



## Accompagner vers le logement en temps de vulnérabilité partagée

**Béatrice Derie**, sociologue, Ecole 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.

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 oeuvre 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 Jaillot, 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 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 psychiatisées 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 déspecificité. 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 cœur 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 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 l'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 codéfinir 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 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 oeuvre, 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.

### Notes de bas de page



1. En nous appuyant sur les résultats d'une première génération de recherches-action conduites dans

l'agglomération lyonnaise Deries B, Dieppedale 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, Etude 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'Equipement, du Logement, des Transports et du Tourisme, Plan Construction et Architecture.

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 .

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.

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

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.

Accomp... ▾



**ORSPERE SAMDARRA**

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95  
BD PINEL 69678 BRON CEDEX