres, dans un mouvement de circulation, rayonnement à tous les niveaux de la chaîne ou du réseau. Ce pourrait être l'un des modèles de la clinique psycho-sociale.

Mais il arrive que dans certaines situations, lorsque le malaise individuel est très invalidant, la vicariance évoquée se démétaphorise en quelque sorte et passe du registre de la relation interpersonnelle au niveau beaucoup plus concret de l'action, de la motricité. Nous avons recueilli des témoignages sur des situations dans lesquelles l'accompagnant se substituait physiquement à l'accompagné qui était incapable d'effectuer certains gestes, certaines démarches, par peur, par honte, par inexpérience ou par invalidité temporaire. Par exemple, pousser la porte d'une administration pour effectuer des démarches de reprise des droits sociaux, s'adresser à un agent administratif pour expliquer la situation, rapporter au médecin certains symptômes, retirer de l'argent avec le code transmis par

6. Cf les nombreux travaux de l'ORSPEPE-ONSMP.

7. Jean Furtos, communication personnelle.

8. Au sens le plus littéral de confier quelque chose.

l'accompagné... C'est la subtile *chorégraphie de l'accompagnement*<sup>9</sup> que nous avons décrit dans le rapport. Le niveau de délégation ou de procuration est ici nettement plus concret, bien que demeurant informel et tacite dans la relation d'accompagnement. Reposant sur la confiance tissée dans une relation au long cours, cette vicariance concrète, agie, n'en reste pas moins un sujet de tensions sur le plan éthique avec la possibilité d'emprise et d'abus qu'elle contient potentiellement. D'ailleurs ces témoignages n'ont pu nous être confiés qu'après un long moment dans le processus de recherche...

### **Un cas limite de vicariance dans la clinique psychosociale : l'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans le logement ou syndrome de Diogène**

Pour terminer, nous voudrions évoquer certaines problématiques liées à l'accompagnement au logement, dans lesquelles cette démetaphorisation de la vicariance se trouve en quelque sorte « chauffée à blanc » et avec elle, les tensions éthiques évoquées précédemment. La recherche dont nous venons partiellement de rendre compte à travers ce texte, a donné lieu à plusieurs prolongements. Parmi ceux-ci, je réalise actuellement un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de doctorat sous la direction du Pr. René Roussillon. Cette recherche porte sur la clinique à et du domicile dans les situations d'incurie dans le logement, syndrome de Diogène, syndrome d'insalubrité morbide avec encombrement. Les personnes se trouvant dans ces situations ont souvent pour particularité d'associer une souffrance psychique importante (syndrome dépressif, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif, consommation importante d'alcool et/ou de psychotropes...) avec un haut degré d'isolement, à tel point qu'au moment où l'environnement se manifeste (souvent en raison des nuisances ou des risques liées au trouble), la situation s'est dégradée de manière tellement importante que la nécessité d'une intervention de débarrassage et réhabilitation du logement se pose avec insistance, violence parfois. On pourrait dire que dans ces situations, du fait du processus actif d'isolement de la personne, la souffrance psychique échoue à se déposer dans l'environnement relationnel et se déploie d'abord

dans l'environnement matériel, non-humain<sup>10</sup>, du sujet ; en l'occurrence son logement. La problématique psychique se déploie dans l'espace de l'habitat et se trouve contenue, confinée plutôt, jusqu'à ce que l'environnement proche (les voisins en général) se trouve inévitablement affecté par la situation, sur un mode plutôt hostile ou anxieux majoritairement. Le processus d'accompagnement prend alors la forme d'une prise de contact avec le sujet, chez lui, dans la perspective d'une intervention de débarrassage et réhabilitation. Les intervenants sont multiples : service contentieux du bailleur, élus, assistante sociale de secteur, voisins, famille, associations pour le logement, etc. En tant que clinicien-chercheur, il m'arrive d'intervenir au sein d'un dispositif de médiation mobilisé comme un dernier recours avant une solution plus coercitive. Il semble nécessaire, dans ces configurations particulières, de penser l'accompagnement à un niveau très concret, comme générateur d'un travail psychique potentiel. Le travail de tri évoqué plus haut dans les situations complexes d'accompagnement psychosocial de proximité prend ici la forme d'un travail de tri réel avec la personne en situation d'incurie, qui est bien souvent incapable de l'effectuer par elle-même. La vicariance fonctionnelle ne s'inscrit alors plus à un niveau psychique ou dans le registre de la relation interpersonnelle, mais comme une fonction exercée par le corps, dans le registre de l'action. On voit à quel point ces situations sont des situations limites, d'autant plus dans le cadre de l'anthropologie capacitaire actuelle où le sujet est appelé à expérimenter sa capacité d'action dans un processus de rétablissement. Les personnes dont nous parlons sont souvent bien loin de telles aptitudes (c'est justement l'expression élective de leur trouble), du moins au début de l'accompagnement.

Une illustration clinique permettra peut-être de rendre ces points plus clairs. La scène se déroule lors d'une visite à domicile auprès d'une femme en situation d'incurie importante, menacée d'un recours coercitif par son bailleur. Cette visite vient après une série de six refus de nous faire entrer, et deux visites lors desquelles elle acceptera de nous recevoir. Cette femme souffre apparemment d'une schizophrénie paranoïde et elle semble s'être « enfermée » chez elle par crainte d'une nouvelle hospitalisation sous contrainte.

9. En référence à la *chorégraphie de la rencontre* de René Roussillon.

10. Searles, H. F. (1986). *L'Environnement non humain*. Paris: Gallimard.

Elle a perdu ses allocations faute d'avoir pu être réexaminée par un médecin, qu'elle considère de toute façon comme une menace pour son intégrité. Son gaz et son téléphone sont coupés, son loyer n'est plus payé depuis plusieurs mois. Elle pense que son électricité est également coupée, mais un coup d'œil au disjoncteur permettra de constater qu'il a simplement sauté et nous pourrons rétablir l'électricité. Par chance, son chauffage est collectif en ces jours de début d'hiver. L'appartement est très sale, encombré, sens dessus dessous. Le sol est couvert de cendres et d'emballages vides, de mégots de cigarettes et d'aliments séchés. Des cafards s'enfuient sous nos pas. Madame passe la majeure partie de sa journée assise sur son canapé défoncé devant un téléviseur éteint en fumant des cigarettes. Une sortie par jour lui permet de recueillir un peu d'argent en faisant la manche, pour s'acheter un sandwich. Elle ne peut plus fermer sa porte depuis des semaines, comme elle dit s'être fait voler son sac contenant son trousseau et ses papiers par une entreprise de nettoyage qui avait déjà tenté d'intervenir cet été. Lors de cette visite, pendant que ma collègue travailleuse sociale tente de faire le point sur la situation de madame, je propose de remplir quelques sacs poubelles des déchets qui jonchent le sol. Madame ne refuse pas. Un peu dépassé par l'ampleur de la tâche et ne sachant pas par où commencer, je décide de me concentrer sur la périphérie de la table basse qui semble constituer, devant elle, le centre de son univers actuel. Le sac commence à se remplir. C'est en passant une petite balayette sous la table pour rassembler un tas de cendres que je tombe alors sur son trousseau de clef et une

partie de ses papiers. Je découvre aussi quelques pièces qu'elle enfouit rapidement dans sa poche. Madame semble étonnée et grommelle un merci. Au moment de partir, elle nous propose de nous raccompagner et claque la lourde porte derrière nous aussitôt le seuil franchi. Nous l'entendons tourner vivement la clef dans la bruyante serrure trois points, qu'elle verrouille telle une porte de forteresse. Sur le trajet, nous évoquons dans nos échanges avec ma collègue, la capacité retrouvée qu'elle a maintenant de s'enfermer chez elle et l'éventualité qu'elle ne nous rouvre plus. Les visites suivantes ont complètement dissipé cette hypothèse...

Cette séquence illustre une sorte de dépassement de l'incompatibilité apparente entre vicariance fonctionnelle et empowerment, capacitation. En retrouvant les clefs de cette dame, à sa place, alors qu'elles étaient objectivement à portée de sa main depuis des semaines, nous lui restituons la capacité concrète de s'enfermer chez elle et de ne plus nous ouvrir, la capacité de nous dire non en actes. Cette capacité de dire non, comme René Spitz l'a montré en 1962<sup>11</sup>, est la condition exclusive de la possibilité d'exprimer un accord authentique, un *oui* plein et entier. La vicariance fonctionnelle a permis dans cette situation de lui restituer cette capacité de refus et d'acceptation, qui est autre chose que le négativisme schizophrénique qui semble l'avoir conduit à cette situation. Il n'est donc pas incompatible dans certaines circonstances de concilier cette démarche proactive pour autrui avec une éthique de la capacitation dans l'accompagnement et la clinique psycho-sociale. ||

11. Spitz, R. A. (2008). *Le non et le oui: la genèse de la communication humaine*. Paris: Presses universitaires de France.

# Peut-on mesurer les complications de santé consécutives à l'entrée dans le logement ?

Doit-on s'attendre à des complications de santé consécutives à l'obtention d'un logement dans le cadre de l'accompagnement de personnes sans-abri ? La recherche *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance*<sup>1</sup> partait de l'observation, faite par les travailleurs sociaux, d'une dégradation des conditions de santé des personnes suivies après leur relogement. Elle était interprétée comme une décompensation, ou encore comme la conséquence d'un découragement et une perte d'objectifs suivant l'investissement partagé par le travailleur social et la personne suivie pour trouver un logement. Avant d'approfondir les explications, il importait toutefois de vérifier le constat. Nous reprenons ici quelques éléments de la recherche pour présenter la façon dont cette interrogation a été traitée<sup>2</sup>.

• **Loïc Bonneval**  
maître de conférences  
en sociologie,  
Université Lyon 2,  
Centre Max Weber  
UMR5283

## Mesurer les complications de santé

Pour saisir ces régularités, il importe de partir de ce que l'on sait de l'état de santé avant l'accompagnement. Dans le questionnaire rétrospectif, les accompagnants ont connaissance d'événements de santé pour 28 personnes (4 sur 10 environ). Il s'agit surtout d'hospitalisations (15 dont 3 en hôpital psychiatrique) et dans une moindre mesure de consultations (11, pour moitié avec des généralistes et pour moitié avec des spécialistes). Ces chiffres ne sont pas négligeables, mais pas majoritaires pour autant. Il est toutefois possible qu'ils témoignent surtout du fait que les accompagnants n'ont qu'une information lacunaire au début du suivi.

C'est ce que suggèrent les données de la phase suivante, prospective, qui sont plus précises sur ce thème. Ils témoignent, sur 22 cas, d'une situation de santé jugée assez mauvaise avant l'entrée dans le logement. Avant l'entrée dans le logement, 14 souffrent de pathologies somatiques connues : allant des suites d'une chute à l'hépatite C. 4 suivent un traitement. 6 n'ont pas connu d'événements de santé mais 4 ont été hospitalisés et ont connu des événements nécessitant impérativement un soin d'après l'évaluation de l'accompagnant. 5 présentent des troubles psychiatriques, essentiellement des syndromes dépressifs. Par

ailleurs, 16 sur 22 sont vus par les accompagnants comme présentant des problèmes de santé, qu'il s'agisse de « quelques inquiétudes », d'un « mauvais état général » ou d'un « état général très préoccupant ». L'état de santé est donc majoritairement assez mauvais avant même l'entrée dans le logement.

Au-delà des pathologies, des consultations et hospitalisations, la santé regroupe un ensemble plus large de facteurs. Si l'on élargit cette évaluation de la santé à d'autres dimensions connexes comme la consommation d'alcool, on retrouve également une proportion importante de situations préoccupantes. D'après les accompagnants, les consommations importantes (items « régulières » et « mettant la santé en danger ») concernent un tiers de l'échantillon, un quart n'est pas évaluable et une petite moitié a des consommations jugées occasionnelles ou faibles. En ce qui concerne le tabac, une majorité fume régulièrement, alors que les autres toxiques sont peu fréquents (du moins dans l'évaluation que peuvent en faire les accompagnants). Il est nécessaire de garder présent à l'esprit cet état de santé avant l'entrée dans le logement pour comprendre la multiplication des événements de santé à partir de l'entrée dans le logement, qui est à la fois déclencheur et révélateur d'un état de santé déjà dégradé.

1. On Colin V., Pichon A., Bonneval L., sous la dir. de J. Furtos, *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance*, rapport ONSMP/ORSPERE, 2011.

2. Pour la méthodologie voir l'article de Jean Furtos

Les événements liés à la santé sont nombreux au début du suivi, ce qui témoigne de l'aggravation des situations, mais aussi du fait que l'entrée dans le suivi ouvre sur une meilleure observation des problèmes de santé et sur un meilleur accès aux soins. Les deux sont tout aussi importants : pour le second aspect, on note que presque la moitié des événements de santé sont des consultations (31 cas), mais on observe aussi beaucoup d'hospitalisations (23 cas, dont 10 en psychiatrie, soit trois fois plus d'hospitalisations en hôpital psychiatrique qu'avant l'entrée dans le logement). On rencontre des événements de santé dans 6 cas sur 10, contre 4 sur 10 avant l'entrée dans le logement. Même si l'état de santé est mauvais avant l'entrée dans le logement, on assiste à une hausse sensible des problèmes de santé après l'arrivée dans le logement. Cette remarque va dans le sens de l'intuition de départ des intervenants et confirme l'importance des questions d'évaluation du besoin de soin et d'accompagnement de la demande de soin.

Il est délicat de comparer ces résultats avec ceux d'autres enquêtes qui se basent sur d'autres catégories ou sur une population différente. Notons néanmoins les quelques écarts que l'on observe ici avec l'enquête de l'INSEE de 2001 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds<sup>3</sup>. Les membres de notre échantillon ont, proportionnellement, moins de consultations (un sur deux contre huit sur dix dans l'enquête de l'INSEE). En revanche, ils sont plus souvent hospitalisés (4 sur 10 contre 3 sur 10), et ces hospitalisations sont plus fréquemment en hôpital psychiatrique (respectivement 1 sur 3 et 1 sur 4). Mentionnons également que certains troubles pointés par l'INSEE comme caractéristiques de la vie à la rue apparaissent ici assez peu, notamment les migraines et les troubles du sommeil. Tout en restant prudent dans la comparaison entre les enquêtes, notons deux types de différences. D'une part, la fréquence des consultations médicales, plus faible dans notre population que dans l'échantillon de l'INSEE, conduit à nuancer l'idée selon laquelle la multiplication des événements de santé à l'entrée dans le logement relève d'une meilleure prise en charge médicale. D'autre part, la proportion d'hospitalisations, plus forte

que dans l'enquête de l'INSEE, conforte celle d'une détérioration de la santé à l'entrée dans le logement. La part, importante, des hospitalisations en hôpital psychiatrique conduit même à penser qu'il y a une spécificité des troubles rencontrés par les personnes suivies ici.

Dans le cadre de l'étude rétrospective, les événements liés à la santé ne se manifestent pas toujours dès les premiers temps d'entrée dans le logement mais souvent dans les 6-8 mois suivants, de façon sporadique ou continue selon les individus. Dans quelques cas, la crise suit immédiatement l'entrée dans le logement, se traduisant notamment par une forte anxiété et un rejet du projet. Le plus souvent toutefois, la période critique est plus tardive et peut faire suite à des premiers mois sans complication. Les problèmes de santé tendent ensuite à se stabiliser dans le temps long. Précisons que « stabiliser » n'est pas synonyme « d'améliorer » : les personnes en mauvaise santé ont en général tendance à le rester. L'obtention d'un logement ne permet pas de faire l'économie d'un accompagnement au soin sur un temps long. Enfin, une entrée « réussie » dans le logement ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration du rapport à la santé. Les accompagnements sont fréquemment marqués par de telles discordances.

### **Des réactions différenciées à l'entrée dans le logement**

Les personnes suivies ne réagissent pas toutes de la même manière à l'arrivée dans le logement et, à bien des égards, chaque suivi présente des spécificités irréductibles à toute standardisation des pratiques. Par ailleurs, l'information souvent fragmentaire dont on dispose sur les parcours antérieurs, et dont la restitution suppose une investigation longue auprès des personnes concernées, n'entraîne pas dans le projet de cette recherche. Il n'en reste pas moins que certains traits récurrents peuvent être identifiés, reliant les caractéristiques sociodémographiques des personnes suivies, leur rapport au logement et leur rapport à la santé, de telle sorte que quelques profils peuvent être dessinés. Ces profils ne visent pas à résumer à eux seuls l'ensemble du déroulement des accompagnements, pas plus qu'ils ne prétendent être généralisables à d'autres situations concernant les sans-abri. L'objectif

3. B. de la Rochère, 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE Première*, n°893.

n'est pas non plus de dire qu'à chaque profil correspond un certain type de recommandations. Il s'agit plutôt de fournir un principe de repérage au sein de la diversité des situations, tout en soulignant cette hétérogénéité qu'un discours un peu englobant peut tendre à ignorer.

La méthode retenue repose sur l'élaboration d'une typologie établie par une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur la base d'une analyse des correspondances multiples, ou ACM, sur les données tirées du questionnaire rétrospectif. Les moins de 25 ans ont été retirés de l'analyse qui porte donc sur 57 personnes. L'effectif relativement faible limite certes la portée des résultats, sans pour autant les invalider. Il faut toutefois rester prudent dans leur utilisation. De façon à ne pas multiplier les variables et risquer de fausser l'ACM à cause des effectifs, nous avons retenu sept variables. Une fois les classes construites, elles ont été systématiquement croisées aux autres variables du questionnaire, de façon à compléter leur caractérisation. Les variables retenues sont les suivantes (à noter que les variables 5 à 7 sont obtenues par le recodage de plusieurs questions du questionnaire) :

- 1.** sexe (2 modalités, hommes et femmes)
- 2.** classe d'âge (3 modalités : 26-35 ans, 36-50 ans, 51 ans et plus)
- 3.** composition du ménage (3 modalités, seul, en couple ou en groupe)
- 4.** l'évaluation de l'état de santé après l'entrée dans le logement (en T1) par l'accompagnant (2 modalités : bonne ou mauvaise santé)
- 5.** les troubles de l'habiter manifestés par la personne suivie. Quatre modalités : troubles tournés vers l'intérieur du logement (incurie, repli, etc.), troubles tournés vers l'extérieur (conflits de voisinage, sur l'espace public etc.), la combinaison des deux (intérieur et extérieur), et les autres troubles.
- 6.** le rapport au corps avant l'arrivée dans le logement (en T0) : 3 modalités (soigné, négligé, alternance de soigné et négligé)
- 7.** le rapport au corps après l'arrivée dans le logement (en T1) : mêmes modalités

Ces variables sont sélectionnées en tant qu'indicateurs des différentes dimensions de l'accompagnement. Elles sont certes réductrices, comme par exemple le fait de résumer la santé à

l'évaluation générale de l'accompagnant, mais ce choix se justifie pour que l'ACM reste pertinente. Elles sont en outre assez représentatives de ces dimensions car congruentes aux autres variables qui les représentent. Par exemple, l'état de santé évalué par l'accompagnant rejoint le nombre d'événements de santé, de pathologies, l'évaluation du besoin de soin, ou encore le fait de suivre un traitement. La typologie issue de la CAH permet de distinguer trois groupes aux caractéristiques distinctes et dont les réactions à l'entrée dans le logement diffèrent.

On peut considérer un premier groupe (15 personnes dans l'échantillon) comme ne présentant pas de complication de santé particulière. Ils se retrouvent dans toutes les classes d'âge et tous les types de ménage, se distinguant principalement par une moindre ancienneté dans la galère. Les accompagnants disent peu de choses de la façon dont ils investissent leur logement (jugant cet investissement « ordinaire ») et ils manifestent peu de troubles de l'habiter. On a plus souvent connaissance de liens familiaux à leur sujet que pour les autres. L'ensemble des données suggère un rapport assez discret au logement et à l'accompagnant, parfois même un peu insaisissable, (à l'exception de la demande de soins). Par ailleurs, leurs parcours résidentiels ne présentent pas de spécificité : la moitié d'entre eux occupe un logement avec un bail ordinaire à la fin de l'observation, soit une proportion comparable à celle observée dans l'échantillon rétrospectif.

Le deuxième groupe comporte 21 personnes. Elles connaissent une aggravation de leur situation, se traduisant sans doute moins par des difficultés de santé en tant que telles que par une évolution des troubles du comportement, de la consommation d'alcool ou de stupéfiants et par des troubles de voisinage (ainsi que des non-paiements de loyers). L'entrée dans le logement s'accompagne donc de réactions de rejet, de mise en difficulté du projet de relogement alors même que certains ont, d'après l'accompagnant, un bon investissement du logement. Ils sont en général plus jeunes, ils se retrouvent particulièrement parmi les 26-35 ans. On y retrouve également ceux qui vivent en groupe et ceux qui sont dans la galère depuis peu de temps (soit moins d'un an, soit moins de dix ans).

La moitié est considérée comme étant en « bonne » santé par les accompagnants, l'autre en mauvaise santé, de telle sorte que l'état de santé n'est pas un trait distinctif du groupe. En revanche, l'ambivalence du rapport à la santé est plus typique : les membres de ce groupe ont en général un rapport contradictoire à leur santé et sont à la fois en demande et en refus. Il s'agit de ceux qui correspondent le « mieux » à l'hypothèse de départ. Soulignons que le questionnaire fait ressortir d'autres facteurs que celui de la santé.

Le troisième ensemble (21 personnes) regroupe des personnes en mauvais état de santé, en refus de soin (avec une demande de soins parfois portée par des tiers). Ils appartiennent souvent aux plus de 50 et plus de 60 ans. Très peu ont des liens familiaux connus et ils apparaissent particulièrement isolés, moins soignés dans leur apparence. Les difficultés de santé après l'entrée dans le logement prolongent très souvent celles existant avant le début du suivi. Il ne s'agit que du prolongement des difficultés existantes et l'entrée dans le logement ne rompt pas une trajectoire d'exclusion déjà longue. C'est d'ailleurs dans ce groupe que l'on retrouve ceux qui sont dans la galère depuis plus de 10 ans. Ils manifestent des troubles de l'habiter assez spécifiques (réclusion, hygiène, repli sur soi, accumulation d'objets voire incurie) parfois combinés avec des troubles de voisinage, d'autant plus notables que ces personnes ont souvent un parcours résidentiel en résidence sociale. Le rapport au logement lui-même n'apparaît pas ici comme la cause des troubles mais des problèmes spécifiques se posent lors des accompagnements : bien que ces personnes suscitent une forte préoccupation et une grande inquiétude auprès des accompagnants, le degré de repli sur soi, d'auto-exclusion, ainsi que la résistance aux sollicitations, notamment en matière de soins, risque d'entraîner une forme d'invisibilité, pour ne pas dire de disparition. Ce souci, et le sentiment que ces personnes ont besoin d'un cadre et d'une proximité permanents, expliquent qu'ils restent dans un circuit résidentiel circonscrit aux résidences sociales.

Les accompagnements ne renvoient donc pas qu'au droit au logement et à l'amélioration des conditions d'existence des personnes suivies.

Ils engagent le rapport à l'habitat, et à son appropriation, qui se déroule de façon différenciée selon les individus. Il est tentant de ramener chacun des groupes à une position dans le cycle de vie et dans une trajectoire d'exclusion, chaque groupe étant marqué par un degré croissant d'isolement de ses membres. Il manque toutefois des données supplémentaires sur les parcours de vie, les processus de rupture et la phase de vie dans la rue pour approfondir cette hypothèse.

Chacun des trois groupes représente environ un tiers de l'ensemble. Les plus touchés par les événements de santé sont ceux des groupes 2 et 3, notamment pour ce qui est de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Il apparaît que deux tiers de la population concernée connaissent effectivement des difficultés en lien avec l'entrée dans le logement. Ces difficultés concernent la santé mais pas uniquement puisqu'elles portent aussi sur les autres zones de l'habiter (relation d'accompagnement, rapport au logement et arrangements ordinaires). Le groupe 2 est celui qui correspond le plus à l'hypothèse de départ avec une aggravation de l'état de santé consécutive à l'entrée dans le logement.

En aucun cas cette typologie ne se veut prédictive, et on ne saurait en déduire les « risques » d'un échec de l'accompagnement. Une telle lecture des résultats proposés ici irait d'ailleurs dans le sens de la remise en cause de l'universalité du droit au logement (au nom d'un certain principe de précaution), ce qui n'est pas, nous semble-t-il, l'enseignement à en tirer. Au contraire, les régularités qui ressortent de cette recherche invitent à considérer les complications de santé comme faisant partie intégrante des accompagnements et non comme une série d'échecs individuels. Elles relativisent également toute conception idéalisée de l'accès au logement comme un nouveau départ enclenchant automatiquement une dynamique positive tout en rompant avec l'enfermement des parcours d'assistance très institutionnalisés. Ces résultats conduisent plutôt à intégrer les complications de santé comme composante prévisible de ces accompagnements et à s'interroger sur les moyens d'y faire face, notamment au travers de la mise en réseau entre les professionnels de santé et ceux assurant les accompagnements. ||

# Le syndrome de diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale et précarité ? cas cliniques

Nous suivons des patients ayant un syndrome de Diogène depuis plusieurs années dans le cadre de réseau gérontologique ou de façon plus informelle, en qualité de médecins gériatres et psychiatres, en collaboration avec la coordinatrice du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) du 15<sup>ème</sup> arrondissement de Paris dans un premier temps, et à la demande de nombreux services sociaux dans un second temps. Nous avons été amenés à intervenir, sur signalement d'un danger (incendie, explosion) ou d'une nuisance (odeurs, parasites), auprès d'un petit nombre de personnes plus ou moins âgées et ayant un syndrome dit de « Diogène ».

Ces personnes ne demandent rien alors qu'elles auraient besoin de tout, c'est à dire besoin à la fois de soins et d'une remise en état du domicile. Dans un certain nombre de cas, même si ces patients ne sont pas en situation de précarité, il y a des arrêtés d'expulsion qui peuvent les mettre à la rue et ils sont alors des Diogènes sans domicile fixe.

## Historique

Il semble que ce phénomène ait existé depuis très longtemps et dans tous les pays. On a tous entendu parler de sorcières, de Baba Yagas, d'enchanteurs, d'ermites. Si on regarde bien l'imagerie populaire de ces personnages on retrouve les critères permettant de faire un diagnostic a posteriori.

A notre connaissance la première description clinique de ce syndrome a été effectuée par Ernest Dupré<sup>1</sup> qui va donner à sa publication un titre étonnant : « les mendiants thésauriseurs ». Il utilise cet oxymore pour rendre compte de la présence « paradoxale de la misère et de la richesse ». Il est le premier à signaler que la précarité peut se différencier radicalement de la pauvreté.

À partir de 1957, une série de publications de Duncan Macmillan<sup>2</sup> va de nouveau attirer l'attention sur ce type de situations qu'il va nommer tantôt « Social Breakdown », tantôt « Senile Breakdown ».

Il faut attendre 1975 pour que le terme de *syndrome de Diogène* soit utilisé pour présenter une étude clinique décrivant 30 personnes âgées ayant une attitude de négligence de soi et de leur

domicile<sup>3</sup> (dont deux thésaurisaient en acceptant la nourriture et les vêtements donnés par des « voisins sympathiques » et dont six seulement ont un comportement d'entassement. Clark reste peu explicatif sur l'insertion du mot Diogène juxtaposé à celui de « gross neglect » dans le titre de son article alors qu'il ne l'utilise pas dans l'article lui-même, sauf dans la note située en bas de la première page où il est précisé que Diogène mendiait sans honte. Il faut donc faire ici une référence à Diogène. Le Diogène auquel Clark fait référence est Diogène le Cynique, né à Sinope 413 ans av. J.-C. et décédé en 324 av. J.-C. à Corinthe. L'histoire de Diogène est connue partiellement grâce à des anecdotes rapportées par plusieurs biographes. Diogène est le fils d'un riche banquier de Sinope, il a eu une petite enfance probablement heureuse. La découverte que son père falsifiait de la monnaie entraîne la fuite de la famille et sa capture par des pirates. Diogène mène alors une vie d'esclave. Ayant pu réfléchir sur la fortune et l'infortune, Diogène travaille pour acheter sa liberté et devient l'un des élèves d'Antisthène, le fondateur de la philosophie Cynique. Le nom de cette école est tiré du mot « chien ». Le cynisme antique est à l'opposé du cynisme contemporain. Le principe est de vivre comme un chien, de

• **Laurence Hugonot-Diener**, psychogériatre du SAMU Social, du réseau Mémoires : réseau gérontologique Paris centre et sud, et de l'hôpital Broca, APHP, Paris 13<sup>ème</sup>

• **Catherine Wong**, psychiatre, Paris 15<sup>ème</sup>

• **Emmanuel Devouche**, enseignant-chercheur, Université Paris Descartes, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé (EA4057)

1. Dupre E. Les mendiants thésauriseurs. In : Pathologies de l'imagination et de l'émotivité: Payot ; 1925. : 431-44.

2. Macmillan D., Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. British Medical Journal 1966;2 (5521):1032-7

3. Clark A., Mankikar G., Gray I. Diogene's syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. Lancet 1975;15: 366-68.

mordre avec les mots, de dire la vérité en posant un regard critique sur la société. La deuxième valeur de l'école Cynique est un désintéret pour la propriété et l'absence de tout besoin matériel, Diogène ne demande rien. Il est misanthrope. On l'aurait vu parcourir les rues d'Athènes en plein jour, une lanterne à la main, déclarant à ceux qui lui demandaient ce qu'il faisait : « *Je cherche un homme* » (parfois traduit par « je cherche l'homme » ou « je cherche un vrai homme »). Cet « homme » désignerait celui théorisé par Platon de l'idéal humain.

4. Monfort J-C, Hugonot-Diener L., Devouche E., Wong C., Pean I. Diogenes's syndrome: an observatory study in a Paris district. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2010 Jun ; 8 (2): 141-53.

## Proposition de critères nosologiques

Un travail de recherche pour décrire les syndromes de Diogène et tester des hypothèses a été entrepris à l'initiative de Jean-Claude Monfort, et d'Isabelle Péan, par notre équipe. Nous avons réalisé une étude rétrospective<sup>4</sup> dont les conclusions ont servi à finaliser le protocole d'une étude prospective chez ces patients et qui est en cours d'analyse. Nous proposons ainsi des critères diagnostiques pour parler d'un syndrome de Diogène qui peut être secondaire si dû à plusieurs états pathologiques mais aussi dit primaire avec une absence de pathologie à ce jour détectable mais avec un lien possible d'antécédents traumatiques dans la petite enfance.

## Critères cliniques

Nous proposons de ne parler de syndrome de Diogène que si certains de ces critères sont présents, ces critères après validation pourront être des critères de repérage de ce syndrome qui n'est pas une maladie, mais qui peut être un des syndromes de plusieurs états pathologiques.

***Il existe un critère principal qui est le refus d'aide*** ; en effet le patient ne veut aucune aide et ne demande rien, alors qu'il semble avoir besoin de tout. En particulier, il se sent bien, n'a pas de médecin généraliste et ne prend pas de traitement médicamenteux.

***Les autres critères sont secondaires*** : ils traduisent un certain refus des conventions, et peuvent être absents ou présents selon les types.

– ***Un rapport aux choses particulier*** : entasseur ou rien (vide). Ce sont les entassements qui peuvent souvent constituer des risques pour le patient et son environnement et qui entraînent

de ce fait le signalement de ces cas.

– ***Un rapport aux autres particulier*** : avec bien souvent une misanthropie et une personnalité extraordinaire.

– ***Un critère corporel*** social, avec un refus des convenances, une négligence physique qui accompagne la négligence de son environnement. Avec parfois par exemple, des ongles et cheveux longs, barbe rigidifiée par les aliments inclus dedans, une couche de crasse recouvrant le corps.

Pour simplifier à l'extrême notre propos, on peut semble-t-il ***dégager schématiquement trois typologies principales.***

• ***Typologie I ou Diogènes secondaires***, de patients ayant une maladie identifiée psychiatrique ou neuro-dégénérative, avec le plus souvent, un déficit des fonctions exécutives et une apraxie au premier plan.

***Il peut s'agir de pathologie psychiatrique, psychose***, schizophrénie ou bipolaires, et plus rarement une oligophrénie et alcoolisme.

***Il peut aussi s'agir de démence de type dégénérescence fronto-temporale probable ; ou MA de type frontal.*** L'apraxie ajoutée à une apathie et une perte de l'initiative peut entraîner ce syndrome de « laisser aller » environnemental et corporel. Le refus de soin est explicable par l'anosognosie qui est importante dans ce type de démence.

• ***Typologie II : patients à la frontière du pathologique***, non identifiés comme malades, et qui font parfois parler d'eux sous le mode du fait divers tragique : incendie, agression ou autres. La plupart du temps, le mode d'entrée en matière de ces patients, souvent schizophrènes, se situent plutôt sur le versant déficitaire grave.

• ***Typologie III ou Diogènes dits « primaires »***, de sujets normaux (25 % des cas) ou ayant eu un traumatisme affectif dans leur petite enfance, un paradis perdu et activant un comportement de survie. « Tout semble se passer comme si, tout petit, entre l'âge de 0 et 3 ans, pour survivre à un environnement hostile, les personnes ayant un syndrome de Diogène avaient du activer un programme (*de relation aux objets, aux autres et à son corps*) susceptible d'augmenter ses chances de survie. C'est le maintien actif, l'apparition ou la réapparition, de ce mode de vie devenu inutile à un âge avancé qui apparaît comme inadapté, incompréhensible et énigmatique pour

le voisinage et les intervenants médico-sociaux. La présence d'un « trouble schizophrénique simple » (un trouble sans symptôme, limité à une personnalité exceptionnelle, originale, hors normes et un peu bizarre) serait l'un des facteurs nécessaires mais non suffisant pour que ce « programme » puisse être activé.

## La description de trois cas cliniques permettra d'illustrer notre propos.

### N°1/ Le cas de M. G. : une DLFT (Diogène secondaire à une pathologie)

Nous (assistante sociale et médecin) sommes appelés pour une évaluation, par son médecin généraliste, dans le cadre du réseau Mémorys, pour voir un homme de 60 ans célibataire, sans enfant. Ce patient nous est signalé comme Diogène car il vit dans un appartement sale et entassé. Ce médecin fait appel au réseau gérontologique car il ne sait pas comment faire pour résoudre ce problème qui lui paraît insoluble et pour lequel il est régulièrement interpellé. Les voisins se plaignent car même 5 étages en dessous, les odeurs sont terribles ! Ancien journaliste, M. G. n'a pas encore défait ses cartons de déménagement datant de plusieurs années. L'odeur était due à des selles qui s'entassaient au sol, plus ou moins recouvertes de papiers journaux. Son médecin généraliste a essayé de le faire hospitaliser en psychiatrie, en service libre. Mais ce patient ayant refusé, cela n'a pu se faire. Il nous ouvre vêtu d'un manteau, alors qu'il fait très chaud, sans culotte ni pantalons. Nous apprendrons qu'il a beaucoup maigri, il n'a plus un pantalon à sa taille ou propre. Ce patient n'ouvre plus son courrier et ne paye plus ce qui n'est pas en prélèvement automatique. Ces non paiements ont eu pour conséquence que l'électricité soit coupée. Il n'a encore aucun droit à la retraite et n'a plus de sécurité sociale.

**Évolution :** M. G. se laisse convaincre de faire un bilan en service hospitalier. Ce bilan très complet montrera une Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT) à un stade déjà modérément sévère. Sur le plan cognitif, une apraxie est au devant du tableau, presque totale, une apathie avec perte d'initiative et une anosognosie de ses déficits. Ce patient était dans un cercle vicieux,

d'une DLFT (apraxie et apathie empêchant toute action) avec ces caractéristiques aggravées par une incontinence complète et une malnutrition. Après une tentative de retour à domicile, il entre, malgré son jeune âge, en maison de retraite grâce à sa famille et il en exprime de la reconnaissance.

### Confrontons ce cas à nos critères nosologiques :

Le critère principal est positif par anosognosie et apathie.

#### Les critères secondaires :

- Corporel : positif par apraxie
- Relation avec les choses : positif par apraxie
- Misanthropie : absente

Ce patient vivait dans la précarité en raison de sa maladie neurologique, mais avec sa famille, il avait les moyens d'entrer en EHPAD sans faire appel à l'aide sociale.

### N°2/ Mme A ou le paradis perdu (Diogène dite « primaire »)

Je suis appelée en tant que médecin, dans le cadre du réseau Mémorys, pour voir cette patiente dite Diogène par les petits frères des pauvres. Cette femme célibataire, sans enfant est relogée par la ville de Paris, dans une résidence « sociale ». Elle a à nouveau, « diogénisé » ce studio qui lui a été confié car son appartement (qui est sa propriété) était envahi et de ce fait plus du tout habitable, car les piles montaient jusqu'au plafond sans aucune place en dehors de tranchées pour se déplacer ou s'allonger. Elle est très réticente à accepter un entretien. Elle est propre et maquillée, elle s'exprime bien. Elle travaillait comme assistante, mais ne travaille plus, elle a cependant de petites ressources (un chômage).

Lors de l'entretien, il apparaît qu'elle n'a pas de problème psychiatrique évident, mais une personnalité « particulière ». Elle n'aime pas les humains, mais adore les animaux. Elle a un état dépressif traité. Elle n'a aucun déficit intellectuel, et apparemment pas de pathologie somatique. Son MMS est égal à 28/30.

Elle me raconte son enfance Idyllique avec ses parents, en parlant « de son paradis perdu », quand elle a du quitter son grand parc et sa grande maison pour aller en pension vers l'âge de 10 ans et...« son cauchemar a commencé ».

C'est depuis une blessure et un déchirement monstrueux jamais cicatrisé. Elle n'a jamais pardonné à ses parents cette pension et se dit une vieille adolescente qui n'a pas réglé ses comptes malgré 10 ans d'analyse.

Elle me promet d'essayer de vider son studio dans un garde meuble mais ne veut pas qu'on l'aide car dit que c'est un domaine « inviolable ».

### **Confrontation à nos critères nosologiques :**

Le critère principal est positif elle ne veut rien et ne demande rien.

#### **Les critères secondaires :**

- Corporel : négatif.
- Relation avec les choses : positif par besoin d'avoir un cocon inviolable.
- Misanthropie : présent.

Il est important pour elle de ne pas violer cet espace qui la protège contre le monde.

### **N°3/ M. B est signalé à un réseau de santé gérontologique, car son domicile doit être vidé, et M. B expulsé.**

M. B est âgé de 75 ans environ. Il est originaire de l'ex-Yougoslavie et vit en France depuis plus de 20 ans. Il a exercé la profession de chauffeur auprès d'une actrice de théâtre et de cinéma. Durant cette période d'activité professionnelle, M. B a logé souvent dans sa voiture, qui est son refuge et aussi le « passeur » pour retourner dans son pays, ce dont il parle souvent. Il fréquente aussi souvent les accueils d'urgence destinés aux SDF, n'ayant pas de logement « à lui ». À la fin de sa vie, son employeur lui octroie l'usufruit d'un logement dont il disposera « jusqu'à sa mort ». Cependant, M. B n'entretient pas ce logement. Il y entasse beaucoup d'objets, et après quelques années, il ne peut plus y pénétrer facilement. Les objets s'entassent sur le sol sur plusieurs dizaines de centimètres, mais aussi le long des murs et sur des étagères près du plafond. L'ouverture de la porte devient très difficile. M. B « s'adapte » à cette difficulté : il scie la porte en 3 parties et rentre en poussant celle du milieu, seule partie de la porte à pouvoir être poussée. Il faut donc entrer à 4 pattes... Mais M. B continue d'entasser des objets dans son appartement, qui ne devient plus accessible. Il part dormir dans sa voiture, elle aussi encombrée d'objets. M. B explique qu'il accumule pour pouvoir rentrer au pays, bien que

plus personne ne l'attend probablement après autant d'années passées en France. Il ne semble pas délirant, et ne présente pas de troubles cognitifs majeurs. Cependant, aucun examen complémentaire n'a été réalisé pour l'instant, la situation sociale de M. B étant complexe.

M. B présente donc un syndrome de Diogène. L'encombrement de son appartement l'a conduit à vivre dans sa voiture et à réclamer un lit dans les structures d'accueil réservées aux SDF, alors même qu'il a un logement.

Il nous arrive de croiser des SDF tirant des caddies remplis de papiers, de cartons et d'objets divers. Parmi ceux-ci, certains ont peut être un logement dont l'accès est impossible en raison de l'entassement d'objets hétéroclites. Au-delà du repérage du symptôme, la question fondamentale qui se pose aux soignants, est « de quelle pathologie s'agit-il ? ». C'est par le diagnostic étiologique que peut passer une prise en charge qui a du sens et qui a des chances d'aider ces patients à aller mieux.

### **Comment aider ces patients à mieux vivre et habiter leur logement ?**

Si on reprend nos cas cliniques on se rend compte que la prise en charge dépendra bien sûr de l'étiologie du syndrome de Diogène.

En dehors de l'hospitalisation ou de l'expulsion, comment un groupe multi-professionnel à vocation médico-sociale peut-il aider ces patients ? On sait en effet que ce n'est pas facile et que le résultat d'un nettoyage précédé d'un désencombrement est parfois catastrophique et peut être vécu comme une véritable violence par ce patient.

#### **On peut donner quelques conseils :**

Cette demande arrive souvent très tard quand le choix des solutions est très restreint. Il s'agit le plus souvent d'une situation chronique ayant évolué depuis très longtemps, très lentement et ayant atteint pour l'environnement le seuil de l'inacceptable. Le sujet est alors hospitalisé après brûlure, ou gelures accompagnant souvent un état incurable.

- Il faut donc **prendre le temps de faire un diagnostic** afin de savoir que proposer.
- Il est important de rappeler que notre équipe médico sociale n'est pas là pour libérer un appartement, mais pour que la personne qu'on

nous signale aille mieux et puisse être soignée si besoin.

• **Comment agir en fonction du diagnostic ?**

**1/ Arriver à avoir le contact et entrer chez lui** pour observer, alors qu'il ne demande rien. Essayez de savoir pourquoi il ne demande rien. Comment y arriver ? Lui dire la vérité et que vous êtes là pour lui, est souvent un langage entendu.

**2/ Observer**

- Entrer chez lui permettra d'observer le sujet, son aspect, son discours, pour répondre à cette question: « le sujet est-il déficitaire? »

- Son lieu de vie peut aussi donner des indications essentielles: comment « ses accumulations de choses sont-elles organisées ? », notez ce qui est envahi, si ces objets ont un sens pour lui et s'il sait ce qu'il y a dans les piles.

- Il faut pouvoir lui poser des questions sur son enfance, et parler avec lui de sa situation actuelle, et essayer de comprendre pourquoi il en est là.

Cet entretien permet le repérage des critères « diagnostiques », lors d'un interrogatoire/discussion du sujet et de son entourage s'il existe.

**3/ En cas de doute il faut pouvoir évaluer s'il est déficitaire :** en lui faisant passer par exemple un MMS (évaluation cognitive globale) afin d'objectiver ses troubles de la mémoire, une DTS avec souvent en plus une apathie et une apraxie. Il faut aussi évaluer ses capacités fonctionnelles (dettes nouvelles) : éventuellement l'orienter pour un bilan complet s'il accepte (ce peut être le rôle des réseaux gérontologiques qui peuvent venir faire cette évaluation à domicile, car souvent il n'a aucun médecin).

**4/ Enfin et pour répondre aux craintes du voisinage, il faut évaluer les risques.** Nous proposons d'utiliser l'échelle des risques de Monfort (4), et peser le rapport bénéfice/risque: peut-on diminuer les risques sans le traumatiser ?

*Résumé des dimensions des risques évalués par l'échelle de risque*

**Utiliser le questionnaire d'évaluation des risques et des nuisances pour évaluer:**

1. risques incendies/explosion (8)
  2. risques pour la personne (8)
  3. nuisance liées aux odeurs (8)
  4. nuisances liées aux parasites (8)
- Score max:...../32

Si la décision est prise de nettoyer le logement, s'il s'agit d'un Diogène dit « primaire », ce sera difficile et long : on peut fixer au début des objectifs modestes à atteindre de façon très progressive, sur le mode d'une prise en charge psycho-comportementale, pour atteindre un objectif précis qui évitera l'expulsion. C'est souvent plus facile pour les Diogènes secondaires à des pathologies qui peuvent alors même être très reconnaissant qu'on s'occupe enfin d'eux.

En conclusion : les patients présentant un syndrome dit de Diogène, ne sont pas forcément précaires. Ils présentent différentes pathologies (DFLT, schizophrénie, ...) ou plus rarement, une absence de pathologie apparente. Il est important avant d'agir « pour les aider » de faire un diagnostic de ce qui entraîne cet état. L'étude prospective que nous venons d'achever permettra de valider nos critères nosologiques et de confirmer la prise en charge à réaliser. ||

# Syndrome de Diogène, le grand écart : du respect de la personne au respect des règles

• **Aline Pothier**,  
inspecteur de  
Salubrité, Service  
de la Santé Publique  
et des Handicapés,  
Ville de Marseille

• **Béregère Latil**,  
responsable de  
Division, Service  
de la Santé Publique  
et des Handicapés,  
Ville de Marseille

**Le Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille a en charge l'application des règles en matière d'hygiène publique et de salubrité. À ce titre, il met en œuvre les pouvoirs de police généraux du maire en matière d'hygiène en application de l'article L2212 du Code Général des Collectivités Territoriales et les pouvoirs de police spéciaux du Préfet en matière d'insalubrité en application du Code de la Santé Publique.**

Les agents du service, assermentés par le juge, effectuent donc des constats sur le terrain au domicile suite à des plaintes reçues et établissent des mises en demeure ayant pour objectif la réalisation de travaux permettant de mettre fin aux désordres constatés.

Dans le cadre de ses missions, il arrive parfois que certaines plaintes arrivent au service relatant des problèmes d'incurie dans le logement et des nuisances engendrées par le mode d'occupation de personnes souvent décrites comme « hors normes » (bruit, odeurs, prolifération de nuisibles...). Ayant généralement atteint les limites de leur tolérance à accepter une situation qui perdure depuis longtemps, les plaignants, qui sont souvent les voisins, assortissent leur plainte d'une notion d'urgence à intervenir pour faire cesser les nuisances.

Or, la plupart du temps, le simple rappel de la réglementation en matière d'hygiène ne suffit pas pour régler le problème et ne constitue donc pas une réponse adaptée à la souffrance psychique de la personne en situation d'incurie ni à celle des personnes qui la subissent.

Le Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille, sensibilisé depuis plusieurs années à cette question de l'incurie dans l'habitat, a développé, depuis 2008, des partenariats autour de la thématique de la santé mentale. L'objectif étant une prise en charge coordonnée et concertée de la personne dans le respect des prérogatives de chacun des acteurs.

Ce travail en réseau permet des partenariats larges mettant en lien des acteurs tels que la police sanitaire de la Ville, la psychiatrie, la police nationale, les services sociaux,... dont la rencontre paraissait au départ improbable<sup>1</sup>.

Désormais, face à des modes d'occupation problématique, cette culture commune développée et acquise, permet de partager et de travailler autour de la personne afin de parvenir à des solutions sur des situations initialement bloquées.

Dans ce cadre partenarial, le travail des techniciens du service est d'abord d'évaluer sur le terrain la réalité et le niveau des nuisances dénoncées et le cas échéant d'alerter le réseau. Néanmoins, se pose en permanence la question de la légitimité de notre intervention chez une personne qui n'est pas en demande et du respect de la liberté de chacun à vivre comme « bon lui semble ».

Quand l'incurie dans l'habitat devient-elle une gêne et pour qui ? Quand y-a-t-il intrusion et quand est-elle nécessaire ?

Autant de questions, qui nous interpellent et influent sur notre manière d'appréhender ce type de dossier.

Ainsi, les deux exemples détaillés ci après, volontairement extrêmes et opposés dans leur aboutissement, illustrent les pratiques des agents du service dans la prise en charge des situations d'incurie dans le logement.

Dans la première situation, au démarrage, le voisinage se plaint auprès du Service de la Santé

1. Épuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage par Mylène Frappas – Rhizome N°42

Publique et des Handicapés de la propriété voisine dont le jardin est envahi d'objets hétéroclites, attirant les rats et dont les arbres débordent sur leur propre jardin. L'inspecteur de salubrité chargé de ce dossier se rend sur place, mais ne peut entrer dans les lieux, une montagne de ferrailles et autres déchets entassés derrière le portail d'entrée empêchent l'accès à la maison.

L'enquête de voisinage fait apparaître que Monsieur X :

- n'aurait plus été vu depuis plusieurs mois
- ne sortirait que la nuit pour chiffonner et ramener des objets chez lui
- serait devenu solitaire et agressif, (aurait tiré au fusil sur des chiens) depuis la mort de sa mère avec qui il vivait
- n'aurait pas de famille connue
- une retraite en Corse est également évoquée...

Cette auto-exclusion avait conduit le voisinage à ne plus communiquer avec lui. Des signalements avaient été faits auprès des Pompiers et de la Police qui, après s'être rendus sur place et avoir constaté la présence d'appareils électriques en veille, derrière une fenêtre, n'avaient pas poussé plus avant les investigations malgré l'incurie du logement.

Fort du constat fait sur place et des renseignements glanés, l'inspecteur de salubrité approfondit ses investigations et se met en lien avec :

- le Service Central d'Enquêtes de la Ville de Marseille qui ne trouve pas d'acte de décès
- l'équipe de psychiatrie du secteur qui ne trouve pas trace de Monsieur X, dans les hôpitaux psychiatriques
- le commissariat du secteur qui ne peut légalement pénétrer dans les lieux pour les fouiller

Le service effectue alors un signalement pour disparition inquiétante auprès du Préfet de Police, car c'est la seule action qui va permettre aux inspecteurs de police de lancer des recherches en Corse, d'avoir accès aux mouvements des comptes de M. X et d'autoriser l'intrusion dans les lieux.

Ainsi, après cinq mois d'investigations, les policiers ont donc affronté la montagne de détritus, meubles, ferrailles et autres objets tant à l'extérieur qu'à l'intérieur et ont découvert

derrière une porte, sous cet amoncellement, le corps momifié de M. X, chaudement vêtu et recroquevillé mort depuis 2 à 3 ans d'après l'autopsie.

À l'intérieur, des galeries avaient également été creusées sous les fondations de la maison.

Plusieurs questions restent posées : l'indifférence du voisinage, les délais d'intervention et de mobilisation des services, et enfin « le drame aurait-il pu être évité ? »

Dans la deuxième situation, le service est sollicité pour des problèmes d'odeurs et de prolifération de nuisibles dans les parties communes d'un immeuble émanant d'un logement occupé par Monsieur et Madame X. L'inspecteur de salubrité s'est déplacé à plusieurs reprises sans forcément constater de grosses nuisances olfactives dans les parties communes. Les occupants n'ont dans un premier temps jamais accepté d'ouvrir la porte. Les informations recueillies par l'enquête de voisinage et le refus d'ouvrir la porte laissent penser que le ménage est dans une démarche d'auto exclusion. Au bout d'environ 6 mois, après plusieurs tentatives de visites et prises de contact, le mari accepte finalement d'entrouvrir la porte. Il concède que son épouse entasse beaucoup d'objets à son domicile mais qu'il ne s'agit pas de déchets. Néanmoins, il ne souhaite pas être aidé. Le service de la santé contacte tout de même le CMP qui reçoit Madame X. Cette dernière est très cohérente dans ses propos et dément totalement les faits qui lui sont reprochés, elle refuse toute prise en charge. Les plaintes du voisinage perdurent et se font plus pressantes. L'inspecteur parvient enfin à pénétrer dans les lieux (environ 8 mois après la première plainte). À cette occasion, l'agent constate que la totalité du logement de type 2 est encombré par des livres, médicaments, conserves et objets de toutes sortes. Seul le lit reste accessible ainsi qu'un petit espace dans la cuisine où le couple prépare ses repas avec une cuisinière à gaz. La prolifération d'insectes et le risque d'incendie sont réels. L'agent indique clairement à Monsieur X que cette situation n'est pas acceptable et le service décide d'écrire au couple pour lui demander de mettre fin rapidement à cette situation. À la demande du service, le CMP reçoit une nouvelle fois et à plusieurs reprises Madame X. Toutes les propositions de

prises en charge ou d'aide à domicile sont à nouveau refusées par le couple. Néanmoins, ces interventions répétées de plusieurs acteurs auprès du couple servent de détonateur et font prendre conscience à Monsieur X de l'urgence à réagir. Ce dernier s'engage à débarrasser son logement et à le désinsectiser. Commence alors pour Monsieur X un combat quotidien avec son épouse, puisque chaque jour, petit à petit, il fait le tri et jette quelques objets. Parallèlement, l'inspectrice informe les voisins de la prise en compte de leur demande et les assure qu'un suivi est mis en place auprès de Monsieur et Madame X. Les explications données par le service et la reconnaissance de la réalité des nuisances subies par le voisinage permettent de faire redescendre la tension et apaisent quelque peu les relations dans l'immeuble. Près de 18 mois après la première plainte, Monsieur X répond à une nouvelle sollicitation du service et accepte d'ouvrir son logement pour une visite. À ce jour, la totalité de l'entrée et du salon est débarrassée, la chambre et la cuisine

sont désencombrées et accessibles même s'il reste encore des objets à débarrasser.

Au cours de la visite, l'agent du service a pu voir que le travail accompli par monsieur X, apportait finalement un réel soulagement au couple. En effet, Madame X était ravie de nous informer que le piano était à nouveau accessible et qu'elle s'était remise à en jouer...

Ces deux situations extrêmes montrent que la prise en charge et le traitement de certaines situations demandent du temps, de l'investissement et de la persévérance et que seule la mobilisation de plusieurs champs de compétences (psychiatrie, social, sanitaire, technique...) autour de la personne permet d'aboutir à des solutions.

Ces formes de collaboration permettent l'engagement des acteurs, sensibles à la souffrance psychique. Ceux-ci ne se contentent pas du seul traitement administratif « d'un dossier » mais restent attentifs dans le temps pour une prise en charge durable. ||



# Accompagnement et maintien au logement dans la psychiatrie de secteur et les politiques publiques à Marseille

**Le logement est devenu une préoccupation essentielle dans la pratique de la psychiatrie de secteur en milieu urbain telle que nous en avons l'expérience à Marseille. Des chemins divers ont conduit ces dernières années les acteurs du social et du soin dans un « travailler ensemble » autour de la question de l'habitation, car elle se pose en amont et en aval du soin, autant que comme objet de soin elle-même. La création en 2006 d'un COSM (Conseil d'Orientation en Santé Mentale) sur la volonté d'une élue de la Ville et la mise en place en 2007 d'un Atelier Santé Ville en Santé Mentale, visant à la prévention, l'accès au soin, l'insertion - dont l'insertion par le logement, ont permis que des « réseaux » soient mis en place qui instituent des pratiques nouvelles. L'accompagnement au *se loger* et à *l'habiter* est ainsi devenu un enjeu social et de santé de première importance tout en dévoilant au fil de la pratique la complexité de son approche.**

• **Pierre Morcellet**  
psychiatre responsable de secteur, responsable d'EMPP

• **Valeria Mantello**  
psychologue, coordinatrice de réseaux

• **Frédéric Buet**  
membre de l'association ARISMM, locataire

• **Farida Agoudjil**  
assistance sociale en CMP, membre de l'ARISMM

Sans doute, auparavant, l'Asile, et, après lui, l'Hôpital Psychiatrique et le Centre Hospitalier Spécialisé, ont rempli une fonction sociale : la fonction asilaire d'hébergement. On sait aussi les effets délétères et de chronicisation de l'institution asilaire sur les malades et ses effets d'exclusion et de stigmatisation pour ces citoyens. La *politique* de secteur a au contraire consisté à partir des années 60 en la construction de dispositifs et de pratiques de proximité, impliquant positivement l'environnement social et familial du « patient », selon une logique d'inclusion, qui donne place au malade psychique dans la cité. Le mouvement dit de « désinstitutionnalisation » des années 70 a promu des structures alternatives à l'hospitalisation telles que l'Hôpital de jour, le CATTP et d'autres, pour l'accès au soin et l'insertion sociale. Le CMP a été défini dans les années 80 comme le « pivot » du Secteur, renversant ainsi la représentation hospitalocentriste du soin en psychiatrie. Plus tard, dans les années 90-2000, les mouvements d'usagers, de travailleurs pairs, la création de GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), ont porté plus loin la question de la participation active des « usagers » à la société et à l'organisation du soin lui-même.

## CMP et vie associative

Le Secteur 11 de psychiatrie générale à Marseille correspond au 1<sup>er</sup> et à une partie du 2<sup>ème</sup> arrondissement de la ville ; il est un des six secteurs du Centre Hospitalier Édouard Toulouse qui dessert le centre ville et les quartiers Nord. Dès les années 80-87, trois de ces six secteurs, se dotaient d'associations loi 1901 afin de promouvoir l'accès au logement et un accompagnement spécifique à partir de leur CMP. Ainsi, dans le secteur 11, l'ARISMM a été créée en 1982 : Association pour la réadaptation et l'insertion des malades mentaux, selon un vocabulaire propre à l'époque. Car si les malades psychiques ne vivent plus à l'hôpital où logent-ils ? Et quid de la question de la chronicité de certains troubles psychiatriques ? Le constat de la difficulté pour certains confrontés à la vie dans la cité, du fait du regard porté sur eux et du fait de leur apragmatisme ou de leurs défenses parfois paradoxales, ont fait placer au centre de la problématique à traiter pour aborder la question de l'hébergement celle du lien social. L'objet de l'association est ainsi de « favoriser le maintien et le développement des relations sociales et affectives chez des personnes dont les difficultés psychiques ont provoqué la détérioration de ces liens ». D'abord les logements furent collectifs,

à deux ou trois personnes, où ces liens se trouvaient à créer et promouvoir, accompagnés par des visites à domicile de soignants de l'association intervenant à partir des structures ambulatoires du service (CMP, HDJ, CATTP). Mais cette position fut à revoir. Aujourd'hui la très grande majorité des appartements de l'ARISMM sont individuels : 16 sur 19.

Ainsi, l'ARISMM a développé un partenariat avec un bailleur social et est locataire aujourd'hui de 19 logements pour 23 personnes. Des contrats de sous-location lient les habitants de ces appartements à l'association, parallèlement à un contrat de soin individualisé avec le secteur. Des visites soignantes régulières sur le lieu d'habitation sont effectuées, à un rythme variable selon la situation de chacun. Une attention particulière est portée à la vie associative : des réunions bimensuelles qui se veulent conviviales sont un temps de partage de café, de biscuits de fêtes d'anniversaires, mais aussi d'expériences, où la parole circule. Soucis techniques dans l'appartement, mais aussi le quotidien, les plaisirs de la vie dans la ville, ce qui s'y passe sur le plan culturel, des projets de sorties ou de loisirs, le plaisir aussi de se trouver chez soi et ses difficultés parfois, etc., s'y trouvent abordés. Des projets personnels de décoration ou d'amélioration de l'habitat se sont trouvés mis en commun, qui ont conduit à la création d'un « Groupe Travaux » de 6 à 8 personnes qui interviennent pour repeindre, meubler ou transformer un ameublement (par exemple transformer un miroir pour en faire un objet de décoration en mosaïque) chez un tel qui en fait la demande au sein du groupe. On voit ainsi comme l'habitant se trouve porté par les autres à investir son logement, à « l'habiter », ce qui n'est pas une évidence donnée a priori pour nombre de « patients ».

Les personnes impliquées dans l'association se vivent comme un collectif, co-concernées par ce qui se passe là. Des baux glissants font que des personnes logées par l'intermédiaire de l'association peuvent voir le bail à leur nom tout en continuant de faire partie de l'association ; il est un « membre d'honneur » qui s'est investi dans l'association sans être logé par elle. Des sorties pour des événements culturels se font,

avec ou sans soignants, parfois avec le soutien de l'association Culture du Cœur (permettant à des personnes de faibles revenus d'accéder à des places de cinéma, théâtre, musées...). Autre temps fort : l'Assemblée Générale annuelle, devenue le « pique-nique de l'ARISMM », qui rassemble l'ensemble des membres de l'association, fait événement à chaque fois et fait mémoire, en accueillant aussi d'anciens membres (soignants ou pas) venus s'informer et marquer leur engagement solidaire avec l'action de l'association.

Car la dynamique associative porteuse ici de « l'habiter » se fonde dans ce lien social et de solidarité ainsi créé. Le « groupe travaux » s'est constitué de fait lorsqu'un nouveau membre de l'association a été en passe d'intégrer un logement dégradé comme il peut en exister beaucoup en centre ville, à un moment où l'association n'avait pas les moyens financiers de faire intervenir une entreprise privée. Les autres membres de l'association se sont alors mobilisés, et, encadrés par une infirmière, ont effectué les travaux nécessaires de nettoyage et réfection, permettant en quelques jours à Monsieur T. d'intégrer son logement. Durant les travaux, les autres « patients », voisins, rendaient visite, encourageaient, étaient accueillis. Le « groupe chantiers » (ou « travaux ») était né. Cette dynamique s'est poursuivie, pour refaire un sol ici, repeindre un plafond là, pour rendre les appartements plus lumineux, plus vivants... Le locataire a ainsi le sentiment « d'appartenir à une communauté » et y trouve le soutien pour se maintenir dans son habitation.

### **L'accompagnement : une communauté partagée entre locataires et aidants**

En effet, pour le locataire, l'accession au logement est une expérience non dénuée de prise de risque. Si l'on est assez bien pour sortir de l'hôpital, la peur de l'inconnu fait craindre d'échouer et de se trouver à la rue. Là, le rôle de l'accompagnement est essentiel, et en premier lieu celui des infirmiers. Mais à condition que ceux-ci ne se présentent pas comme dispensateurs de normes ; le danger est que la relation s'établisse sur le mode de la « confrontation », c'est-à-dire d'un face à face où les aidants sont vécus comme des intrus et

où l'impétrant habitant se sent en danger de « ne pas être à la hauteur » ou d'être en devoir de coller à un modèle. Habiter c'est investir des lieux pour se les rendre familiers, c'est aller vers sa propre histoire, témoigne le locataire, mais dans un premier temps, parfois des années, l'aidant peut faire peur, comme faisant intrusion dans mon intimité, pourtant à construire. Et aussi : « au début, je sentais la personne pas à l'aise ».

« On aurait pu échouer » constate après coup celui qui témoigne, le « on » attestant de la nature du lien qui a pu finalement s'instaurer pour permettre l'accompagnement : une communauté partagée. Mais cet accompagnement prend du temps pour se mettre en place ; la méfiance première doit être surmontée, c'est comme une histoire où chacun va vers l'autre, pour une « communicabilité » qui n'est pas trouvée d'emblée mais qui peut finalement exister à partir d'un lien qui s'est construit peu à peu, à partir de l'expérience vécue où l'infirmier « comprend ». Du choix de l'appartement aux démarches accompagnées, de l'aide à l'aménagement au nettoyage des lieux à investir, de l'aide matérielle à l'écoute, « on » a fait quelque chose. L'infirmier est alors dans la position de l'invité chez l'autre, celui-ci accueille et attend une aide concrète ainsi qu'une réassurance qui anticipe les difficultés. Habiter ne va pas de soi, le fait de sentir l'aidant engagé, y compris dans les choses les plus concrètes de notre quotidien qui peut faire obstacle ou laisser perplexe, en qui il est possible de faire confiance, avec qui le risque est assumé, rend possible de réussir le projet dans la durée d'habiter le logement comme *chez-soi*. L'habitant se fait sujet lorsqu'il ne s'agit plus d'être ou pas à la hauteur mais d'être animé d'un désir, que soutient à son début l'autre accompagnant.

Ainsi, l'accompagnement soignant au plus près du quotidien (même si les visites au domicile sont espacées) et la vie de l'association alimentent un « sentiment de communauté » qui est ressenti comme essentiel à la réussite du maintien dans le logement. Parfois le partage d'expériences (et l'entraide) entre locataires est plus important même que la relation d'aide avec les soignants, mais l'intérêt du groupe constitué par les membres

de l'ARISMM est aussi très essentiellement son ouverture sur la cité, par exemple par la culture ; « je ne voudrais pas être reconnu seulement dans ce groupe, j'ai surtout besoin qu'il soit une base sur laquelle me reposer pour ensuite aller vers d'autres groupes sociétaux », peut témoigner le locataire. La dimension de citoyenneté apparaît très rapidement consubstantielle de l'habitation.

Notre expérience est que l'habitation se soutient du lien social porteur et structurant dont l'association est l'occasion. Cette « compréhension » ou « communicabilité » dont fait état le locataire, ce « on » ou ce « nous » qui fait « communauté » se fondent dans ce que le psychiatre japonais Kimura Bin explicite sous le concept d'*aïda* majeur dans la culture japonaise, qui opère à un niveau pré-objectal de la relation interpersonnelle et de la constitution du sens des choses, du monde, de la construction du monde, c'est-à-dire ici finalement pour ce qui nous intéresse : de l'habitation, mais qui en ouvre la possibilité en en donnant une orientation, un style possible. L'*aïda* est l'*entre*, l'entre-deux, comme l'eau est le milieu dans lequel évoluent les poissons, selon une proposition imagée de J. Furtos. Pour Kimura : « l'individu ne saurait être considéré comme une monade isolée instaurant après coup une relation avec les autres. Au contraire (...) l'*aïda* interpersonnel est premier et ensuite seulement il s'actualise sous forme de soi-même et les autres. Le soi-même [ici nous dirons : le chez-soi] comprend l'*aïda* comme un des moments constitutifs ».

Habiter est donc s'approprier un espace pour le faire sien dans le même mouvement qu'il est faire entrer l'extériorité du monde dans un intérieur à constituer, il est un rapport à l'altérité où l'*aïda* est un moment primordial de son installation. Du reste, Kimura développe aussi un *aïda* intrasubjectif où je comme un autre trouve aussi sa place. L'accompagnement thérapeutique a pour visée la création de ce lieu - lieu d'habitation - et sa pérennisation dans la durée. Prenant d'autres références : créer le lieu de l'habitation est encore la création de l'espace intermédiaire conceptualisé par D.W. Winnicott à partir du concept de transitionnalité, où l'objet de l'habitation est à la fois trouvé-crée par l'habitant et présenté par l'accompagnant.

Une pratique de secteur pour l'accès au logement s'implique ainsi dans le social au plus près d'une quotidienneté à accompagner. L'association n'est pas qu'un dispositif de facilitation des démarches locatives ou même de mise en place de caution solidaire face aux bailleurs, elle est un collectif qui soutient un projet commun inscrit dans la cité.

### **L'interpellation de la psychiatrie, partenariats et travail de réseau**

Mais les années 90 allaient être celles d'autres transformations. Dans cette période, l'institution psychiatrique fermait un grand nombre de lits : 125 000 entre 1975 et 2000. Pour une part cette évolution était voulue par les psychiatres mais bientôt elle était imposée de manière drastique par des contingences économiques, dans des proportions non voulues par tous, et sans le développement de l'extrahospitalier à hauteur des besoins pour un accompagnement en ambulatoire. On a pu parler parfois « d'externalisation arbitraire », « d'enfermement dehors ». D'un autre côté, la crise du logement, la montée des processus de précarisation, le sans-abrisme, allaient faire apparaître de nouveaux publics dans les centres d'aide et d'hébergement social et faire développer par le social de nouvelles pratiques d'hébergement et d'accompagnement. Le constat est que les représentants de CHRS faisaient valoir que 40% de leurs résidents présentaient des troubles ou une souffrance psychiques, que dans le même temps une enquête en 2011 au Centre Hospitalier Édouard Toulouse à Marseille montrait que près de 50% des personnes hospitalisées étaient sans logement. De nouveaux liens entre intervenants du social et du sanitaire étaient à penser.

Dans son rapport *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, A. Lazarus alertait en 1995 sur la nécessité d'une implication de la psychiatrie auprès des travailleurs sociaux et pour un aller-vers les publics en précarité. La demande venait du social : pour que la psychiatrie s'intéresse positivement à une clinique psychosociale qui se manifestait sur les lieux du social et nécessitait de nouvelles élaborations psychopathologiques et de nouvelles pratiques. Des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) furent créées, parfois à partir du secteur (comme dans notre

cas), parfois indépendamment, à la fin des années 90 puis confortées par la circulaire du 23 novembre 2005. Prévenir, traiter, accompagner la souffrance en lien avec la précarité allait faire se préciser l'objet de l'intervention de la psychiatrie, dont la question du logement serait centrale, ouvrant à une collaboration des équipes de psychiatrie et du social sur un mode inédit. De l'idée du partenariat qui reste attachée à celle de l'urgence et où chacun reste dans son champ propre, on passerait peu à peu à celle du travail de réseau qui est celle de la création d'un espace dédié à un penser et agir ensemble.

Du côté du social, les modalités d'hébergement se diversifièrent avec la création de Pensions de Famille, Maisons-Relais, Familles Gouvernantes, CHRS diffus... La création à partir de 2005 de SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) et de SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés) permit de se doter de nouveaux outils de soutien au logement et à la socialisation. Un SAMSAH est ainsi porté par trois des secteurs Centre Hospitalier Édouard Toulouse. EMPP et CMP participent auprès de ces différentes structures à l'accès aux soins et l'insertion.

Une expérience intéressante est menée depuis 2010, dite d'Intermédiation Locative (IML), pilotée par le COSM, coordonnée par l'Atelier Santé Ville Santé Mentale, impliquant deux secteurs, en partenariat avec deux associations d'accès au logement (GALILE, ADRIM) dans le cadre de la loi Dalo, pour que 10% environ des logements « captés » dans le parc privé pour être mis à disposition de publics précaires, puissent être dédiés à des personnes présentées par les CMP, avec un accompagnement coordonné des équipes sociales et de soin. 18 logements sont ouverts pour 18 « ménages » : personnes seules, couples ou familles, avec des antécédents de vie dans la rue pour la plupart, de nombreuses ruptures, d'hospitalisations réitérées ou parfois longues. Des visites à domicile distinctes, parfois conjointes, sont effectuées par les équipes sociales et celles de CMP. SAVS ou SAMSAH participent à l'accompagnement de certaines des personnes. Certaines sont également en soin en CATTP ou Hôpital de Jour des secteurs et/ou fréquentent un GEM. Des réunions

mensuelles de présentation de candidature et de suivi permettent aux intervenants d'échanger et construire les conditions d'un accompagnement adapté. On constate que la quasi totalité des « ménages » ainsi logés conservent leur logement dans la durée. Cette pratique montre un double intérêt : l'accompagnement permet un soutien à la vie en logement et dans la cité, le logement offre un mode de vie qui permet une continuité de l'accompagnement social et du soin. 13 autres logements pourraient ouvrir en 2014.

Une diversité de dispositifs permet ainsi d'ajuster l'accompagnement à proposer. L'IML prévoit un suivi pendant deux ans, débouchant si possible sur une procédure de bail glissant. L'ARISMM prévoit aussi de tels baux glissants et en a déjà effectué, mais on observe qu'au fil des années un bailleur social est devenu partenaire exclusif de notre association pour l'obtention de logements, et, alors que l'effort de l'équipe soignante se portait sur une « sécurisation » du locataire tout en faisant si besoin médiation avec le bailleur, c'est celui-ci qui se trouve tellement « sécurisé » par le dispositif proposé qu'il se refuse à l'idée de tels baux glissants, tout en réaffirmant sa volonté de partenariats pour la dispensation d'autres appartements pour l'association... Telle est aussi la différence entre partenariat et travail de réseau !

Le projet est en cours de rassembler en 2014 les trois associations sectorielles du Centre Hospitalier Edouard Toulouse en une seule, l'association A.P.P.A.R.T. (Association Pour la Promotion des Appartements de Réinsertion Thérapeutique), qui sera portée par les six secteurs de l'établissement, pour favoriser encore davantage l'accès au logement des personnes en soin (il est estimé qu'au moins 10% des personnes hospitalisées au long cours le sont, non du fait de leur état de santé mais en raison de leur absence de solution de logement ou hébergement à l'extérieur de l'hôpital...), pour également renforcer l'interface institution soignante/bailleurs sociaux ou autres partenaires, et, par exemple, mettre en œuvre de manière concertée une pratique telle que celle des baux glissants.

Ainsi, la psychiatrie s'est déplacée dans le social sous l'effet de divers mouvements. Pour nous, instituer des collectifs pour un prendre soin

collectivement est au fondement des pratiques sectorielles telles que nous les pensons dans et avec le social dans nos quartiers. Cela en intégrant la problématique forte du logement et sa dimension de *l'habiter*. Ces collectifs sont des réseaux partageant une éthique et des buts pour la prévention, l'accès au soin, l'insertion. Les réseaux « Santé Mentale et Logement » mis en place dans différents arrondissements de la ville en sont un autre exemple.

## Les Réseaux Santé Mentale et Logement à Marseille

Les réseaux « Santé Mentale et Logement » sont nés sous l'impulsion du Service de Santé et des Personnes Handicapées de la Ville de Marseille et de l'Atelier Santé Ville Santé Mentale de la Ville de Marseille. Le premier de ces réseaux est né en 2008 dans le 1<sup>er</sup> arrondissement, d'autres se sont créés à partir de cette expérience ou sont en voie de création dans les autres arrondissements de la ville.

Ces actions constituent une des priorités du Plan Local de Santé Publique Santé Mentale de Marseille (PLSP SM) : « Favoriser l'insertion sociale des personnes en situation d'handicap psychique en développant notamment des mesures d'accès et de maintien au logement et/ou à l'hébergement » ; un des trois axes de travail retenus par le Conseil d'Orientation en Santé Mentale de la Ville de Marseille (COSM) est : « l'accès et le maintien dans le logement ». Ces actions s'inscrivent également dans le Contrat Local de Santé (CLS) signé le 23 juin 2010 entre la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé PACA et la Ville de Marseille. Ce contrat, le premier signé en France, a pour objet d'amplifier la démarche de promotion de la santé menée dans le cadre de la Politique de la Ville et matérialisée par les Ateliers Santé Ville.

Ces réseaux sont des dispositifs multi partenariaux dont le but consiste à mobiliser des ressources des différents champs professionnels : médical-psychologique-social-éducatif-associatif et institutionnels, à dynamiser et à conforter les partenariats, pour conduire et coordonner des actions autour des situations complexes dans le domaine de la santé mentale et du logement. Pourquoi complexes ?

Le terme Complexus signifie : « ce qui est tissé ensemble... » il s'agit donc des situations où l'on trouve plusieurs facteurs entre-tissés (précarité, vulnérabilité psychique, isolement, rupture sociale, incurie dans le logement, endettement, perte de droits, etc.), lesquels n'ont un sens que si on les observe ensemble dans leur interaction. Les formes sur lesquelles ces situations se présentent sont diverses et témoignent toutes d'une difficulté à habiter avec soi-même et avec les autres.

Le plus souvent ces situations se chronicisent et la coordination des services légitimes peine à se mettre en œuvre, les modes d'intervention classiques ne sont plus opérationnels, le soin est interpellé tardivement, souvent sur le mode de la contrainte (hospitalisations sans consentement ou d'office), les situations s'aggravent et aboutissent sur le plan social à des mesures d'expulsion, d'exclusion familiale.

Les réseaux constituent ainsi un cadre d'action spécifique, un espace de collaboration associant la psychiatrie publique (CMP, EMPP), les bailleurs sociaux présents sur le territoire, les services sociaux (Maisons Départementales de la Solidarité, Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Marseille), les associations de quartier, les usagers, les élus, les services de la Ville, les services de police, dans le but d'intervenir plus en amont de situations complexes.

Ces réseaux ne sont pas une offre de service supplémentaire mais la mobilisation de ressources existantes sur le territoire. Le but de ces réseaux est bien d'ouvrir un espace propice à l'élaboration collective, un espace transversal, un interstice entre les institutions où une rencontre entre partenaires issus des

champs différents devient possible. Les réseaux seraient ainsi l'émergence d'une « nouvelle » organisation des services existants.

Le travail en réseau permet de se sortir de la logique du signalement pour aller vers une autre philosophie de travail où plusieurs logiques vont se croiser. Ces logiques de travail ont chacune sa spécificité, sa temporalité, ses propres règles de fonctionnement.

Ces logiques doivent co-exister et co-travailler, elles ne doivent pas être réduites mais mises en synergie ; comment concilier les temps de bailleurs et les temps psychiques ? Comment réfléchir au croisement de cultures professionnelles différentes ? Les situations sont présentées dans ce qu'elles font impasse pour celui qui en a la charge actuelle, elles sont problématisées ensemble, dans leur complexité, puis suivies de mois en mois au fur et à mesure qu'une action est menée par divers intervenants auprès de la personne reconnue en difficulté. Concrètement, on observe que moins de 20% des situations ainsi « travaillées » ensemble aboutissent à une hospitalisation.

*L'organisation en réseau fait ainsi apparaître des qualités nouvelles, qui n'existaient pas dans les approches isolées. De fait, cela devient possible car on propose un espace d'élaboration collective (réunions) avec une continuité dans le temps (régularité de réunions) où quelque chose d'un collectif commence à se tisser, un étayage autour de la personne, une trame symbolique pour qu'un sujet puisse venir se « loger », une clinique du lien qui permet de restituer l'individu isolé dans un collectif social. ||*

# Le programme « un chez-soi d'abord » : mauvais objet, nouveau paradigme ?

• **Pauline Rhenner**  
chargée de recherche,  
Évaluation du  
Programme Un Chez  
Soi d'abord  
Fédération régionale  
de recherche en santé  
mentale du Nord-Pas-  
de-Calais

*Financé par l'Etat sous l'impulsion de la ministre de la santé en place en 2009, le programme Un Chez Soi d'abord est présenté comme une innovation palliant les échecs des politiques publiques quant à la prise en compte des personnes cumulant grande précarité et troubles psychiatriques sévères.*

*Concrètement mis en œuvre dans 4 sites français depuis août 2011 (Marseille, Toulouse, Paris et la métropole lilloise), il consiste en une étude comparative entre deux groupes, l'un témoin, l'autre expérimental, dont les participants répondent à des critères communs: la présence de troubles psychiatriques sévères et un parcours de rue. Il a pour objectif de tester l'accès direct à un logement ordinaire associé à un accompagnement médico-social spécifique qui doit permettre un maintien durable dans un chez soi.*

*Ce programme suscite de nombreuses polémiques, critiques et prises de position. Son inauguration grèverait les ressources de la psychiatrie ou du système d'hébergement (c'est une expérimentation financée par l'Etat), son importation en France serait inadaptée culturellement (c'est un programme issu des expérimentations américaines et canadiennes dites du Housing First), sa méthodologie ne serait pas éthique en raison de sa méthodologie (c'est un essai randomisé qui crée un groupe témoin), et son développement serait inutile en raison des stratégies déjà existantes en France (en particulier les appartements associatifs).*

*Le protocole de la recherche évaluant l'expérimentation française Un Chez Soi d'abord prévoit l'étude des dynamiques institutionnelles et politiques rendues visibles et modifiées par la mise en place de ce programme. Notre travail en tant que sociologue consiste notamment à observer la mise en place de ce programme, son implantation et son déroulement, et réaliser des entretiens auprès des acteurs intervenant auprès de personnes connaissant un parcours de rue et ayant un trouble psychiatrique sévère*

*dans les quatre sites expérimentaux français. Il s'agit autant de documenter le système habituel de prise en charge et d'accompagnement que l'expérimentation elle-même.*

Nous souhaitons partir du cas des appartements associatifs pour généraliser notre propos, puisqu'il illustre assez bien les enjeux sous-jacents aux controverses suscitées par l'un des arguments les plus régulièrement opposés à ce programme par la psychiatrie publique (« le programme Un Chez Soi d'abord réinvente l'existant »), psychiatrie qui cherche effectivement depuis plusieurs décennies à développer un ensemble d'actions et de services se réclamant du mouvement de réhabilitation psychosociale<sup>1</sup>.

La réhabilitation psychosociale est un mouvement issu du monde professionnel proposant une alternative sociale au modèle médical dominant le traitement psychiatrique : il regroupe des stratégies extrêmement diverses d'un pays à l'autre. En France, le mouvement de réhabilitation psychosociale apparaît dans les années 1990. Le Comité Français de réhabilitation psychosociale fait le constat en 1998 que « les milieux hospitaliers en psychiatrie ont souvent eu tendance par le passé à surprotéger les malades dans le cadre de grandes institutions. À l'inverse, dans la communauté civile, la protection du malade est souvent faible ou inexistante. Ce fossé entre champ thérapeutique et champ social doit nous conduire à construire, avec les malades, en particulier les plus dépendants, des espaces intermédiaires leur permettant de conserver la maîtrise de leur vie et de construire un quotidien satisfaisant ». En particulier, les professionnels de la psychiatrie ont développé un ensemble de solutions d'hébergement ou de logement à partir de critères individuels d'accès au logement : parcours de soins engagés, contrat

1. Gilles Vidon rappelle en 2002 la définition de la réhabilitation comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ; ses buts consistent à améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible. De plus, le champ de la réhabilitation psychosociale englobe les actions à entreprendre autant du côté du patient (incapacités, désavantages) que du côté de la société et s'étend donc aux deux concepts de réadaptation (champ sanitaire) et de réinsertion (champ social) ». Vidon Gilles, « Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel ? », in Jean-Paul Arveiller, Pour une psychiatrie sociale, ERES « Hors collection », 2002 pp. 237-244.

de soins ou expression d'une demande de soins, sécurisation des ressources financières, éventuelle mesure de protection judiciaire du type tutelle ou curatelle, etc. Notons ici que dans le champ de la réinsertion sociale également, l'accès à l'hébergement et au logement est déterminé par l'élaboration de critères définis collectivement susceptibles de conditionner l'accès au logement : à un suivi sanitaire, à un projet d'insertion, à l'abstinence, etc. Ces critères individuels sont nécessaires mais non suffisants puisque parallèlement, s'établissent des principes de justice sociale (et locale) déclinés en direction de population dites « vulnérables » dont la charge doit être répartie équitablement sur un territoire : entre secteurs de psychiatrie, entre municipalités, entre bailleurs sociaux, entre établissements d'hébergement et d'insertion, etc. Chaque domaine d'intervention publique se dote d'outils, de plans et de principes pour organiser cette répartition territoriale visant à répartir équitablement la gestion d'un « risque » : les municipalités, les services d'hébergement et les bailleurs sociaux défendront la mixité sociale ou l'équilibre du peuplement menacée par une forte concentration de personnes malades psychiquement ou trop précaires ; les institutions psychiatriques publiques pointeront la nécessité de répartir entre chaque secteur la part de patients très précaires dans leur file active.

**2.** « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement et inclusion sociale », dirigé par Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, Erès, 2012.

**3.** Les locataires doivent s'engager à une visite hebdomadaire minimum d'un membre de l'équipe, quel qu'il soit (les équipes sont coordonnées par un travailleur social et se composent d'infirmiers, d'éducateurs, de travailleurs pairs, d'un ou deux psychiatres et d'un médecin généraliste) ainsi qu'au paiement du loyer dès que leur situation le leur permet.

En dehors du cadre exceptionnel que l'expérimentation retient, les personnes cumulant troubles psychiatriques sévères et parcours de rue se voient donc contraintes de suivre une trajectoire balisée par des étapes successives, de sorte que leur accès au logement est soumis à des critères attendant d'une part à leur situation individuelle (la vulnérabilité d'une personne la rend elle prioritaire ?), et d'autre part à une équité territoriale quant au risque qu'elle pourrait représenter (les acteurs professionnels et institutionnels qui les accompagneront dans le logement prennent-ils tous part à la « charge collective » qu'elles risquent de susciter ?). Ces critères sont le fruit d'une négociation entre les acteurs potentiellement concernés par la double problématique des personnes participant au programme Un Chez Soi d'abord (troubles psychiatriques sévères et parcours

de rue), acteurs appartenant à plusieurs champs d'intervention publique : la psychiatrie, l'hébergement et l'insertion, et le logement.

Les représentations dominantes dans ces sous-champs d'action publique convergent : la maladie psychiatrique est considérée comme source de précarité résidentielle. Le lien entre précarité et santé mentale est d'emblée posé ici comme à sens unique.

Dans un tel contexte, la philosophie du programme Un Chez soi d'abord, celle du rétablissement contrarie nécessairement les représentations dominantes. En effet, héritée de mouvements de lutte d'usagers des services de psychiatrie, majoritairement anglosaxons, elle valorise d'abord l'expérience, le savoir et l'entraide entre pairs. Les multiples définitions du rétablissement ont en commun l'émancipation de l'approche par déficit, pathologie, rechute, stabilisation ou guérison pour insister sur les conditions d'un processus personnel, relationnel et socio-politique correspondant à une nouvelle façon de se penser et de se projeter dans l'avenir<sup>2</sup>. Énoncé comme tel, le rétablissement ne paraît pas en contradiction avec la réhabilitation à la française. En pratique pourtant, le modèle du rétablissement appliqué à l'accompagnement vers et dans le logement a de fortes implications sur les principes de l'accompagnement de l'équipe médico-sociale dédiée aux locataires participant à l'étude Un Chez soi d'abord : l'accès au logement doit être indépendant de l'engagement à se soigner ou à cesser des consommations d'alcool ou de drogues (accès inconditionnel)<sup>3</sup>; il ne se base pas sur une évaluation a priori de la capacité à habiter ; le choix des locataires quant à leur ordre de priorités (soins, consommations, mode d'habiter, gestion du quotidien, activités, relations sociales et familiales, quartier de résidence, etc) doit primer.

Une fois les personnes relogées, l'équipe doit accompagner les personnes, dans la temporalité qui est la leur, vers les ressources dites « de droit commun » du territoire où il réside. L'articulation avec les services de psychiatrie est donc conçue comme nécessaire à terme pour certaines personnes qui en auront fait le choix, sans exclusivité par rapport à d'autres ressources non médicales, utiles pour « vivre avec sa maladie »

ou réduire l'impact de leurs pratiques addictives. Si l'on devait comparer sur le terrain les principes de fonctionnement des appartements associatifs ou thérapeutiques développés par la psychiatrie publique depuis les années 1980 pour assumer le moment de transition entre l'hospitalisation et la réinsertion, on constaterait d'abord leurs points communs : les personnes sont en général sous-locataires, par contractualisation avec une association et elles reçoivent la visite régulière d'une équipe intervenant à domicile. Toutefois, un détour par l'analyse des enjeux de l'accompagnement au sein des appartements thérapeutiques permet de décaler notre regard quant aux quelques similitudes repérées. Ainsi, selon Livia Velpry, les appartements thérapeutiques<sup>4</sup> dont la position est intermédiaire au sein d'autres dispositifs proposés par le secteur psychiatrique, tels que l'accueil familial thérapeutique, instaurent un rapport contractuel tout en maintenant un suivi thérapeutique qui a pour objet de travailler à l'autonomie du patient<sup>5</sup>. Ce qui nous intéresse ici, c'est que d'une part, « du fait d'une capacité relativement faible par rapport à la file active des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'attribution d'une place en appartement fait suite à un processus de sélection pour une ressource rare » et que d'autre part, l'accès à un appartement thérapeutique « constitue un engagement vis-à-vis du monde psychiatrique » de sorte que « la dimension thérapeutique est toujours sous-jacente, prête à surgir comme mode de justification : éduquer la personne au cadre des relations normales, ici par la mise en situation fictive entre locataire et bailleur ».

Que le travail des soignants soit thérapeutique,

éducatif ou pédagogique, la relation entre les professionnels et les locataires (ou résidents) produit selon Livia Velpry une tension forte entre la relation thérapeutique et la relation contractuelle (bailleur-locataire/résident), qui suivent deux logiques radicalement différentes : la première suppose que le cadre thérapeutique est premier lorsque le patient est considéré comme dominé par sa maladie, alors que la dimension contractuelle prend le dessus lorsque les professionnels imputent au patient une capacité d'évolution vers plus d'autonomie. Le programme Un Chez Soi d'abord propose aux participants de bénéficier d'une aide pluridisciplinaire sensée faire écho à une identité qui ne saurait être unidimensionnelle, celle de malade psychiatrique, au point que le refus de soin ne constitue pas en soi un motif d'exclusion du logement. Ce programme prône une émancipation de l'évaluation a priori des capacités individuelles à habiter un chez soi qui seraient arrimées à une identité psychiatrique. Ce faisant, il est supposé se construire en dehors de la critériologie habituelle appliquée à l'accès et au maintien dans le logement de personnes cumulant parcours de rue et troubles psychiatrique. Mais dans le même temps, il s'implante dans un paysage local où les équipes dédiées doivent articuler leur accompagnement aux autres modes de prises en charge ou de soutien, professionnels ou profanes. Ainsi, tel participant au programme sera accompagné par l'équipe Un Chez Soi d'abord pour retrouver du travail et dans le même temps suivi au CMP de son quartier. De ce fait, la tension entre relation contractuelle et relation thérapeutique, pédagogique ou éducative s'exprime certes

4. Les appartements thérapeutiques sont des structures d'hébergement temporaire, accueillant un ou plusieurs résidents, sur indication médicale, et financés sur des crédits sanitaires. Cette alternative à l'hospitalisation est pratiquée depuis longtemps dans les secteurs psychiatriques, avec des modes de fonctionnement et une structure juridique variés. Dans certains secteurs, les appartements proposés sont gérés par des membres de l'équipe soignante constitués en association. Cela leur vaut parfois d'être appelés appartements associatifs, même s'ils fonctionnent cependant sur un modèle assez similaire des précédents et si l'on peut donc considérer qu'ils relèvent de l'hébergement thérapeutique. Les données nationales disponibles en matière d'offre d'appartements établissent une distinction en fonction du mode de fonctionnement, notamment en termes d'encadrement soignant. L'arrêté du 14 mars 1986 définit l'appartement thérapeutique comme « une unité de soins, à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant ». Coldefy M., Lepage J. (2007). « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », Drees, Document de travail, série Etudes, n° 70, novembre 2007. Ces auteurs introduisent également la notion « d'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors assimilables à des interventions à domicile ». En s'appuyant sur ces définitions, on constate qu'en 2003, « un secteur sur cinq dispose d'appartements thérapeutiques, avec sept places en moyenne » cependant qu'un peu plus de la moitié des secteurs utilisent des places en appartements associatifs. Dans le dernier cas, on peut faire l'hypothèse qu'une partie de ces places sont gérées par des associations extérieures au secteur psychiatrique. Cependant, les deux types d'appartement sont présentés comme des équipements pour les prises en charge à temps complet. Livia Velpry Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques, Revue française des affaires sociales, 2009/1-2 (n° 1-2), pp. 171-186.

5. Livia Velpry Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques, Revue française des affaires sociales, 2009/1-2 (n° 1-2), pp. 171-186.

6. Vincent Lorant, « Inégalités de santé mentale : perspective européenne et politiques publiques », intervention au Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé, Marseille, 16-17 octobre 2008.

7. Julien Grard, *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*, Thèse de sociologie sous la direction de Didier Fassin, EHESS octobre 2011, pp. 51-56.

en interne aux équipes (entre le pôle de compétences médicales et paramédicales, le pôle de compétences éducatives et le pôle de compétences « paire ») mais s'exprime de manière plus visible entre l'équipe dédiée et ses partenaires. Plus largement, cette tension se décline à propos de tous les aspects de la vie de la personne, à chaque fois qu'un service d'accompagnement (aux soins, à l'accompagnement social, à l'emploi, etc) voit ses manières habituelles de procéder « déroutées » par une équipe nouvellement constituée sommée de suivre l'ordre de priorités exprimé par un locataire. Du même coup, la nature et l'évolution des relations entre l'équipe dédiée et ses partenaires fournissent de bons indicateurs quant au rapport entre valeurs dominantes dans chaque champ d'intervention publique, et valeurs alternatives plus minoritaires. L'intégration du programme Un Chez Soi d'abord joue ainsi comme indice d'une transformation des cadres cognitifs et axiologiques de référence de la psychiatrie, mais plus largement, d'autres champs d'intervention (comme celui de la réinsertion sociale et du logement), sous l'impulsion réussie ou non d'acteurs séants minoritaires.

### *En guise de conclusion*

Les travaux de Vincent Lorant sur le lien entre les inégalités sociales et la santé mentale font état de plusieurs théories concurrentes ne permettant pas de conclure à un consensus quant à la nature des liens entre position sociale et maladie psychiatrique : plusieurs mécanismes différents expliquent que les maladies psychiatriques prédisposent à la vulnérabilité résidentielle, et réciproquement<sup>6</sup>. Vincent Lorant clarifie les implications de ces théories en termes de politiques publiques de la manière suivante: tantôt on agira par une politique de nature sociale sur les conditions matérielles d'existence (emploi, logement, lutte contre la pauvreté, prévention et allocations de minimas

sociaux) pour améliorer l'état de santé mentale d'une population, tantôt on ciblera l'action sur les soins, la stigmatisation et la discrimination positive, pour agir sur la position sociale des personnes reconnues comme malades. Une telle présentation tend à scinder l'action publique en deux domaines d'intervention indifférents à l'aspect intersectionnel de l'expérience des personnes connaissant un trouble psychiatrique et une condition précaire. Le programme Un Chez Soi d'abord, compris comme une politique publique expérimentale se veut une réponse à une double exclusion : exclusion des soins du fait d'une grande précarité, exclusion de l'accès au logement en raison d'une maladie dite sévère. Mais l'étude de sa mise en place concrète dévoile une controverse majeure quant à l'identité des personnes ayant un trouble psychiatrique sévère. En effet, les politiques publiques et stratégies d'intervention professionnelle dominantes dans les champs de la santé mentale et de la précarité résidentielle sont régies par des logiques unidimensionnelles attribuant essentiellement une identité de malades aux personnes sans abri ayant des troubles psychiatriques sévères.

En miroir, la plupart des travaux sociologiques postulent que la maladie psychique envahit tout le champ de l'expérience du sujet et qu'il existe UNE expérience de la maladie mentale dans le contexte occidental par delà les classes et les inégalités structurelles. Une minorité cherche toutefois depuis quelques années à s'émanciper d'une conception unidimensionnelle de l'expérience de la maladie mentale<sup>7</sup> pour la décrire comme une affiliation (à la psychiatrie) parmi d'autres, une inscription parmi d'autres dans le monde local du soin, une expérience différenciée selon les milieux sociaux. La recherche sur le programme Un chez soi d'abord tente de réactualiser cet effort d'émancipation. ||

# 30 ans d'expérience dans l'accompagnement à l'habitat des personnes en situation de pauvreté.

**Il y a 30 ans naissait à Marseille, à l'initiative d'une éducatrice de prévention et d'une militante féministe, l'association Habitat Alternatif Social (HAS). Le constat qui a présidé à cette initiative était le suivant : nombres de jeunes adultes cohabitent dans leurs familles car ils ne parviennent pas à réunir les conditions d'accès à un logement. Par ailleurs, faute de garanties suffisantes, ils ne présentent pas de dossiers suffisamment crédibles aux bailleurs.**

• **Eric Kérimel de Kerveno**  
directeur d'Habitat Alternatif Social

• **Laurent Weber**  
psychologue,  
Habitat Alternatif Social

L'association HAS a alors comme ambition de se porter comme organisme sécurisant auprès des bailleurs et d'assurer un accompagnement social jusqu'à ce que les logements pris en location à son nom, puissent changer de statuts et être loués directement par les personnes accompagnées. C'est le principe de ce qui deviendra alors le bail glissant, outil aujourd'hui largement utilisé sur l'ensemble du territoire et encadré par la loi.

Pour que ce dispositif naissant puisse avoir les moyens de son existence, la DDASS de l'époque lui donne un statut de CHRS, pas forcément très adapté, mais seule possibilité administrative trouvée à ce stade. HAS se retrouve donc gestionnaire d'un CHRS diffus de 36 places en baux glissants.

L'association accompagnera ainsi de 1986 à 2000 près de 300 jeunes vers le logement. En 2000, l'association qui jusqu'alors n'avait aucun mal à trouver des logements disponibles sur le parc marseillais est impactée fortement par la crise du logement, d'autant que ses besoins se sont accrus. En effet, depuis 1997, elle a ouvert une section pour accompagner par le logement diffus à bail glissant les victimes du VIH avec un statut Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), pour 18 places.

Nous permettons à des publics traditionnellement condamnés à des prises en charges collectives, de s'insérer en logement autonome. L'accompagnement social n'est plus centré sur un couple référent/usager mais sur une référence collective d'une équipe

pluridisciplinaire qui décide au quotidien avec la personne accompagnée des axes de travail. Nous ne cherchons pas à régler les troubles psychosociologiques mais à permettre à la personne d'habiter avec ses troubles en harmonie avec son environnement. Dans cette démarche, l'entretien individuel en face à face n'est qu'occasionnel et il se passe dans l'environnement immédiat de la personne dans ses lieux de repère.

Nous misons sur l'évaluation de nos dispositifs et de nos méthodes. Ainsi en 10 ans (de 2004 à 2014), nous avons financé 8 actions d'ingénierie et d'évaluation de nos dispositifs (sans compter l'évaluation interne et l'évaluation externe rendues obligatoire par la loi du 2 janvier 2002). Nous faisons financer ces actions sur le budget des actions pour 20% et par des DLA (Dispositifs Locaux d'Accompagnement sociaux).

Nous nous sommes rapprochés des publics les plus éloignés de l'insertion traditionnelle. Personnes vieillissantes à la rue, personnes usagères de drogue et ou alcoolodépendantes, personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, femmes isolées avec enfants, personnes en situation de grande pauvreté, personnes cumulant une situation de pauvreté et malades. En 2002, nous accompagnons (avec environ 20 ETP de professionnels) en insertion dans l'habitat, 50 ménages via 2 dispositifs (36 places de CHRS diffus, 20 places d'ACT) et nous louons pour nos besoins 40 logements par an

(avec un besoin de rotation de 25 logements nouveaux par an). Pour l'année 2013, nous accompagnons (avec 74 ETP professionnels) 294 ménages au travers de 10 dispositifs (84 places de CHRS, 31 places d'ACT, 22 places de maison relais, 13 places de résidence accueil, 23 places d'accueil mère/enfant, 5 places d'urgence pour des femmes victimes de violence, 9 places de CHRS de stabilisation, 9 places pour des personnes vieillissantes à la rue, 100 places sur l'expérimentation « un chez soi d'abord ». Nous louons en permanence plus de 250 logements en diffus, avec une captation permanente de 80 logements par an, puisque les ménages deviennent à terme locataires en titre.

### La question de l'innovation sociale

Pour HAS, la question de l'innovation est centrale, le sigle d'HAS porte en lui cette réalité. Le H d'Habitat, centre notre préoccupation non pas sur la question du logement très restrictive mais sur l'habitat en tant que gestion d'un logement dans un environnement. Le A d'Alternatif, parce que nous soutenons que la créativité doit s'extraire des tiroirs administratifs et que l'utopie d'hier est la réalité d'aujourd'hui et l'archaïsme de demain. Le S de Social, parce que notre action s'inscrit dans une référence à la République, à une société où nous devons habiter ensemble avec nos richesses et nos souffrances.



*Caganis*

L'innovation sociale est pour nous la marque de notre identité. Dès sa création, HAS s'est démarqué d'une tradition de CHRS collectif pour travailler sur l'habitat autonome, puis progressivement et de manière accélérée depuis 10 ans, nous avons cherché à nous adapter à

chaque problématique. La première innovation de cette période, est un dispositif d'accueil mère/enfant appelé Caganis (en provençal « le dernier qui fait caca dans le nid ! ») Comme tous les dispositifs alternatifs créés par HAS, Caganis est né d'une rencontre.

En 2003, nous hébergeons en bail glissant une Sophie et son petit Malcom qu'elle vient de mettre au monde. Sophie nous a dit que le jour où elle aurait un logement autonome tous ses problèmes seraient réglés, et nous l'avons accompagnée dans son choix. Après 4 mois, Sophie s'est enfermée dans son appartement, ne sortant plus, ne travaillant plus, ne cuisinant plus. Malcom a commencé à montrer des signes de surpoids. Sophie ne voulait pas entendre parler d'un « retour en arrière » (sic) en collectivité mais ne parvenait plus à faire face à son isolement malgré des visites de notre équipe de plus en plus fréquentes. Nous avons alors imaginé, avec elle et pour elle, un dispositif qui préserverait une autonomie et un appartement à soi et un vivre ensemble ; ainsi est né Caganis. Dans le même temps, notre équipe logement découvre, dans les environs de l'Hôpital Nord, une vieille bâtisse marseillaise avec jardin, très délabrée et ayant brûlée. Nous proposons à la propriétaire de récupérer cette bâtisse en l'aidant à monter un dossier d'aide à la pierre auprès de l'ANAH (dispositif hélas trop peu connu qui permet à un propriétaire de refaire un ou des logements avec des financements publics de 40 à 80% des travaux, mais avec une obligation pour le propriétaire de louer en logement très social durant une période minimale de 12 ans). 5 logements T2 à très faible loyer (6€ le m<sup>2</sup> couvert par l'allocation logement) sont créés dans cette bâtisse en suivant notre cahier des charges. Il s'agit de logements autonomes avec pièces pouvant être destinées à des activités partagées (en l'occurrence sur ce dispositif, il s'agit d'une buanderie et d'une tisanerie). Un travailleur social est présent quelques heures dans la journée et disponible pour le besoin des mamans. Son rôle n'est pas d'effectuer un accompagnement psychosocial, mais de faire en sorte que l'environnement soit propice à la dyade mère/enfant. Aucun financement n'est acquis sur le fonctionnement, mais le Conseil d'Administration prend le risque d'ouvrir, à

titre expérimental, avec 5000 € de réserve associative. Un mécène, Madame Naïla Saadé (Fondation CMA/CGM) accepte de doubler la mise. L'inauguration a lieu en avril 2007 ; le Conseil Général assiste à l'inauguration et accepte alors d'envisager un financement en année N+2, si tant est qu'une évaluation ait pu montrer des résultats probants à l'issue d'une année de fonctionnement. L'évaluation est traitée en externe par le cabinet Cap Méditerranée. À l'issue de cette première année, le Conseil Général 13 accepte de financer, à titre expérimental sur des fonds de l'aide sociale à l'enfance, à hauteur de 82500 €. En 2010, le CG 13 entérine la création de Caganis, le sort de son statut expérimental et le fait passer en CROSMS ; nous demandons de doubler le dispositif par une création similaire dans le nord du département. Aujourd'hui, 7 années après sa création, Caganis est un dispositif pérenne doté de 382 000 €. Il accueille 19 mamans et leurs enfants, à la fois sur les lieux semi-collectifs et dans des appartements diffus extérieurs. Evidemment, HAS ne serait pas HAS si nous nous suffisions de Caganis sorti de son utopie. L'équipe travaille actuellement à l'ouverture en janvier 2015 (accord de principe du CG 13), d'une structure expérimentale d'habitat pour 5 jeunes couples en crise avec enfants.



*Les Prytanes*

En 2008, un travailleur social du CHRS est appelé par un partenaire pour rencontrer un « couple très clochardisé » (sic) habitant dans une vieille caravane sous un pont autoroutier. Bruno Stengel rencontre alors Lionel et Suzanne (respectivement 55 et 54 ans). Le couple vit à la rue depuis une dizaine d'années. Lionel n'a plus

de famille et il est en errance depuis l'âge de 17 ans. Suzanne a rencontré Lionel par hasard dans la rue alors qu'elle venait de quitter son mari et le domicile conjugal ; elle dit elle-même avoir alors connu le coup de foudre et a décidé de rester à la rue. Lorsque nous les rencontrons, ils sont très alcoolisés (consommation moyenne journalière 7 litres à 2). Ils ne veulent pas entendre parler d'une structure d'urgence ou collective puisqu'ils seraient séparés, et où on leur demanderait de ne pas boire. Lionel et Suzanne rêvent d'un logement à eux, mais disent eux-mêmes avoir besoin d'un gros soutien (voir Bruno tous les jours !). Dans le même temps, nous rencontrons par hasard un deuxième couple et Jean-Pascal dont j'ai parlé au début de cet article. Tous présentent les mêmes itinéraires de rue et une très forte dépendance à l'alcool. Il n'existe pas alors de structure acceptant les personnes et leur alcool. Une fois de plus, la rencontre avec un lieu va précipiter la pensée autour d'un dispositif expérimental : un partenaire bailleur, le PACT 13, vient de rénover une villa (6 chambres dans la banlieue d'Aix en Provence), sur le même principe d'un loyer conventionné très social. Dans le même temps, à l'issue de l'affaire du canal Saint Martin à Paris et de la mobilisation des Enfants de Don Quichotte, un appel à projet est lancé pour des places de CHRS dit de stabilisation. Nous répondons à l'appel à projet et proposons de recevoir dans la villa acquise par le PACT 13, 6 personnes issues directement de la rue, sans critères (orientation des partenaires locaux) dans un lieu tolérant à l'usage d'alcool (même excessif) avec un professionnel travailleur social présent dans la journée, pas de présence de professionnel la nuit et le week-end. Comme sur Caganis, nous axons notre travail sur le « pouvoir d'agir » (empowerment) et établissons une posture de partenariat avec les personnes accueillies ; elles travaillent sur le règlement intérieur, pratiquent l'autogestion du lieu, établissent les liens avec le quartier. Le professionnel est là pour soutenir les démarches, encourager, faire le point. Les personnes accueillies rencontrent les tutelles avec nous, les invitent, rencontrent des élus.

En quelques mois, les Prytanes deviennent une maison repérée par le quartier, par les partenaires, et de nombreux responsables

locaux et nationaux. Nous n'interrogeons pas les personnes sur leurs parcours, ne proposons pas d'entretien, nous ne suscitons pas de démarches d'abstinence. Nous créons un climat chaleureux, respectueux des personnalités, nous soutenons les initiatives créatives, nous garantissons le respect de l'intime.

Le secteur social local nous interroge sur nos méthodes, reste parfois sceptique, voire critique l'association de faire du dumping social. Nous mettons en place une démarche d'évaluation rigoureuse à laquelle participent les personnes accueillies, nous accueillons les voisins au cours des repas communautaires, nous participons avec eux à des démarches ou des fêtes de quartier. Peu à peu, non seulement le quartier accepte le lieu, mais la mairie d'Aix en Provence que l'on pouvait penser opposée, nous soutient et nous permet d'installer une construction en bois permettant les réunions de groupe ou d'équipe.

De nombreuses questions nous sont posées sur notre tolérance face à l'usage d'alcool :

« *Comment gérez-vous les questions de violences liées à l'alcool ?* »

« *Il n'y a pas de violences* ».

« *Donnez-vous une limite à l'usage ?* »

« Non aucune, si ce n'est de ne pas avoir de conduites mettant en cause la survie du dispositif ».

« *Les personnes accélèrent-elles leur consommation ou la diminuent-elles ?* »

« Tous la diminuent en plusieurs mois ».

« *Le fait de ne pas être présent la nuit et le week-end n'a-t-il pas posé de problèmes de sécurité ?* »

« Non, les personnes se sont débrouillées pour régler elles-mêmes des conflits ou nous ont joints au téléphone, ou ont appelé la police ou les pompiers si nécessaire ».

« *Après 5 années d'ouverture, avez-vous connus des incidents majeurs ?* »

« Non, aucun ».

« *Les personnes ont-elles pu regagner un appartement diffus de droit commun ?* »

« Depuis l'ouverture des prytales, nous avons accueilli 17 personnes, 6 ont un appartement après une moyenne de 15 mois de séjour aux prytales, 2 sont décédées, 1 a été exclue suite à deux épisodes de mise en danger de la vie d'autrui ».

« *Quel est le principe pour vous le plus important aux prytales ?* »

Il est inclus dans le nom du dispositif les prytales C'est-à-dire le fait de considérer chaque personne comme importante pour la cité et comme personne capable d'émettre des choix et de penser le social, cela rejoint deux principes qui commencent à être reconnus en France : la question de l'empowerment et la question du rétablissement au sens anglo-saxon ».

## Des dispositifs sous influence

L'empowerment ne concerne pas que les individus, mais aussi les groupes. Ce qui est parfois difficile pour une personne seule, le devient souvent beaucoup moins pour un groupe, ou pour un dispositif. Nous insistons à HAS, à différents niveaux, sur l'absolue nécessité de maintenir les personnes accueillies au centre de leur propre vie. Ce pourrait être une banalité cette affaire là, un acquis dans le champ du travail social, depuis bien longtemps. Mais peut-être ne sommes-nous parfois plus capables de remettre en question nos maladresses, ou tout au moins nos pratiques maladroites, centrées sur l'individu, que l'on devrait laisser libre de demander de l'aide, au risque de sa propre mort dans certains cas (psychique tout du moins). Peut-être avons-nous dû passer par des chemins de traverses, détours inutiles mais obligatoires, pour en arriver à envisager les choses autrement ; la question de l'innovation sociale passe aussi par nos regards, ou dit plus vulgairement, par nos pratiques.

Ce ne sont pas les travailleurs sociaux qui décident (de qui nous allons accueillir, de qui doit aller chez le psy, de qui doit arrêter de boire, de qui peut avoir un logement autonome...), mais ce ne sont parfois plus non plus les gens eux-mêmes qui sont en capacité de décider ce qui est bon pour eux ; parfois oui, il en est ainsi, pour des raisons de désorientation, de désorganisation, de tristesse, de perte de confiance. Si se retrouver au centre de sa propre vie n'est parfois pas si simple, que pouvons-nous penser dans le champ du travail social pour ramener du paradoxe là où persistent des contradictions ? Contradictions insupportables qui poussent à la faute, celle de décider pour l'autre, ou de laisser l'autre décider, même donc lorsque cela mène au chaos.

*Luc est accueilli aux Prytanes, après un parcours classique de rue et de foyers d'urgences. Arriver aux Prytanes n'est pas chose simple. Alors cette personne, certainement affolée à l'idée de trouver une place dans cet espace auprès des autres, décide, à peine arrivée, de retourner à la rue. Elle en a le droit, et d'ailleurs elle le revendique. Il est 11h, le repas collectif de la semaine se prépare, un salarié est là, seul face à cette personne complètement désorientée qui lui demande de la raccompagner à la rue, n'importe où, ou presque. Le salarié ne peut pas décider de ne pas entendre, en se disant que demain est un autre jour, mais il ne peut pas non plus le ramener à la rue sur simple demande (est-ce d'ailleurs là la demande ?) Cette fois là, comme dans de nombreux autres cas, c'est le groupe qui a décidé, c'est à dire les résidents du lieu, le salarié et ce nouvel arrivant. Le salarié à différé jusqu'au repas, s'en est remis à l'ambiance, au groupe, qui a renvoyé Luc à la rue (« Tu te rappelles pas le froid, la galère, la peur ? »), pour mieux l'en sortir (« T'es con, on est bien ici ! Allez, vient boire un coup va, tu verras la semaine prochaine si tu veux encore te barrer »). Luc est donc resté, sans aucun retour à la rue, pour intégrer un logement autonome 2 ans plus tard.*

Caganis, Prytanes, et les autres dispositifs qui ont suivis à HAS, sont sous influence, celle de la psychothérapie institutionnelle. Un nom barbare qui signe pourtant un bouleversement, celui ne pas mettre les travailleurs sociaux, ou les « accompagnants », quelles que soient leurs formations, au cœur de l'apaisement ou du changement, mais plutôt le dispositif en lui-même, c'est à dire ses murs, son odeur, son ambiance, son fonctionnement, son groupe, les relations que les personnes entretiennent entre elles. Sans trop de démagogie, on pense ici parfois plus humblement en termes de vie de famille. Dans le cas de Luc, c'est cette philosophie de travail qui est l'opérateur principal du changement de cap. Il s'agit pour nous d'un renversement des rapports de dominations (oui, cela existe) entre le travailleur social et la personne accueillie, ou plus globalement, entre le politique et la société civile.

L'apport de la psychothérapie institutionnelle, sans dogmatisme aucun, nous a permis de sortir d'une impasse éthique. Cette influence est là, même si nous en parlons peu, car il s'agit d'un modèle adapté, sans cesse questionné et remis en question. Chacun est ainsi toujours invité, voir obligé, de penser sa place dans le lieu, dans le groupe, dans son quartier, dans la cité, en combattant la tentation de penser qu'il n'y a plus sa place. Nous nous rappelons cela ensemble, souvent, pour le bien de tous, et sur les dispositifs nous en mesurons les effets régulièrement. Le courant de la psychothérapie institutionnelle (né dans les années 40 en France - Voir Jacques Tosquelles et Jean Oury) nous donne donc aujourd'hui toujours à penser, même lorsqu'il s'agit de tirer des enseignements de ses erreurs du passé.

### **En guise de conclusion**

Nous avons à HAS, la conviction que l'innovation sociale est non seulement conjoncturelle au vu de la crise que nous traversons, mais par ailleurs que cette innovation est inscrite dans le fondement même du travail social qui est un fait politique. Nous créons des espaces qui supportent l'expression des signes de la souffrance, des espaces où les personnes peuvent choisir librement de s'exprimer progressivement sans violence contre eux-mêmes ou les tiers. Le travailleur social est « un accoucheur » ; il permet à la personne d'accoucher de ce qu'il sait déjà. Nous dirions donc, si d'aucun souhaite y poser un concept, que nous nous inscrivons dans une démarche socratique. *À Athènes, les prytanes sont créés au moment de la révolution isonomique de Clisthène (isonome c'est-à-dire égalité devant le droit). Un des prytanes tire au sort, exerce la fonction d'épistate c'est-à-dire de Président du conseil. En empruntant le nom des prytanes au modèle antique grec, nous avons voulu signifier notre projet : **donner le pouvoir au résident sur sa vie quotidienne. ||***

• **Jean Mantovani**,  
Sociologue  
ORSMIP

• **Jean-Marc Legagneux**,  
Coordinateur  
Ex secrétaire du GAF

• **Vincent Batsère**,  
Psychologue  
Association  
REGAR-Auch

• **Marie Noelle Colcy**,  
Formatrice  
IFRASS Toulouse

# Des SDF co-créateurs d'habitats

## En relation avec des élus locaux, des travailleurs sociaux et des médiateurs pairs.

**La recherche participative sur sites dont s'inspire cet article a reçu le soutien financier croisé des instances de la Cohésion Sociale et de la Fondation Caritas, et a débouché sur un rapport publié en mars 2013 sous le titre : « SDF créateurs d'habitat. Expérimentations sociales et accompagnement collectif d'habitats autogérés ». Cette investigation s'est intéressée au devenir de groupes de jeunes sans abri qui furent d'abord catégorisés en tant que « jeunes errants », squatteurs souvent caractérisés en référence à des conduites considérées comme déviantes, relevant du trouble mental autant que des troubles de voisinage et autres troubles de l'espace public.**

Les orientations des politiques du « logement d'abord », héritées du « housing first » nord-américain, ne se sont pas beaucoup plus intéressées que les politiques de réinsertion sociale ou de l'urgence aux aspirations de certains des plus pauvres à habiter collectivement. Celles-ci ont continué à réserver une place essentielle aux stratégies d'accès au logement individuel normé, à l'accompagnement social au cas par cas, sans laisser beaucoup de chances aux objectifs de « participation » et de représentation, que suggère, sans guère de succès, la loi 2002-02. Et l'accompagnement social de groupes de squatteurs reste largement en jachère, malgré les tentatives programmatiques esquissées dès les années 90, notamment à l'occasion des travaux de « réflexion partenariale » de la commission « Squats et habitat de fortune », initiée au sein d'un « Comité National de l'Accueil des Personnes en Difficulté » par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, travaux publiés en 1998.

L'histoire du sans-abrisme a pourtant révélé à de multiples reprises que certaines personnes et certains collectifs constitués s'intéressent moins à l'habiter individuel qu'à promouvoir des alternatives d'habitat collectif comme alternatives de société. La récente publication du « plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » est encore venue rappeler à la norme au détriment des expériences de squatteurs auto organisés. Encore ces textes récents ouvrent-ils quelques pistes dans le sens

d'une diversification des formes de « logement adapté », dans l'esprit de « disposer d'une large palette de possibilités de logement », de « développer les passerelles vers le logement », en apportant un « soutien aux expérimentations innovantes », en proposant d'« accompagner les personnes habitant des campements ou des squats », en multipliant « les solutions transitoires avant l'accès à un logement de droit commun ».

Les expériences étudiées s'inscrivent dans ce champ de perspectives. Elles montrent qu'il existe des espaces de possibles ouverts au niveau des collectivités locales pour un traitement politique de la question du sans-abrisme des jeunes et des moins jeunes dans le contexte de la décentralisation. Ces expériences demeurent très peu considérées par l'action médico-sociale dans son ensemble, considérées comme à la marge de l'intervention publique. L'objectif de la démarche a été de partir d'exemples localisés pour tenter d'en tirer des enseignements de portée plus générale. **L'enquête a procédé par entretiens croisés**, avec les différents acteurs impliqués sur chacun des sites : habitants sans titre, ex SDF, travailleurs sociaux, élus locaux, techniciens des services, intervenants bénévoles... Elle s'est focalisée sur quatre sites en Midi Pyrénées, sur lesquels ont été stabilisés depuis deux à cinq ans différents groupes de personnes anciennement SDF.

## La dynamique de la Barraka à Auch dans le Gers

Auch est une ville de faible densité de population, où les phénomènes liés au sans-abrisme se font rapidement très visibles. La question de l'« errance des jeunes » s'y est imposée dès le début des années 2000, et un professionnel a été recruté en 2004, avec mission de mener un « travail de rue », au contact direct des « groupes » de jeunes sans logis. Beaucoup squattent alors un vieil immeuble mais ils se font expulser en 2005. Les SDF vont occuper successivement d'autres lieux, tout à tour également évacués, jusqu'à ce que la municipalité s'engage dans une tentative de stabilisation, à l'origine de l'expérience de la Barraka. Le contact établi entre la Mairie, les acteurs sociaux et le groupe de jeunes « punks », un bâtiment est alors mis à disposition de ces derniers. Le travail de rue reste sollicité pour suivre *ce collectif de nouveaux habitants*, ainsi que d'autres sans logis. Une *convention est établie avec le groupe de jeunes qui engage celui-ci à se fonder en association et à gérer un loyer, l'entretien du lieu...* Un intervenant « pair » issu d'une association de SDF et anciens SDF a rejoint la démarche en 2007.

## À Toulouse :

### Les anciens habitants du campement du Raisin

Le « campement du canal » apparaît en 2007 au cœur de la ville, près de la gare. Au début de 2008, en pleine campagne des municipales, le « village » a pris des proportions considérables avec plusieurs dizaines d'habitants permanents. Les premiers campeurs se voyaient eux-mêmes condamnés à être expulsés à brève échéance... La nouvelle équipe municipale intervient au mois d'août, suite au décès d'une jeune femme qui n'implique pas les habitants sous tente, mais frappe l'opinion. La Mairie parle d'expulsion, mais engage rapidement une médiation pour déplacer les campeurs sur un terrain proche situé quartier du Raisin. Le terrain est aménagé et le camp « sauvage » du canal devient habitat temporaire régulé et autogéré. Deux équipes sociales chargées des maraudes et de l'accueil de jour sont convoquées pour le suivi sur site, les « médiateurs pairs » initialement mobilisés

étant amenés à se retirer. Après un an de phase transitoire, vingt des anciens campeurs se verront proposer et accepteront d'intégrer trois petits collectifs, deux près du camp initial, dans des locaux promis à démolition, et une maison aux confins de la commune.

Malgré plus de cinq ans de vie partagée, le collectif n'a pas souhaité s'installer dans la durée en se constituant en association, et les porteurs politiques, qui œuvrent au relogement individuel, considèrent eux-mêmes que l'expérience touche à sa fin.

### Le terrain de Saint Martin

L'île du Ramier fut une grande « *zone grise* » de Toulouse, proche du centre-ville, avant de faire l'objet d'une opération d'aménagement en « zone verte ». C'est dans ce secteur que furent créés un restaurant social et divers autres services. À partir de 2004, un groupe d'une dizaine de personnes s'était stabilisé peu à peu sous un pont sur la berge, sur une parcelle désignée sous le nom de « camp n°7 ». Ils habitaient avec des chiens dans des « camions » ou caravanes. Le secteur, inondable, avait déjà fait l'objet de plusieurs arrêtés « anti-camping » en 2006, mais il perdure, à l'écart de tout voisinage.

C'est en août 2010 que la Préfecture décide brusquement d'expulser tous les squatteurs de l'île. Le groupe du Camp n°7 fut alors le seul à engager, avec l'aide de médiateurs, sa défense devant le tribunal, en quête d'une « solution » de relocalisation....

Les services de la DDCCS sont alors mobilisés pour chercher en urgence un autre terrain. Ils vont alors proposer un délaissé de 2 300 m<sup>2</sup>, en bord d'autoroute, aux confins de Toulouse. Le « camp 7 » est ainsi déménagé sur le « terrain de Saint Martin ».

L'État a mis le terrain à disposition, est intervenu pour légitimiser ses nouveaux habitants et confié le suivi social à des médiateurs pairs. Des crédits seront mobilisés dans un second temps pour viabiliser le terrain et l'isoler du voisinage, aménager des douches...

Le groupe parle d'un « nouveau chez nous » et les porteurs du projet considèrent l'expérience comme positive, même si certains médias désignent le site comme insalubre.

## La chronique de La Hacienda

L'expérience est née d'un petit groupe de sept jeunes sans logis, anciens d'un squat du centre-ville qui a été ravagé par un incendie. La Mairie de Toulouse a été sollicitée, et elle a d'abord relogé le groupe en bungalows, puis dans une maison des vieux faubourgs populaires. Le groupe est d'abord structuré autour d'un leader, et s'est fondé en association deux ans auparavant sous le nom de Art'Troqueur. Le « projet » initial n'est pas seulement d'habiter ensemble mais est orienté vers l'insertion des « moins de 25 ans ». Le groupe développe des activités de « travail sur de vieux meubles, rotin, vélos, tout ce qui était plantes ». « Tout un réseau () s'était créé » avec le voisinage, sur l'achat et le troc de produits ou de services. Mais la maison est fermée pour cause de chantier. Fin 2011, la Mairie propose un autre lieu, très éloigné du centre. Le collectif l'accepte par souci de prise de distance et de reconnaissance institutionnelle, le projet visant alors plutôt l'accès au salariat, la participation financière à la vie du lieu... Un « crash » se produit alors, qui conduit au suicide du leader et à une rupture plus profonde encore. Son ex compagne a quitté le lieu mais repris la présidence de l'association, et s'appuie sur des habitants « référents » en charge de l'accueil des jeunes, certains orientés à partir de la Mission Locale. Un suivi social prend corps à partir de 2012. Le statut et la reconnaissance de l'expérience, autogérée et non professionnalisée, par et face à l'offre de services de droit commun, reste la principale question sur son devenir.

## Les principaux enseignements

Les quatre situations apparaissent assez peu réductibles les unes aux autres, que ce soit du point de vue des parcours individuels et collectifs, des profils et cultures de groupes, de leurs circonstances d'apparition, et des conditions qui ont participé à leur visibilité sur la scène publique. Certains des groupes considérés ont cherché à rester au plus près du modèle du squat en dur, d'autres ont longtemps vécu en habitat de fortune sur terrains non bâtis. Mais la chronique des différents sites présente cependant de nombreux points communs.

## *Des jeunes entre mobilité et stabilité*

Si certains des habitants sans titre se disent toujours attachés à un idéal de mobilité, la plupart s'affirme en recherche de stabilisation résidente. Beaucoup ont vécu une « errance » qui résultait essentiellement des mesures d'éradication des situations de squat. Pour autant, l'action répressive a échoué à dénouer les ressentis d'appartenance à un collectif, lorsqu'elle ne les a pas renforcés. C'est généralement la succession d'échecs des politiques publiques face aux squats auto organisés qui a conduit les édiles locaux à engager des démarches plus préoccupées de normalisation et de déconstruction des formes de stigmatisation préexistante.

## *Le rôle essentiel des acteurs politiques*

Des élus locaux, et certains techniciens des collectivités locales, sinon parfois des agents de l'Etat, ont joué un rôle essentiel dans ce travail de déconstruction/reconstruction de la figure des habitants sans titre. Ce « travail » a été rendu possible, non pas en ouvrant des scènes médiatiques, mais en établissant de relations directes et discrètes, ou du moins régulées, entre acteurs publics et groupes de perturbateurs, en ouvrant des espaces de négociation et de représentation. Ce fut sans doute plus aisé dans une petite ville comme Auch, où les « jeunes errants » se sont vite révélés aux yeux des édiles locaux comme citoyens à part entière et attachés à trouver place plus stable dans la ville. Ce fut un peu plus malaisé en milieu métropolitain, où la distance entre les élus locaux et les groupes considérés apparaît souvent plus grande. Ce travail de requalification a permis dans tous les cas d'apaiser la relation et d'ouvrir des possibilités pour l'accès à un habitat normé et autogéré. Dans ces échanges inauguraux, les acteurs publics ont par exemple pu prendre conscience que les personnes « SDF » s'identifiaient elles-mêmes dans leur grande majorité comme en rupture de lien avec l'offre de « prise en charge sociale », constat souvent vérifié auprès des professionnels du social.

*Les « médiateurs pairs »*

Ces expériences sont donc nées de la mise en œuvre de procédures dans lesquelles différents acteurs, outre les élus, moteurs et maîtres d'œuvre, et les jeunes eux-mêmes, différents autres intervenants ont joué parfois un rôle décisif dès la période initiale. Sur au moins deux des quatre sites, l'intervention de médiateurs « pairs » a été particulièrement décisive. Elle a attachée notamment à dessiner un cadre à la négociation, à faire émerger des porte-paroles parmi les squatteurs, à faire valoir l'existence du groupe et ses aspirations, à faire formuler et à mettre en forme des projets collectifs... Ces intermédiaires « pairs » relèvent le plus souvent d'associations inscrites comme représentantes des personnes SDF. La condition d'ouverture de ce type de procédure apparaît ainsi dans la rencontre entre les trois composantes évoquées, certes dans la lutte, mais plus encore dans la régulation pacifiée des rapports entre les parties en présence. La création de ces espaces aurait été probablement très compliquée sans l'intervention de ces « passeurs » qui peuvent dire « on avait des liens de confiance » autant du côté des SDF que de la collectivité.

Dans la plupart des cas, la médiation par des pairs n'a pas cessé avec la normalisation des situations d'habitants. Sur deux des sites, c'est même l'association GAF déjà mentionnée qui a été sollicitée pour participer à l'accompagnement de l'expérience, dans des rapports plus ou moins satisfaits et plus ou moins satisfaisants de partenariat avec le travail social « classique », et le plus souvent difficile.

Car la quatrième composante en présence est celle de l'intervention sociale professionnelle. Les acteurs sociaux n'avaient souvent que des contacts très lointains avec les groupes d'habitants sans titre, tant ces groupes apparaissaient le plus souvent très imperméables à l'action sociale, et cette dernière peu encline à intervenir auprès des collectifs en tant que tels. Ces acteurs ont été dans tous les cas « invités » plus ou moins tôt au cours du processus de stabilisation, de fait convoqués par le politique pour assurer un suivi des groupes, autrement dit sur un terrain que la plupart considèrent comme inconfortable, entre accompagnement du collectif et prise

en compte des individus. Les missions des professionnels, telles que définies par la maîtrise d'œuvre, sont souvent restées assez floues et assez ambiguës entre aide à la dynamique collective, soutien et suivi des groupes à des fins de réinsertion individuelle, et retour au « droit commun » du travail social, de normalisation des situations de personnes. La plupart de ces opérateurs expriment un malaise, d'une part vis-à-vis de la commande politique, considérée comme incertaine sinon comme compromettante, et d'autre part, face à des collectifs de « marginaux » auto-organisés, au départ bien peu demandeurs d'assistance sociale individualisée, et de fait plutôt dans l'invective vis-à-vis des professionnels du social. Leur relation aux commanditaires se complique du fait que ces derniers reprochent aux premiers une certaine frilosité dans l'accompagnement des groupes.

*Des questions en suspens*

Le questionnement qui ressort au premier rang de cette recherche concerne donc les postures du travail social et médico-social.

Les expériences étudiées établissent clairement qu'il existe un potentiel non négligeable de réduction du sans-abrisme, mobilisant l'action publique au sens large et consistant à ouvrir des espaces dans lesquels il devient possible de « faire habiter » des personnes sans logis qui s'identifient elles-mêmes comme membres d'un collectif auto-organisé. Ces personnes ont souvent et restent souvent considérées, au moins transitoirement, comme parmi les moins « aptes à habiter » au regard des modèles et normes de l'habiter individuel et autonome, et les membres de ces groupes se définissent le plus souvent comme en rupture vis-à-vis des institutions et services sociaux. Ces quatre expériences démontrent cependant que, sous certaines conditions de médiation et de reconnaissance des aspirations propres des personnes concernées, celles-ci se montrent capables d'habiter durablement, certes hors des normes dominantes, mais dans des conditions satisfaisantes de vie de voisinage et d'occupation des espaces urbains.

Chez les acteurs politiques, les préoccupations qui les poussent à proposer des solutions alternatives d'habitat sont plurielles : de

cohésion sociale et notamment de maintien de l'ordre public, en même temps que de développement social et socio-économique, etc. Le rapprochement des acteurs du développement urbain et des acteurs sociaux n'est pas des plus immédiats tant que ces derniers restent confinés dans les logiques et avec les outils de l'insertion/réinsertion individuelle. Les travailleurs sociaux ne se considèrent guère eux-mêmes sur le terrain du développement local et plus rarement encore sur celui de l'émancipation de collectifs auto-organisés.

C'est à un « décentrement » de l'intervention sociale qu'en appellent les expériences étudiées et notamment à s'inscrire dans une perspective

de plus grande implication du travail social auprès des acteurs politiques. Dans un registre très proche, la question de l'articulation entre « médiateurs pairs » et intervenants sociaux invite ces derniers à réduire la distance qui sépare le travailleur social des personnes auprès desquelles il intervient, considérant que l'accompagnement de groupes dont la première caractéristique est dans leurs capacités de réactivité et d'autonomie qui impose au professionnel de faire beaucoup plus « avec » les personnes dans une relation de confiance réciproque à construire, et en privilégiant l'initiative du groupe et sa « participation » effective. ||



# Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale

## RÉSEAU SAMDARRA

• **Halima Zeroug-Vial**, praticien hospitalier, responsable du Réseau Samdarra et directeur de l'Orspere-Onsmp

• **Yvan Couriol**, directeur du Centre Provisoire Entraide Pierre Valdo, Lyon

• **Nicolas Chambon**, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber, Lyon 2

**À partir de nos activités au Réseau Samdarra, nous documentons ici la réalité de la prise en charge du public demandeur d'asile, notamment au niveau de l'hébergement et interrogeons le sens de cet accompagnement aujourd'hui et les conséquences sur la santé mentale. Des normes minimales d'accueil « conditions matérielles d'accueil » pour les demandeurs d'asile ont été prévues par les textes européens et introduites dans le droit français afin de « garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs<sup>1</sup>».**

L'État français a créé ces dernières années dans le cadre d'un Dispositif National d'Accueil (DNA) environ 21 000 places d'hébergement en Centre d'Accueil de Demandeur d'Asile (CADA) et vient de compléter encore ce dispositif par la création de 4000 nouvelles places d'hébergement. Ce niveau de capacité d'accueil reste cependant insuffisant pour faire face aux besoins et aux demandes exprimées par le public des demandeurs d'asile et relayé par les différents opérateurs gestionnaires de CADA et/ou de Plate-Forme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA). Ainsi aux structures CADA traditionnelles, 12000 places en Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile (HUDA) ont été ajoutées au DNA en 2013. Mais aujourd'hui les places nationales existantes ne suffisent pas et un certain nombre de demandeurs d'asile se retrouvent à la rue, des isolés mais aussi des familles, quand ils ne peuvent être pris en compte par l'urgence généraliste comme le 115.

## La nécessité de l'accompagnement et de l'hébergement

Les demandeurs d'asile sont confrontés à la complexité de la procédure de demande d'asile, au besoin d'être domicilié, à la demande d'hébergement, aux difficultés de l'accès aux soins, à la barrière de la langue... Si certains peuvent retrouver des ressources dans leur communauté d'origine ou dans un réseau

familial et amical, d'autres sont complètement isolés parfois désorientés et courent le risque d'être marginalisés. De manière pratique, les demandeurs d'asile devraient être accompagnés pour rédiger le récit qu'ils ont à faire à l'OFPPA<sup>2</sup>, faire des démarches administratives, traduire des documents... Pour les opérateurs de l'asile, il apparaît primordial d'avoir un référent, un lieu central et ressource pour pouvoir orienter les demandeurs d'asile suivant leurs besoins, demandes : telle personne ou tel dispositif pour la santé, tel autre pour faire une carte des transports en commun à tarif réduit... Et les structures d'hébergement paraissent être le lieu pour rendre opérantes les liaisons dans cette prise en charge multimodale. D'autant plus que ce public en demande de protection, au delà d'un besoin vital d'hébergement, doit être accompagné à habiter les lieux. Pour les opérateurs la norme cohérente est donc le Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA). C'est à partir de ce lieu qu'il est envisageable d'accompagner correctement les demandeurs d'asile, le temps de la procédure, qui peut être longue...

## Un hébergement traditionnel en crise

Le contexte en région Rhône-Alpes est assez particulier. Ces deux dernières années ont vu une explosion des arrivées et des demandes d'asile. Sur l'année 2012, l'augmentation est de

1. Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres

2. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

47% dans le Rhône et de 36% en Rhône-Alpes. En 2013 les taux de progression sont similaires, ce qui amène à un doublement des arrivées sur deux ans. De plus ce sont des nationalités qui ont statistiquement moins de chance d'obtenir une protection qui sont surreprésentés dans la région. Par endroit, les dispositifs sont saturés et créent la frustration par l'absence de réponse à des demandes d'hébergement, frustration générant même des situations de violence. Ainsi la plate-forme de Forum Réfugiés a été fermée à Lyon le 20 novembre 2013 suite à des violences des demandeurs d'asile envers les personnels de l'association.

Ces dernières années ce sont les dispositifs alternatifs qui ont pris de l'importance pour répondre à l'urgence de la demande (hôtel, hébergement d'urgence...). Dans la région lyonnaise la capacité d'hébergement traditionnel en CADA devenant même inférieure à celle de l'HUDA (Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile). En cinq ans on est passé de 80 à 800 places HUDA dans le Rhône avec plus de 1 000 personnes à l'hôtel dans le « dispositif asile ». Malgré l'effort conjugué de l'État et des opérateurs spécialisés, l'hébergement n'est pas pour tous et des priorisations sont à l'œuvre fondées sur des critères familiaux sociaux et/ou médicaux. En 2013 un tiers des personnes arrivées sur le département du Rhône sont isolées donc majoritairement non prioritaires. En deux ans ce sont près de 2 400 isolés qui se sont présentés aux guichets de la préfecture.

Cette composante du public n'est représentée qu'à hauteur de 10% dans les hébergements pour demandeurs d'asile. Il est raisonnable de penser que déjà un nombre important de personnes isolées n'est pas du tout hébergé. L'évaluation est difficile mais il semble quand même probable que, sur ces 1300 personnes isolées arrivées dans l'année, toutes n'aient pas trouvé une solution à leur besoin d'hébergement dans le système D. D'autant qu'elles se sont ajoutées aux 1 000 arrivées de l'année précédente.

Une des conséquences de cette situation, et qui prend un caractère paradoxal si on parle de besoin de protection, c'est de retrouver des demandeurs d'asile ayant obtenu une protection

internationale, le statut de réfugié ou la « protection subsidiaire » et sans hébergement. Ces personnes peuvent donc se prévaloir des conventions internationales pour faire valoir leur besoin de protection mais elles ne peuvent obtenir la première d'entre elles : un toit au dessus de leur tête. Plus de 20 situations comme celle-ci étaient dénombrées dans le département du Rhône en fin d'année 2013.

En l'espace d'une vingtaine d'années, la norme d'hébergement a complètement changé, le CADA ne représente plus que le tiers des solutions d'hébergement pour les demandeurs d'asile : 41 254 premières demandes en 2012, une durée moyenne de procédure de 17 mois et 21 656 places en CADA au niveau national. On est très loin de la prise en charge systématique

### **Un hébergement plus précaire**

Pour ce qui est des structures du DNA, les professionnels sont mis ici en difficulté par la baisse récurrente des moyens qui leur sont octroyés, notamment du fait de la mise en concurrence des structures qui répondent à des appels à projet. Des organismes rationalisent leur action et font baisser les coûts, aidés par les pouvoirs publics qui favorisent cette concurrence. Des acteurs historiques du monde de l'asile critiquent ainsi l'émergence de « CADA discount » devenant des « outils de l'État » qui « cassent les prix » et entraînent une marchandisation de l'aide, dans une logique de marché. Cette rationalisation des coûts se fait, entre autres, au détriment de l'accompagnement et de la prise en charge de la santé mentale. Beaucoup de structures ont dû faire face à des suppressions de postes ou de prestations extérieures, notamment de psychologues. Le taux d'encadrement en CADA est passé de 1 pour 10 auparavant à 1 pour 15 aujourd'hui. La capacité des équipes pour accompagner est donc diminuée, de même que celle à prendre soin des plus fragilisés. De ce fait il y a moins d'accompagnement social. Mais cela est encore plus manifeste dans les structures d'hébergement d'urgence qui ont des moyens encore réduits, des compétences professionnelles moins présentes et de plus en plus en difficultés pour prendre en charge ce public. L'accompagnement est alors plus distant. Il y a moins de suivi.

Paradoxalement l'hébergement d'urgence est plus coûteux pour les finances publiques de l'État et celles des collectivités locales, mairies et départements. Car si effectivement le coût direct, à la journée, peut paraître comme étant inférieur à celui des CADA qui intègre toutes les prestations (22 euros à l'hôtel par exemple au lieu de 24 euros en CADA), un ensemble de prestations comme l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA), par endroit des aides à la cantine, aux transports et les aides caritatives vient majorer singulièrement cette base de calcul par ses coûts indirects... Autrement dit l'économie est illusoire, et dans les faits la prise en charge en hébergement d'urgence ou à l'hôtel est plus coûteuse et moins pertinente.

### Une précarisation accrue des demandeurs d'asile et les conséquences sur la santé mentale

Cette précarisation de l'hébergement et donc de l'accompagnement de ce public a bien sûr des conséquences sur le vécu des demandeurs d'asile mais aussi des réfugiés. Le déficit d'accompagnement et d'occupations pendant leur parcours de demande d'asile impacte la capacité d'intégration de ceux qui obtiennent une protection. Les parcours d'intégration sont ralentis, les compétences personnelles mobilisables sont réduites. La débrouillardise tient place d'autonomie et les personnes restent captives de leur réseaux familiaux et communautaires, des « frères de l'église », de ceux qui connaissent le système savent s'y repérer et donc donner le bon conseil. Il n'est pas rare des mois après l'obtention d'une protection de devoir recourir à de l'interprétariat avec ce public, et ce fréquemment. Les raisons sont simples, les opportunités sont de plus en plus rares d'apprendre la langue au cours du parcours de la procédure de demande d'asile alors même qu'elle dure plusieurs mois.

Mais c'est surtout les impacts de cette précarisation sur la santé mentale qu'il nous importe de souligner ici. À l'exil, au parcours difficile, au traumatisme souvent vécu dans le pays d'origine, s'ajoute une désaffiliation, un risque de désarrimage social... Le lien au groupe se retrouve attaqué. Nous sommes de plus en plus confrontés à des personnes qui sont dans

des stratégies de survie, engluées dans une procédure longue, complexe et insécurisante.

Le logement symbolise l'abri, la protection et est un préalable pour se sentir « chez soi ». Le demandeur d'asile serait alors la figure de l'être détaché de ses appartenances pour qui le logement symboliserait l'accueil ; son absence renvoyant donc au « non accueil ». L'absence de solution d'hébergement stable vient donc en écho, en résonance, de la protection administrative occasionnant une insécurité psychique. Ce « non-accueil » entretiendrait un sentiment d'indignité et de disqualification chez le demandeur d'asile.

Surtout cette absence d'hébergement met les demandeurs d'asile en errance. Et ce public inspirant souvent à l'invisibilité, voit son sentiment de culpabilité aggravé, dans une « clandestinité coupable<sup>3</sup> » pour reprendre les termes de Dominique Belkis et Spyros Franguiadakis. C'est alors l'incapacité à faire des projets qui réveillent l'insécurité interne.

Et cette errance, cette non-domiciliation, confrontés aux règles de sectorisation de la psychiatrie publique pose le problème de l'accès aux soins. Pour ces demandeurs d'asile restent alors l'urgence ou les dispositifs spécifiques (comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, PASS) qui sont aujourd'hui saturés. Aux problématiques de l'asile s'ajoutent alors celles de la précarité<sup>4</sup>. D'un point de vue clinique, ce public paraît marqué par le désespoir ; un désespoir souvent à la hauteur de l'espoir investi dans la migration.

### Une épreuve comme mode de régulation de l'immigration

Ce constat appelle aussi à une problématique politique. Ainsi l'hébergement va être une première sélection pour le public demandeur d'asile, pour des critères différents que celui du statut. Ce sont alors les critères sociaux et sanitaires qui vont prévaloir. On arrive aujourd'hui à des situations paradoxales, où le public accueilli dans certains CADA sera celui qui aura le moins de chance d'obtenir l'asile. Une des missions des CADA, accompagner et soutenir le requérant dans sa demande d'asile,

3. Dominique Belkis et Spyros Franguiadakis, *l'accueil des demandeurs d'asile comme épreuve du politique*, Rhizome n°21, décembre 2005

4. C'est pourquoi nous avons parlé de « migrant précaire » dans le numéro 48 de Rhizome



se porte souvent aujourd'hui vers un public en situation de handicap ou gravement malade. L'issue de la procédure peut le conduire alors à obtenir une carte de séjour du fait de sa situation sanitaire.

L'accompagnement des demandeurs d'asile, s'il est défaillant, concourt à le précariser. Il nous apparait surtout que cet état de fait participe d'un mode de régulation de l'immigration. Aujourd'hui la demande d'asile permet un accès au territoire sans visa, des ressources avec l'ATA... Par conséquent la sélection se fait en grande partie sur les capacités à endurer ces

épreuves, après avoir enduré celles du départ choisi ou non choisi.

Et ce mode de sélection donne aussi un pouvoir aux dispositifs, aux professionnels (que bon nombre ne veulent pas) et participent d'un traitement inégalitaire de la demande d'asile. Pour les requérants l'arbitraire se perpétue. Suivant les régions, les intérêts des collectivités locales (notamment financiers), la prise en charge va être différente. Autrement dit cette situation fait valoir la défaillance d'une politique nationale quant à la prise en charge de la demande d'asile sur le territoire. ||

# Situations d'accompagnement social à l'hébergement et au logement.

## Une ethnographie sensible

Des récits d'accompagnement au logement, nous en avons entendus à de nombreuses reprises sur nos terrains d'enquête<sup>1</sup>. Relatés par les personnes accompagnées d'une part et, par les intervenants sociaux ou médico-sociaux d'autre part, ces récits croisés forment une histoire de notre temps face aux empêchements structurels et institutionnels de l'accès au droit au logement. Ils se font également l'écho des négociations entre accompagnants et accompagnés pour parvenir à trouver un lieu où habiter, le plus fréquemment au sein du système d'habitat précaire. Sous ces termes, nous désignons toutes les institutions d'hébergement et de logement accompagné, c'est-à-dire sous gestion assistantielle, ainsi que tous les abris de fortune et autres modalités de la débrouille nocturne (nuit d'hôtel *via* le 115, squat ou hébergement chez un tiers). L'habitat précaire peut être figuré comme un réseau, vaste et complexe, dans lequel les personnes que nous avons enquêtées tournent le plus souvent pendant de nombreuses années sans accéder à un statut de locataire de plein droit ou de propriétaire<sup>2</sup>.

• **Pascale Pichon**,  
professeure  
de sociologie,  
Université Jean  
Monnet, Centre  
Max Weber-UMR  
52-83

• **Elodie Jouve**,  
ethnologue,  
chercheuse  
associée Centre  
Max Weber-UMR  
52-83

La courte histoire qui suit nous permet de repérer les aspects humains, matériels et symboliques, de l'accompagnement social au logement pour lequel des intermédiaires, services sociaux locaux ou associations d'aide, ont reçu délégation des pouvoirs publics. C'est une tranche de vie saisie et reconstituée au moment où Jacques R., pris en charge par une association spécialisée dans le logement des plus pauvres, se trouve pour la première fois de sa vie, sans logement et entre à l'asile de nuit. À cinquante-quatre ans, ce haut-lieu de l'abri des personnes sans domicile ne lui est pas inconnu car il côtoie depuis de nombreuses années des hommes comme lui célibataires, « de la classe » comme il dit, qui y ont séjourné aux moments les plus critiques de leur vie. Jacques R. a passé toute son existence dans la même région,

a vécu de maigres revenus issus d'emplois souvent non-déclarés, et appartient à cette frange du sous-prolétariat qui le rend proche des sans-abris, dont il va à son tour grossir les rangs pour quelques mois. Avant de connaître l'association, il a vécu dans un petit logement personnel, démoli car déclaré insalubre. Les effets de cette décision ont été accélérés avec les grands travaux de réhabilitation du centre-ville ancien. L'expulsion signera pour lui la prise en charge associative qu'il acceptera volontiers afin de trouver un nouvel appartement. La conseillère en économie sociale et familiale, Brigitte M. est particulièrement attentive à la situation de Jacques R. Elle note au tout début de l'accompagnement, dans son dossier : « personne assez marginale, M. R. est un peu clochardisé, pas tout à fait socialisé, pas de contrat R.M.I. ».

1. Les données que nous utilisons dans cet article sont issues essentiellement d'une recherche réalisée avec Katia Choppin et David Grand pour la Direction générale de l'action sociale (DGAS), entre 2008 et 2010, intitulée : *Sortir de la rue, les conditions de l'accès au chez-soi* (Pichon, Jouve et al., 2010). Dans cette recherche, les terrains explorés à Saint-Étienne, Montpellier, Lyon et Lille, forment un ensemble cohérent et comparatif des différentes formes de l'habitat précaire en ville. Nous y adjoignons d'autres données plus récentes recueillies par Elodie Jouve entre 2011-2013, en cours d'exploitation sur un nouveau terrain stéphanois auprès des bénéficiaires du RSA et de leurs accompagnants.

2. Cette question de la propriété n'est quasiment jamais posée pour les plus pauvres alors que quelques initiatives citoyennes et solidaires - à l'instar du mouvement des Castors où les compétences professionnelles des métiers du bâtiment sont mutualisées par les futurs propriétaires - montrent que cette question est loin d'être incongrue. C'est aussi ce que nous rappelle l'expérience des habitants du quartier de Gloria à Rio de Janeiro, observée par le collectif d'architectes Coloco. Les habitants se sont emparés d'un immeuble, surnommé *O esqueleto*, dans lequel ils ont eux-mêmes bâti leurs appartements. Sous la pression du besoin, ils ont mis au point une collaboration involontaire entre l'industrie du bâtiment et l'auto-construction. Cette expérience est envisagée par le collectif comme une piste pour de nouveaux logements économiques et participatifs dans les centres urbains denses.

3. Le terme d'incurie, du latin *incura* -défaut de soins- s'avère un nœud problématique constant dans tous les services qui proposent des hébergements et l'accès vers le logement. Le problème ainsi désigné réduit la multiplicité des motifs en un diagnostic où se révèle la tension entre le normal et le pathologique. Il conduit à des changements de cap dans l'action qui mériteraient de plus amples investigations : départ du logement pour une cure de désintoxication, hospitalisation, entrée en foyer d'hébergement, expulsion.

Cette formulation signifie surtout que, dans cet accompagnement social, la question du travail salarié ne se pose pas. Seul demeure le retour dans un logement. Après une situation transitoire en logement d'urgence, Jacques R. accepte d'être relogé dans un studio de quinze mètres carrés en rez-de-chaussée, emplacement qui rend souvent ce type d'appartement du centre-ville ancien, difficile à louer. Entre l'accompagné et l'accompagnante, une relation se noue au fil du temps. Jacques R. ne rate plus aucun rendez-vous et au bout de sept ans, la mission de l'intervenante se conclut. Brigitte M. tente, à la demande de Jacques R. désesparé par cette décision et en accord avec lui, de négocier auprès de la direction de l'association la poursuite de la relation d'aide. Celle-ci s'est en effet ritualisée : Jacques R. se rend chaque semaine au siège de l'association pour donner le bonjour, en même temps que des nouvelles. Mais la décision s'applique et passent quelques mois pendant lesquels Jacques R., devenu indésirable, ne se manifeste plus. L'association sera alertée un peu plus tard par les voisins, démunis face à la négligence manifeste du logement et les débordements de Jacques R., souvent alcoolisé.

Le choix du caractère extrême de l'histoire de l'accompagnement social de Jacques R. qui a trouvé provisoirement un aboutissement inattendu, l'entrée à l'asile de nuit, propose une heuristique, dans la mesure où il oblige à explorer et à comprendre ce qui se joue là en s'appuyant sur les événements du quotidien rapportés par tous les protagonistes. L'enchaînement des séquences est révélateur à la fois du cadre et de l'action de l'accompagnement au logement et nous apparaît exemplaire tant dans les contradictions que dans les complexités qui résident dans ce processus. C'est pourquoi nous mettrons en évidence les différents points de vue en confrontation dans le processus d'accès non seulement au logement, première pièce du droit, mais également d'accès à un chez-soi, sans lequel il n'y aurait pas nécessité de la poursuite de l'accompagnement social. C'est la question de ces deux phases distinctes ainsi que leur temporalité que nous expliciterons. Il s'agira de donner à lire des observations ethnographiques où se manifeste et se déploie, sous de multiples facettes, la relation d'accompagnement, sans omettre de la recadrer dans les politiques actuelles du logement.

## De l'histoire signifiante aux négociations impossibles

Lorsque nous commençons l'enquête au sein de l'association, la situation de Jacques R. est la première à nous être présentée comme un problème nécessitant une résolution rapide. L'alerte lancée par les voisins est reprise sous le terme d'incurie<sup>3</sup> par l'ensemble des acteurs institutionnels. Jacques R. avait en effet été relogé dans le parc locatif de l'association (bénéficiant du dispositif de bail glissant). La décision de l'expulsion est tout de même difficile à prendre. C'est pourquoi sa situation fait l'objet de nombreux récits embarrassés. Rétrospectivement, l'accompagnante prend conscience que le désinvestissement progressif du logement s'est accompli à mesure que ses visites se sont espacées dans le temps. Elle note d'ailleurs ce paradoxe : c'est parce que la mission d'accompagnement à l'accès au logement avait pleinement réussie que la décision de relâcher l'emprise du suivi social a été décidée, puis celle de la fin de l'accompagnement impliquant de ne plus accepter les visites de Jacques R. au siège de l'association.

Rappelons que l'objectif de l'association tient en une formule : loger les plus pauvres. Pour ce faire, elle dispose de nombreux dispositifs, depuis le logement d'urgence jusqu'au logement d'insertion, pour permettre aux personnes, selon leur situation, d'intégrer ou de réintégrer un logement après un épisode plus ou moins long de rue, une expulsion locative, une décohabitation ou une émigration. En cela, elle est exemplaire de nombre d'associations en France qui, pour répondre à des publics différents, ont développé l'économie de l'hébergement social. Dans cette sphère, l'accompagnement social possède une temporalité schématiquement bornée par deux expressions courantes : « l'ouverture des droits » et « l'ouverture des compteurs ». Il est entendu qu'il vise à faire recouvrir l'ensemble des droits sociaux des individus jusqu'à celui d'habiter en un lieu salubre. Une fois réalisé ce double objectif, l'accompagnement n'a plus lieu d'être, au risque de pérenniser une prise en charge qui remettrait en cause le projet associatif en déviant ainsi l'action de ses missions ; ce qui, d'un strict point de vue gestionnaire, ne serait guère réalisable. Le cadre institutionnel se donne à lire dans les termes de la légalité comme dans les limites des financements.

L'accompagnement social peut, quant à lui, se prolonger pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, mais son horizon temporel en est toujours le terme. Cette limite dans la durée a aussi ses raisons éthiques. Les dirigeants de l'association perçoivent l'absence de perspective de clôture comme une impasse, un échec à cette visée essentielle : l'autonomie des individus. En somme, les personnes doivent apprendre à se détacher des accompagnants pour assumer pleinement leur rôle d'habitant-citoyen.

Ce point de vue est partagé par les travailleurs sociaux qui adaptent ces principes avec la souplesse que leur donne la connaissance des conditions de vie concrètes des personnes accompagnées. Dans leur pratique quotidienne, ils soutiennent les investissements personnels qui participent au maintien de soi et au maintien dans le logement. Ils se tiennent ainsi dans un entre-deux parfois inconfortable, adhérant au cadre institutionnel tout en développant des marges de manœuvre face aux demandes d'attention, de relation ou de soutien de leurs usagers. Pour Jacques R., comme pour bien d'autres, la rhétorique assistantielle ne trouve pas écho dans son expérience vécue. Pour lui, Brigitte S., bien que jouant un rôle professionnel, est devenue au fil des années, une personne proche. Elle a acquis une place centrale dans son entourage, quand bien même il ne lui rend visite que de loin en loin. Quel avantage aurait-il à rompre cette relation ?

L'accompagnement social au logement trouve place à l'intersection de tous les domaines de l'existence, ce qui lui donne un caractère très spécifique : ici se joue la relation de proximité, la confiance y tient une place prépondérante. La situation paradigmatique de Jacques R. met en lumière de multiples scènes de face à face : entre la travailleuse sociale et sa direction dans l'affrontement des points de vue à propos de la décision d'expulsion ; entre l'accompagnante et l'accompagné dans une relation ritualisée avec ses hauts et ses bas ; entre l'accompagné et l'hôtesse d'accueil de l'association et ses fins de non recevoir ; entre l'assistante sociale du secteur que Jacques R. n'a accepté de rencontrer qu'une seule fois ; entre voisins. Les prises de position de chacun ne conduisent pas véritablement à des discussions, si ce n'est entre Jacques R. et Brigitte S.. Mais le

duo accompagnant-accompagné ne parvient pas à élargir le cercle de l'empathie. Brigitte S. présente pourtant la situation dans son groupe d'analyse de la pratique ; Jacques R. quant à lui, n'a pas de lieu où exprimer ses craintes et ses aspirations. La trame de la négociation apparaît a posteriori dans les récits de chacun des protagonistes, et rend visible la forme du réseau et les limites de son efficacité. Selon la place occupée, sont avancés prioritairement soit les enjeux institutionnels, soit les enjeux relationnels ou encore individuels. Le processus d'accompagnement non clarifié conduit chacun à imputer à l'autre les échecs ; Jacques R., quant à lui, les signifie par le désinvestissement de son logement.



Le contenu et les modalités de l'accompagnement ne sont pas tous identiques. Ils s'accordent aux règles et aux principes des institutions, suivant les missions et les procédures qu'elles développent en autorisant des marges de manœuvre plus ou moins grandes ; ce qui se joue entre accompagné et accompagnant se réalise également en-deçà, à côté ou entre les mailles de l'ordre institutionnel. Ils dépendent de l'investissement dans le rôle, des attitudes, des qualités et des sensibilités des accompagnants professionnels. Ils sont, par définition, mis à l'épreuve de la complexité des vies des accompagnés et des accords ou désaccords qui surgissent dans les redéfinitions interactionnelles du cadre de l'accompagnement.

## **Des qualités de l'accompagnement : entre empêchements et supports institutionnels**

Pour être effectif, l'accompagnement doit avoir une durée déterminée, attester au regard des intervenants sociaux des phases successives du cheminement vers l'autonomie et donc, face aux obstacles de tous ordres qui l'entravent, confirmer la réévaluation des objectifs poursuivis. Ajusté à l'acte d'héberger, le caractère limité dans le temps de l'accompagnement a été précisément remis en question lors de l'instauration d'un nouveau type d'hébergement : les maisons relais, baptisées aussi pensions de famille. L'une des spécificités de ces accueils résidentiels se tient dans leur durée, en principe illimitée. Ce principe convertit l'hébergement en une cohabitation dans le parc assistantiel par l'ajout, si l'on peut dire, de quelques qualités du logement -mais sans les droits du locataire- à l'hébergement, tout en gommant le caractère temporel de ce dernier. Ce type d'hébergement durable ne concerne qu'une faible part des personnes accompagnées par les institutions sociales, qu'il s'agisse des personnes vieillissantes ou des malades. Pour tous les autres, c'est la circulation qui demeure la règle et qui relègue à plus tard la sortie du circuit de l'habitat précaire institutionnel. Dans les faits, la temporalité de l'accompagnement est contractualisée sous la forme d'objectifs et implique une succession plus ou moins importante d'accompagnateurs, autrement dit des « prises de relais ». C'est sans doute l'une des fragilités de l'accompagnement.

Tout accompagnement à l'hébergement -même durable- et au logement relève de séquences d'action identifiables. Les décisions sont prises de semaine en semaine, de mois en mois, guère plus avant et s'inscrivent dans l'épaisseur du présent (Ravon, 2005), dans la densité de la vie quotidienne. Il arrive que des incompréhensions se créent. Quand Érik M., alors hébergé dans un petit studio en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), souhaite s'acheter un canapé convertible, les accompagnants s'y opposent. Pour ces derniers, cet achat signifie l'installation de l'hébergé dans l'institution. Pour l'hébergé, le motif de cet achat est tout autre. Certes, un canapé meublerait de façon plus confortable son « petit coin » comme il l'appelle, mais surtout il indique un souci pour l'avenir. Depuis qu'il est hébergé dans

ce CHRS, Érik M. nous parle du futur. Il anticipe son départ. Ce canapé prend place, dans son récit, dans son futur logement. C'est un investissement sûr qui dévoile un dessein, une autre manière d'habiter loin du regard de l'institution.

Les disputes constatées autour de l'aménagement des lieux en appellent à une autre caractéristique de l'accompagnement, celle qui a trait à l'évaluation constante du travail social qui doit rendre compte régulièrement à ses tutelles de la réalisation de ses missions. L'évaluation concerne également, dans le cours de la pratique professionnelle, les comportements des personnes hébergées. Dans les cas qui nous occupent, se sont plus spécifiquement les aptitudes à habiter qui sont soumises à appréciation sur une échelle de valeurs. L'« investissement » (selon le terme usité) dans le logement est bien sûr observé, mais pas seulement, ce sont aussi la gestion du budget, l'adhésion au projet d'insertion, la régularité dans la poursuite de soins qui sont appréciées. En cela, l'accompagnement manie différents registres de l'habiter et pas seulement le fait d'être logé, de disposer de droits, d'un confort minimum ou encore d'un environnement adapté et choisi. Les manières mêmes d'habiter peuvent transformer les situations d'accueil préalables à l'accession au logement à soi en preuves à fournir des capacités à habiter. Les tensions sont palpables lorsque les plaisirs de l'habiter se muent en une vérification minutieuse du respect des normes. La tenue de la chambre, du studio ou de la pièce à vivre, leur propreté sont des points de surveillance rapprochée. Le soupçon de l'incapacité à entretenir un logement en propre est un risque que prend l'hébergé peu enclin au ménage ou à l'hygiène régulier de son corps. Le propre, dans sa double acception, révèle ce qui doit être résolu du souci de soi, évalué à l'aune de l'appropriation positive d'un lieu à soi, pourtant jamais acquis en institution, dans ces situations d'entre-deux.

Dans les institutions d'hébergement et de logement adapté, la série d'épreuves qui consiste à apporter les preuves de sa capacité à habiter ne se confond pas avec l'organisation de l'institution totale (Goffman 1968), au sein de laquelle les faits et gestes des reclus sont sous surveillance constante. L'évaluation introduit au contraire une troisième caractéristique de l'accompagnement,

la familiarité. Celle-ci possède deux faces comme l'illustre la relation qu'entretiennent Monique J., référente au sein du CHRS et Rémi D.. Ce dernier se rend régulièrement dans le bureau de l'éducatrice : « il [m'] amène ses relevés de comptes et son courrier qu'il ne peut pas lire parce qu'il est analphabète », explique-t-elle. Elle rajoute que Rémi D. n'omet jamais de prendre des nouvelles de ses enfants et de son mari. Ces courts entretiens donnent le ton de la relation. Sans avoir la fonction de tutrice, Monique J. est devenue une personne ressource en faisant partie de l'entourage le plus proche de Rémi D., ce que l'on a noté à de nombreuses reprises dans les situations d'accompagnement où l'accompagné vit de façon isolée, comme Jacques R.. À la manière d'une nièce -c'est ce lien de famille que Rémi D. évoque lors d'un entretien-, la travailleuse sociale assume les tâches généralement dévolues à un membre de la famille, souvent une femme. En guise d'affirmation de ce lien, Rémi D. appelle la jeune femme « mon petit », « pas madame, jamais mon prénom » surenchérit l'éducatrice qui évoque le petit présent qu'il lui a offert pour son anniversaire. Et, voilà qu'à l'instar de la situation d'accompagnement de Jacques R., celle de Rémi D. préoccupe également le responsable du CHRS. De fait, sa chronicité rend efficiente une forme de familiarité médiée par l'institution. Il arrive, il est vrai, que la familiarité se manifeste de façon intempestive par l'intrusion dans l'intimité de l'hébergé, c'est son autre face. Plus globalement, l'observation ethnographique pointe l'extrême attention que portent les accompagnants à l'hygiène corporelle surtout quand, dans la proximité des corps, les odeurs envahissent l'espace même de la relation. Elle appréhende également la familiarité dans les façons dont les professionnels jugent des conduites privées, voire sexuelles. Les mœurs de Patricia, qualifiées de « légères » par son éducateur référent, l'autorise à évoquer ce qu'il perçoit comme un problème, lors d'un entretien individuel. Outre le fait que l'attitude de Patricia M. a fait naître quelques remarques moqueuses entre hébergées, nous est finalement livrée la question qui taraudait l'éducateur : « est-elle apte à conduire sa vie intime ou agit-elle sans véritable discernement ? »

La familiarité, parfois mal dosée de part et d'autre de la relation d'aide, ne doit pas occulter le caractère protecteur de l'accompagnement qui se

tient dans l'équilibre entre attention portée à autrui et étouffement. La protection affleure continûment dans nombre de petits arrangements opérés entre accompagnant et accompagné pour permettre l'intégration ou le maintien dans un hébergement ou dans un logement adapté. Elle se distingue de l'empathie qu'éprouvent les accompagnateurs dans certains moments critiques. L'accompagnement se trouve ainsi en position liminaire entre les règlements ou les normes institutionnelles et les agencements situationnels qui prennent de multiples formes et dans lesquels s'invite la part des affects et des sentiments, du côté des accompagnants comme du côté des accompagnés.

### **De l'expression du chez-soi dans le cadre des politiques de l'accompagnement**

Adaptations, accommodations ou ajustements, nous regroupons ces modes d'interaction institués sous le terme d'« arrangement » (Goffman 2002), afin de considérer la dynamique de l'expérience entre accompagné et accompagnant, marquée par l'inégalité des places sociales et la dissymétrie des positions dans la relation d'aide. Si, comme nous l'avons proposé, cette dynamique dépend des caractéristiques de l'hébergement ou du logement, elle s'articule, au temps de l'accompagnement, autour de quatre conditions qui se rapportent à l'expression du chez-soi : l'aménagement, l'attachement, l'appropriation et l'ancrage<sup>4</sup>. Dans la quête du chez-soi, qui ne peut aboutir pleinement en hébergement ou en logement transitoire, ces conditions forment un cadre d'analyse issu des données de terrain.

Avec l'aménagement, c'est l'investissement par chacun de son espace habité qui se trouve mis en avant. Le choix des objets du quotidien et des petits meubles de rangement s'affirme, les goûts se déclarent. Il s'agit également d'aménager ses relations avec le voisinage en institution ou en ville, de co-habiter. L'attachement évoque ce qui nous relie, ce qui nous retient, ce qui nous contraint, parfois tout à la fois. Les attachements sont multiples et c'est leur gestion qui permet d'atteindre une forme d'autonomie dans la dépendance. L'appropriation est protéiforme. Elle s'entend tout autant dans la recherche de l'intimité, que dans les plaisirs de l'habiter dès que l'on possède un lieu à soi, à l'abri des regards importuns. Elle touche à la

4. Sur le développement plus précis de ces quatre conditions que nous appréhendons comme des catégories de l'expérience, voir notre rapport déjà cité, *Sortir de la rue, les conditions de l'accès au chez-soi*.

propriété de soi, des lieux, des plaisirs. Dernière condition, l'ancrage affirme l'inscription spatiale et sociale des personnes et garantit leurs droits.

Les attentes des personnes accompagnées en matière de droits à habiter et d'accès au chez-soi font souvent écho aux obstacles qu'elles rencontrent. La discontinuité résidentielle dans les histoires d'habitat précaire, plonge parfois dans l'oubli le simple fait que les non-logés ou les mal-logés ont été des logés. De l'occultation de ces expériences antérieures émerge la vision, largement partagée par les intervenants sociaux, des degrés à franchir dans un parcours d'hébergement unidirectionnel et ascensionnel. Cette vision s'affirme comme une croyance lorsqu'elle fait de l'accompagnement le franchissement d'étapes vers l'autonomie, comme si celle-ci ne constituait pas l'une des formes de la dépendance à autrui (Sennett, 2005). Cette vision a sans doute participé, tout au long de ces deux dernières décennies, au développement inflationniste de nouveaux dispositifs d'hébergement et de logement, adaptés à tel ou tel public jugé plus ou moins autonome. L'inventaire, quoique incomplet, en est éloquent : Hébergement d'urgence, Hébergement de réinsertion sociale, Lits halte soins santé, Logement de stabilisation, Maison-relais, Appartement de coordination thérapeutique, Appartement diffus en cohabitation, Logement d'urgence, Logement en bail glissant ou encore Logement d'insertion.

La diversification de l'offre actuelle des dispositifs d'hébergement peut être intégrée à l'histoire plus longue des politiques du logement social, puis du logement très social, aujourd'hui du quasi-logement qui privilégie et ciblent telle ou telle population. Cette « refondation », selon le terme officiel, montre combien les frontières entre logement et hébergement sont désormais

poreuses, combien le droit au logement réaffirmé par le droit au logement opposable (DALO) est devenu, de façon substitutive pour de nombreuses personnes, un droit à l'hébergement opposable.

Les orientations éthiques de ces dernières décennies, où la notion de dignité a fait son entrée dans les politiques publiques du logement<sup>5</sup>, ont sans doute concouru à ces transformations structurelles, à l'humanisation des foyers d'hébergement d'une part et, à l'éradication progressive d'une offre de logements à bas prix dans le parc privé ancien, d'autre part. En revendiquant le pragmatisme, la récente proposition d'« habitat essentiel » développée par l'UNPI (Union nationale des propriétaires immobiliers) en septembre 2012 entérine, quant à elle, la contraction de l'habitat humain au simple logement. L'« habitat essentiel » serait à considérer comme la prise en compte du « but premier du logement : assurer à l'habitant une protection contre les intempéries, et définir ce qui est indispensable à sa mise en œuvre. Tout ce qui relève du superflu doit être banni »<sup>6</sup>. La proposition d'« habitat essentiel » trouve son assise dans la notion d'habitabilité dont la designer Isabelle Daëron nous rappelle qu'elle consiste en cet « arsenal technique » qui réduit la distance entre l'utopie et l'espace à habiter (Daëron, 2009). Or, ce qui est envisagé comme le superflu est ce qui, dans l'expérience de nos enquêtés, distingue l'abri ou l'hébergement du chez-soi. Le superflu pour eux comme pour tout un chacun, c'est le confort<sup>7</sup> qui dévoile sur nos terrains d'enquête sa double signification : à la fois liée à l'habitabilité quand il s'agit du confort moderne et des facilitations des gestes du quotidien, mais aussi attachée à la notion de réconfort telle que la laisse se dévoiler le confort discret (Goubert, 1998). La relation d'accompagnement se joue dans ces entours. II

5. Par exemple la lutte contre l'habitat indigne (Pichon, 2008).

6. *L'habitat essentiel, une proposition*, rapport UNPI, septembre 2012, p.6, [www.unpi.org/Donnees\_client/Doc/Habitat\_essentiel\_5\_septembre\_2012.pdf], consulté le 26 décembre 2013.

7. Les expériences de rénovation de foyer hébergement pour sans-abri conduites par l'artiste Miriam Kilali à Moscou, à Berlin et à New York interrogent précisément le caractère « essentiel » de l'hospitalité urbaine. Intitulés : *Reichtum* 1, 2, 3, le projet vise à faire du luxe et du confort les principaux critères de rénovation des espaces habités avec la coopération des personnes qui y sont hébergées. Le luxe est ainsi envisagé comme une revendication pour apporter des niches propres à se sentir chez-soi. [http://www.miriamkilali.com/], consulté le 26 décembre 2013.

# | Bibliographie

## Ouvrages et Articles

**Astier I.**, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales* 2009/2 n° 152, p. 52-58.

**Ballain R. et Maurel E.**, *Le logement très social*, Éditions de l'Aube, 2002.

**Ballain R, Jaillet M.C.**, « Le logement des démunis : quel accompagnement social ? », in « A quoi sert le travail social ? », *Esprit*, 3-4, mars-avril, 1998.

**Barazer C., Ehrenberg C.**, « La folie perdue de vue », *Esprit*, 1994.

**Castel R.**, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, coll. L'espace du politique, 1995.

**Castel R.**, *La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire*, ronéoté, 1994.

**Chopart J. N.**, « Travail social, argent, situations précaires : une étude sur les aides financières de l'Aide Sociale à l'Enfance », *Handicaps et Inadaptations - Les cahiers du CTNERHI*, n°37, janvier-mars 1987, p. 43-55.

**Daëron I.**, *Habitabilité*, mémoire de fin d'études, Paris, ENSCI, 2009.

**Deries B.**, « Santé mentale et citoyenneté ? Le logement comme objet transversal », *Rhizome* n°7, 2001 p. 10-11.

**Dewey J.**, *La formation des valeurs*, traduit de l'anglais et présenté par Bidet A., Quéré L. et Truc G., Éditions La découverte, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 2011, p. 18.

**Doutreligne P.** (sous la direction de), *L'état du mal-logement en France - 17<sup>e</sup> rapport annuel*, Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, 2012.

Accès libre en ligne : [http://www.fondation-abbe-pierre.fr/\\_pdf/rml-17.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml-17.pdf)

**Elster J.**, « Éthique des choix médicaux » in ElsterJon et Herpin Nicolas (sous la direction de), *Éthique des choix médicaux*, Éditions Actes Sud, Collection coll. « Changement social en Europe occidentale », 1992, p.11-35.

**Eyraud B., Vidal Naquet P.A.**, « La vulnérabilité saisie par le droit », *Justice Actualités* n°7, 2013 p.7.

**Eyraud B., Vidal-Naquet P.A.**, « Le projet dans les recompositions des politiques en santé mentale », in « Trouble mental », *Lien social et politiques*, n°67, 2012 p.217 -232.

**Fassin D.**, « Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, n°42-3, juillet-septembre 2001, p. 437-475.

Accès libre en ligne : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc\\_00352969\\_2001\\_num\\_42\\_3\\_5370](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_00352969_2001_num_42_3_5370)

**Furtos J., Colin V., Pichon A., Bonneval L.**, *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement des personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement*, 2012 Orspere - ONSMP.

Disponible sur [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

**Geremek B.**, *La potence ou la pitié – L'Europe et les pauvres du Moyen-âge à nos jours*, Éditions Gallimard, 1978 (1re éd. 1987).

Giuliani F.E., *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*, 2013, Presses Universitaires de Rennes.

**Giuliani F.E.**, 2013, *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*, Presses Universitaires de Rennes.

**Goering P., Girard V., Aubry T., Barker J., Fortanier C., Latimer E., Laval C. et Tinland A.**, Conduite d'essais relatifs aux politiques qui soutiennent le modèle d'intervention accordant la priorité au logement : l'histoire de deux pays, *Lien social et politiques*, n° 67, p161-182.

**Goffman E.**, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968.

**Goffman E.**, *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, Snédit et Cahiers du Cedref/ADREF, 2002.

**Goubert J. P.**, *Du luxe au confort*, Paris, Belin, 1988.

**Ion, J.**, *Le travail social au singulier*, Dunod, 1998.

**Laé J.F., Murard N.**, « Le grand célibataire et la rue », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°113, 1996, pp. 31-39.

**Latour Bruno**, *Sur le culte moderne des dieux faitiches – suivi de Iconoclash*, Éditions La découverte, coll. « Les Empêcheurs de tourner en rond », 2009, 208 p.

**Latour B.**, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Éditions La Découverte, coll. « Poche / Sciences humaines et sociales », 2005 (1re éd. 1989), 672 p.

**Marx K.**, *Le caractère fétiche de la marchandise et son secret*, traduit de l'allemand par Roy Joseph, Éditions Allia, coll. « Petite Collection », 2006 (1re éd. 1995), 42 p.

**Nicolas J. P.**, *La pauvreté intolérable. Biographie sociale d'une famille assistée*, Éditions Érès, coll., 1984.

**Pichon P.**, 2008 « Catégorie de l'action publique et reconnaissance des personnes. L'exemple de l'habitat indigne », *La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques* (Payet J-P, Battegay A., dir.), Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, pp. 167-172.

**Pichon P.**, 2011, « Quelles politiques du logement en direction des sans-abri ? Incidences de l'observation des conditions d'accès au chez-soi dans le processus de sortie de la rue », *Loger l'Europe, Le logement social dans tous ses États* (Houard N. coord.), Paris, La Documentation Française, pp. 285-300.

**Ravon B.**, (sous la direction de), *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité – Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Rapport pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2008.

**Ravon B.**, 2005, « Vers une clinique du lien défait », *Travail social et souffrance psychique*, (Ion et al.), Paris, Dunod, pp. 25-58. Disponible sur [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

**Sennett R.**, 2005, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*, Paris, Hachette.

**Sarradon-Eck A., Farnarier C., Girard V., Händlhuber H., Lefebvre C., Simonet É. et Staes B.**, Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et politiques*, n° 67, p. 183-199.

**Soulet M. H.**, 2005, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, 2005/2 no 10, p. 49-59.

**Soulet M. H.**, 2008, « De l'habilitation au maintien » Les deux figures contemporaines du travail social, *Savoirs*, 2008/3 n° 18, p. 33-44.

**Strohl H., Lazarus A.**, 1995, *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Paris, DIV DIRMI.

**Vidal-Naquet P.A.**, 2012, « La compensation des conséquences du handicap à l'épreuve du projet de vie », *Wiki Territorial* du CNFPT, Revue en ligne.

# | Actualités

## Nous avons lu

- **Actes de la rencontre nationale 2013 du réseau « Jeunes en errance »**

du 21 et 22 novembre 2013 à Nîmes

Disponibles à l'adresse suivante : <http://bit.ly/1lnEjag>

- **Rapport d'observations : « Le dédale de l'asile à la frontière - Comment la France ferme ses portes aux exilés »**

Anafé, Décembre 2013

Disponible sur : <http://bit.ly/1jMWvsb>

- **Rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie**

Déposé par la commission des Affaires Sociales et présenté par Denys Robiliard.

Disponible sur : <http://bit.ly/MkgjF6>

## Agenda

- **Colloque : « Entre errance et silence. Regards croisés sur la souffrance psychique d'origine sociale »**

12, 13 et 14 février 2014 sur à Louvain (Belgique).

Organisé par Andréa Ceriana Mayneri, en collaboration avec Pascale Jamoulle et Antony Artigas.

- **Journée d'étude : « Être reconnu réfugié et après ? »**

13 février 2014 à Poitiers, organisée par l'Université de Poitiers, Migrinter.

E-mail : [albena.tcholakova@laposte.net](mailto:albena.tcholakova@laposte.net) ; [kakokak@hotmail.com](mailto:kakokak@hotmail.com) ; [clochardol@cc-parthenay.fr](mailto:clochardol@cc-parthenay.fr)

- **Journée d'étude : « Maladies de pauvres, pauvres soins ? Santé et stratification sociale »**

14 février 2014, Paris Centre CNRS Pouchet, salle de conférences.

E-mail : [gelly@pouchet.cnrs.fr](mailto:gelly@pouchet.cnrs.fr), [laure.pitti@csu.cresppa.cnrs.fr](mailto:laure.pitti@csu.cresppa.cnrs.fr)

- **Séminaire international de « Recherche-Action » : « Agir par la recherche... rechercher dans l'action »**

20 et 21 février 2014, à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne.

Informations et inscriptions : +41(0)21 641 38 95

E-mail : [institut@ecolelasource.ch](mailto:institut@ecolelasource.ch)

Inscription online : <http://www.ecolelasource.ch/lasource/actualites>

- **Journée de SMC « Le passage dans le soin »**

21 mars 2014

Organisée par Santé Mentale et Communautés.

Contact : Sarah Bonnafoux, 04.72 65 75 35

E-mail : [sante\\_mentale\\_et\\_communautes@smc.asso.fr](mailto:sante_mentale_et_communautes@smc.asso.fr)

• **Colloque : « La Tuberculose : une maladie à composante sociale »**,

1<sup>er</sup> avril 2014, à Lyon (amphithéâtre de la CAF) organisé par le Comité Régional Tuberculose Rhône-Alpes, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes,

Inscription gratuite mais obligatoire :

[https://fr.surveymonkey.com/s/colloque\\_regional\\_tuberculose\\_1er\\_avril](https://fr.surveymonkey.com/s/colloque_regional_tuberculose_1er_avril)

• **Troisième colloque national des PASS**

16 mai 2014 à Chambéry.

Renseignements : [colloquenationalPass2014@ch-chambery.fr](mailto:colloquenationalPass2014@ch-chambery.fr)

• **Congrès national des internes en psychiatrie : « résistance »**

25 et 26 septembre 2014 à Lyon.

Renseignements : <http://cnipsy2014.tumblr.com/>

• **Formation proposée par ATD quart monde sur « animation du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté »**,

25 et 26 septembre, 23 et 24 octobre et 4 et 5 décembre 2014.

Renseignements : [www.croisementdessavoirs.org](http://www.croisementdessavoirs.org)

• **Conférence internationale de l'Association Européenne des Centres d'Ethique Médicale, « fragilité, vulnérabilité et participation sociale. Les enjeux éthique, sociaux et politiques d'une société inclusive »**.

2,3 et 4 octobre 2014 organisée par le Centre d'Ethique Médicale du Département d'éthique de l'Université Catholique de Lille.

Il est possible de proposer au comité scientifique une communication ou un poster à l'adresse suivante : [eacme2014@univ-catholille.fr](mailto:eacme2014@univ-catholille.fr)

Renseignements : <http://bit.ly/1ezbSgF>



# Les Cahiers de Rhizome



## Rhizome

Bulletin national santé et précarité,  
téléchargeable sur le site [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

**Rhizome** est une revue trimestrielle éditée par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSM-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Direction Générale de la Santé

Directeur de la publication : Christian Laval

Assistante de rédaction : Gwen Le Goff

### Comité de rédaction

Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or), Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon), François CHOBEAUX, sociologue (Paris), Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1), Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1), Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil), Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre), Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon), Carole FAVRE, infirmière (Le Cannel), Jean FURTOS, psychiatre (Lyon), Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse), Alain GOUIFFÈS, psychiatre (Rouen), Pierre LARCHER, DGCS (Paris), Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny), Edouard LEAUNE, psychiatre (Lyon), Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille), Eric MESSENS, directeur de la LBFSM, Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris), Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris), Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille), Christian MULLER, psychiatre (Lille), Eric PIEL, psychiatre (Paris), Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris), Bertrand RAVON, sociologue (Lyon), Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ (Lille), Pauline RHENTER, politologue (Lille), Rose-Marie ROYER, USH (Paris), Aurélie Tinland, médecin de santé publique et psychiatre, Marseille, Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse), Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre (Lyon).

### Contact rédaction

Frédérique Jamrozik - tél. 04 37 91 53 90

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel 69677 Bron Cedex

Tél. 04 37 91 53 90 - Fax 04 37 91 53 92

E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)

Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

Réalisation : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99

Impression : Imprimerie Brailly (St Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 8 000 ex - Dépôt légal 2310

ISSN 1622 2032 - CPPAP 0910B05589



ONSM-ORSPERE

## *Les Cahiers de* **Rhizome**

Bâtir les Cahiers de Rhizome dans le cadre des missions de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité nous est apparu, au fil des années, comme une nécessité. Ces Cahiers accueilleront, une fois l'an, dans un format élargi, une thématique spécifique envisagée selon une approche pluridisciplinaire, autour de recherches effectuées dans le cadre de l'Observatoire. Souhaitant lancer des ponts entre la communauté scientifique et les praticiens, nous continuerons, avec ce nouveau support, d'approfondir la réflexion théorique et pratique sur les liens complexes entre santé mentale et précarité. Chaque Cahier, en continuité avec les trois autres Rhizome annuels, est conçu comme un outil de recherche et de connaissance mais aussi comme une contribution au débat collectif. Il comprend une investigation du contexte social, politique et juridique, des présentations réflexives sur des pratiques cliniques ou sociales dans leur rapport avec les théories de référence dans chacun des champs mais aussi avec la politique et ses enjeux démocratiques. Il s'agit, en construisant un espace critique pensé à partir de la pratique, de permettre au lecteur d'être dans une position de réajustement permanent entre les exigences éthiques et l'évolution des pratiques. Enfin, notre projet éditorial vise à discuter des productions pratiques de santé mentale qui impliquent plus largement la communauté des citoyens.

CH le Vinatier, 95 Bd Pinel  
69677 Bron Cedex - FRANCE  
Tél. +33 (0)4 37 91 53 90  
Fax + 33 (0)4 37 91 53 92  
E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)



**ONSMP-ORSPERE**