



HAL
open science

Prendre en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile : un travail de relation

Anne Quintin

► **To cite this version:**

Anne Quintin. Prendre en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile : un travail de relation. Sociologie. Université Paris Cité, 2021. Français. NNT : 2021UNIP7205 . tel-03978325

HAL Id: tel-03978325

<https://theses.hal.science/tel-03978325>

Submitted on 8 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris

École doctorale Sciences des Sociétés – 624

Laboratoire CERMES3

Prendre en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile

Un travail de relation

Anne Quintin

Thèse de doctorat de Sociologie

Dirigée par Alain Ehrenberg
Et par Laurence Simmat-Durand

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2021

Devant un jury composé de :

Lise Demailly, professeure des universités émérite, Université de Lille,
Rapporteur

Stéphane Rullac, professeur HES, Haute Ecole de Travail Social et de Santé de
Lausanne, Rapporteur

Shirley Roy, professeure des universités, Université du Québec à Montréal,
Membre

Xavier Briffault, chargé de recherche HDR, CNRS, Membre



Titre :

Prendre en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile. Un travail de relation

Résumé :

Il s'agit, ici, de décrire par qui et comment sont prises en charge, depuis leur domicile, les personnes vivant avec des troubles psychiques, aujourd'hui qu'une transformation institutionnelle a modifié la place qu'avait la psychiatrie. Il s'agit, dans ce contexte nouveau où plusieurs institutions, plusieurs équipes et plusieurs secteurs sont amenés à intervenir simultanément, de regarder les relations qui se nouent entre les personnes vulnérables et les personnes qui interviennent auprès d'elles, entre les différents acteurs impliqués dans les prises en charge et de voir ce qui s'échange entre elles. Il s'agit de regarder, d'une part, la négociation dans des contextes situés de l'objectif même des prises en charge mais également leur schéma d'intervention, et, d'autre part, le travail de relation mené auprès des personnes souffrant de troubles psychiques sévères par les intervenants à domicile. Ce que je souhaite montrer plus précisément, ce sont les variations que connaissent ces relations en fonction de plusieurs facteurs tels que ce qui s'échange – si « la chose » échangée est du soin, de la contrainte, de l'accompagnement social, etc. -, la demande de relation et la manière dont elle est vécue. Je fais l'hypothèse que ces facteurs modifiant la qualité même de la relation ont un impact sur la prise en charge elle-même et sur ce qui s'échange entre les personnes.

Mots clefs :

Relation, Travail, personne, dimension sociale, dimension psychique, Logement, Négociation

Title:

Supporting People with Mental Health Problems from their Homes. A Work on Relationships.

Abstract:

In this research, the aim is to describe by whom and how people with mental disorders are cared for from their home, today that an institutional transformation has changed the place of psychiatry. In this new context where several institutions, teams and sectors are called upon to intervene simultaneously, it is a question of looking at the relationships that are established between vulnerable people and the ones who intervene with them, between the different actors involved in the supports. It is a question of looking at what is exchanged between them. It is also about looking on the one hand, in contexts situated, the negotiation of the objective of care but also their intervention plan, and, on the other hand, the relationship work carried out with the people suffering from severe mental disorders by home workers. What I want to show more precisely are the variations of these relationships experience, depending on several factors: what is exchanged - whether the "thing" exchanged is care, coercion, or social support, etc. -, the relationship request, and the way it is experienced. I hypothesize that these factors modify the very quality of the relationship and have an impact on the care itself and on people are exchanging.

Keywords:

Relationship, Work, Person, social dimension, psychic dimension, Housing, Negotiation

Remerciements

En premier lieu, et avant tout, je souhaite remercier Laurence Simmat-Durand, ma directrice de thèse, sans qui il aurait été très difficile de m'inscrire dans ce travail de doctorat et qui m'a socialisée à l'univers de la faculté. Je remercie également et très sincèrement Alain Ehrenberg qui m'a fait confiance et a accepté de m'encadrer en tant que directeur de thèse. Je les remercie tous les deux pour les discussions bienveillantes et enrichissantes qu'ils m'ont accordées, leur écoute, leurs relectures, leurs conseils et encouragements nombreux.

Je remercie Aude Béliard et Xavier Briffault pour leur participation à mon comité de thèse. Je les remercie pour leurs lectures nombreuses et leurs conseils qui m'ont permis d'évoluer, de progresser.

Je remercie tout particulièrement Nicolas Henckès, avec qui j'ai pu travailler sur les logements associatifs.

Je remercie également de nombreux maîtres et maîtresses de conférences, professeures et professeurs, que j'ai eu la chance d'écouter, de suivre, lors de mon cursus universitaire et avec qui j'ai pu converser et réfléchir. Je souhaite en nommer quelques-uns, comme (à nouveau) Aude Béliard, Maïa Fansten, Jean-Michel Morin, Alice Le Goff, Elsa Ramos, Laurence Estanove, Nicolas Duvoux, Séverine Dessajan, Catherine Pugeault... Je ne peux les nommer tous mais je leur dois beaucoup, autant dans le savoir théorique que j'ai pu acquérir que dans la posture de chercheur et d'enseignant.

Je dois préciser que cette thèse, que j'ai démarré à l'âge de 42 ans, je la porte en moi depuis très longtemps. Les cours de licence puis de master que j'ai suivis en sociologie à l'Université Paris Descartes ont répondu à une soif que j'avais depuis l'enfance. J'ai pris un plaisir immense dans mon cursus et je remercie toutes les personnes qui y ont contribué, dans l'Université.

Je souhaite également remercier toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mon terrain de thèse, avec qui j'ai échangé, avec qui j'ai travaillé. Je remercie très chaleureusement Hélène Ladiou, Isabelle Lintanf, Jean-Pierre Bouleau, Eliane Hoste, Pilar Arcella Giroux, Stéphane Jung, Marie-Liesse Bobot, Pauline Guézennec, Ana Marques, Eric Barthélemy, Dominique Macchi, Luc Le Guellec, Hélène Davtian, Frédérique Zimmer, Cristine Perez, Dacia Mighiu, Mélissandre Heurtebize et Céline Dias. Je remercie également les personnes que j'ai accompagnées et qui m'ont fait confiance.

D'autres personnes, bien avant, ont contribué à cette thèse, elles ne le savent pas toujours mais il me faut les citer. Je remercie donc Marco, un proche d'un membre de ma famille que je n'ai jamais rencontré, mais qui a été le premier sans qu'il ne le sache, à me transmettre dans la petite enfance cette envie de faire de la recherche. Il est chercheur et par la description que l'on m'a fait de son métier, j'ai su ce que je voulais faire. Je remercie ma mère, Danielle, et ma grand-mère, Renée, d'avoir pensé que j'en étais capable. Je remercie Odile Rocher, qui m'a transmis cette fibre également.

Cette envie, chevillée au corps, a été soutenue par mon entourage. Je remercie donc tous ceux qui m'ont aidée, portée, soutenue, et tous ceux qui ont cru en moi. Je remercie chaleureusement Paul pour son écoute, ses conseils, ses relectures, son soutien inconditionnel. Je remercie ma grande amie Taïna Le Floch pour toutes nos discussions, son soutien et sa foi en ma possibilité de mener à bien ce projet.

Je remercie à présent, ceux qui m'ont soutenue, qui ont cru en moi, mais aussi et surtout qui ont eu la patience de m'écouter, de me réconforter, de me supporter (dans les deux sens du terme) mes enfants chéris, Clément et Armelle, et mon merveilleux compagnon Cyril.

Liste des principales abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AAP	Appel à Projet
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACT	<i>Assertive Community Treatment</i>
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APA	Allocation Personne Autonome
APL	Allocation Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
ASS	Assistant de Service Social
ASV	Atelier Santé Ville
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAC	Centre d'Accueil et de Crises
CAMSP	Centre d'Actions Médico-Sociales Précoces
CASSC	Consultation d'Avis Spécialisée et de Suivi Conjoint
CATTP	Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DIHAL	Délégué Interministériel pour l'Hébergement et l'Accès au Logement
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
EMPP	Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissement et Service Médico-Social
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FNAVDL	Fonds National d'Accompagnement Vers et Dans le Logement
FSL	Fonds Solidarité Logement
GAP	Groupe d'Analyse des Pratiques
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle

HAD	Hospitalisation à Domicile
HID	Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAIA	Méthode d'Action Intégration Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale Des Personnes Handicapées
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
RESAD	Réseau d'Evaluation des Situations d'Adulte en Difficulté
RPP	Réunion Pluriprofessionnelle
RPSMYS	Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale Yvelines sud
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAVS	Service d'Aide à la vie Sociale
SDRE	Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat
SDT	Soins à la Demande d'un Tiers
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
VAD	Visite à domicile

Sommaire

INTRODUCTION	17
LA TRANSFORMATION INSTITUTIONNELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES	17
LA VIE HORS-LES-MURS DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES	23
L'ETHIQUE DU CHERCHEUR-INTERVENANT PSYCHOSOCIAL	28
L'éthique auprès des personnes accompagnées.....	28
L'éthique de la relation aux professionnels	35
L'éthique de chercheure	40
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODE DE RECHERCHE	49
CHAPITRE 1 : LA PARTICIPATION OBSERVANTE ET L'ETHNOGRAPHIE ENACTIVE COMME METHODE DE RECHERCHE	53
I. Présentation des terrains de thèse : CLSM, secteur psychiatrique (une association de logement) et secteur médico-social.....	54
1. Un secteur de psychiatrie.....	54
2. Coordination d'un CLSM intercommunal francilien.....	58
3. Le secteur médico-social	60
II. Méthode de recherche : des entretiens semi-directifs à l'ethnographie enactive.....	63
1. Sociologie compréhensive : des entretiens semi-directifs et des récits de vie.....	63
2. La participation et l'observation comme méthode.....	66
CHAPITRE 2 : LA RELATION DE PRISE EN CHARGE : UNE INSTITUTION DE SENS	87
I. La Relation de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques	88
1. Un fait social relationnel.....	88
2. Les trois éléments de la relation de prise en charge : les personnes en relation et la <i>chose</i> échangé	90
3. Les trois dimensions de la personne : sociale, biologique et psychologique	92
4. Pratique de la prise en charge : son contenu	93
II. Les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères	104
1. De la folie aux grandes structures psychopathologiques : paradigmes de la psychiatrie proposée par un psychiatre.....	104

2.	De <i>Syndrome</i> à troubles psychiques.....	109
III.	L'organisation des prises en charge et ses transformations	116
IV.	La prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile : un objet de recherche sociologique	122
1.	La dimension sociale des troubles psychiques.....	122
2.	La dimension sociale des prises en charge des troubles psychiques et des personnes qui en souffrent.....	129
CONCLUSION		135
 <u>DEUXIEME PARTIE : VIVRE HORS-LES-MURS AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES.....</u>		<u>137</u>
 CHAPITRE 1 : HABITER UN LOGEMENT AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES SEVERES		141
I.	L'institution de l'habiter : de l'hôpital à l'appartement autonome	146
1.	Qualité de vie dans un appartement autonome pour les personnes vivant avec des troubles psychiques.....	155
2.	Les règles d'interaction	175
3.	Les limites de la territorialité personnelle.....	179
II.	Mode de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques.....	183
1.	Investissement du logement : sur/non/dys-investissement.....	183
2.	Comportements hors norme.....	190
 CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DE RECODAGE DES NUISANCES EN TROUBLES PSYCHIQUES.....		201
I.	Le travail de recodage par le bailleur social	205
1.	La mise en récit de la situation ou le recodage de la situation	207
2.	Les informations détenues par le bailleur et transmises à l'équipe d'appui	212
3.	Les attentes du bailleur vis-à-vis de l'équipe d'appui	223
II.	Le travail de recodage dans le cadre de la RESAD.....	227
1.	La présentation de la situation.....	229
2.	Des informations pour convaincre	230
III.	Le travail de recodage par la famille	232
IV.	L'intrication des différentes dimensions de la personne et de ses troubles.....	237
 CONCLUSION		242

TROISIEME PARTIE : L'ORDRE NEGOCIE DES PRISES EN CHARGE EN SANTE MENTALE DEPUIS LE

DOMICILE.....245

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION DES RELATIONS DE PRISE EN CHARGE PLURI-INSTITUTIONNELLE ET DE LEURS ACTEURS ..253

- I. Un ordre négocié autour d'un objectif commun 259
 - 1. Les relations du locataire..... 268
 - 2. Les relations du bailleur 278
 - 3. Les relations de l'équipe mobile..... 283
- II. Une négociation d'organisation inter-institutionnelle dans l'impasse 305
 - 1. Les relations de la locataire..... 309
 - 2. Les relations du bailleur social 333
 - 3. Les relations de l'équipe mobile..... 349

CHAPITRE 2 : LES MODALITES DE LA RELATION DE PRISE EN CHARGES ET LEUR ORDRE NEGOCIE359

- I. Identifier et mobiliser des institutions dans une situation 365
 - 1. Emergence de dispositifs d'appui aux problématiques de santé mentale 367
 - 2. La Trame : un tissage de relations entre différents partenaires 376
- II. Négociation d'un objectif commun et d'un schéma d'intervention 381
 - 1. Les acteurs de la négociation 383
 - 2. Le contexte structurel de la négociation..... 388
 - 3. Le contexte situé de la négociation..... 398
 - 4. Les négociations des situations présentées 402

CONCLUSION..... 405

QUATRIEME PARTIE : LE TRAVAIL DE RELATION DE PRISE EN CHARGE407

CHAPITRE 1 : POUR PENSER LE TRAVAIL RELATIONNEL OU DE « PROXIMITE ».....415

- I. Le cadre des interventions auprès des locataires souffrant de troubles psychiques 417
 - 1. Le travail envers autrui : un travail de transformation (des interactants) et un travail d'accompagnement..... 417
 - 2. Le cadre des interventions et le regard porté sur la personne 424
- II. Pour analyser le travail relationnel : la proximité, ses registres d'action, ses outils et ses ordres de légitimité 431
 - 1. La proximité dans le travail relationnel envers autrui 431

2. Les registres d'action du travail relationnel et ses outils	433
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL RELATIONNEL DE L'INTERVENANT PSYCHOSOCIAL DANS LES ACCOMPAGNEMENTS A DOMICILE	445
I. Le travail envers autrui visant la transformation des interactants	449
1. Le travail thérapeutique : la commune humanité.....	449
2. Le travail de l'intervention : un processus pour prendre conscience de sa vulnérabilité 482	
II. Le travail envers autrui : le registre d'action assistantiel.....	510
1. Les outils du travail assistantiel	514
2. Ordre de légitimité : l'éthique de la responsabilité.....	546
CONCLUSION	551
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	<u>557</u>

A ma mère

A ma nièce

« "La maladie mentale est une pathologie de la liberté", affirmait Henri Ey. C'est aussi une pathologie de la relation. De sa conception à sa mort, tout être vivant est en interaction constante avec son environnement. L'être humain ne fait pas exception. »

Jean-Pierre Vignat, « L'impasse thérapeutique », in Santé Mentale, Paris, n°229, juin 2018

« Hormis la mer qui frappe en permanence les plages au pied de Sankta Maria, le vacarme des flots et l'odeur de sel et des oiseaux de mer inamovibles, les hôpitaux se ressemblent : quelques corps de bâtiment disposés autour d'une cour oblongue comme une caserne. Des façades lisses et discrètement colorées, un toit aux pentes raides et souvent à demi-coupes. Les grillages sont incorporés aux fenêtres, mais Westman leur a donné une apparence naturelle, comme s'ils étaient un élément à part entière de l'art l'architectural, et il faut un long moment pour les repérer depuis l'extérieur. Les idéaux architectoniques se résument en ces mots : sobriété, austérité, âpreté, simplicité ; l'architecture n'est pas pensée pour éveiller des espoirs auxquels l'activité ne saurait répondre. Le résultat est à la fois modeste et monumental, grandiose et mélancolique. A l'intérieur, de vastes couloirs demeurent ouverts sur les dortoirs et la salle commune afin de faciliter la surveillance. Une même teinte vert-de-gris défile pièce après pièce après pièce ; et puis cette vue, des innombrables fenêtres : identique de quelque coin où l'on se trouve, le bâtiment d'en face qui escamote le ciel et n'offre rien à voir à part lui-même et les oiseaux et un rai de lumière et la cour de caserne en contrebas, elle-même un endroit sans ombres ni cachettes où absolument rien qui s'y passe n'échappe aux nombreux yeux des bâtiments. »

Sara Stridsberg, Beckomberga. Ode à ma Famille, Suède, Gallimard, 2016

Introduction

La transformation institutionnelle de la prise en charge des troubles psychiques

Le paysage de la prise en charge des troubles psychiques, tel que je l'ai observé durant mon terrain de thèse démarré en 2016, est large et s'étend du secteur social, aux secteurs médico-social et sanitaire (somatique et psychiatrique). Par l'exercice de diverses fonctions dans des dispositifs « nouveaux », pérennes ou moins pérennes, j'ai eu la chance de rencontrer – travailler avec - des acteurs de différents secteurs intervenant dans le champ de la santé mentale et plus précisément auprès des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome. Ces acteurs travaillent dans des établissements, des services ou des dispositifs, qui peuvent, d'une part, proposer des prises en charge soit sociales, soit biologiques, soit psychiques, soit pluridimensionnelles, et, d'autre part, proposer de coordonner les différents acteurs d'un territoire ou à mobiliser autour d'une situation. Ces acteurs, ces dispositifs, ces services m'ont permis d'avoir aujourd'hui une vision assez claire et étendue de la manière dont s'organisent les prises en charge de ces personnes vivant dans un logement autonome ainsi que de la transformation institutionnelle à l'œuvre en psychiatrie mais plus globalement dans la prise en charge de la santé mentale.

Aujourd'hui des personnes souffrant de troubles psychiques vivent dans des logements autonomes, ces logements étant soit adossés à une association ou un dispositif, soit « diffus », cette différence ayant un impact important dans leur prise en charge. Ces deux « types » d'appartements et partant de prises en charge sont le fait d'une transformation institutionnelle sur le temps long – tout au long du 20^{ème} siècle – de la psychiatrie et d'une accélération de celle-ci depuis le début du 21^{ème} siècle au sein de l'institution de « prise en charge » de la santé mentale, dont fait partie la psychiatrie.

Cette dernière s'est lentement transformée¹, se décentrant de l'hôpital – même si l'hospitalocentrisme est encore présent – et passant de prises en charge depuis l'asile à une prise en charge toujours globale depuis plusieurs dispositifs gérés par une équipe de soins unique. Toutefois, si l'hôpital psychiatrique était une institution totale (Goffman, 1968), les prises en charge par les équipes de soins de secteur, quant à elles, peuvent être qualifiées de globales, dans le sens où elles tentent de répondre à l'ensemble des besoins des personnes qu'ils soient psychiques, biologiques ou sociaux², sans pour autant occuper tout l'espace de la vie des personnes, proposant des prises en charge hors-les-murs. La grande différence avec l'hôpital psychiatrique est que les personnes, les patients, s'ils voient leurs différentes dimensions soutenues par les soignants, bénéficient de larges moments de leur vie hors du soin, la scène de leur vie quotidienne étant un logement autonome.

Par des entretiens menés avec des professionnels et des patients-locataires d'une association de secteur³, j'ai observé le caractère global des prises en charge à partir d'un logement adossé à une telle association. Elles s'appuient comme j'ai pu le voir sur d'autres dispositifs créés par l'équipe de soins intervenant dans l'association et susceptibles de répondre à tous les besoins des personnes. Leurs soins sont assurés en ambulatoire par les Centres Médico-Psychologiques (CMP)⁴, des hôpitaux de jour, des hôpitaux psychiatriques et des Centres d'Accueil et de Crise (CAC), et le suivi à domicile par des soignants travaillant au sein de l'association de logements, leurs activités sont assurées, quant à elles, par les Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), les ateliers thérapeutiques divers, une entreprise d'insertion et de multiples associations émanant elles-aussi de l'équipe soins. Outre les logements associatifs, d'autres dispositifs transitionnels existent également, tels que les appartements thérapeutiques, permettant aux patients de vivre hors-les-murs. Toutes ces structures, créées et animées par une seule et même équipe de soins de secteur, assurent ainsi une prise en charge globale, travaillant en proximité et tenant compte de toutes les dimensions de la personne.

Si la psychiatrie a connu une profonde transformation institutionnelle, plus largement, j'ai pu observer que la prise en charge de la santé mentale traverse aujourd'hui une période de

¹ La transformation institutionnelle de la psychiatrie est présentée en annexe 3, p. 578-592

² Répondant ainsi à la définition de la santé proposée par l'OMS, c'est-à-dire « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

³ Ce sont des associations créées par les équipes de soins des secteurs de psychiatrie, qui ont pour but de permettre à leurs patients de vivre dans un logement autonome en louant des appartements dans la cité qu'elles leur sous-louent ensuite et en assurant leur suivi à la fois social et psychiatrique

⁴ Une liste des sigles et abréviations se trouve au début de ce document (p. 7)

transformation importante. En effet, on voit de nouveaux acteurs prendre en charge des dimensions spécifiques de la santé mentale, non plus dans le but de la soigner, comme c'est le cas de la psychiatrie, mais dans le but de la compenser ou de la neutraliser.

En premier lieu, cette transformation institutionnelle a touché le secteur médico-social qui, depuis 1975, se voyait séparé du secteur sanitaire. Depuis la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, le secteur médico-social s'est ouvert à la santé mentale et peut prendre en charge les situations de handicap psychique. De nouveaux établissements et services ont vu le jour afin de remplir cette nouvelle mission.

Ainsi les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) et les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) peuvent-ils aujourd'hui accueillir des personnes en situation de handicap psychique. Depuis le logement, les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement par des Services d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) ou bénéficier d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP). Des équipes mobiles associatives, financées par les bailleurs sociaux, ont également vu le jour pour intervenir au domicile des locataires en grande difficulté psychique. Par ailleurs, le secteur médico-social a développé des solutions d'habitat accompagné afin de permettre aux personnes de vivre hors-les-murs, telles que les logements associatifs, c'est-à-dire qu'une association médico-sociale assure la gestion locative pour la personne en situation de handicap psychique, les résidences sociales ou le logement accompagné, un prix de journée est ensuite fixé par le département. Le suivi médical y est assuré par la psychiatrie de secteur avec qui le secteur médico-social formalise un partenariat – dans les situations idéales.

Pour les activités des personnes, d'autres dispositifs se sont ouverts aux personnes en situation de handicap psychique tels que les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ou encore les dispositifs d'emploi accompagné.

A la différence des dispositifs créés par la psychiatrie, il ne s'agit pas là de prises en charge globales menées par une seule équipe. D'une part, le secteur médico-social n'assure pas le suivi médical et psychiatrique des personnes – c'est toujours la psychiatrie que se charge de cette dimension là. D'autre part, chaque dispositif assure sa mission avec sa propre équipe pluridisciplinaire qui doit alors se coordonner avec les autres équipes et leur dispositif.

D'autres dispositifs à la jonction entre le médico-social et le sanitaire interviennent également aujourd'hui afin de permettre aux personnes d'accéder à une vie plus autonome. Il peut s'agir notamment d'hôpitaux de jour assurant un programme d'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant de bipolarité par exemple. Afin qu'elles reconnaissent les signes et qu'elles

parviennent à les prendre en charge, ces établissements dotés de professionnels sanitaires et médico-sociaux suivent les personnes sur plusieurs semaines et leur apportent un apprentissage personnalisé de leur maladie.

Outre ces nouveaux acteurs intervenant dans les prises en charge de la santé mentale, il en existe d'autres n'appartenant ni au secteur sanitaire ni au secteur médico-social. Ils sont assez nombreux et doivent être cités car, premièrement, ils prennent une part active dans les prises en charge et, deuxièmement, il est important de les repérer et de les solliciter lorsque l'on intervient auprès d'une personne souffrant de troubles psychiques.

Ces acteurs peuvent être la famille, ce qu'aujourd'hui on appelle les proches-aidants, ou des pairs, appelés les pairs-aidants. Les familles et les pairs peuvent s'organiser en association pour former un collectif auprès des personnes, comme les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) où se réunissent des pairs. Les GEM assurent une transition entre les dispositifs soignants – quels qu'ils soient – et la vie sociale « ordinaire » (Troisoeufs, 2009). Ce sont des associations auto-gérées par des personnes souffrant de troubles psychiques permettant des relations sociales riches et des activités nombreuses dans la cité.

Des dispositifs innovants – au grès des territoires et des volontés locales – apparaissent également afin de permettre les prises en charge des personnes. Ainsi, j'ai rencontré durant mon terrain de thèse en banlieue parisienne un dispositif innovant, reliant trois structures, ayant mis en place autour des lieux qu'ils occupent un maillage permettant la prise en charge des personnes qu'ils accompagnent. Il s'agit de deux GEM et d'un SAVS. Après avoir écrit un projet qu'ils ont fait parvenir à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), du fait de la pertinence de leur projet sur leur territoire, les professionnels des trois structures ont obtenu un budget pour trois ans permettant de le mettre en place. Les personnes, adhérentes des GEM, ou amis des GEMeurs, ou encore accompagnées par le SAVS – même sans reconnaissance de handicap - peuvent se rendre dans les trois dispositifs qui couvrent un territoire important en banlieue de Paris. Elles bénéficient, outre des trois lieux d'accueil, d'un accompagnement psychosocial important, d'aide dans leur logement, mais également d'accès aux soins. En effet, outre des liens importants avec les équipes de psychiatrie locales, les tenants du projet, les animateurs des deux GEM, la cheffe de service du SAVS, un psychologue et une éducatrice spécialisée du SAVS, ont créé un partenariat avec une clinique psychiatrique pour permettre aux personnes les plus fragiles de se stabiliser si besoin. Les personnes sans demande, très vulnérables, peuvent ainsi être prises en charge car ce dispositif est mobile et, en se

déplaçant d'un lieu à l'autre, crée du lien avec les personnes qu'il croise et identifiées comme vulnérables (Monsaingeon, Mugnier, Sabatier et Vaillant, 2018).

A ces différents acteurs déjà mentionnés s'ajoutent aujourd'hui les collectivités territoriales, qui, bien que n'ayant pas de mandat sanitaire, participent, elles aussi, à ces prises en charge par la création des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et de son poste de coordinateur. Celui-ci a pour mission d'animer le réseau des acteurs de la santé mentale sur le territoire, d'animer les réunions de ces acteurs autour de situations spécifiques mais également, de manière stratégique, de proposer des pistes d'amélioration autour d'axes identifiés lors du diagnostic qu'il réalise au préalable.

Afin d'être exhaustif, il ne faut pas oublier de mentionner, d'une part, les acteurs sanitaires libéraux, appelés acteurs de première ligne, puisqu'ils reçoivent dans leur cabinet les personnes souvent en amont des services de santé spécialisés, et, d'autre part, tous les acteurs sociaux participant aux prises en charge des personnes depuis leur logement, tels que les délégués mandataires judiciaires à la protection des majeurs, les services sociaux divers (communaux, départementaux), les pôles sociaux des bailleurs sociaux, les forces de l'ordre, les pompiers, le voisinage, les commerçants, les divers services publics, etc.

Ce sont donc plusieurs institutions couvrant des territoires (de la région à la commune en passant par le département ou le secteur – c'est-à-dire un certain nombre d'habitants) et des secteurs (social, médico-social ou sanitaire – somatique ou psychiatrique) différents qui doivent se coordonner aujourd'hui pour prendre en charge une personne souffrant de troubles psychiques. Pour une prise en charge globale, ce sont donc des interventions à la fois pluri-institutionnelles, plurisectorielles et pluri-équipes qu'il s'agit aujourd'hui de coordonner.

On est passé d'une prise en charge par une institution unique à une prise en charge plurisectorielle et pluri-institutionnelle. En effet, durant tout le 19^{ème} siècle et une grande partie du 20^{ème} siècle, la prise en charge de la santé mentale revenait à la psychiatrie, et pour une bonne part – au moins pour les troubles psychiques sévères – à la psychiatrie publique. Bien sûr, elle travaillait avec les services sociaux de circonscription, les bailleurs sociaux, les délégués à la tutelle devenus en 2007 les mandataires judiciaires à la protection des majeurs, les juges, le secteur médico-social, et la famille, etc. En revanche, elle était l'institution légitime et pilote de la prise en charge de la santé mentale – prenant en charge toutes les dimensions de la personne (à la fois sociale, biologique et psychique) en les soignant (thérapies chimiques et/ou psychologiques), en prenant soins d'elles, en leur offrant un accompagnement social

(logement, emploi, activités, relations sociales). Aujourd'hui, cette prise en charge est assurée par différentes institutions – soignantes, accompagnantes et autres – appartenant à différents secteurs (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) sans qu'il n'y ait plus une institution centrale de référence, comme pouvait l'être la psychiatrie.

Et c'est là, la transformation institutionnelle majeure que j'ai pu observer durant ces quatre ans passés dans le secteur de la prise en charge des troubles psychiques. En effet, les prises en charge globales par une seule institution ne sont plus la norme, mais laissent progressivement la place à des prises en charge par plusieurs institutions de différents secteurs tentant de prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes sans que l'une d'entre elles ne soit identifiée comme coordonnant toutes les autres.

Outre cette carte des acteurs de la prise en charge en santé mentale, rapidement présentée ici, j'ai également pu observer ce que représentait le fait de vivre dans un logement autonome pour des personnes souffrant de troubles psychiques. Je souhaite ici présenter ce que j'en ai observé non pas du point de vue de la personne mais du point de vue de celui qui l'observe ou qui intervient auprès d'elle.

Cela m'amènera ensuite à présenter ma position lors de mon terrain de thèse et l'éthique qui a conduit ce travail.

La vie hors-les-murs des personnes souffrant de troubles psychiques

Cette transformation institutionnelle des prises en charge des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile a un impact sur la vie qu'elles mènent. En effet, on observe aujourd'hui deux situations de vie hors-les-murs bien distinctes, l'une soutenue par une institution unique – ou quand elle ne l'est pas, qui reste celle de référence – et l'autre soutenue par de multiples institutions. Je propose que l'on s'arrête sur chacune d'entre elle pour présenter à grands traits la vie que mènent ces personnes.

Il y a, d'une part, les personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans un logement que j'appelle ici « accompagné » – c'est-à-dire que la gestion locative en est assurée soit par une équipe de soins, soit par équipe du secteur médico-social. Outre la sous-location du logement, la personne bénéficie d'un suivi soit par une équipe de soins soit par une équipe du secteur médico-social.

D'autre part, il y a les personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans un logement « diffus » - c'est-à-dire que le locataire ou le propriétaire assure seul la gestion de son logement et ne bénéficie pas de suivi (en tous cas, pas de suivi lié à ses troubles psychiques et à son logement). Dans ce cas de figure, plusieurs situations sont possibles. Soit la personne a toujours vécu dans un logement diffus et n'a jamais bénéficié d'accompagnement et/ou de soins liés à ses troubles psychiques, soit elle est en rupture de prise en charge pour plusieurs raisons, comme le fait de ne plus pouvoir, psychologiquement, socialement ou physiquement, se rendre dans les services ou lieux, recevoir des professionnels à son domicile, ou le fait d'avoir déménagé, etc. Soit elle a eu accès à un logement par l'intermédiaire d'un dispositif prévoyant un accompagnement d'une durée déterminée et, une fois cet accompagnement terminé, les troubles ont repris.

Dans ces deux situations très différentes, bien que la personne vive dans un logement autonome, les prises en charge et leur organisation sont tout à fait différentes.

Pour les premières, c'est-à-dire les personnes vivant dans un logement dont la gestion locative est assurée par une association de secteur, la psychiatrie assure un suivi et un accompagnement, prenant en compte la globalité de la personne par une palette de dispositifs unifiés et gérés par une seule et même équipe de soins. Dans ce cas, la psychiatrie assure en effet à la fois la gestion

locative du logement, les activités des personnes par le CATTP, l'hôpital de jour ou les ateliers thérapeutiques, et les soins avec le CMP, l'hôpital de jour ou l'hôpital. Cette prise en charge est réfléchiée cliniquement, c'est-à-dire que les actions entreprises, quelle que soit leur dimension, sont réfléchies à l'aune des troubles psychiques de la personne. Dans le cas de l'association que j'ai rencontrée, j'observe que les patients-locataires⁵ restent longtemps dans le dispositif y trouvant une grande stabilité, même s'ils changent d'appartement au gré des évènements de leur vie. Par ailleurs, ils ne connaissent, pour une très grande majorité, que très peu d'hospitalisations ou de crises majeures. Certains locataires, par les crises qu'ils ont traversées et par le trouble qu'ils ont semé dans l'association, ont fait évoluer les règles de celles-ci. L'association a pu s'adapter aux personnes et répondre ainsi à leurs besoins (Quintin, 2016 ; Atine, Denuit, Gauvain, Letur et Piquet, 2017).

Pour les secondes, c'est-à-dire les personnes ne bénéficiant ni de suivis psychiatriques (elles peuvent tout à fait être connues des services de soins – c'est-à-dire des équipes de secteur de psychiatrie -, des services sociaux, mais être en rupture de prise en charge), ni de gestion locative adaptée à leurs troubles, ni d'accompagnement au domicile, elles peuvent être sans demande, bien qu'elles se trouvent dans une très grande vulnérabilité, à la fois sociale, psychique et somatique.

En étudiant de près leur situation, on observe qu'un certain nombre d'entre elles peuvent bénéficier d'accompagnements sociaux divers alors que leurs troubles psychiques ne font l'objet d'aucune prise en charge, ni d'aucune prise en compte. Or, ceux-ci sont totalement intriqués aux difficultés sociales et même somatiques qu'elles peuvent rencontrer. En effet, les trois dimensions – psychique, biologique et sociale - qui constituent une personne sont absolument intriquées, elles sont tissées ensemble et se nourrissent les unes des autres. Lorsque les personnes rencontrent des troubles psychiques, c'est-à-dire que leur dimension psychique est troublée, elles connaissent des répercussions de ces troubles sur leurs autres dimensions. Les troubles psychiques impactent en effet leurs relations sociales, leur rapport aux autres, leur communication, mais également leurs actions et comportements – qu'ils soient actifs (agitation, cris, etc.) ou passifs (prostration, retrait, isolement, etc.). Les troubles psychiques impactent également le rapport que ces personnes ont à leur corps et partant à leur santé somatique. Par ailleurs, ils entraînent, en *feed back*, des réactions chez les autres. Si leurs rapports aux autres

⁵ Les patients-locataires sont les personnes qui sous-louent un appartement loué dans la cité par une association de secteur. Ils sont à la fois titulaires d'un bail de sous-location auprès de l'association et patients du centre médico-psychologique d'où émane l'association de secteur.

sont troublés, le rapport des autres envers elles l'est également. La stigmatisation de la santé mentale et encore plus particulièrement des troubles psychiques sévères et des personnes qui en souffrent accentuent les troubles psychiques, en aggravant notamment l'isolement ou la non prise en compte de ces troubles.

Cette intrication est telle que les interventions opérées par les acteurs sociaux mobilisés autour de ces situations – comme les délégués mandataires judiciaires à la protection des majeurs, les assistantes de service social⁶ appartenant à diverses institutions telles que les services sociaux de circonscription ou municipaux, ou encore les travailleurs sociaux travaillant au sein du pôle social d'un bailleur social ou au sein d'une commission du Fonds Solidarité Logement (FSL), etc. – restent souvent sans effet du fait même de la non prise en compte des troubles psychiques.

Ces personnes, souvent dans un grand isolement et avec des relations sociales plutôt pauvres, ne sont néanmoins pas invisibles. En effet, leurs troubles psychiques peuvent les faire connaître de l'entourage⁷ car ils se manifestent de diverses manières, notamment par des comportements actifs et/ou passifs qui viennent le troubler. Ces troubles du comportement perturbent la quiétude, la propriété, la morale, le moral, l'esprit de l'entourage, ils créent des nuisances (olfactives, sonores, par infestations de nuisibles) et envahissent d'une certaine manière son espace, rendant la vie proche d'eux difficile, voire impossible.

Ces troubles extérieurs sont des comportements, des manières de vivre et de faire dérangeants, hors-norme, des attitudes inquiétantes, etc. (incurie, accumulation, jets d'objets, attitude défensive, agitation, dettes locatives, bruits, infestation, etc.) qu'il s'agit de neutraliser afin de retrouver « la jouissance paisible » du bien loué ou de son bien et de ne plus subir ce dérangement, ces nuisances.

On observe que les interventions occasionnées par ces troubles du comportement sont souvent dans un premier temps de l'ordre de l'action coercitive, puis, parallèlement ou successivement, de l'ordre de l'action sociale. En effet, on fait appel aux forces de police pour rétablir l'ordre puis, ou parallèlement, on peut faire appel aux services sociaux pour mettre en place une aide sociale pour l'ouverture de droits sociaux, l'acquittement du loyer, etc. Mais, comme je le disais plus avant, ces interventions, si elles ne prennent pas en compte les troubles psychiques, les

⁶ Je fais le choix de féminiser ce métier pour tenir compte de la très forte représentation féminine dans ce corps.

⁷ Par entourage, j'entends les personnes vivant à proximité des « fauteurs de troubles », aussi bien leur famille proche que leur voisinage.

troubles intérieurs à l'origine de ces troubles du comportement, restent souvent vaines et les troubles perdurent.

Pour résoudre ces situations, - neutraliser les troubles -, une nouvelle interprétation des troubles doit être réalisée, c'est-à-dire qu'il faut regarder le fauteur-de-trouble différemment. Il s'agit en effet de « recoder », d'appliquer une nouvelle grille de lecture aux événements : de fauteur de trouble, la personne qui cause le trouble doit devenir aux yeux de l'entourage une personne souffrant de troubles psychiques et les troubles du comportement doivent être compris comme une extériorisation des troubles intérieurs, c'est-à-dire des troubles psychiques. Ce travail de recodage est réalisé par des agents tels que le bailleur social, un voisin, un médecin généraliste, un travailleur social, etc., des agents rarement spécialisés ou experts de la santé mentale. Néanmoins, c'est la porte d'entrée pour la personne dans la relation de prise en charge de ses troubles.

Une fois le travail de recodage réalisé, une fois que les troubles du comportement sont compris comme l'extériorisation des troubles psychiques, tout en gardant un lien avec la personne dont on a recodé les comportements, les agents ayant accompli ce travail interpellent, sollicitent des acteurs de la santé mentale : la psychiatrie, le secteur médico-social, c'est-à-dire des institutions, des établissements, des services ou des dispositifs prenant en compte la dimension psychique des personnes. Les démarches et le temps que demande cette deuxième étape sont longs et aléatoires, ils dépendent de nombreux facteurs qu'il me faudra détailler et comprendre.

La troisième étape est celle de la prise en charge par les différents acteurs que les agents de recodage auront pu mobiliser auprès de la personne. Celle-ci ne peut faire l'économie, elle non plus, du lien qu'il s'agit de garder avec la personne qui ne demande rien.

Ces étapes constituent la prise en charge depuis le domicile des personnes souffrant de troubles psychiques, elles constituent les étapes de la relation qui se noue entre la personne et les différents intervenants et durant laquelle ils échangent du soin, de l'accompagnement, un suivi, etc. C'est précisément l'objet de ce travail de thèse : décrire la relation de prise en charge depuis le domicile alors que cette prise en charge connaît une transformation institutionnelle profonde.

Par les différentes fonctions que j'ai occupées durant mon terrain de thèse, coordinatrice d'un CLSM, cheffe de service ou directrice de structures ou dispositifs dans le secteur médico-social, j'ai pu observer l'organisation des prises en charge mais également cette relation particulière et ce qui s'échange alors. J'ai également pu côtoyer, collaborer, coordonner, coopérer, etc., avec nombre d'acteurs de la prise en charge de la santé mentale, différents types de structures, avec

des équipes de psychiatrie, des équipes de services sociaux, des services de mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des équipes du secteur médico-social travaillant dans les différents services ou établissements cités ci-dessus. A nous tous, nous avons tenté de remplir nos missions, c'est-à-dire d'accompagner les personnes, de les soigner, depuis leur logement.

En outre, j'ai pu participer depuis plusieurs places à cette relation de prise en charge. En effet, par mes fonctions diverses, j'ai moi-même mené, géré ou coordonné des accompagnements auprès de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome, ce qui me donne un savoir expérientiel de l'accompagnement, de ce qui est mis en jeu dans la relation qui se noue avec les personnes, un savoir expérientiel de la coordination d'acteurs d'un territoire, de la mobilisation d'acteurs, mais également de l'évaluation d'une situation et la nécessaire observation de l'intrication des difficultés rencontrées par les personnes, des difficultés portant sur leur dimension sociale, mais aussi biologique et psychique. Cette intrication des dimensions, telle la trame d'un tissu, que j'ai éprouvée en tant qu'accompagnante ou coordinatrice d'accompagnement, est l'un des aspects les plus prégnants des situations rencontrées. C'est en le gardant à l'esprit et en l'opérationnalisant dans les observations et évaluations des situations suivies que l'on parvient, non pas à les désintriquer, mais à comprendre l'ordre logique des interventions à mener.

Si ces différentes positions au cœur de l'accompagnement des personnes me permettent aujourd'hui de rendre compte de la relation de prise en charge de la santé mentale depuis le domicile des personnes, elles m'imposent également de préciser ma démarche et l'éthique qui accompagne cette recherche, à la fois à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques que j'ai rencontrées, des différents acteurs de la prise en charge avec qui j'ai collaboré mais également des équipes que j'ai dirigées.

L'éthique du chercheur-intervenant psychosocial

Je souhaite rendre compte dans ce travail de thèse de mon terrain, soit des différentes fonctions que j'ai exercées en Île-de-France au sein de la fonction publique territoriale ou dans le secteur médico-social, et à partir de mes expériences de l'accompagnement, de la gestion d'accompagnement, de la coordination d'acteurs, donner un aperçu de ce que peut être l'offre de soins et d'accompagnement aujourd'hui pour couvrir les besoins des personnes et comprendre davantage l'organisation des prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques et la transformation institutionnelle qu'elle connaît.

Mais il me faut donner un cadre éthique à l'analyse de ce terrain.

Faire une thèse en exerçant le métier permettant d'organiser ou de pratiquer l'objet même de sa recherche, la relation de prise en charge des troubles psychiques, implique des garde fous et des principes éthiques afin de respecter les nombreuses personnes rencontrées dans le cadre de cette thèse quel que soit leur statut, ainsi que la qualité du matériau ethnographique recueilli.

L'éthique auprès des personnes accompagnées

Durant quatre années passées au cœur des prises en charge de la santé mentale, j'ai rencontré, accompagné, participé, de près ou de loin, à l'accompagnement de beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome. Auprès d'elles, ma double position d'intervenante-chercheuse n'a jamais été simple. Néanmoins, je l'ai toujours présentée et explicitée bien qu'elle ait pu poser question et entraîner des complications sur le terrain, dans les prises en charge. En effet, une fois l'information donnée, une fois expliqué qu'outre ma qualité d'intervenante j'effectuais une thèse de sociologie sur l'organisation des prises en charge depuis le domicile, la relation de confiance pouvait s'en trouver altérée. Des suspicions quant à mes objectifs, mes motivations étaient énoncées, non sans raison.

De ce fait, auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, ma position éthique a toujours été très importante aussi bien en ma qualité de chercheuse qu'en ma qualité d'intervenante.

En tant qu'intervenante, la première étape pour moi a consisté à trouver une posture, une manière d'intervenir alors que je ne suis ni une soignante, ni une thérapeute, ni une travailleuse

sociale. En effet, je ne suis ni médecin, ni psychologue, ni assistante de service social, etc., et je n'ai jamais eu la prétention de me substituer à ces différents professionnels. Ma position, au regard des personnes que les dispositifs, dans lesquels j'exerçais, accompagnaient, était d'assurer le suivi des personnes en convoquant d'autres professionnels. Mon rôle et mes fonctions dans les accompagnements, que je sois coordinatrice d'un CLSM ou cheffe de service d'une équipe mobile, n'a jamais été autre chose qu'un travail de lien auprès des personnes en situation de vulnérabilité, un lien permettant de comprendre leurs problématiques puis de les emmener vers les institutions *ad hoc*, les professionnels en mesure de leur venir en aide. Ceux qui pourront alors identifier le problème, poser un diagnostic, soigner, accompagner et suivre les personnes.

Pour remplir cette fonction à la fois d'entrée dans la relation et d'évaluation de l'intrication des problématiques, des vulnérabilités des personnes, j'ai choisi une approche qu'il me faut à présent expliciter.

Le premier principe que j'ai tenté d'appliquer à chacune de mes interventions est le premier principe Hippocratique, le plus élémentaire : « ne pas nuire ». Il s'agit pour y répondre de remettre au travail ce qui anime nos actions et d'anticiper les diverses conséquences de celles-ci. En expliquant ma recherche par exemple, la manière d'expliquer ma recherche, tout en veillant à garder intacte la confiance des personnes, devait tenir compte de ce premier principe. Si la personne semblait trop vulnérable, je n'intervenais pas et laissais les membres de mon équipe seuls sur le terrain.

Pour les autres, je présentais ma recherche en expliquant qu'elle ne portait pas sur les personnes que j'accompagnais mais sur les interventions et sur l'organisation de celles-ci en vue de les améliorer. J'ai également expliqué les raisons de mon intérêt pour cette question, des raisons liées à une situation dont j'ai été témoin il y a près de vingt-cinq ans.

Dans le courant des années 1990, une femme d'une quarantaine d'années a été conduite aux urgences par les pompiers plus d'une dizaine de fois en un mois après avoir attenté à sa vie en ingérant des médicaments ou encore en s'ouvrant les veines au niveau des poignets. Elle vivait avec son enfant mineur dans un logement autonome, ne bénéficiait ni de soins ni d'accompagnement. Aux Urgences, on pratiquait un lavage d'estomac ou des points de suture, puis, le lendemain, elle retournait chez elle. Elle est décédée au bout d'un mois d'une septicémie.

Il n'est pas question ici de mettre en question ce que l'hôpital qui la recevait a mis en œuvre. Je n'ai pas toutes les données permettant de le comprendre. Peut-être a-t-elle pu rencontrer un psychiatre ou un psychologue lors de ses passages aux urgences, peut-être lui a-t-on remis les coordonnées de l'équipe de psychiatrie ambulatoire. Peut-être pas. Cette situation m'a marquée par le sentiment d'impuissance des personnes autour d'elle. Que faire si la personne ne veut pas être prise en charge ? Comment venir en aide à une personne vivant dans son domicile ?

Présenter mon terrain de la sorte auprès des personnes souffrant de troubles psychiques avait le mérite de me positionner non pas comme l'observatrice de ces personnes, de « cobayes », mais comme l'observatrice d'un système – de relations entre les personnes, de relations entre les institutions – cherchant à améliorer la manière de venir en aide aux personnes. Car, dans ma recherche, si la situation des personnes et l'intrication des problématiques qu'elles rencontrent sont un matériau, elles ne sont éclairantes que pour comprendre les pratiques des professionnels. Il ne s'agit pas de comprendre l'origine de ces problématiques ou de savoir comment les gens subjectivement vivent avec elles, mais bien de regarder comment ces problématiques sont prises en charge, par qui et à quel moment.

En outre, l'annonce de mon statut particulier aux personnes rencontrées s'ajoutait à la promesse du respect à la fois de leur anonymat et de la confidentialité quant à nos rencontres. En effet, si, dans le cadre de cette recherche, je me dois de protéger l'anonymat des personnes (je reviendrais sur ce point plus en détail), dans le cadre de ma pratique durant ces quatre années, je me devais avant tout de ne pas nuire et de savoir comprendre les enjeux lors d'une rencontre et toujours me positionner en faveur des personnes.

Outre le fait de chercher à ne pas nuire et partant à être la plus transparente possible, j'ai tenté de me forger une méthode, une éthique pour accompagner les personnes – soit que je me rende à leur domicile et qu'avec d'autres professionnels je participe à leur accompagnement à domicile, soit que je gère l'équipe et/ou coordonne les acteurs réalisant l'accompagnement à domicile.

Pour construire cette approche, outre mes lectures, mes rencontres, ma réflexion sur mes pratiques précédentes (notamment lors de mes études à l'école d'infirmière ou encore lors de ma pratique dans l'enseignement dans un lycée professionnel auprès d'adolescents pour la plupart en situation de handicap - non pas que j'occupais une fonction de soignante mais les vulnérabilités de ces jeunes m'imposaient de prendre en compte chacune de leurs dimensions afin de leur apporter le soutien dont ils avaient besoin pour accéder à l'enseignement que je

proposais, notamment en sollicitant l'intervention d'autres professionnels ou de leurs proches), j'ai effectué tous les quinze jours durant toute la durée de mon terrain de thèse des séances de supervision avec un médecin psychiatre-psychologue ayant travaillé dans un secteur de psychiatrie et ayant expérimenté différentes modalités d'accompagnement. Avec lui, j'ai eu accès à des pratiques, à une approche qui m'ont semblé correspondre au rôle que je jouais dans les prises en charge et à mes valeurs. C'est une approche qui tire ses principes du désaliénisme, soit une posture d'accompagnement développée par Lucien Bonnafé, médecin psychiatre ayant contribué à développer la psychiatrie de secteur.

« Le principe est qu'il n'y a pas de certitude concernant ce qu'est l'essence de la maladie mentale ou de la folie, il y des hypothèses, chacun a le droit d'avoir ses hypothèses, mais il n'y pas de certitude. On travaille sur ce fond d'incertitude. Deuxième principe, c'est une très belle formule, « La folie pour autant quelle soit autre chose n'en est pas moins une juste protestation contre d'injustes contraintes ». [...] Quand Bonnafé dit « juste protestation contre d'injustes contraintes », on peut le comprendre comme contraintes externes, contraintes institutionnelles mais aussi contraintes internes. Autre principe, il faut développer, en s'implantant sur le territoire, le potentiel soignant du peuple. Là encore ça peut sembler une phrase grandiloquente et un peu politicienne mais c'est une façon de dire que la folie de l'un ne concerne pas qu'une personne, d'autres sont forcément concernées par ce problème, la famille, le voisinage, l'institution, l'école, etc. Et donc ce n'est pas un problème d'un seul et généralement on veut considérer que c'est un problème d'un seul en se débarrassant du problème, en le confiant aux spécialistes, en disant « c'est votre affaire, à vous de le régler », mais « certes c'est notre problème mais c'est aussi le vôtre, donc on va travailler ensemble pour aménager des solutions, des moyens de vivre pour que cette personne ne soit pas déconsidérée, stigmatisée, elle a peut-être besoin d'appui, elle a peut-être besoin d'outillage mais il n'y a pas de raison de l'inférioriser ». Le principe de l'installation est, ce qu'il appellera aussi « l'implantation préalable » avec la célèbre formule qui perdure aujourd'hui, « des hommes avant des murs ». Mettre des hommes, mettre une équipe sur le terrain, prendre contact avec plein de partenaires, des généralistes, des assistantes sociales du secteur. » (Entretien avec le Dr B., 2015)

Ces différents principes, je les ai traduits - pour mieux me les approprier - de la sorte : aller sur le terrain en évacuant mes prénotions quant aux troubles psychiques ; prendre en compte à la

fois la dimension sociale et la dimension psychique des personnes ; m'appuyer sur l'environnement immédiat des personnes et travailler avec celui-ci ; constituer une équipe en capacité d'intervenir auprès des personnes et permettant de répondre à leurs différents besoins (sociaux, psychiques et biologiques).

Lors des rencontres avec les personnes en souffrance psychique, il s'agissait donc pour moi d'arriver auprès d'elles sans certitudes et de les écouter sans me soucier de la « vérité », de mes préjugés quant à leurs troubles et problématiques. Je me laissais « surprendre » par la situation pour l'appréhender singulièrement. Par ailleurs, la notion de rétablissement m'a permis de regarder les problématiques liées à la santé mentale d'un œil neuf.

Il s'agissait également de prendre conscience des problématiques sociales ou environnementales qui participaient à leur situation, sans nier non plus les troubles psychiques et leurs conséquences. Cela revient à dire que je me suis toujours attachée à regarder et tenter de comprendre l'intrication des différentes dimensions des personnes afin de dénouer petit à petit les problématiques qu'elles rencontraient.

Je me suis également attachée à prendre appui sur l'entourage des personnes, leurs proches, leur famille, leurs voisins, à leur parler et à les impliquer d'une manière ou d'une autre. Si ce n'est de manière pratique, au moins de manière cognitive ou empathique, ce qui par ailleurs a souvent eu pour effet de le soulager puisqu'un changement de posture de sa part peut réduire les troubles.

Enfin, j'ai toujours cherché à trouver des relais permettant la prise en charge des personnes et de toutes leurs dimensions, à solliciter les institutions *ad hoc* afin de les soulager et d'améliorer leur vie dans leur logement autonome.

Un autre principe, énoncé par Lucien Bonnafé et Georges Canguilhem (2002 ; Le Blanc, 2010), a été mien durant toute la durée de mon terrain : la qualité de la relation nouée avec la personne accompagnée. Il s'agissait en effet de réfléchir à cette relation et aux moyens de la rendre la plus symétrique possible.

En premier lieu, si, comme le dit Foucault, « *Les distributions spatiales ne [font] rien d'autre que de traduire, d'une part, et d'appuyer, d'inscrire, d'ancrer, d'autre part, des rapports de pouvoir [...]* » (2000, p. 577), intervenir au domicile des personnes constitue une intrusion (Degrave et Saussey, 2014) et met à nu des personnes dont les rapports aux autres sont déjà difficiles. Par ailleurs, l'état de leurs intérieurs pouvait fréquemment provoquer de la honte, un malaise. Il s'agissait dès lors de trouver une posture permettant de diminuer la violence

symbolique pouvant être ressentie, voire de déplacer le lieu de rencontre pour introduire davantage de symétrie dans la relation.

En second lieu, quelle que soit la situation de vulnérabilité des personnes, il s'agissait de toujours garder à l'esprit que je me trouvais dans une relation intersubjective où les personnes ont leur libre arbitre et le droit de refuser à la fois ma présence et mon aide. D'une part, je ne devais pas attendre en retour de reconnaissance pour mon investissement, et d'autre part, je devais considérer et prendre en compte leur autonomie. Ce n'est pas chose facile tant l'autonomie est polysémique. L'injonction à l'autonomie dont parle Alain Ehrenberg (2011, 2016) n'épargne pas les personnes vivant avec des troubles psychiques, ce qui peut paraître paradoxal étant donné le caractère parfois coercitif des prises en charge qu'on leur impose. Toutefois, cette autonomie tout à la fois désirée et difficile à vivre, doit être soutenue de façon très différente d'une personne à l'autre. Et l'autonomie laissée à la personne est alors de lui permettre de savoir ce qui est important pour elle.

Je me suis beaucoup référée pour cela aux différentes modalités d'autonomie que propose Jeannette Pols (2006) et qui permettent de réfléchir au sens des actions soutenant le quotidien des personnes. Elle propose en effet de regarder comment chaque action peut développer à sa manière l'autonomie : les non-actions lorsque la personne fait seule les gestes du quotidien, même s'ils ne paraissent pas très pertinents, pas assez rapides ou peu efficaces (ces gestes « relèvent de la vie privée » de la personne), les actions renforçant les compétences de la personne pour faire seule (« les compétences basiques »), les actions visant à faire les gestes du quotidien à la place de la personne car ils sont un « pré-requis » à ses autres projets de vie, et enfin les actions que l'on fait avec la personne, la finalité étant alors la relation avec elle.

Outre l'autonomie des personnes accompagnées, il me fallait également comprendre leurs réactions et apprendre à résister aux attaques de la relation. Je respectais le choix des personnes de ne pas me recevoir, de ne pas me parler, de ne pas venir à ma rencontre, tout en proposant toujours une rencontre future – à moins qu'il soit clair que les personnes refusaient le lien. Je tâchais en outre de garder à l'esprit mon rôle ou ce que je pouvais représenter pour elles.

Un dernier principe, ou plutôt postulat, a été nécessaire à ma pratique auprès des personnes, celui de *L'Homme total* (Karsenti, 2011). En effet, après avoir fait une revue de littérature des interventions auprès des personnes souffrant de troubles psychiques (Furtos 2001, 2011 ; Sassolas, 2012 ; Velpry, 2008, 2009 ; Vidon, 2013, 2015, 2020) et de la nécessaire compréhension des différentes problématiques qu'elles rencontrent, j'ai choisi de poser le

principe de l'*homme total* et de regarder les personnes à partir de leurs différentes dimensions, c'est-à-dire leurs dimensions sociale, psychique et biologique. Cela m'a amenée à observer et comprendre leur intrication et la nécessaire prise en compte de celles-ci pour intervenir auprès des personnes. Ces dimensions, entrelacées et tissées entre elles, interagissent sans que l'on puisse les dissocier. Aussi les pratiques devaient-elles, me semblait-il, tenir compte de ces interactions et ne pas rester cloisonnées, chacune orientée vers une dimension qui interviendrait indépendamment des autres. Cette approche tridimensionnelle de la personne m'a permis de trouver une méthode d'évaluation des situations et d'appréhension de celles-ci tout en me permettant de mobiliser toutes sortes de professionnels.

C'est donc dotée de ces principes, de cette approche – qui en rien ne souhaite se substituer à celle des soignants, des thérapeutes ou des intervenants sociaux – que je suis allée frapper aux portes des personnes et suis entrée en relation avec elles.

Avant de poursuivre sur mon éthique de chercheuse et la manière dont je vais, dans ce travail de thèse, rendre compte de mes expériences de terrain, je souhaite pour l'heure présenter l'approche que j'ai choisie auprès des équipes que j'ai, soit rencontrées, soit coordonnées, soit même dirigées. Cette pratique a été, là aussi, une part importante de mon travail durant mon terrain de thèse et doit être explicitée.

L'éthique de la relation aux professionnels

Si mes pratiques, lors de mon terrain, consistaient à organiser, gérer ou pratiquer des accompagnements, elles consistaient également à mobiliser et coordonner des professionnels après avoir évalué la situation des personnes en situation de vulnérabilité, à guider l'équipe que je dirigeais, ou encore à interagir avec les professionnels, soit que j'avais mobilisés, soit qui me mobilisaient.

Là encore, j'ai dû réfléchir à ma double position, mais également à une manière d'agir, répondant à la fois aux pratiques dans ce secteur, à des pratiques permettant d'atteindre le but du dispositif (ou service ou établissement) mais aussi à mes valeurs et mes connaissances sociologiques.

Les différents professionnels que j'ai rencontrés, avec qui j'ai travaillé (à différentes places : partenaire, paire ou supérieure hiérarchique), ou auprès de qui j'ai mené des entretiens afin de comprendre le fonctionnement de leurs institutions, leurs positionnements, leur vision du soin ou de l'accompagnement, ont toujours été informés de ma double position et de mon sujet de recherche. Outre la curiosité pour ce que j'observais, j'ai pu constater une forte volonté de leur part de m'aider dans cette recherche qui s'inscrit dans des préoccupations tout à fait actuelles. Cela m'a valu par exemple d'être invitée à participer à plusieurs Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) - initiative participative de diagnostic et de constitution d'un maillage plus serré entre les acteurs inter-sectoriels à l'échelle d'un département -, car cette question de l'organisation des prises en charge pluri-institutionnelles est au cœur de ces PTSM et des questionnements sur le terrain.

Par ailleurs, la transformation institutionnelle déstabilise les professionnels et peut être vécue comme une « crise des institutions », crise signifiant :

« Perte de légitimité et difficulté à remplir les missions anciennement confiées ; incertitudes sur les modalités de fonctionnement, les règles internes, les rôles et les statuts ; incertitudes sur les missions elles-mêmes. » (Demailly, 2008, p. 131)

Ma double position m'a amenée à réfléchir avec les acteurs que je rencontrais sur leurs institutions, notre place dans le paysage de la prise en charge de la santé mentale et nos missions,

un peu à la manière d'une recherche participative ou collaborative – pour la part de réflexion qu'elle apporte au travail de terrain (Rullac, 2014, 2018 ; Ros et Rullac, 2020).

Ce sentiment de crise perçu par les acteurs de la santé mentale et ma volonté de comprendre le fonctionnement institutionnel, les missions des uns et des autres, m'a valu une bonne acceptation de ma position de chercheuse parmi les acteurs avec lesquels j'ai travaillé.

Pour autant, comme je le préciserai plus tard, je m'attacherai à garantir l'anonymat de ces différents professionnels.

Outre le fait de mentionner ma recherche à tous les professionnels avec lesquels je travaillais ou interagissais, j'ai toujours veillé à connaître les règles régissant mes pratiques, que ce soit dans la fonction publique territoriale ou dans le secteur médico-social.

J'ai pris acte des lois encadrant mes fonctions et mes pratiques⁸ et appris par frottements les pratiques, les cultures professionnelles propres à chaque milieu. Ces lois, encadrant notamment le droit des personnes accompagnées, m'ont permis de respecter à la fois les droits des usagers et le partage d'informations les concernant avec les autres professionnels.

Au sein du CLSM, notamment, j'ai suivi une formation auprès du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) pour comprendre tous les enjeux de mon poste de coordinatrice. J'ai par la suite proposé une charte éthique pour encadrer nos interventions auprès des personnes et partager ma réflexion avec mes pairs mais également des professionnels ayant mis en place ce genre de dispositifs (Dujardin et Guézennec, 2019 ; Arcella-Giroux et Quintin, 2019).

J'ai, en outre, suivi différents séminaires et conférences, présenté mes propres travaux dans le séminaire du Dr Chebili et de la philosophe Mireille Delbraccio, « La psychiatrie et ses objets » et participé à différentes communautés de pratiques durant quatre ans afin de comprendre le secteur dans lequel j'intervenais, la culture professionnelle et l'accompagnement des personnes.

Ces connaissances m'ont permis de trouver une approche auprès de mes partenaires, une approche que j'ai complétée avec une forte volonté de comprendre leurs missions. En effet, le cloisonnement des missions, ce que j'ai constaté très rapidement sur le terrain, entraîne une incompréhension des différents professionnels engagés auprès d'une personne en situation de

⁸ la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; la loi de modernisation de notre système de santé de 2016

vulnérabilité, une incompréhension aggravée d'ailleurs par la non-prise en compte de la totalité des dimensions de celle-ci. Il est en effet possible d'observer des institutions travaillant les unes à côté des autres (voire contre les autres) sans mettre en lien ce qu'elles font, les actions qu'elles entreprennent. La compréhension des missions de chacun, comme je me propose de le développer dans ce travail, permet, outre de coopérer avec chacun, d'ordonner – c'est-à-dire de placer dans un ordre logique – les différentes interventions et de mettre tous les partenaires à la fois au courant de ce qui se passe, mais également d'accord sur la manière d'intervenir, ce qui rend les interventions plus pertinentes et plus efficaces.

Pour ce qui est de ma position de cheffe de service ou de directrice d'établissement ou de dispositif, il m'a fallu, là encore, trouver une approche me permettant de tenir ce rôle et d'assumer les différentes fonctions afférentes. Le rôle et les missions du directeur d'établissement et service du médico-social sont présentés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. J'ai veillé à m'y conformer afin de remplir mes missions (à la fois administratives, gestionnaires, managériales et stratégiques en menant de front une politique opérationnelle dans le cadre des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires) du mieux possible. Par ailleurs, j'ai cherché une posture afin d'accompagner au mieux les équipes de l'établissement ou du dispositif dans leur mission.

Tout comme la posture à adopter avec les personnes que j'allais accompagner, j'ai trouvé des éléments de réponse auprès de mon superviseur. En effet, les services de psychiatrie sont un exemple pertinent d'organisation des équipes intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques. J'ai, là encore, parfait les séances de supervision par des lectures (Oury, 2001, 2016 ; Racamier, 2008 ; Sassolas, 2009) m'amenant à prendre dans la psychothérapie institutionnelle quelques principes de « management » d'équipes et l'idée qu'il fallait porter une attention particulière à l'institution et à l'équipe pour éviter toute anomie ou « perversités de la logique sociale » (Merton, 1936).

Dans un premier temps, toutes les personnes impliquées dans le suivi me semblaient devoir être prises en compte. Elles ont toutes à la fois un lien singulier avec la personne et un savoir sur elle. Lors des synthèses, pour reconstituer la personne dans sa globalité, il était alors important d'écouter la totalité des discours sur la personne (Barrett, 2000).

« J'ai étudié la division du travail psychiatrique et l'affirmation de la spécificité chez les professionnels de la santé mentale, dans leur lutte pour l'autonomie et le pouvoir, aboutissant à un hôpital caractérisé par un schisme organisationnel et, au niveau de la

formulation du cas, par une construction fragmentée de la personne. Ce schisme est combattu par l'intégration des professionnels de la santé mentale dans des équipes interdisciplinaires [...] [Ces] équipes sont l'expression de la revendication de la psychiatrie à être une entreprise humaniste, qui traite les gens comme des individus. Seule une équipe, dit-on, peut traiter la « personne entière⁹. » (Barrett, 2000, p. 87)

Dans un deuxième temps, j'ai tenté d'appliquer au quotidien l'ambition de tendre vers des objectifs et un but principal, l'accompagnement des personnes et d'éviter qu'un « ritualisme » se mette en place et érige les moyens en valeurs (ou fins) (Merton, 2000). Dans ce cadre, les décisions étaient prises dans l'intérêt des personnes que nous accompagnions tout en tenant compte des missions des professionnels, du droit du travail, de leurs compétences, de leur fiche de poste et bien sûr du principe de réalité.

Par ailleurs, j'ai veillé à partager les principes que j'appliquais lors des interventions (ne pas nuire, prendre en compte toutes les dimensions des personnes, travailler avec l'entourage et en inter-institution) avec les équipes et à écouter leurs retours, leurs difficultés. Il était important également de les protéger et de toujours assumer mes responsabilités.

Dans un troisième temps, j'ai organisé de nombreuses réunions durant lesquelles nous discutons des accompagnements et décisions de nos actions ou non-actions. Ces réunions étaient ouvertes aux autres institutions de manière à former – ou presque – une équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle auprès des personnes. Elles permettaient également les échanges sur les ressentis et les difficultés rencontrées au domicile des personnes, et partant de réguler les tensions au sein de l'équipe – élargie. En effet, l'idée était d'avoir toujours une « pluralité de regards » (Campionne, Félius, Félius, Gaudelus, Herrman, Lieberman-Goldenberg, Martin et Secret-Bobolakis, 2015) afin de prendre en charge tous les besoins de la personne dans son domicile et ainsi l'aider à s'y maintenir et à y vivre une vie satisfaisante.

Dans un quatrième temps, j'ai également mis en place ou permis que perdure la supervision des équipes afin qu'elles puissent réfléchir et analyser leurs pratiques.

Dans un cinquième temps, et c'est sans doute ici que j'ai eu le plus de difficultés, j'ai tenté avec l'équipe de ne prendre des décisions qu'au regard des accompagnements des personnes, c'est-

⁹ La notion de personne entière se réfère à Mason W. Matthews (1960) : il relie « le concept d'équipe et le concept d'être humain comme une personne totale dans son monde total »

à-dire des missions de l'Établissement ou Service Médico-Social (ESM). Or, les budgets, calculés et alloués par l'Agence Régionale de Santé (ARS) - pour les établissements et services dans lesquels j'ai travaillé - et/ou le département, ne répondent pas forcément à cette logique. Ce principe en effet ne relève pas de la seule compétence du directeur d'où la difficulté à l'appliquer. Lorsque nous avons le contrôle sur les éléments, nous tâchions donc de prendre des décisions au regards des accompagnements et des principes que nous nous fixions.

Outre ces principes empruntés notamment à la psychothérapie institutionnelle, j'ai tâché d'analyser et de réfléchir à l'organisation du travail de la structure dans laquelle je travaillais : la division des tâches ainsi que la répartition du « sale boulot ». J'ai également choisi d'introduire dans nos réflexions les familles en donnant une place importante aux différentes formes de savoir (profanes ou professionnels). J'ai tenté de travailler avec les familles comme avec des partenaires, tout en les laissant, si la charge était trop lourde, ne pas jouer le rôle d'aidant.

C'est donc ainsi que j'ai travaillé durant quatre ans et tenter de mener à bien les missions des établissements ou dispositifs dans lesquels j'exerçais mes fonctions.

Cette éthique professionnelle me semble parfaitement en adéquation avec l'éthique de chercheur que j'ai appliquée à la réalisation de ce travail et que je souhaite exposer à présent.

L'éthique de chercheur

J'ai choisi pour mener ce travail de thèse de faire à la fois des entretiens semi-directifs avec des professionnels et des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome, et une ethnographie enactive du secteur de la prise en charge de la santé mentale et pour ce faire d'occuper différentes fonctions dans ce secteur. En effet, il s'agissait pour moi d'éprouver ces prises en charge et de partager mon quotidien avec tous les acteurs impliqués (professionnels, familles, personnes en situation de vulnérabilité). Cela me permet aujourd'hui d'avoir un regard et une analyse sur celles-ci et d'être en mesure d'en offrir une description détaillée.

Comme je l'expliquais dans les paragraphes précédents, cette méthode de recherche a nécessité que j'apprenne à la fois une culture (voire des cultures) professionnelle, des méthodes, des approches, que je mette en œuvre ces méthodes et approches (ayant eu des postes à responsabilités dans les structures du médico-social notamment), que je travaille avec les équipes que je menais sur le terrain, etc.

Comme je le disais précédemment cette double position de chercheur-intervenante m'a demandé de penser un cadre éthique auprès des personnes accompagnées par les structures dans lesquelles j'exerçais, mais également avec tous les acteurs (familles, collègues et partenaires) que je rencontrais. Outre l'éthique relevant de mes fonctions, il m'a été nécessaire, d'une part, de préciser à tous cette double position et, d'autre part, de m'engager à respecter la confidentialité de nos échanges et des situations vécues, c'est-à-dire de respecter le strict anonymat, que ce soit à l'endroit des personnes accompagnées, à l'endroit des professionnels mais également des institutions. Or, l'anonymisation nécessite bien plus que le changement des noms et prénoms des personnes et institutions ; il convient en effet de faire en sorte que les personnes et institutions impliquées ne soient pas reconnaissables. Cette tâche d'anonymisation s'avère bien plus complexe que l'utilisation de simples pseudonymes.

Afin de respecter mon engagement auprès des personnes et institutions rencontrées tout au long de mon terrain, j'ai choisi d'utiliser plusieurs méthodes d'anonymisation visant à garantir une absolue confidentialité des situations présentées telles que le proposent Aude Béliard et Sébastien Eideliman dans un chapitre de l'ouvrage *Les politiques de l'Enquête* (Bensa et Fassin, 2008).

Dans un premier temps, et pour chaque observation que je souhaite soumettre ici, je m'interrogerai sur la pertinence scientifique de sa présence dans le texte.

« Le chercheur a ainsi toujours intérêt à se demander si les éléments qu'il livre ont bien une utilité scientifique et non une fonction purement illustrative ou « d'effet de réel » [Dodier, 1994]. » (op. cit., p.132)

En effet, la tentation est grande de chercher à illustrer les propos par des expériences vécues, bien que celles-ci ne soient pas scientifiquement pertinentes. Par ailleurs, elles offrent au lecteur cet effet de réel. Mais, pour des soucis d'éthique et d'approche scientifique, il me faudra être vigilante et veiller à ne pas user de ce procédé.

Dans un second temps, en fonction de la situation que je présenterai et des caractéristiques reconnaissables de celle-ci, je ferai un « choix moral » sur la manière dont je la présente. Plusieurs solutions ici peuvent être envisagées.

La première solution choisie est la modification ou l'invisibilisation de certaines caractéristiques sociales des personnes ou de leur situation.

« On peut modifier certaines des caractéristiques des enquêtés pour les rendre moins identifiables : âge, profession, lieu de vie, etc. Cette solution n'est pas sans remettre en cause la rigueur de l'analyse, mais est selon Olivier Schwartz (2002, p. 56) acceptable à la condition de chercher des équivalents symboliques, par exemple en remplaçant une ville par une ville de même taille, une profession par une autre renvoyant à une appartenance similaire. » (Ibid., p.132)

Dans un tel cas de figure, je veillerai donc à modifier certaines caractéristiques des situations et des personnes rencontrées. Mon terrain portant sur toute l'Île-de-France, je resterai vague en termes de lieu de rencontre. Je ne dévoilerai pas non plus systématiquement, à moins que cela s'avère indispensable, le contexte de la rencontre. Je m'explique. Que ce soit en tant que coordinatrice d'un CLSM, en tant que cheffe de service ou directrice d'un établissement, d'un service ou d'un dispositif, j'ai participé avec les équipes à des accompagnements. Il s'avère que les acteurs impliqués, quel que soit l'endroit où j'officialiais, sont les mêmes. Par ailleurs, il ne s'agit pas pour moi de faire une sociologie des dispositifs à proprement parler, mais des relations de prise en charge. Donc, à moins que cela ne s'avère nécessaire et que l'information

soit primordiale à l'analyse, l'endroit où j'exerce, dans la description des situations, ne sera pas toujours mentionné. Je tâcherai également de modifier les caractéristiques à la fois des personnes accompagnées et des professionnels et proches rencontrés.

La caractéristique de genre sera souvent invisibilisée – cette caractéristique ajoutée à la situation permet trop facilement, dans les situations que je souhaite décrire ici, de reconnaître les personnes dont il s'agit. D'un point de vue éthique, il est en effet impératif que je puisse complètement anonymiser les personnes dont la situation est étudiée. De ce fait, je me prive d'une grille d'analyse pourtant riche, celle du genre.

Dans l'histoire même de la psychiatrie, on peut voir que les traitements réservés aux femmes n'ont pas toujours été les mêmes que ceux réservés aux hommes. J'ai évoqué ailleurs (Quintin, 2020) le fait que

« les femmes [...] peuvent être internées une grande partie de leur vie « [...] toutes les aliénées étudiées [dans l'asile de Bailleul de 1880 à 1914] sont mortes à l'asile. Leur vie se passe alors dans l'établissement » (Edelman, 2016, p. 43). » (op. cit., 2020, p. 318)

Par ailleurs, leur alliance et leur nom d'épouse pouvaient leur être retirés, voire même leur nom, comme c'est le cas notamment pour Hersilie Rouy (Rouy, 1883 ; Ripa, 1986, 2010 ; Roche, 1998). Leur minorité tout au long du 19^{ème} siècle se lit également dans leur existence asilaire.

Plus tard, alors que les personnes souffrant de troubles psychiques quittent l'hôpital pour vivre dans des logements « accompagnés » par les équipes soignantes des secteurs de psychiatrie – organisées alors en associations louant des logements pour les sous-louer à leurs patients -, les différences entre femmes et hommes en termes de traitement perdurent mais changent de fondement. Il s'agit de les protéger des abus divers (physiques, sexuels, matériels) qu'elles peuvent vivre (Atine, Denuit, Gauvain, Letur, Piquet et Quintin, 2017). Cela implique de « chaperonner » leurs relations, c'est-à-dire un certain contrôle – à viser protectionniste – sur la vie intime des personnes (*ibid.*, 2020).

En outre, comme on le voit également dans le documentaire *Un toi(t) pour soi* réalisé par le pédopsychiatre Alain Bouvarel et le médecin psychiatre Clément Bonnet pour l'ASM 20, et comme le disent également les soignants rencontrés dans une association de logement, lors de l'installation des personnes dans un appartement, on privilégie la colocation mixte, les femmes parvenant mieux à entretenir le logement. Il s'agit d'aider les hommes à se maintenir dans le logement par les compétences domestiques des femmes avec qui ils vont cohabiter.

Aujourd'hui, les différences de genre, en matière de représentations notamment, existent toujours. J'ai observé dans une maison d'accueil spécialisé pour personnes souffrant de troubles psychiques (Observations réalisées de mars 2019 à juillet 2019) que les femmes et les hommes, dans cet établissement¹⁰, n'exprimaient pas leurs troubles de la même manière, les unes discrètes, enfermées le plus souvent dans leur chambre, les autres davantage dans les parties communes de l'établissement, s'exprimant avec force. L'accompagnement, mais également la sympathie éprouvée envers les résidentes et les résidents, s'en voient tout à fait modifiés. Là encore, l'occupation des espaces des femmes et des hommes dans le monde ordinaire se retrouvent dans les établissements spécialisés.

La question du genre dans ce travail m'aurait permis de voir quelles sont les différences de représentations entre les femmes et les hommes lorsqu'ils souffrent de troubles psychiques et partant, les différences en matière d'accompagnement. Même s'il paraît insatisfaisant de ne pas traiter la question du genre dans les accompagnements que j'ai réalisés, j'ai finalement fait ce choix afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées, quelle que soit leur rôle dans la prise en charge. Néanmoins, je suis sensible à cette question et, dans ma pratique, la réflexion quant aux représentations liées au genre a toujours été présente. Au regard de mes observations, de mes entretiens, autrement dit du choix méthodologique à caractère ethnographique qui est le mien, sans prétention représentative, je n'ai pas matière à faire une étude sur la catégorie du genre dans l'accompagnement des personnes depuis leur domicile. En outre, il est utile de préciser que j'ai observé ou participé de fait majoritairement aux accompagnements de personnes de même sexe. Je n'ai récolté que très peu de données comparatives. Par ailleurs, je n'ai pas noté, hormis ce que je rapporte plus haut, suffisamment d'éléments pour pouvoir traiter cette question en profondeur.

Donc, pour synthétiser, à des fins éthiques, des caractéristiques sociales ont été invisibilisées dans cette étude, notamment le genre, mais aussi le lieu d'habitation, les liens de parenté, etc., afin d'anonymiser les situations et les personnes et respecter ainsi ma parole auprès de ces dernières.

La seconde solution d'anonymisation choisie, outre la modification ou l'invisibilisation de caractéristiques des personnes et institutions, est la reconstitution de cas fictifs à partir des cas rencontrés.

¹⁰ Les observations ne valent que pour cet établissement et ne peuvent bien sûr être généralisées

« En mélangeant plusieurs parties de différents cas ou en modifiant la structure par exemple familiale d'un cas de façon qu'une personne qui se reconnaît ne puisse pas en déduire systématiquement que les autres personnes dans le cas sont ses proches. » (Ibid., p. 138)

Cette dernière solution est problématique à plusieurs endroits et mérite quelques précisions. Il ne s'agit pas de construire le cas qui viendrait montrer ce que l'on souhaite mettre au jour. Il s'agit plutôt de reproduire la complexité, l'intrication, le tissage des problématiques tels qu'ils se présentent dans la situation « réelle » à partir d'autres situations de manière à garantir une plus grande confidentialité. Cette solution, du fait même de la construction qu'elle sous-tend nécessite que la communauté scientifique puisse avoir accès aux situations « réelles » afin de comprendre comment les cas ont été reconstitués.

Je propose donc, dans ce travail de thèse, d'offrir à mes directeurs de thèse, Laurence Simmat-Durand et Alain Ehrenberg, ainsi qu'au jury de ma thèse, une lecture des cas « réels » afin de donner à voir la rigueur éthique de la reconstitution des cas pour un travail d'analyse respectant l'anonymat des personnes et la confidentialité des situations relatées. Ce travail de reconstitution nécessite par ailleurs, comme le disent Aude Béliard et Sébastien Eideliman, deux découplages.

« D'abord entre l'analyse (qui est menée sur les cas réels) et l'exposition des résultats (qui consiste à mélanger des cas sans modifier les conclusions) ; ensuite entre la communauté des lecteurs (qui n'ont accès qu'aux cas reconstruits) et la communauté scientifique (à la disposition de laquelle il faut tenir un document précisant comment se présentaient les « vrais » cas et comment ils ont été mélangés pour construire les cas exposés dans le texte). » (Ibid, p.138)

Ainsi par ces pratiques me permettant d'exploiter mes matériaux ethnographiques, je pourrai respecter la protection des personnes qui m'ont à un moment ou à un autre confié une part de leurs problèmes ou avec qui j'ai travaillé sur des situations complexes.

Pour distinguer dans le corps de ce travail de thèse les situations collectées par observation ou par entretien, j'utiliserai des noms différents pour identifier les personnes :

		Mode de collecte du matériel de recherche	
		Par Observation	Par Entretien
Personnes rencontrées lors du terrain de thèse	Personne en situation de vulnérabilité	Fleur	Initiale du nom de famille de la personne
	Professionnel	Arbre	Initiale du nom de famille de la personne
	Institution	Type d'institution	Type d'institution

Tableau 1 – Nom donné aux personnes, professionnels et institutions rencontrées durant le terrain de thèse

Pour le genre des personnes – professionnels ou personnes vulnérables -, soit je le préciserai en disant clairement s'il s'agit d'un homme ou d'une femme – s'il me semble pertinent à l'analyse du cas, soit je prendrai celui de la fleur ou de l'arbre choisi pour les nommer. Il ne sera pas choisi en rapport avec le genre de la personne.

Pour exemple, je mentionnerai régulièrement la situation de Myosotis. Cette fleur est du genre masculin et cela ne donne en soi aucune indication sur le genre de la personne que j'ai choisie d'appeler ainsi. Je présenterai la situation de Myosotis au masculin – en accord avec le genre de la fleur.

Ainsi, en changeant certaines caractéristiques, en modifiant les noms des personnes, en ne donnant pas le nom des institutions, en reconstruisant même éventuellement des cas, je pourrai garantir l'anonymat des situations évoquées et la confidentialité des échanges et des rencontres. Bien que les personnes aient été averties de ma double position et qu'elles aient donné leur accord – parfois en validant simplement l'information sur ma double position -, je peux aujourd'hui exploiter les différents matériaux que j'ai obtenus par observation ou par entretiens. Auprès des professionnels, aussi souvent que possible, j'ai doublé mes observations par des entretiens afin d'avoir un cadre plus formel pour ma recherche et nos échanges.

Ce cadre ayant été présenté, il est temps à présent de démarrer le travail de description et d'analyse de la relation de prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent.

Il s'agit en effet, ici, de décrire comment et par qui sont prises en charge ces personnes, maintenant qu'une transformation institutionnelle a modifié la place que pouvait avoir la psychiatrie dans cette prise en charge. Il s'agit, dans ce contexte nouveau où plusieurs institutions, plusieurs équipes et plusieurs secteurs sont amenés à intervenir simultanément, de regarder les relations qui se nouent entre les personnes vulnérables et les personnes qui interviennent auprès d'elles, entre les différents acteurs impliqués dans les prises en charge et de voir ce qui s'échange entre elles.

Il s'agit alors de regarder le travail de relation mené auprès des personnes souffrant de troubles psychiques sévères par les intervenants à domicile.

Ce que je souhaite montrer plus précisément, ce sont les variations que connaissent ces relations en fonction de plusieurs facteurs tels que ce qui s'échange – si « la chose » échangée est du soin, de la contrainte, de l'accompagnement social, etc. -, la demande de relation, et la manière dont elle est vécue.

Je fais l'hypothèse que ces facteurs modifiant la qualité même de la relation ont un impact sur la prise en charge elle-même et sur ce qui s'échange entre les personnes.

Pour décrire les relations de prise en charge pluri-institutionnelles des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile, puis le travail d'intervention depuis le domicile, je propose donc dans un premier temps de présenter mes différents terrains de thèse ainsi que la méthode de recherche que j'ai utilisée.

Ce travail est issu de matériaux qualitatifs, matériaux récoltés par entretiens semi-directifs mais également par « *participation-observante* » (Marques, 2010) ou « *ethnographie enactive* » (Bourdieu, Ollion et Wacquant, 2014 ; Wacquant, 2002, 2010, 2011, 2015 ; Wacquant et Bart, 2015). Cela me permettra de préciser plus avant la population étudiée, c'est-à-dire les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, vivant dans un logement diffus et bénéficiant ou non d'interventions pluri-institutionnelles. Je souhaite également situer mon propos et présenter les différents outils théoriques qui me permettent d'élaborer mes différentes analyses. Il s'agit d'explicitier les différents termes utilisés, d'en préciser la signification ici.

Dans une deuxième partie, je propose de présenter le vécu des personnes souffrant de troubles psychiques dans un logement diffus, la vie qu'elles y mènent. Ce sera l'occasion d'apporter un éclairage sur leur qualité de vie, qui globalement – surtout en l'absence d'accompagnement -, s'avère moins bonne que celle des personnes ne souffrant pas de troubles psychiques ou ayant

un accompagnement. En effet, les troubles psychiques ont des conséquences sur l'habiter, sur les conditions de vie matérielles, les interactions avec les autres.

En outre, les troubles psychiques – dans les situations que j'ai observées - impliquent des modes de vie que je me propose de décrire à partir de mes différents terrains.

Ces différentes descriptions m'amèneront alors à présenter le travail de recodage effectué par différents acteurs (les bailleurs sociaux, la famille ou encore des agents municipaux) : il s'agit ici de montrer le travail accompli par certains acteurs permettant de comprendre que les nuisances générées par les personnes sont dues à leurs troubles psychiques, ou dit autrement, comment les troubles du comportement des personnes sont recodés par certains acteurs comme des troubles psychiques.

Ensuite, dans une troisième partie, je décrirai finement les relations de prise en charge, présentant tous les acteurs impliqués et leurs négociations. En effet, je montrerai ici que ces relations sont l'objet de négociations puisqu'il s'agit pour les acteurs de trouver un objectif commun et un schéma d'interventions. Je montrerai également que cet ordre négocié est situé, propre aux acteurs présents, à l'environnement et aux ressources que chacun mobilise. Je propose de mettre au jour l'organisation des prises en charge et les relations entre les acteurs et leurs négociations, à partir de deux suivis que j'ai pu observer ou auxquels j'ai participé.

Pour finir, dans une quatrième partie, je développerai cette fois une description minutieuse du travail de l'intervenant à domicile, c'est-à-dire les différentes actions qu'il accomplit, les registres dans lesquels elles s'inscrivent. Je présenterai alors les outils qu'ils nécessitent et la manière dont s'en saisit l'intervenant. Je propose également de décrire les ordres de légitimité de ce travail, c'est-à-dire l'intentionnalité de l'intervenant dans chacun des registres d'action.

Après avoir présenté les prises en charge à partir de la relation, il s'agira alors de les décrire à partir du travail accompli envers les personnes souffrant de troubles psychiques. Là encore cette description minutieuse sera le fruit d'une analyse de deux situations que j'ai rencontrées, deux personnes que j'ai accompagnées durant mon terrain de thèse.

Je propose pour l'heure de présenter justement ces différents terrains de thèse ainsi que ma méthode de recherche.

Première partie : Cadre théorique et méthode de recherche

« La plupart du temps, la structure de l'établissement est verticale, disons en pyramide. [...] C'est très difficile de s'attaquer directement à une structure pareille, mais s'il est admis qu'on peut créer une autre structure, qui ne sera pas verticale mais horizontale, qui n'aura pas une espèce d'axe rigide, mais qui aura plein de petits axes, ce que j'appelle une structure polycentrique (recentrée par un secrétariat, une assemblée générale, des ateliers, etc., afin que les gens puissent prendre des responsabilités) on se trouvera devant la nécessité d'inventer des ateliers de toutes sortes, qui restent longtemps ou qui disparaissent— d'inventer quelque chose de très mouvant, qui puisse s'adapter à la demande des malades qui sont là. »

Jean Oury, La psychothérapie institutionnelle : de Saint-Alban à La Borde, Paris, Edition d'Une, 2016

Pour ce travail de thèse, j'ai choisi de partir d'observations de terrain afin de comprendre au plus près des pratiques comment s'organisent les prises en charge depuis le domicile des personnes souffrant de troubles psychiques sévères.

Ce questionnement a émergé lors d'une première recherche entamée avec Nicolas Henckès, chercheur au CNRS. Ce dernier avait obtenu un financement de la Fondation de France pour étudier avec les Croix Marines – l'actuelle Santé Mentale France – les logements associatifs, c'est-à-dire des structures associatives créées par certains secteurs de psychiatrie permettant à leurs patients de trouver à se loger dans des appartements diffus. Durant cette recherche - Loger pour soigner -, nous avons, Nicolas Henckès, Marcos Azevedo, masterant à l'EHESS et moi-même, pu étudier le fonctionnement d'une vingtaine d'associations de logements – sur trois territoires, le Nord Pas-de-Calais, les Bouches du Rhône et l'Essonne (2019). Ces structures m'ont donné à voir toute une organisation permettant de prendre en charge les personnes logées par le secteur depuis leur domicile (Quintin, 2016).

Qu'en est-il des personnes non logées par le secteur ? La question, après cette année passée à interviewer les psychiatres, psychologues ou infirmiers de ces secteurs, est restée entière. C'est donc à partir de ce questionnement que j'ai entamé mon terrain de thèse en 2016. Si les entretiens semi-directifs et récits de vie ont pu m'apporter un matériau très intéressant et riche, je souhaitais cette fois-ci mettre en place un protocole de recherche différent et basé cette fois sur l'observation participante. Toutefois, d'une part, ce sont des terrains difficiles d'accès et, d'autre part, la participation m'est apparue indispensable à la compréhension de ce qui pouvait permettre ou au contraire faire obstacle à ces prises en charge au domicile des personnes malades.

Par ailleurs, cette recherche possède intrinsèquement une dimension diachronique, puisqu'il s'agit, outre de mettre au jour l'organisation de ces prises en charge, de regarder les transformations institutionnelles actuellement à l'œuvre dans ce secteur. Ce mouvement institutionnel m'est apparu clairement lors de la première phase de la recherche. Les secteurs de psychiatrie, qui, historiquement avaient le monopole de la prise en charge de la folie, puis de la maladie mentale, par un tournant que certains appellent ambulatoire, d'autres désinstitutionnalisation, deviennent un acteur parmi d'autres. Un partage des responsabilités et des missions s'opère alors entre les différents acteurs qu'il s'agit d'identifier et de connaître.

L'observation, l'observation-participante, et même la « participation-observante » (*op. cit.*, 2010) ont semblé plus à même de permettre cette analyse *in situ* de la transformation en cours. A partir du Dr Philippe Pinel et la sortie des fous des dépôts de mendicité (Castel, 1977 ; Foucault, 2007 ; Gauchet et Swain, 2007 ; Hochmann, 2017), la psychiatrie, dont la mission est de soigner les maladies mentales, est devenue la médecine de la folie, celle qui prend en charge les fous, les malades mentaux.

Cette prise en charge s'est longtemps effectuée au cœur d'un établissement unique, l'Asile, que la loi de 1838 dénomme comme étant la pierre angulaire du soin. L'idée est de soigner en isolant les malades, un retrait social pensé comme thérapeutique. Les asiles, puis les hôpitaux psychiatriques, proposent des prises en charge globales, prenant en charge les différentes dimensions de la personne, à la fois sa dimension psychique, sa dimension sociale et sa dimension biologique – même s'il faut noter une espérance de vie bien moindre pour ces personnes du fait aussi d'une sous-évaluation de leurs besoins en matière de médecine générale. Différents courants, de l'antipsychiatrie à la psychothérapie institutionnelle et au désaliénisme ou encore à la réhabilitation psychosociale, en passant par la chimiothérapie, proposent durant tout le 20^{ème} siècle des alternatives au retrait social et partant à l'Asile, mais c'est réellement vers les années 1990 que l'on note une forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation – c'est-à-dire du nombre de places en hospitalisation complète. Pour autant, la psychiatrie – qu'elle soit antipsychiatrique, désaliéniste, etc. – participe toujours à la prise en charge des différentes dimensions des personnes. Et, pour le dire plus précisément, la dimension sociale des personnes souffrant de maladies mentales reste à la charge de la psychiatrie, qui organise alors – comme dans le cas de ces secteurs ayant créé des associations de logements – la vie sociale de leurs patients.

Néanmoins, les changements de regard sur la maladie mentale, de formations des professionnels de la psychiatrie – des psychiatres aux infirmiers -, de moyens alloués à la psychiatrie publique, amènent ce que certains nomment la désinstitutionnalisation. Ainsi que l'explique Alain Ehrenberg,

« [la critique de l'individualisme] en France, se manifeste par la crainte d'un abandon de la société par l'Etat favorisant une compétition sans limites aux dépens des plus faibles et d'un abandon des individus à eux-mêmes qui se voient alors pris dans le risque (« américain ») consistant à rejeter sur chacun la responsabilité de son propre échec

(blaming the losers). *C'est ce changement que l'on a pris l'habitude de qualifier de "désinstitutionalisation".* » (Ehrenberg, 2006, p. 226)

Il existe en effet l'idée que certains individus, dont les personnes souffrant de troubles psychiques, sont abandonnés par l'Etat. S'ils ne sont plus pris en charge par la psychiatrie, ils sont hors institutions. Est-ce réellement ce qui se passe ? Les personnes vivant dans leur propre domicile et ne bénéficiant pas de visites ou de consultations en psychiatrie, sont-elles abandonnées de tous ? La désinstitutionalisation – pour ces personnes – est-elle réelle et à l'œuvre ?

Pour répondre à ces questions, il me fallait aller voir, hors du champ spécifique de la psychiatrie, si tel était le cas.

Chapitre 1 : la participation observante et l'ethnographie enactive comme méthode de recherche

« Pour moi, la maladie mentale signifiait Dr. Jekyll et Mr. Hyde, les tueurs en série psychopathes, les asiles de fous, des crétins, des schizos, des barjots, des fous, les camisoles, des fous furieux... C'était ce que je pensais des malades mentaux. Ce qui me terrifiait c'était que les professionnels m'identifient comme l'un d'eux. (Deegan, 1993, p. 8) »

Larry Davidson, *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*, New York, New York University Press, 2003, p. 148¹¹

Ce travail de thèse est le résultat de quatre années de terrain pendant lesquelles j'ai occupé différents postes dans la prise en charge depuis le domicile des troubles psychiques. C'est en effet le choix que j'ai fait pour recueillir des données, du matériau qualitatif me permettant de rendre compte de ces prises en charge, de l'organisation des prises en charge pluri-institutionnelles à l'œuvre aujourd'hui.

Dans ce chapitre, je souhaite présenter mes différents terrains mais également expliciter clairement la méthode de recherche que j'ai adoptée ici. J'expliquerai par ailleurs les termes et notions utilisés pour rendre compte de mes terrains et de ce que j'ai observé et expérimenté.

¹¹ Toutes les citations de *Living Outside Mental Illness : Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia* de Larry Davidson (2003) sont traduites par moi.

I. Présentation des terrains de thèse : CLSM, secteur psychiatrique (une association de logement) et secteur médico-social

Afin de montrer les transformations institutionnelles à l'œuvre dans la prise en charge de la santé mentale et plus précisément des troubles psychiques sévères depuis le domicile, j'ai choisi au début de ce travail de thèse d'étudier une association essonnoise émanant d'un secteur de psychiatrie, dont je suis membre du conseil d'administration depuis 2018. A ce titre, je participe notamment aux assemblées générales (AG). Par ailleurs, j'ai la chance de rencontrer très régulièrement l'un de ces fondateurs, un médecin psychiatre, avec qui j'échange sur les pratiques de la psychiatrie de secteur, les pratiques au sein de l'association – aujourd'hui et dans le passé – mais également les liens entre l'association et les services intra et extra-hospitaliers du secteur, les services sociaux, les services de tutelle, et les autres dispositifs qu'il a notamment participé à fonder sur ce secteur. Outre ces rencontres et cette participation aux AG, j'ai réalisé une vingtaine d'entretiens semi-directifs avec des soignants (infirmiers, médecins psychiatres, psychologues et secrétaire – occupant les fonctions de trésorier, comptable, président ou adhérent de l'association) et des patients-locataires. Ces entretiens et ces rencontres annuelles m'ont permis, outre de comprendre le fonctionnement et l'organisation des prises en charge depuis le domicile des patients du secteur, de voir l'évolution et les transformations à l'œuvre dans les pratiques, des transformations elles-mêmes liées aux transformations institutionnelles au sein de l'hôpital et au cœur même des politiques de dé-psychiatriation des prises en charge de la santé mentale.

1. Un secteur de psychiatrie

Ce secteur francilien a vu le jour après-guerre, créé par l'un des « jeunes psychiatres réformateurs » souhaitant désaliéner la prise en charge et proposer une psychiatrie plus humaine, moins concentrationnaire. Ce secteur a d'ailleurs été implanté sur ce territoire à dessein, car il n'y avait alors pas d'hôpital. C'est par un travail d'implantation préalable, c'est-à-dire un travail de rencontre et de lien avec les différents acteurs de la ville – services publics, commerçants, logeurs, écoles, élus, etc. – avant même d'accueillir les premiers patients que commence le travail des soignants. Ensuite, il s'agissait d'implanter sur le territoire différents

lieux d'accueil au service de la population : « qu'y a-t-il pour votre service ? » (Bailly-Salin, 2203, p. 78). Ce jeune psychiatre réformateur, désaliéniste, ancien membre de la société du Gévaudan, résistant et communiste, réfugié à Saint-Alban durant la guerre, veut des hommes avant les murs, une psychiatrie ouverte sur la ville, dans la ville.

En 1979, sur ce même secteur, alors que ce psychiatre désaliéniste est en retraite, ses élèves décident d'ouvrir une association – dont les membres sont les soignants du secteur – leur permettant de louer des logements dans la cité et de les sous-louer ensuite à leurs patients. Ils vont chercher des patients internés depuis des dizaines d'années pour leur proposer de quitter l'hôpital et d'emménager dans des appartements, tout en bénéficiant de la vigilance et des visites des soignants qui vont leur réapprendre les gestes du quotidien, les soigner à domicile mais également les aider dans leurs diverses démarches administratives.

De deux appartements et huit locataires l'association passe en quelques années à une vingtaine de logements et près d'une trentaine de locataires. Alors que beaucoup d'usagers de la psychiatrie sont tenus à l'écart de la vie dans la cité, les patients de ce secteur, par l'association de logements, obtiennent un chez-soi et acquièrent, moyennant un certain amorti, une aide non négligeable dans la gestion locative et sociale, une certaine autonomie. Les patients peuvent alors mener leur vie – certains se mettent en couple, d'autres participent aux nombreuses activités proposées par le CATTP, tous bénéficient d'un suivi par les soignants du CMP et un accompagnement par un membre de l'association.

C'est par des entretiens sur trois années que j'aborde ce terrain, que je récolte des données, que j'approche un certain savoir des pratiques des soignants au domicile des patients. C'est également en participant en tant que membre du conseil d'administration de l'association que j'accède à ces pratiques. Depuis trois ans maintenant, en effet, je suis adhérente de l'association et participe donc deux fois par an aux réunions du conseil, qui actent les décisions prises par ses membres.

Ainsi, s'il a été question de diminuer le nombre de logements entre 2015 et 2018 du fait d'une diminution non négligeable de personnels acceptant de s'y impliquer, aujourd'hui l'association a retrouvé une certaine stabilité. Mais, force est de constater que, dans d'autres secteurs de psychiatrie, ces associations disparaissent ou diminuent drastiquement le nombre de leurs logements et de patients-locataires, au profit de dispositifs de gestion locative médico-sociaux. Non seulement les secteurs de psychiatrie publique voient leur nombre de soignants diminuer mais ces mêmes soignants aujourd'hui n'ont plus la même manière d'aborder leur travail ni le

même idéal qu'autrefois. Les baby-boomers partis en retraite, laissent la place à de plus jeunes soignants dont les motivations ne sont pas les mêmes que celles de leurs aînés. Ils font leur travail, mais ne souhaitent plus s'impliquer dans des projets organisés par des associations dont ils sont par ailleurs membres.

Ce changement de mentalité professionnelle ne se limite pas aux personnels de la psychiatrie, c'est un changement plus vaste des vocations.

« En ce qui concerne les composantes de ce nouveau rapport, les analyses font état à la fois d'un engagement parfois soutenu, d'un souhait de la part des jeunes de voir leur subjectivité pleinement mobilisée dans le travail, de l'exigence de ressentir du plaisir au travail (Zoll, 1992), mais aussi d'une certaine démotivation, d'un rapport à l'entreprise qualifié de nomade, d'un fort matérialisme – le travail étant avant tout considéré comme un moyen, un instrument – et aussi d'un intense individualisme, radicalement différent de l'adhésion au groupe qui aurait caractérisé le rapport au travail des générations antérieures : « les jeunes se distingueraient des générations précédentes par leur investissement professionnel aléatoire et circonstanciel, leur individualisme croissant, ou encore leur infidélité chronique. » (Delay, 2008)

Daniel Mercure (2011) propose, pour sa part, de considérer le rapport au travail des jeunes comme représentatif de l'ethos actuel (marqué par une quête d'épanouissement personnel, d'autonomie personnelle et sociale et d'édification de liens sociaux) :

« Cet ethos de vie commande un rapport au travail qui se distingue par une distanciation à l'égard de l'univers de travail » qui peut être « partiellement opposée à l'ethos de l'engagement dans le travail qui a tant marqué les générations précédentes. » (Méda et Vendramin, 2010)

Jacques Ion évoque le passage d'un engagement militant à une implication distanciée :

« Ancré dans une tradition, le militant, affilié (comme le prêtre), fait don de sa vie au groupement auquel il appartient : son engagement, total, se fait au détriment de sa vie privée et s'inscrit dans la durée. Dans le cadre de l'implication distanciée et « à la carte », l'individu a la liberté de se désengager s'il le souhaite, du fait notamment d'un impératif

de réalisation de soi et de l'autonomisation croissante de la vie privée par rapport à l'engagement militant. » (Lebon, 2018, p46)

Ainsi, les fondateurs de l'association de logements, l'ont-ils fait aussi sur leur temps libre, ne comptant pas leurs heures, ni leur engagement auprès des patients vivant dans les appartements. Ils ont également créé d'autres dispositifs permettant aux nouveaux locataires de s'employer (Bretécher et Hersent, 2005), de se divertir, de passer les orages sans être hospitalisés. En effet, ils ont créé un centre d'accueil et de crise (CAC), une association culturelle, ainsi qu'une entreprise d'insertion permettant d'offrir un emploi à certains d'entre eux. L'entreprise d'insertion, n'a pas pu s'inscrire dans le temps, faute de résultats économiques suffisants, malgré le bien-être qu'elle a pu apporter à ses salariés (les patients du secteur de psychiatrie et parfois même locataires de l'association) et l'engagement de son fondateur, elle a dû fermer ses portes. Le CAC a également dû être fermé, tant sa pratique était exigeante pour les soignants. Aujourd'hui, dans les différents secteurs de psychiatrie ayant eu la même créativité, le départ en retraite des soignants impliqués dans ces divers projets a souvent eu raison des dispositifs qu'ils avaient créés. La transmission est difficile, non pas que les nouveaux arrivés n'apprennent pas de leurs aînés ou ne soient pas engagés auprès de leurs patients, mais leur formation, leur implication, leur engagement justement ne sont plus les mêmes, tout comme l'organisation de l'institution hospitalière, aujourd'hui davantage comptable et administrative. Ces entretiens réguliers sur plusieurs années, ces observations lors de réunions du conseil d'administration de l'association - bien que ce secteur particulier soit encore quelque peu épargné par ces transformations -, mais surtout mes différents terrains de thèse durant lesquels j'ai rencontré d'autres secteurs de psychiatrie, disposant notamment de dispositifs associatifs, m'ont permis de percevoir les changements à l'œuvre au cœur de la psychiatrie de secteur.

Le secteur que j'ai observé, qui fait encore aujourd'hui figure de secteur idéal-typique, c'est-à-dire tel qu'il a été imaginé par les militants du secteur de la première heure – tels que François Tosquelles, Lucien Bonnafé, etc. – est malgré tout lui-même en train de se transformer. Outre, le changement du rapport au travail des professionnels du soin, il est soumis aux transformations institutionnelles au cœur même de la psychiatrie publique, mais également les mouvements plus profonds comme le passage de la maladie psychiatrique à la santé mentale, le passage d'une psychiatrie sociale, à une psychiatrie médicale qui lègue aux acteurs médico-sociaux tout le volet social des prises en charge.

Il m'est apparu important alors, pour comprendre comment on prend en charge aujourd'hui les personnes présentant des troubles psychiques sévères depuis leur domicile, de sortir du seul champ de la psychiatrie et d'étudier cette prise en charge de manière plus large, en ouvrant la focale sur d'autres acteurs. En effet, appréhender et comprendre comment on prend en charge la santé mentale hors-les-murs des institutions, appréhender et comprendre les transformations institutionnelles de cette prise en charge, nécessitaient de visiter d'autres lieux, d'autres institutions.

La nouvelle loi de modernisation de la santé de 2016, dans son article 69 « Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie » met en avant le parcours de santé des personnes concernées, un parcours sécurisé et continu, permettant l'accès aux soins. C'est par le projet territorial de santé mentale (PTSM), mis en œuvre à l'initiative des acteurs eux-mêmes – ces acteurs étant « les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion » - que ces derniers doivent pouvoir trouver des manières de s'organiser afin d'opérationnaliser le concept de parcours de vie des personnes. Afin d'appréhender de manière très localisée la manière dont s'organise la prise en charge depuis le domicile, j'ai donc choisi d'étudier tout d'abord un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) en construction.

2. Coordination d'un CLSM intercommunal francilien

Durant toute l'année 2017, j'ai assumé les fonctions de coordinatrice d'un conseil local de santé mentale naissant dans le département de Seine-Saint-Denis.

Les conseils locaux de santé mentale sont des dispositifs de concertation entre les élus, le secteur psychiatrique, les usagers et leurs représentants et les acteurs sociaux et médico-sociaux d'un territoire – souvent la commune ou un regroupement de commune ou, dans les grandes villes, l'arrondissement.

Ils ont pour objectif de mettre en réseau ces différents acteurs pour, d'une part, décloisonner les prises en charge de la santé mentale, et d'autre part, lutter contre la stigmatisation dont elle est l'objet. Ils doivent permettre, outre l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale par l'animation d'un partenariat entre les différents acteurs locaux, l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, pour une prise en charge globale des personnes (continuité des parcours de vie et de soins).

Les CLSM ont pour mission, en premier lieu, d'assurer une veille en élaborant un diagnostic en santé mentale du territoire – ils ont pour mission de repérer l'état de santé mentale des citoyens vivant sur leurs territoires, leurs besoins en matière de santé mentale et les ressources disponibles. Sur la base de ce diagnostic, ils peuvent ensuite proposer des axes de travail.

En outre, ils assurent une mission opérationnelle, c'est-à-dire qu'à partir des axes de travail identifiés lors du diagnostic, ils mettent en place des groupes de travail, *id est* une plateforme logement ou un groupe de travail sur les soins sans consentement. Ils peuvent également, afin d'accroître l'offre de soins sur leur territoire, permettre la rencontre entre les porteurs de projets (les associations médico-sociales notamment) et les élus.

Enfin, ils assument une troisième mission, particulière celle-là, qui est d'animer une instance de concertation autour des cas complexes, autrement appelée Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD) (Arcella-Giroux et Quintin, 2019 ; Dujardin et Guézennec, 2019). Des situations complexes sont remontées au CLSM par les acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux du territoire. Elles sont dans l'impasse, les professionnels travaillant autour de ces situations ne trouvent pas d'issue. Les CLSM réunissent alors leurs membres permanents (élus, acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire) afin de discuter de la situation avec les professionnels impliqués.

C'est dans ce cadre donc que durant une année, j'ai réalisé le diagnostic en santé mentale du territoire du CLSM dont j'étais la coordinatrice. J'ai également animé différentes réunions de l'instance de concertation et échangé avec tous les acteurs de santé mentale du territoire (des services sociaux de circonscription aux bailleurs sociaux, en passant par la psychiatrie publique et les groupes d'entraide mutuelle). J'ai pu recenser les différents acteurs de la santé mentale à l'échelle d'une commune, étudier et permettre l'articulation entre eux. J'ai ainsi pu constater les difficultés de coordination entre les différentes institutions. C'est à une véritable transformation institutionnelle à laquelle j'ai pu assister car l'arrivée des CLSM dans le paysage de la santé mentale¹² et leur multiplication à la fois provoquent de nouvelles pratiques entre les différents acteurs de la santé mentale et mettent au jour les transformations au cœur des prises

¹² Ils existent pour certains depuis le début des années 2000 et apparaissent dans le plan santé mentale de 2005-2008. Des circulaires reconnaissent les bienfaits du CLSM et la Cour des comptes en décembre 2011 recommande leur généralisation. En 2016, la loi de modernisation du système de santé définit leur rôle dans la mise en place des projets territoriaux de santé mentale – notamment les objectifs et missions cités plus avant. L'instruction de septembre 2016, quant à elle, promeut la généralisation des CLSM sur le territoire français. Au 1^{er} janvier 2021, on compte près de 244 CLSM actifs en France (et 38 CLSM en projet). Le nombre global d'habitant.es couvert.es par la démarche est passé de 18,9 millions à 20,3 millions (+1,4 millions d'habitant.es)

en charge. Ils viennent également, et nous le verrons plus longuement, transformer l'ordre négocié existant auparavant entre les différents acteurs des prises en charge – essentiellement dans le secteur sanitaire. La trame de la négociation s'est transformée, le pouvoir des institutions est lui-même en pleine mutation.

Ce terrain a été l'occasion de voir également l'implication des élus municipaux, mais également ce qui les motive à assumer une mission qui ne relève pas de leur responsabilité, de leur mandat. Il a été, en outre, l'occasion de regarder le travail de la psychiatrie de secteur et son articulation (ou non) avec les acteurs médico-sociaux et sociaux.

Mes fonctions de coordinatrice d'un conseil local de santé mentale en Seine-Saint-Denis ont été l'occasion d'étudier également pour ce travail de thèse l'organisation des prises en charge depuis le domicile des personnes. Ma hiérarchie, directeur du centre communal d'actions sociales (CCAS), a sélectionné ma candidature du fait même de ce travail de thèse et a souhaité que mes fonctions soient une part de mes travaux. Ma position de sociologue devait permettre une évaluation du dispositif et de la création d'indicateurs à ces fins. Mais il s'est avéré difficile de concilier ces deux positions et mon statut de doctorante a finalement représenté un obstacle pour ma hiérarchie. J'ai dû interrompre ma mission afin de pouvoir continuer ma recherche de façon impartiale ; néanmoins, j'ai pu observer l'organisation de la prise en charge de la santé mentale sur un territoire et y effectuer un diagnostic me permettant de mieux comprendre les relations entre les différents acteurs impliqués dans ces prises en charge.

Après ce terrain et suite à l'étude d'une association de logements de secteur, j'ai choisi d'étudier les prises en charge effectuées dans le secteur médico-social en trouvant un emploi dans une grande association de loi 1901, d'utilité publique.

3. Le secteur médico-social

En 2018, au sein d'une grande association d'utilité publique parisienne travaillant dans le secteur de la précarité, j'ai exercé les fonctions de cheffe de service d'une équipe mobile associative dont la mission était d'entrer en contact avec des personnes souffrant de troubles psychiques adressées par leurs bailleurs sociaux. Ces derniers se trouvent confrontés aux troubles divers dus aux troubles psychiques de certains de leurs locataires. Ne parvenant pas, avec leurs moyens, à les prendre en charge – ou du moins à les neutraliser – ils adressent ces locataires à des équipes d'appui – avec qui ils contractent - afin qu'elles puissent intervenir.

Dans cette équipe mobile associative, il s'agissait donc d'évaluer l'état de santé mentale des locataires qui nous étaient adressés par le bailleur, et de les orienter vers les services idoines.

Par la suite, en 2019, j'ai occupé le poste de chargée de mission au siège d'une association d'utilité publique francilienne dans le secteur médico-social. Cette grande association parisienne assure l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique ou souffrant de troubles psychiques et est reconnue d'utilité publique depuis 1849. Elle compte environ une quarantaine de structures et services, allant de foyers de vie à des dispositifs de « logements accompagnés », en passant par des « séjours Répît » pour les « aidants ». Mon rôle était alors de guider les directeurs d'établissements et services dans l'accompagnement des personnes, d'imaginer et de mettre en place des dispositifs pour les personnes en souffrance psychique et d'occuper le poste de direction par intérim dans les établissements et services si besoin. Cela m'a permis, là encore, d'avoir une connaissance à la fois macro et micro-sociologique de l'organisation des prises en charge, des politiques publiques, des financements des dispositifs médico-sociaux pour les personnes souffrant de troubles psychiques. J'ai notamment travaillé sur un projet de logements accompagnés dont la volonté était de se référer aux associations de logements émanant du secteur. Le secteur médico-social est en effet invité à prendre le relais de ces dispositifs, mais les moyens dont il dispose ne sont pas garantis et pas nécessairement à la hauteur de la tâche.

Les associations médico-sociales ont depuis 1975 pour mission l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Néanmoins, les troubles psychiques attendent 2005 pour être reconnu comme un handicap ouvrant ainsi des droits à la compensation pour les personnes qui en souffrent, j'y reviendrai en détail ultérieurement.

C'est donc à partir de 2005 – avant pour certaines associations telles que celle mentionnée plus haut puisqu'elle a été fondée par un psychiatre aliéniste dès 1841 et a toujours pour vocation d'accompagner les personnes vivant avec des troubles psychiques - que le secteur médico-social qui accompagne – dans l'emploi, dans la cité, dans la vie courante, etc. – les personnes en situation de handicap mental, s'ouvre alors au handicap psychique. Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, outre les soins offerts par la psychiatrie, bénéficient alors d'accompagnement ou d'hébergement dans diverses structures ou services tels que les foyers d'accueil médicalisé (FAM) ou les maisons d'accueil spécialisé (MAS), les services d'aide à la vie sociale (SAVS), les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), etc.

Avec le virage, non plus ambulatoire des années 1990, mais inclusifs des années 2010, l'heure est aux logements et emplois accompagnés, l'aide aux « aidants », les Groupes d'entraide mutuelle. Autant de dispositifs émanant du nouveau paradigme dans le secteur de la santé mentale qui est de transférer une part de la responsabilité et de la prise en charge des personnes souffrants de troubles psychiques des professionnels du soin et de l'accompagnement vers les personnes usagères et leurs « aidants ».

II. Méthode de recherche : des entretiens semi-directifs à l'ethnographie enactive

Afin de rendre compte de l'organisation des prises en charge des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile mais également du travail relationnel accompli par les intervenants auprès de celles-ci, j'ai choisi une méthode de recherche qualitative, basée sur le terrain.

De la méthode qualitative, j'ai utilisé plusieurs outils que je souhaite présenter maintenant.

1. Sociologie compréhensive : des entretiens semi-directifs et des récits de vie

Cette thèse a pour ambition de mettre au jour l'organisation de la prise en charge des troubles psychiques sévères depuis le domicile des personnes qui en souffrent. Pour y parvenir, il m'a été nécessaire de faire des choix en termes de méthode, des choix que j'ai réajustés car, une fois sur le terrain, les entretiens semi-directifs m'ont livré une matière que je voulais enrichir, d'une part, avec un matériau davantage compréhensif, un matériau me permettant d'approcher de plus près encore le vécu des professionnels du soin ou de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et ainsi comprendre comment s'articulent ces différents professionnels sur le terrain, comment s'organisent les prises en charge depuis le domicile au plus près des pratiques de terrain et, d'autre part, avec une dimension diachronique.

En effet, mon objet de recherche contient en lui-même un rapport au temps, puisqu'il s'agit en partie de montrer les transformations institutionnelles à l'œuvre. Il m'est donc apparu important pour saisir le mouvement, d'étudier sur une période longue ce terrain en m'y « installant ». En outre, la prise en charge des troubles psychiques, bien qu'elle nécessite un savoir scientifique, pratique et technique, est aussi une pratique « humaine », c'est « un don » (Dumond, 2013), une sollicitude (Brugère, 2009 ; Breviglieri et Stavo-Debaugé, 2006 ; Svandra, 2016 ; Loffeier, 2015 ; Hazif-Thomas, 2019) envers l'autre que j'ai voulu comprendre en la vivant, en la pratiquant, pour voir ce qu'elle coûte, ce qu'elle demande (de manière cognitive, émotionnelle, psychologique, personnelle et réflexive) à celui qui la pratique et ce qui lui est rendu.

Ma méthode de recherche, quoi que classique au début de cette thèse, s'est alors dessinée et a évolué vers l'ethnographie enactive (Wacquant, 2015) – j'y reviendrai.

Mes premiers entretiens pour cette étude ont été conduits lors d'une recherche « loger pour soigner » comme énoncé antérieurement, dans un département francilien. J'y ai alors rencontré près d'une petite dizaine d'associations gérant des logements pour les personnes présentant des troubles psychiques sévères, soit près de cent cinquante personnes. C'est lors de cette recherche, qui a donné lieu à un mémoire¹³, deux articles pour ma part¹⁴, mais également un rapport remis à Santé Mentale France (Henckès, 2019) que j'ai rencontré une association de secteur – c'est l'appellation que je choisis de donner aux associations émanant de secteurs de psychiatrie et cherchant à fournir des solutions d'inclusion dans la cité à leurs patients – qui est devenue l'entrée dans ma recherche de thèse. J'y ai effectué des entretiens semi-directifs avec les fondateurs, psychiatres et psychologues, des récits de vie avec des locataires, des entretiens collectifs avec les infirmières, psychologues et psychiatres. Cette matière m'a permis de comprendre l'organisation de l'association, les actions menées, l'éthique et les légitimations de l'action qui y ont cours, de connaître l'histoire des appartements et des professionnels qui y travaillent, et, à travers elle, une part de l'histoire de la psychiatrie française, de saisir le sens que les professionnels donnent à leur action. Cette sociologie compréhensive m'a donné accès à la connaissance du fonctionnement de l'association, de sa place dans la psychiatrie française et de ce qu'elle cherche à apporter à ses patients.

Mais pour saisir le « *travail psychiatrique* » (Ogien, 1989), l'implication et les choix des professionnels, mais surtout les changements institutionnels à l'œuvre – qui touchent la psychiatrie publique et partant ses associations de secteur mais également les secteurs médico-social et social -, cela ne m'a pas paru suffisant pour trois raisons.

D'une part, bien que l'association de secteur francilienne soit impactée par ces transformations, les entretiens semi-directifs effectués – en 2016 sur une période de trois-quatre mois – ne m'ont pas permis de voir ces transformations.

Par ailleurs, les entretiens ne m'ont pas donné accès à ce que signifie prendre en charge des personnes avec des troubles psychiques depuis le domicile ; ce que c'est, au sens de l'expérience vécue. J'ai alors ressenti une certaine frustration à ne pas voir les choses en train

¹³ Logements à visée thérapeutique ou éducative. Le bien-être et l'intégration : des actions qui conviennent ?

¹⁴ Anne Quintin, « Le logement et l'autonomie », *Pratiques en santé mentale* 2016/3 (62e année), p. 41-46. Et Chantal Piquet *et al.*, « La vie affective des locataires de *Diagonales* », *Pratiques en santé mentale* 2017/4 (63e année), p. 25-31.

de se faire, à ne pas moi-même vivre les choses. Il paraît difficile de comprendre les liens de ces équipes extra-hospitalières avec l'hôpital, par exemple. Quels sont les rapports, le lien à l'œuvre entre les institutions. De la même manière, il m'était compliqué de comprendre certaines décisions prises par les professionnels de l'association de secteur, comme le fait d'interrompre le bail et de faire partir un locataire.

Cette frustration a été en partie compensée par la chance qui m'a été accordée de rencontrer très régulièrement l'un des psychiatres, fondateur de l'association, et d'entrer dans le conseil d'administration de l'association. Cela m'a permis de donner une dimension diachronique à cette recherche et de ne pas me contenter du côté figé – dans le temps – des entretiens. Par ailleurs, grâce également à mon implication professionnelle dans le secteur, cela m'a permis de saisir subjectivement cet accompagnement et de comprendre les actions entreprises, bien que non vécues.

Et enfin, l'association de secteur offrant une prise en charge globale aux patients-locataires, ce seul terrain par entretiens ne m'a pas permis de voir les actions et le travail des autres secteurs impliqués dans la prise en charge de la santé mentale.

Pour ces différentes raisons, j'ai choisi d'étendre mon terrain et de voir d'autres types de structures « offrant » une prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent. En effet, la réduction du nombre de lits en psychiatrie, tout comme « *l'affaiblissement, voire la disparition de l'institution psychiatrique* » (Eyraud et Velpry, 2014) semblent avoir entraîné – c'est ce que sous-entend justement le terme récurrent, lorsque l'on parle des évolutions de l'institution psychiatrique, de désinstitutionnalisation – un déplacement des malades de l'hôpital à leur domicile, voire à la rue ou en prison, impliquant alors de nouvelles formes de prises en charge, psychiatriques ou non. Il me fallait donc voir, d'une part, les nouvelles structures ou institutions permettant de prendre en charge les personnes depuis leur domicile et comprendre sous quel angle elles prennent en charge ces personnes – l'angle comportemental, social, médical, psychologique, etc. ? - et, d'autre part, la transformation institutionnelle à l'œuvre, cette transformation dont je faisais l'hypothèse, puisque la psychiatrie, lorsque les patients se trouvent à leur domicile, n'a plus le monopole des prises en charge.

Comme nous le verrons, « *nous sommes manifestement entrés dans une période de redistribution des cartes* » (Ehrenberg, 2004), les patients ont changé de lieu de vie – les lieux de soins n'étant plus des lieux de vie -, les intervenants – médicaux, médico-sociaux, sociaux,

« civils » - ne sont plus les mêmes et les interventions elles-mêmes ont changé, aussi bien du point de vue des pratiques que du point de vue des objectifs et de l'éthique.

Si, depuis Pinel, il s'agissait de soigner les personnes vivant avec des troubles psychiques en les isolant dans de grands asiles, il s'agit aujourd'hui de les « rendre autonome », de les déchroniciser, de les rendre comme normal – notamment en faisant sortir les personnes du réseau de soins -, soit concrètement en effaçant les troubles extérieurs causés par les troubles intérieurs. Engagée sur le terrain avec cette association de secteur, j'ai voulu aller plus loin et comprendre « *par le dedans* » (Laplantine, 1987, 2002), intimement ce que c'est qu'accompagner des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile.

En effet, mon objet de recherche en soi est un phénomène ayant des caractéristiques qui entraînent des difficultés singulières et des manières de faire particulières : d'une part, les personnes qu'il s'agit de prendre en charge n'ont plus forcément la capacité de jugement nécessaire pour demander des soins (Eyraud, 2013 ; Eyraud et Henckès, 2013 ; Béliard et al., 2015) et, d'autre part, les troubles psychiques n'impactent pas que leur santé mentale, mais également différentes dimensions de leur être et de leur vie (Arveiller, 2002 ; Bonnet et Vidon, 2012 ; Chambon, 2017), ce qui implique différents intervenants au domicile ou en institution qui doivent pouvoir se coordonner (Guirimand, 2018) et partant créer des espaces de communication inter-institutionnels.

Autant de caractéristiques, de difficultés, liées aux évolutions à la fois de la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques et de l'espace de prise en charge, le domicile, qui ont nécessité, selon moi, une autre méthode d'investigation, une autre méthode d'acquisition de connaissances, permettant alors une compréhension des manières de faire des professionnels impliqués dans cette prise en charge. L'observation-participante et plus encore la participation-observante me sont apparues indispensables pour saisir réellement mon objet d'étude (Marques, 2012 ; Berliner, 2013 ; Mauger, 2019).

2. La participation et l'observation comme méthode

a. La description des institutions en transformation

Elargir ma méthode de recherche de l'entretien semi-directif à l'ethnographie enactive a été motivé également par une forte volonté de décrire précisément les prises en charge observées,

les décrire de l'extérieur, mais également de l'intérieur. Il s'agissait, en effet, pour moi de décrire l'organisation des prises en charge à domicile des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères mais également, de décrire les relations entre les différents acteurs, leurs négociations permettant cette organisation, de même que le travail relationnel accompli par l'intervenant à domicile.

Ce travail de description est primordial si l'on souhaite mettre au jour la transformation institutionnelle à l'œuvre dans les soins et l'accompagnement des troubles psychiques car

« L'institution est de nature descriptive parce que c'est seulement lorsque l'on a défini (ce qu'est un frère, ce qu'est un don, ce qu'est un meurtre, etc.) qu'on peut formuler ce que l'on permet et ce que l'on interdit. » (Ehrenberg, 2011, p. 61)

Il nous faut, en effet, décrire les soins et accompagnements menés auprès des personnes depuis leur domicile, quelles en sont les règles et les pratiques, pour comprendre les institutions qui ont pris part à ces prises en charge et comment elles s'articulent.

Cette description détaillée a pour ambition de montrer ce que sont aujourd'hui les institutions prenant en charge les troubles psychiques, quelles en sont les ambitions, les objectifs mais également les moyens d'agir. Loin de montrer une désinstitutionnalisation de la prise en charge de la santé mentale, on peut voir la transformation à la fois des institutions elles-mêmes, mais aussi de la distribution des responsabilités entre les différentes parties prenantes (toutes les institutions impliquées dans les prises en charge, y compris celles dont le mandat, la mission n'est pas la prise en charge de personnes en situation de vulnérabilité).

Cette description détaillée s'attache à voir le soin et l'accompagnement comme des faits relationnels, c'est-à-dire des faits sociaux qui impliquent une action humaine, qui elle-même implique trois éléments inséparables reliés au tout :

« par exemple, dans l'action de donner, dans le don, il y a le donateur A, le donataire B et la chose donnée C. A, B, C sont trois éléments inséparables, ils constituent un fait relationnel, parce que sans la relation (de don), il n'y a ni donateur, ni donataire, ni chose donnée. » (op. cit., 2011, p. 62)

Ainsi, dans le soin ou l'accompagnement prodigué aux personnes vivant avec des troubles psychiques, il y a le soignant ou l'accompagnant, le soigné ou l'accompagné et le soin ou l'accompagnement. Ainsi,

« pour pouvoir décrire une opération entre A et B comme un don, et non, par exemple, comme un échange marchand où l'intention est différente, il faut qu'une règle de don soit donnée avant [...] autrement dit [...] une coutume concrète dans laquelle la règle est comprise par tout le monde, et même, évidemment, par ceux qui la transgressent. » (ibid., p. 62)

Décrire alors les pratiques d'accompagnement ou de soin, me permet de comprendre les règles qui les régissent, les « coutumes » ou usages compris de tous et qui donnent du sens, une signification à ce qui est échangé. L'expérience même de l'accompagnement, la coordination des différentes actions entreprises m'ont permis de mettre au jour les règles sociales qui régissent cet accompagnement et les négociations à l'œuvre ; et donc de décrire de manière encore plus fine l'institution de l'accompagnement à domicile de personnes souffrant de troubles psychiques sévères. La participation observante, mais encore davantage la subjectivité du chercheur comme outil de production de connaissance m'ont semblé ici apporter beaucoup à ce travail de thèse.

En revanche, cette méthode demande un travail réflexif important afin de ne pas perdre de vue l'objectivité scientifique qu'exige la production de connaissance.

b. La participation-observante comme méthode d'investigation

Le débat sur l'objectivité de la recherche en sociologie est aussi vieux que la sociologie. Emile Durkheim (2010), pour se départir de toute subjectivité, nous invitait à traiter les faits sociaux comme des choses, à nous défaire de nos prénotions. Pour le sociologue, outre cette attitude du chercheur à l'égard de ses objets de recherche, la statistique était un outil d'objectivation du social. Elle mettait le chercheur à l'abri de la subjectivité en opérationnalisant les forces sociales à l'œuvre.

Outre Rhin, à la même époque, Max Weber s'interroge lui-aussi sur l'objectivité et la scientificité du savoir émanant des sciences sociales, bien que son matériau soit très différent de celui du sociologue français. En effet, pour le sociologue allemand, qui ne cherche pas à

expliquer les faits mais plutôt à comprendre la subjectivité des personnes, des individus en action, le social se cache jusque dans les motivations à agir des individus et le travail du sociologue est de pénétrer jusque dans leur subjectivité pour comprendre les actions et le social dans les actions. Cette approche compréhensive ne se départit malgré tout pas de la nécessité d'objectiver les faits mais elle ne laisse pas à la seule psychologie l'étude de la subjectivité. L'approche de Max Weber (1904) propose au chercheur de se défaire de ses jugements de valeur et d'étudier le rapport aux valeurs et à la culture de la personne qui agit, afin de comprendre ce qui la motive à agir. Il s'agit donc pour le sociologue de prendre connaissance des valeurs de la société dans laquelle se passe l'action – sans porter aucun jugement de valeur mais plutôt en tentant de comprendre le rapport aux valeurs des individus. L'objectivité du savoir ainsi constitué tient, comme pour son pair français ici, à l'attitude du chercheur écartant ses propres jugements de valeur, étudiant son propre rapport aux valeurs.

Norbert Elias, également, a réfléchi à la question de l'objectivité – de la scientificité – des recherches en sciences sociales. Le sociologue, nous dit-il, est face à un dilemme, celui d'être impliqué en tant que sujet dans son objet de recherche (les sciences humaines).

« Comment séparer, en évitant équivoques et contradiction, les deux fonctions [du sociologue], celle de participant et celle de chercheur ? » (Elias, 1995, p. 29)

Si cette séparation n'est pas possible, ni souhaitable, le sociologue, ce chercheur empirico-théorique peut en premier lieu se départir de l'idée qu'il y a une méthode scientifique – celle reprise des sciences physiques – et qu'il va

« découvrir des formules symboliques, verbales ou autres représentant une vérité absolue et définitive. [...] L'idée selon laquelle la méthode suivie par la recherche serait le critère décisif de sa scientificité s'allie avec cette autre selon laquelle la recherche aurait pour but la découverte de la « vérité » définitive. » (op. cit., p. 34-59)

En outre, des allers-retours entre la théorie et l'observation sont nécessaires pour se nourrir mutuellement ; mais surtout le sociologue doit prendre conscience – intérioriser – le dilemme particulier dans lequel il se trouve, à la fois engagé et distancié, à la fois sujet et objet.

Partant de cette réflexion sur la méthode sociologique, la méthode de production de savoir sociologique, j'ai choisi pour ce travail de thèse de faire évoluer ma méthode d'investigation

vers une voie profondément compréhensive. Je voulais davantage comprendre ce qui motive l'action des professionnels prenant en charge les personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile, ce qui implique qu'ils agissent de telle ou telle façon. Je voulais pouvoir analyser cette subjectivité, cette motivation de l'action à l'aune des règles sociales qui conditionnent l'action, les règles sociales qui ordonnent – au sens de ranger dans un certain ordre – les différentes actions entreprises. Subir la contrainte sociale en tant que professionnelle m'est alors apparu comme un moyen de la mettre au jour, de la décrire et de l'analyser.

L'ethnographie m'est apparue alors comme une méthode d'investigation pouvant me permettre de circonscrire mon objet de recherche, de le comprendre et de l'analyser avec un matériau complémentaire aux entretiens déjà réalisés. Mais arriver sur un terrain de recherche en tant qu'observateur m'est apparu là encore difficile à mettre en œuvre.

Comme a pu l'écrire Georges Devereux, l'observateur a une influence sur la scène observée. Sa seule présence induit des comportements différents chez les personnes observées. Observer un accompagnement ou le soin apporté à une personne souffrant de troubles psychiques m'a semblé en fait plus difficile que de pratiquer moi-même un accompagnement.

« Avant mon adoption, ma présence inhibait le comportement amoureux ; après mon adoption, les gens se comportaient comme à l'ordinaire. » (Devereux, 2003, p. 365)

J'ai donc réalisé une ethnographie du monde de la prise en charge à domicile de la souffrance psychique pendant quatre ans en occupant plusieurs fonctions professionnelles et salariées dans la fonction publique territoriale et dans des associations à but non lucratif et d'utilité publique appartenant au secteur médico-social. J'ai gardé à l'esprit que ma présence – toujours définie auprès de mes collègues et des personnes que j'ai pu accompagner comme intervenante et chercheuse – en elle-même avait une influence sur les situations vécues et observées - même s'il m'a fallu parfois prendre du recul et quitter mes fonctions pour retrouver une certaine distanciation. C'est en vous donnant à lire cette ethnographie que je relaterai mes oscillations entre une position parfois engagée – trop engagée – et distanciée qu'il me fallait retrouver.

C'est finalement mon double positionnement de chercheuse-doctorante et salariée-professionnelle de tel ou tel dispositif qui m'a permis de trouver une méthode de recherche m'amenant vers plus d'objectivité.

Par la participation-observante, je souhaitais regarder l'organisation de ces prises en charge, comprendre les transformations à l'œuvre, en rendre compte sociologiquement. J'ai voulu me

baigner dans l'univers de ces professionnels pour saisir leurs valeurs et vivre « *une interaction réciproque entre deux êtres humains* » (op. cit., 2003, p. 175) : moi, dans le rôle de l'accompagnant - ou du planificateur ou du « créateur » de ces accompagnements - et un autre, soit dans le rôle de l'accompagnée.

Dans son travail de thèse, la sociologue Ana Marques a choisi la participation-observante comme méthode de recherche. Reprenant des positions développées par Norbert Elias (1983) et de Georges Devereux (1980) – elle nous dit :

« Il n'y a pas deux groupes, celui des personnes engagées et celui des distancées ; au contraire, tous les êtres humains sont toujours quelque part entre ces deux pôles. Et ils varient leur position vers un pôle ou l'autre au cours de leurs rapports à leurs semblables, aux objets non humains et à eux-mêmes. [...] le chercheur en sciences sociales ne peut pas être trop engagé, au risque de prendre pour des résultats scientifiques ce qu'en fait représentent ses préjugés. Il ne peut pas non plus être trop distancié, car sa position en tant que membre du groupe est la condition même de la production de connaissances scientifiques dans ce domaine. [...] Je ne veux pas dire par là qu'il faut être immigré pour étudier l'immigration ou qu'il faut être ouvrier pour comprendre ce qui se passe à l'usine, mais que cette subjectivité donnée par la participation et l'engagement actif n'est pas un handicap pour l'objectivité scientifique. Et par engagement, Norbert Elias ne veut pas dire présence sur le terrain ou action sur le terrain, mais le fait de se sentir plus ou moins concerné par la situation, de la vivre de manière plus ou moins objective ou subjective. Georges Devereux montre le rôle de la subjectivité du chercheur (ou de son engagement, si l'on reprend le terme de Norbert Elias), en la considérant comme un outil à utiliser et non comme un problème à éliminer. En accord avec ces auteurs, il s'agissait pour moi tout au long de cette recherche, de comprendre les implications de ces deux rôles, de chercheur et membre de l'équipe mobile psychiatrie précarité, autant pour la constitution du matériau que pour les analyses. Une sorte d'objectivation de la subjectivité. » (Marques, 2010, p 45)

Ainsi, comme elle, j'ai joué les deux rôles – chercheuse et professionnelle de l'accompagnement – et j'ai ainsi participé à l'organisation de prises en charge en devenant membre de groupes professionnels dont les missions étaient d'intervenir, de coordonner ou de créer des dispositifs prenant en charge les personnes depuis leur domicile. Il m'a fallu à la fois m'engager et rester distancée, c'est-à-dire me déplacer entre ces deux pôles – de l'engagement

à la distanciation - en utilisant ma subjectivité pour construire du savoir et atteindre une certaine objectivité.

Par ailleurs, ma participation professionnelle et salariée à différents dispositifs également en tant que chercheuse m'a offert un statut particulier, celui de quelqu'un pouvant penser le dispositif par exemple, quelqu'un à qui on fait intellectuellement confiance pour avoir une réflexivité sur les actions menées ou à mener. Ces attentes à mon endroit m'ont permis de garder un certain équilibre entre engagement et distanciation – ou subjectivité et objectivité.

Participer pour identifier les acteurs et leur fonctionnement

C'est dans cette optique de production de connaissance que j'ai décidé de travailler dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. Je voulais me laisser « *embarquer sur et par [mon] terrain* » (Alam, Gurruchaga et O'Miel, 2012). Mes qualifications et compétences m'ont permis de cibler différents postes, que j'ai choisis en fonction de mon objet de recherche. Ainsi, le choix de mon premier emploi dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques, coordinatrice d'un CLSM, a été motivé par la volonté de mieux connaître l'environnement de la prise en charge de la santé mentale et ses acteurs, et partant de savoir qui prend en charge les personnes souffrant de troubles psychiques et comment.

La première approche, par entretiens dans un secteur de psychiatrie francilien, m'a permis de développer un certain savoir sur cet environnement, que j'ai renforcé par de nombreuses lectures – officielles, mais aussi savantes ou scientifiques – sur les différents dispositifs existants et permettant de prendre en charge les personnes depuis chez elles (Sassolas, 2009, 2012 ; Velpry, 2008 ; Demailly, 2012, 2016 ; Coldefy, 2010, 2016). Mais il me fallait renforcer ce savoir par une approche plus participative et également sortant du champ de la psychiatrie, cette dernière n'étant, en effet, plus la seule à prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiques. Ce premier poste voulait répondre à ma première question : à l'heure où l'on parle de désinstitutionnalisation (Eyraud et Velpry, 2014 ; Henckès, 2015), quelles sont véritablement les institutions qui prennent en charge les personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile ?

Le sens d'institution sera, comme le cadre théorique, détaillé ultérieurement, mais, très succinctement, il doit faire l'objet d'une discussion (Guéry, 2003 ; Haliday, 2018) car il est polysémique. L'institution se rapproche pour les uns de sa définition durkheimienne ou encore maussienne, c'est-à-dire qu'elle est un ensemble de manières collectives d'agir, de penser et de

sentir, ou encore un ensemble d'activités instituées. Elle se rapproche en revanche de sa définition Wébérienne pour les autres, soit l'idée d'association, d'un groupement institué, une définition qui va dans le sens de ce sentiment de désinstitutionalisation des soins ou accompagnements des troubles psychiques. L'institution, dans ce travail, est abordé du point de vue de son sens, de sa signification pour ceux qui y sont intégrés. Une institution est un ensemble de règles permettant d'organiser des échanges relationnels, des règles comprises et partagées par tous (Vincent Descombes, 1996).

Cette discussion amorcée, je reviens à la méthode d'investigation de ce travail de thèse. Le poste que j'ai accepté afin de répondre à ma première question a été coordinatrice d'un conseil local de santé mentale (CLSM) dans un département d'Île-de-France. Ce poste, dans un dispositif de terrain, me promettait de regarder *in situ* les pratiques des différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé mentale, mais également de participer à l'organisation de cette prise en charge.

J'y suis restée une année. Ce poste, exigeant et difficile en termes à la fois relationnels et fonctionnels, m'a permis de comprendre le fonctionnement de la fonction publique territoriale dans une commune, d'appréhender ce milieu très réglementé, très bureaucratique – au sens wébérien du terme. J'ai également pu éprouver une organisation caractérisée par des règles difficilement discutables, même lorsque le dispositif est d'un genre « nouveau » et que les questions éthiques qu'il soulève sont importantes et peu élaborées encore (Dujardin et Guézennec, 2019).

Par ailleurs, il m'a permis de participer activement à l'organisation de la coordination entre les différents acteurs de santé mentale du territoire sur lequel le CLSM était implanté ; il m'a permis de les identifier, de travailler avec eux afin de permettre à des personnes d'accéder aux soins depuis leur domicile. C'était une approche très locale de coordination des ressources, d'identification de problématiques, d'appui aux acteurs locaux et aux personnes souffrant de troubles psychiques elles-mêmes.

Ma volonté, en revanche, de participer à des accompagnements, pour éprouver cette fonction, ce rôle, m'a poussée à prendre de la distance avec le dispositif CLSM et à m'orienter vers des structures médico-sociales.

Participer pour vivre l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques

À la suite de cette année passée dans une collectivité locale, j'ai pu répondre en partie à ma première question ; j'ai en effet identifié différents acteurs de cette prise en charge depuis le domicile et compris un tant soit peu leur fonctionnement. J'ai, par ailleurs, pu observer un certain nombre de difficultés dans la prise en charge depuis le domicile des troubles psychiques, ce qui a amené ma deuxième question : qui peut aujourd'hui amener les personnes vivant avec des troubles psychiques vers le soin ?

En effet, comme je le disais, on a vu le lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques sévères se déplacer avec la transformation institutionnelle de la prise en charge de la santé mentale : elles ne vivent plus à l'hôpital, mais pour une bonne part à leur domicile. Toutefois, les lieux de soins restent l'hôpital, ou encore les lieux de soins psychiatriques ambulatoires, comme les Centres Médico-Psychologiques (CMP) – ceux-ci sont de préférence situés hors de l'hôpital afin de marquer une distinction entre soins intra-hospitaliers et soins extra-hospitaliers. Or, il n'est pas rare que les pôles de psychiatrie aient vendu – par souci d'économie – les sites hors-les-murs et aient relocalisé les CMP dans l'hôpital¹⁵.

Les logements associatifs qui permettent une prise en charge à domicile (les soignants du centre médico-psychologique, travaillant également au sein de l'association de logement, font des visites à domicile (VAD) régulières et permettent ainsi la continuité des soins), mais pour les personnes vivant dans le diffus – expression pour nommer le fait pour une personne de vivre dans un logement ne faisant pas l'objet d'une gestion locative adaptée à ses problématiques, ni d'accompagnement – ces VAD ne sont pas systématiques, loin s'en faut. Il faut que la personne soit connue du CMP et exprime une demande. Dans ce cas de figure – répandu -, les patients doivent donc venir aux soins, ils doivent se déplacer vers les lieux de soins.

A l'épreuve de la pratique en tant que coordinatrice d'un CLSM, j'ai pu appréhender les modes de fonctionnement des lieux de soins (extra ou intra-hospitaliers) ; la demande des personnes y est un élément primordial de la prise en charge – peut-être hormis les urgences psychiatriques. J'ai pu voir des personnes souffrant de troubles psychiques sévères ne pas recourir aux soins et ne bénéficier d'aucune prise en charge psychiatrique. Qui alors les prend en charge ? Qui peut

¹⁵ C'est le cas, notamment, pour secteur de psychiatrie que j'ai eu la chance d'observer.

alors amener une personne avec des troubles psychiques sévères qui ne demande rien vers le soin ? Et comment ?

C'est cette deuxième question qui m'a amenée à choisir un poste de cheffe de service d'un dispositif associatif : une équipe mobile se rendant au domicile de personnes adressées par leur bailleur social, ce dernier suspectant des troubles psychiques. Cette équipe mobile semblait être le maillon manquant entre le domicile et le soin, puisqu'à l'aide de psychologues, elle venait à la rencontre des personnes pour susciter une demande. Elle a été fondée à partir d'un besoin identifié et éprouvé par les bailleurs sociaux, ne pouvant faire face à certaines problématiques avec les moyens institutionnels habituels (leur pôle social interne, les services sociaux communaux ou départementaux, les CLSM, les services de tutelle, les services d'urgences sanitaires ou psychiatriques, les pompiers, la Police Nationale, la famille des locataires, les voisins et autres amicales de voisins). Ils se sont alors adressés à une grande association parisienne pour qu'elle supporte la création de cette équipe associative grâce à des fonds publics – perçus par les bailleurs sociaux - visant à améliorer la santé mentale des locataires des parcs de logements sociaux. C'est le lien entre urbanisme, social et santé mentale, qui s'est alors mis en œuvre à une époque précise où le logement semblait être la réponse à la « désinstitutionnalisation » dans le champ de la santé mentale, ce que nous appelons, pour notre part, la transformation institutionnelle de la prise en charge des troubles psychiques, une époque très récente où l'on pensait que la réponse était « le logement d'abord »¹⁶.

Ce deuxième poste a été moins difficile d'un point de vue fonctionnel et relationnel, le milieu associatif laissant une plus grande liberté d'action, d'organisation et de parole que la fonction publique territoriale. Mais, pour autant, il a été très éprouvant émotionnellement, m'amenant à côtoyer de très près des personnes en grande souffrance dont les ressources pour faire face étaient très limitées. Le souci de l'autre, la préoccupation, ont été mon quotidien durant cette année-là, ce qui m'a permis au demeurant, de vivre intimement l'accompagnement de ces personnes, ce qui m'a permis de ressentir et d'éprouver « l'organisation en silo » de ces prises en charge, la difficulté à coordonner différentes institutions, dont les prérogatives, le pouvoir, les missions différents, d'éprouver « *l'ordre négocié* » (Baszanger, 1986) entre ces institutions. Cela m'a permis d'appréhender encore mieux l'organisation des institutions qui prennent en charge aujourd'hui les troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent

¹⁶ Aujourd'hui, il me semble que nous avons glissé de l'appartement ou le « logement d'abord » vers « l'emploi d'abord ». Ce point précis peut faire l'objet d'une recherche à part entière pour en comprendre la logique et par ailleurs en analyser l'effectivité.

ainsi que la difficulté d'articuler différentes institutions dont le sens diffère. J'ai pu voir les changements organisationnels et institutionnels à l'œuvre durant ces deux années, chaque changement amenant son lot d'ajustements à trouver entre institution mais également d'innovations à apporter soit en termes d'organisation dans les structures existantes, soit en termes de création avec l'émergence de « dispositifs innovants expérimentaux » devant faire leurs preuves avant de pouvoir être pérennisés – ce qui ne va pas sans avoir un impact sur ces mêmes dispositifs et les personnes qu'ils accompagnent, mais nous y reviendrons.

Participer pour comprendre comment sont créés, pensés les dispositifs de prise en charge

Forte de ces deux expériences, de ces deux facettes du champ de la prise en charge des troubles psychiques, j'ai alors cherché un autre poste me permettant cette fois d'avoir un angle de vue davantage macrosociologique. Je souhaitais cette fois pouvoir répondre à une question plus globale : comment sont pensés ces différents dispositifs de prise en charge et par qui ? Comment sont-ils financés ?

Pendant longtemps la psychiatrie a été la réponse aux maladies psychiatriques. On ne parlait pas de troubles psychiques mais de maladies psychiatriques, ou encore de structures psychiques conduisant vers la pathologie. La psychiatrie organisait donc les soins et l'accompagnement des personnes.

Lors de la première étape de mon terrain, dans l'association de secteur, on se trouve encore dans ce type d'organisation, puisque c'est la psychiatrie hors-les-murs, humaniste, etc., qui prend en charge la vie sociale de ses patients, notamment en leur louant des logements.

Lors de mes nombreux entretiens avec l'un des fondateurs d'une telle association, j'ai pu comprendre que la psychiatrie avait été très créative en termes de dispositifs en tous genres afin de répondre aux besoins et envies de leurs patients, créant donc des associations de logements, mais également des lieux de prise en charge d'urgence de courte durée – pour s'opposer à l'hospitalisation notamment – comme les Centres d'Accueil et de Crise (CAC), des entreprises d'insertion (telles que le restaurant d'un théâtre municipal géré par un membre de l'équipe de psychiatrie qui employait des patients en cuisine et en salle), des associations artistiques permettant de faire venir des artistes pour laisser s'exprimer la créativité des patients, etc.

Mais lors de ces deux années, j'ai pu constater l'amorce de la fin de cette époque, d'une part par les injonctions des autorités de soins et par les financements, et d'autre part par l'engagement très différents des jeunes professionnels venant remplacer les psychiatres, psychologues, infirmiers baby-boomers dont les pratiques émanaient d'une éthique appartenant à une psychiatrie qui n'a plus cours dans les différentes formations - il n'y a plus de formation spécifique pour les infirmiers en psychiatrie depuis 1992 par exemple ; la formation de psychiatre a énormément évolué, ramenant la profession dans le giron de la médecine et l'éloignant des sciences sociales, de la philosophie notamment ; etc. Ce sont des points sur lesquels nous reviendrons mais que je souligne d'ores et déjà car ils sont l'un des paramètres permettant de comprendre la transformation institutionnelle à l'œuvre dans la prise en charge des troubles psychiques sévères. En effet, l'ambulatoire, la prise en charge « sociale » depuis le domicile n'est pas chose nouvelle, ce qui est nouveau ce sont à la fois la place laissée à la psychiatrie aujourd'hui dans cette prise en charge et l'articulation différente entre les différents acteurs impliqués. En outre, de nouveaux acteurs, tels que les bailleurs sociaux par exemple, interviennent aujourd'hui légitimement auprès des personnes.

Il a paru important, au bout d'une année, que je quitte mes fonctions, tant elles m'impactaient psychologiquement, d'une part, et, d'autre part, afin de m'en distancier et de gagner en réflexivité. Il me fallait prendre du recul par rapport à ces différentes situations rencontrées et les solutions apportées ou non par l'équipe mobile ou les acteurs sollicités par elle ou présents autour des situations. En fonction, il m'était en effet difficile d'analyser les/mes actions auprès des personnes, des bailleurs sociaux, des différents acteurs impliqués dans les prises en charge. Par ailleurs, je souhaitais encore changer d'angle de vue et approcher mon objet de recherche par un autre versant.

Pour apprécier avec plus de hauteur que dans mes précédents postes cette transformation, j'ai choisi cette fois un poste de chargée de mission dans une grande association francilienne orientée spécifiquement dans la prise en charge des troubles psychiques. Je dois préciser que je ne pensais pas exercer ce poste de manière temporaire ; il m'avait semblé – durant l'année 2018 – que ce poste était compatible avec mon statut de doctorante, bien qu'il soit en partie l'un de mes terrains. Cet aspect a été abordé avec mon employeur, qui y voyait d'ailleurs une plus-value importante pour l'association. Je pensais alors pouvoir faire une sorte de recherche-action, faisant des allers-retours entre la recherche et la pratique, l'une nourrissant l'autre et *vice versa* (Rullac, 2018).

Mon poste au sein de cette association consistait à penser les dispositifs à créer afin d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, d'orienter les pratiques en matière d'accompagnement dans les différents dispositifs existants, de discuter avec les autorités de tarification et de financement pour faire évoluer les missions des différents dispositifs existants, de faire le lien entre le terrain et la recherche en termes d'accompagnement des personnes vulnérables psychiquement. J'ai finalement exercé une année là encore, le travail d'objectivation de ma propre subjectivité permettant les allers-retours entre la recherche et la pratique nécessitant que je quitte le terrain à nouveau.

Par ailleurs, et j'y reviendrai dans le corps de cette thèse, le secteur médico-social et partant associatif, est un milieu qui rencontre d'importantes difficultés de fonctionnement qui ne permettent pas toujours une pratique à la hauteur des besoins des usagers comme je le montrerai¹⁷. Il peut alors être difficile éthiquement de ne pas parvenir à accomplir ses missions comme il nous semble juste de le faire.

Aujourd'hui, j'ai fait le choix de quitter le secteur médico-social et le champ de la psychiatrie adulte ; ainsi, mes recherches liées à cette thèse n'interfèrent plus avec mon activité professionnelle, bien qu'elles fassent partie intégrante de mon expérience – à la fois professionnelle et théorique. D'un point de vue éthique, d'un point de vue de l'objectivité, je me sens plus à l'aise vis-à-vis des personnes que je rencontre pour ce travail, mais également du point de vue de la rédaction de cette thèse et de la réflexion que cela me demande. Je ne suis, en effet, plus un membre de ce secteur et me sens plus libre d'analyser, une fois à l'extérieur, mon expérience.

Dans le cadre de recherches participatives ou de recherches-action, les structures s'inscrivent dans une démarche et acceptent le travail réflexif qu'apporte le dispositif de recherche. Il s'agit en effet de produire du savoir mais également d'améliorer les pratiques ou encore de former les personnes. Lorsque les structures ne s'inscrivent pas dans cette dynamique, l'étude et les

¹⁷ Pour prendre un exemple, les prises en charge et partant, les conditions de vie dans une MAS pour personnes en situation de handicap psychique dans laquelle j'ai assumé les fonctions de directrice par intérim, ont un caractère asilaire difficile à combattre du fait de l'encadrement prévu. Si les troubles psychiques ne doivent pas être en phase aiguë, le manque de place à l'hôpital laisse un personnel non-médical (le nombre de soignants est très faible comparativement au personnel éducatif, lui-même pas considérablement bien doté – 4 éducateurs spécialisés pour 60 résidents), confronté à des situations pour lesquelles il n'est pas formé et pour lesquelles il est numériquement trop faible. Par ailleurs, les règles de fonctionnement et d'orientation imposées à ces établissements, imposent aux résidents notamment de ne pas travailler. Même s'ils le souhaitent, ils ne peuvent se rendre dans un ESAT la journée. Le manque de places dans le médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique, en outre, tend à laisser les résidents dans les établissements – comme on les laissait auparavant à l'hôpital - bien qu'ils puissent voir leur situation évoluer ainsi que leurs envies.

éventuelles remises en question auxquelles elle peut aboutir, ne sont pas toujours bien tolérées. Lier recherche et pratiques professionnelles doit donc être une volonté des organisations au risque que ce qui émerge ne soit pas retenu ou opérationnalisé.

c. Les principes théoriques de cette méthode d'investigation : l'ethnographie enactive et la production de savoir

Une connaissance « viscérale » du terrain d'enquête

Riche de ces différentes expériences, il s'est avéré tout à fait pertinent que ma subjectivité, mon éprouvé, pouvait être un outil de recherche et de production de connaissance. Ainsi, au cœur de la transformation, j'ai pu éprouver l'accompagnement de personnes (au sein d'une équipe mobile ou en tant que chargée de mission), son organisation (au sein du CLSM) ou encore l'observer (à partir d'un secteur de psychiatrie francilien). Ces diverses fonctions que j'ai occupées rappellent ce que Norbert Elias (1995) présentait quant aux positionnements du chercheur dans la production de savoir : un continuum entre deux extrêmes, la distanciation et l'engagement ou plus précisément entre l'objectivation et la subjectivation.

Outre cette vision sous plusieurs angles et différentes focales, ces participations-observantes m'ont permis d'acquérir une autre forme de savoir, un savoir incorporé. Ces activités professionnelles qui se sont succédé et qui ont duré chacune une année complète, ont été mes terrains, *mon Terrain de recherche*. En effet, j'ai choisi de faire une ethnographie enactive, c'est-à-dire une investigation sociologique charnelle, une « sociologie de chair et de sang » (Wacquant, 2015) qui implique de s'immerger dans l'univers de la prise en charge, dans l'univers des acteurs des prises en charge.

« [Elle implique d'] entrer sur le théâtre de l'action dans une capacité ordinaire et, autant que faire se peut, [de] se placer en apprentissage des us des agents [...] de sorte à acquérir une appréhension viscérale de leurs univers comme matériau ou tremplin pour [ma] reconstruction analytique. » (op. cit., 2015, p247)

Il ne s'agit plus, comme le proposait Weber, d'écouter – ou de lire - les individus nous faire part de leur subjectivité mais de s'imprégner soi-même de cette subjectivité, tout en travaillant sur soi pour garder un recul suffisant à l'analyse. C'est en quittant la scène, en m'éloignant du

terrain, que je suis parvenue à objectiver ma subjectivité, mes expériences vécues, même si ce travail a été incessant durant ces quatre années d'immersion.

D'ailleurs, afin de travailler sur cette objectivation, comme je l'indiquais plus tôt, j'ai eu recours durant cette période à une supervision avec un psychiatre-psychologue, à la fois pour analyser mes pratiques – et m'aider à avoir de bonnes pratiques -, surmonter et comprendre ce que les expériences me faisaient vivre en termes émotionnels, psychiques, cognitifs, expérientiels, et analyser mes pratiques – ainsi que celles des autres acteurs engagés - du point de vue de ma recherche de thèse.

Le va et vient entre la thèse et la pratique, entre le terrain de thèse et la profession, et l'écriture, m'ont également permis de travailler quotidiennement l'objectivation de mes expériences et même à réorienter et nourrir mes pratiques. Car, s'il me fallait avoir une éthique et une méthode scientifique pour cette thèse, il m'était également important d'avoir une éthique dans mon travail et avec les personnes que je côtoyais – soit en tant que collègues ou partenaires, soit en tant qu'usagers – comme je l'ai précisé en introduction de ce travail.

Mais j'en viens trop vite à la question de l'objectivation, signe évident de la peur de ne pas être suffisamment objective pour produire de la connaissance.

J'en reviens donc à l'appréhension viscérale des pratiques des agents que permet l'ethnographie enactive et la participation comme méthode de recherche. Me positionnant moi-même comme intervenante auprès de personnes souffrant psychologiquement, j'ai pu apprendre – au sens d'intériorisation, d'incorporation – ce que signifie accompagner une personne, ce que cela demande, exige de la personne – aussi bien en termes de savoir qu'en termes émotionnels, cognitifs, individuels. J'ai pu pratiquer l'entrée dans une relation significative et le processus dans lequel on se trouve – soi et la personne que l'on accompagne – tout au long de cette relation d'accompagnement, ce qui m'a permis d'acquérir un savoir intime qu'il m'a fallu ensuite analyser pour l'objectiver.

Le « Fondement de la connaissance »

En pratiquant – en occupant les fonctions de coordinatrice, de cheffe de service ou de chargée de mission dans le médico-social et dans la prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile – l'organisation de prises en charge ou encore des accompagnements depuis le domicile, il s'agissait pour moi de m'approprier un savoir, des connaissances, non pas d'ordre

théorique, mais d'ordre pratique, des connaissances relevant de ma vie professionnelle quotidienne.

Berger et Luckmann (2012) propose une définition de la réalité de la vie quotidienne qui, par le vécu et l'expérience que l'on en fait chaque jour, permet d'acquérir un stock social de connaissances que l'on partage avec autrui, un partage socialement organisé.

« [Concernant la distribution sociale de la connaissance], je rencontre dans la vie quotidienne, une connaissance qui est socialement distribuée, c'est-à-dire possédée différemment par des individus différents et des types d'individus différents. Je ne partage pas ma connaissance de la même manière avec tous mes semblables, et une partie de cette connaissance peut ne pas être partagée du tout. [...] La connaissance de la manière dont le stock de connaissances socialement disponibles est distribué, au moins dans les grandes lignes, constitue un élément important de ce même stock de connaissances .» (Berger et Luckmann, 2012, p. 69-99)

Consciente de cette distribution sociale des connaissances, en tant que sociologue enquêtant sur l'organisation des prises en charge en santé mentale et sur l'accompagnement des personnes souffrant psychologiquement depuis leur domicile, j'ai choisi de pratiquer ces activités afin de m'approprier des connaissances par la « dialectique sociétale » (*op. cit.*, 2012, p. 214) à savoir l'intériorisation, l'extériorisation et l'objectivation, qu'il me faut à présent restituer dans ce travail de thèse.

Cette dialectique sociétale, en trois temps, est

[...] Le processus ontogénique qui permet ce phénomène est la socialisation, qui peut être définie comme l'installation consistante et complète d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celui-ci. » (ibid., p. 215)

En partageant les pratiques des personnes qui mettent en œuvre, qui expérimentent dans le quotidien de leur vie professionnelle, l'organisation des prises en charge de la santé mentale et l'accompagnement des personnes souffrant psychologiquement, il s'agissait pour moi de me socialiser et partant, de devenir un membre de ce monde, que ce monde devienne mien afin d'acquérir le stock social de connaissances disponibles dans celui-ci. C'est une connaissance subjective de ce monde que je souhaitais développer, une connaissance subjective parfaite par

l'extériorisation sous forme d'actions, des actions habituelles et répétées qui se sont objectivées, qui se sont institutionnalisées.

Pour Berger et Luckmann, ce phénomène de socialisation se fait par la médiation du monde par des « autrui significatifs » (Berger et Kellner, 2012) puis un autrui généralisé, c'est-à-dire que l'intériorisation ne peut se faire sans l'identification à ces différents types d'autrui, puis une auto-identification, « une dialectique entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée » (*ibid.*, p. 217). Ce processus d'identification a pu prendre place dans mon apprentissage du monde de la prise en charge en santé mentale depuis le domicile par mon premier terrain d'observation dans un secteur de psychiatrie publique. C'est en effet, ces soignants qui ont eu, pour moi, un rôle d'autrui significatif, c'est à eux que je me suis identifiée. Ma socialisation dans le monde de la prise en charge de la santé mentale s'est poursuivie ensuite dans d'autres structures ou secteurs appartenant à ce même monde. J'ai pu y acquérir les savoirs qu'il a institutionnalisés, c'est-à-dire des savoirs extériorisés dans des actions habituelles et répétées, qui ont une signification et qui font l'objet d'une typification par leurs agents – qui les partagent et pour qui elles sont accessibles.

Par cette socialisation, il s'agissait donc pour moi d'apprendre subjectivement les pratiques d'accompagnement en santé mentale, une institution ayant une histoire, des modalités de transmissions, en intériorisant dans ma vie professionnelle quotidienne les pratiques et les normes de cette institution et en extériorisant ce savoir dans des actions. J'ai basé ma connaissance de mon terrain sur l'appropriation subjective d'un stock social de connaissances de ce monde en exerçant directement des fonctions m'amenant à pratiquer les actions habituelles et répétées institutionnalisées dans ce monde précis. Cela m'a permis de comprendre l'organisation des prises en charge en santé mentale et les accompagnements des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile.

Cela m'a permis également de produire de la connaissance.

Produire de la connaissance

Une fois socialisée au monde de la prise en charge en santé mentale, il s'agissait alors d'en rendre compte de manière bien moins subjective.

J'en reviens ici à Loïc Wacquant et l'ethnographie enactive avec laquelle il a élaboré une recherche sur « la logique sociale d'un métier du corps » (Wacquant, 2011, p. 206), le

pugilisme. En s'inscrivant dans le club de boxe et en pratiquant aux côtés de ceux qui pratiquent ce métier du corps, le sociologue souhaite comprendre subjectivement les pugilistes ainsi que leurs pratiques et significations.

Pour y parvenir, c'est donc la méthode ethnographique qui s'impose à lui.

« Je défends le rôle de l'ethnographie comme instrument de rupture et de construction théorique ; et je pose l'épineuse question du passage de la saisir viscérale à l'explicitation sociologique, et de la compréhension de la chair au savoir du texte. » (ibid., p. 202)

Par l'ethnographie, il tente de « *décrypter les pratiques sociales et l'expérience vécue* » (ibid., p. 212). Puis, se plongeant *Corps et âme* (Wacquant, 2002), dans le monde du pugilisme, il passe de l'ethnographie à la « *participation observante* » (ibid., p. 214).

*« Dans la tradition anglo-américaine, on met en garde les étudiants en anthropologie qui partent pour la première fois sur le terrain en leur disant « Don't go native¹⁸ ». Dans la tradition française, on peut admettre l'immersion radicale – ainsi Jeanne Favret-Saada dans *Les Mots, la Mort, les Sorts* (1994) sans parler de Michel Leiris et son *Afrique fantôme* (2008) – mais à condition qu'elle soit couplée avec une épistémologie subjectiviste qui nous perd dans le for intérieur de l'anthropologue-sujet. Ma position est, au contraire, de dire « Go native », mais « Go native armed »¹⁹, équipé de tous vos outils théoriques et méthodologiques, avec toutes les problématiques héritées de votre discipline, avec votre capacité de réflexivité et d'analyse, et guidé par un constant effort pour, une fois passée l'épreuve initiatique, objectiver cette expérience et construire l'objet – plutôt que de vous laisser naïvement embrasser et construire par lui. Allez-y, devenez indigènes, mais revenez en sociologues ! » (ibid., p. 214-215)*

C'est ainsi donc, équipée d'outils théoriques et méthodologiques, mais aussi d'une capacité réflexive et analytique – accentuée par la pratique d'une supervision régulière et de coupures régulières avec le terrain – que j'ai abordé ma recherche.

¹⁸ Expression que l'on peut traduire par « Ne devenez pas des indigènes ».

¹⁹ « Devenez des indigènes, mais équipés »

C'est donc en pratiquant – afin de me socialiser aux métiers de l'accompagnement au domicile des personnes souffrant psychologiquement et de comprendre l'organisation des prises en charge de ces personnes – que j'ai choisi de m'approprier une connaissance des pratiques dans ce monde social, une appropriation aussi subjective qu'objective, afin de produire un savoir permettant de rendre compte à la fois de l'organisation des prises en charge en la décrivant – comme je le disais plus haut – et du vécu, de l'expérience des intervenants à domicile.

L'objet de recherche : les pratiques d'accompagnement

Pratiquer professionnellement et étudier cette pratique en même temps n'est cependant pas simple à la fois d'un point de vue factuel et pratique et d'un point de vue éthique.

Comme Robert Barrett (1998) et Ana Marques (2010), j'ai tout de suite fait le choix de ne me positionner que du point de vue des professionnels et de n'étudier l'organisation de la prise en charge des troubles psychiques que de leur point de vue et non pas celui des patients ou usagers. Impliquée moi-même, et du fait même de la souffrance des personnes vivant avec des troubles psychiques, il m'était impossible d'étudier leur point de vue vis-à-vis de cette organisation institutionnelle, c'est-à-dire d'interroger leur vécu en vue d'un travail de recherche. Éthiquement, cette double position vis-à-vis d'eux, était tout à fait impossible²⁰.

Sur ce sujet, j'ai éprouvé une expérience (cf. Encadré 1) qui m'a montré, si je ne le savais déjà, combien ce double positionnement aurait été douloureux et improductif auprès des personnes que j'accompagnais.

Alors que j'étais cheffe de service d'une équipe mobile associative, les psychologues dont je gérais l'activité étaient en grande difficulté faute d'intervenir du secteur social. Les locataires qu'ils rencontraient pouvaient être tout à fait réticents à l'intervention d'un psychologue, alors même qu'ils estimaient leurs problèmes absolument sociaux. L'une des psychologues, en difficulté dans une prise en charge d'une locataire, m'a demandé de l'accompagner afin d'adopter une position davantage sociale. En arrivant, je me suis présentée à la locataire – adressée vers l'équipe mobile par son bailleur social du fait de troubles relevant selon lui d'un désordre psychique – en tant que cheffe de l'équipe mobile.

²⁰ Toutes les personnes dont je parle dans ce travail de thèse ont été informées de mon statut de doctorante en sociologie – comme je l'explique en introduction – et de l'objet de ma recherche.

Je reste au départ silencieuse, observant la relation entre la psychologue et la locataire et cherchant un positionnement qui convienne (Thévenot, 2006).

Mon silence des premières minutes a tout de suite été interprété par la locataire comme quelque chose de douteux.

Elle m'a demandé si j'étais journaliste ou chercheur. Était-elle mon cobaye ?

Pour tenter d'établir un lien de confiance avec elle, et par souci éthique, j'ai opté pour la franchise et l'honnêteté, présentant ma fonction professionnelle au sein de l'équipe ainsi que ma qualité de doctorante. Je lui ai présenté ma recherche mais également mon positionnement, qui était d'observer et de pratiquer les accompagnements, d'étudier les actions des professionnels. Je lui ai donné les références de textes que j'avais écrits et trouvables sur internet afin qu'elle puisse vérifier ce que je disais.

Sur cette base, la relation a pu prendre une autre direction et la confiance a pu petit à petit s'établir. Par ailleurs, la locataire a tenu à m'aider en me parlant de son expérience dans différents dispositifs de prise en charge. Elle a souhaité prendre la position de détenteur de l'expérience et ainsi m'aider dans ma recherche.

D'un autre côté, je l'aidais à trouver pour elle un dispositif de prise en charge qui lui convienne.

Encadré 1. Eprouvé de la double position d'intervenant et de chercheur

Comme je l'indique en introduction, il m'a fallu, même en abordant plutôt le point de vue des professionnels, trouver une manière de me positionner vis-à-vis de mes collègues et partenaires afin de mener à bien à la fois ma mission et ma recherche.

Mais, j'ai fait le choix de restreindre ma recherche aux acteurs de la prise en charge des personnes – et finalement les actions qu'ils mettent en œuvre dans ce cadre –, à leurs relations avec les personnes qu'ils accompagnent – en étudiant notamment l'adhésion à la prise en charge, les demandes qui peuvent être formulées – et les relations entre les différentes institutions engagées.

J'ai fait le choix, par ailleurs, de rendre compte du vécu de l'intervenant à domicile, du travail relationnel qu'il accomplit avec les personnes qu'il accompagne, sans aborder le vécu et l'expérience de ces dernières.

C'est bien en tant qu'intervenante que j'ai pu appréhender les accompagnements ainsi que leur organisation. Et bien que, durant tout ce temps, j'ai pu avoir une idée de ce que les personnes ressentaient, il ne s'agit que d'une interprétation qui ne saurait équivaloir à l'expérience que j'ai acquise en tant qu'intervenante, la place à partir de laquelle je parle tout le long de ce travail.

Maintenant que j'ai présenté ma méthode de recherche et mes terrains, il me reste à expliciter l'objet même de ma recherche, c'est-à-dire l'organisation des prises en charge des troubles

psychiques, ou dit autrement, la relation de prise en charge entre deux agents qui échangent du soins, de l'accompagnement, de la confiance, etc.

Chapitre 2 : La relation de prise en charge : une institution de sens

« J'adore ça [suivre les ordres et conseils des médecins] ! Parce que les docteurs savent ce qui ne va pas avec moi et ils tentent tout pour me venir en aide. Du coup, je suis d'accord avec tout ce qu'ils disent... Il y a plein de réunions, plein de docteurs qui viennent tous les matins pour me parler, comment je vais. J'obtiens mes niveaux... ça va du niveau 1 au niveau 5. Quand on rentre à l'hôpital, on est niveau 1. Pour partir, il faut atteindre le niveau 5. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 180

Après avoir présenté la méthode de recherche de ce travail de thèse, il me faut à présent expliciter davantage mon objet de recherche. S'il s'agit d'étudier l'organisation des prises en charge en santé mentale, il me faut expliquer ce que signifie prise en charge dans cette recherche, soit un ensemble de relation, un ensemble organisé par les acteurs, – y compris la personne accompagnée.

En outre, il me faut préciser l'utilisation des termes de trouble psychique, plutôt que trouble psychiatrique, maladie mentale, maladie psychique, etc.

Et enfin, avant d'entamer la description des relations entre les différents acteurs, puis du travail de l'intervenant à domicile, il me faut justifier l'étude sociologique des relations permettant de soigner ou d'accompagner les personnes souffrant psychiquement.

I. La Relation de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques

Dans ce travail de thèse, les prises en charge depuis le domicile des personnes souffrant de troubles psychiques sont présentées comme des relations, car il s'agit de leur première et principale caractéristique. Elles sont des faits sociaux relationnels unissant deux personnes qui échangent dans un contexte régulant cet échange.

1. Un fait social relationnel

La prise en charge est le phénomène que je souhaite décrire dans ce travail de thèse. Je choisis pour ce faire la grille d'analyse sociologique développée par Alain Ehrenberg à partir des travaux de Marcel Mauss, qui propose une étude des institutions. Je l'étudierai donc comme une institution, comme un fait social en cela qu'elle intéresse le sociologue qui aura à comprendre « [ce que] *les gens croient et pensent, et qui sont les gens qui croient et pensent cela* »²¹ ou plus précisément « [ce que] *les gens [qui prennent ou sont pris en charge] croient et pensent, et qui sont les gens [qui prennent ou sont pris en charge] qui croient et pensent cela* ». Comme le propose Alain Ehrenberg, je donnerai à institution et partant au social la définition qu'en donnent Mauss et Fauconnet en 1901 :

« Sont sociales toutes les manières d'agir et de penser que l'individu trouve préétablies et dont la transmission se fait le plus généralement par l'éducation [...] Il serait bon qu'un nom spécial désignât ces faits spéciaux, et il semble que le mot institution serait le mieux approprié. Qu'est-ce en effet qu'une institution sinon un ensemble d'actes et d'idées tout institué que les individus trouvent devant eux et qui s'imposent plus ou moins à eux ? Il n'y a aucune raison pour réserver exclusivement, comme on le fait d'ordinaire, cette expression aux arrangements sociaux fondamentaux. Nous entendons donc par ce mot aussi bien les usages et les modes, les préjugés et les superstitions que les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles [...]. L'institution est en somme dans

²¹ « Pour reprendre une formule citée par deux anthropologues, tous deux élèves de Mauss : Denise Paulme (préface au Manuel d'Ethnographie, Payot, 1967, p. 5) et Louis Dumont (Essais sur l'individualisme, Seuil, 1983, p. 177) » (Karsenti, p. 66).

l'ordre social ce que la fonction est dans l'ordre biologique. » (Fauconnet et Mauss, 1901, p. 150)

Je regarderai donc l'institution de la prise en charge, en étudiant « les usages et les modes, les préjugés et les superstitions ainsi que les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles », mais également les manières de faire et d'agir, c'est-à-dire les pratiques des personnes prenant en charge et ce qu'elles croient et pensent.

J'étudierai, en outre, la contrainte agissant dans ce fait social, la regardant comme une force émanant du social, ainsi que le propose Emile Durkheim, pour qui les faits sociaux sont les manières d'agir et de penser qui s'imposent aux individus par une contrainte extérieure, tout en précisant et clarifiant ce qu'est cette contrainte, cette « force » émanant du social : comme l'explique Vincent Descombes (1996), à partir des travaux de Mauss, cette contrainte est une contrainte logique, une contrainte de sens et c'est en regardant l'institution en son entier que l'on en comprend le sens et partant les manières d'agir et de penser qui la construisent et la reproduisent. Et pour ce faire, il faut considérer les faits sociaux comme des faits relationnels.

Ainsi, les prises en charge, qui sont des institutions, des manières d'agir et de penser déjà-là et sur lesquelles pèse une contrainte de sens, sont des faits sociaux relationnels, ainsi que le développe Alain Ehrenberg (2010, 2011). La prise en charge ne peut en effet être regardée en dehors de la relation qu'elle établit entre les différents éléments qui la composent. C'est une relation triadique entre celui qui prend en charge, celui qui est pris en charge et la chose qui est échangée durant la prise en charge. Cet échange, en outre, est régi par des règles qu'il faut connaître et décrire pour comprendre l'échange entre le donateur et le donataire, comprendre la teneur de ce qui est échangé et le sens de l'institution de prise en charge que l'on observe. Ces règles représentent ce que Mauss et Fauconnet appelaient « les usages, les modes, les préjugés, les superstitions les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles ».

C'est donc par ce prisme que je décrirai ici les prises en charge que j'ai observées et auxquelles j'ai participé, en tant qu'institutions, en tant que faits sociaux relationnels. J'analyserai la prise en charge en regardant les liens qui unissent les trois éléments de la relation qu'elle crée et je tâcherai de rendre compte de qui sont les personnes impliquées dans la relation ainsi que de ce qu'elles pensent et croient. Je décrirai alors, dans différentes situations, différents dispositifs, les prises en charge telles qu'elles sont proposées et réalisées.

Par ailleurs ce fait relationnel, et partant la relation de prise en charge doit être considérée comme une relation interne, au sens où elle relie des êtres relatifs, c'est-à-dire que le destin des

deux personnes en relation est interdépendant. Cette caractéristique de la relation de prise en charge implique de la regarder comme « un système », un tout qui peut être considéré du point de vue de chaque élément, celui qui prend en charge, celui qui est pris en charge et la chose échangée.

La prise en charge est donc une institution que l'on peut étudier en en comprenant la règle, l'ordre de sens, une institution reliant trois éléments ensemble fonctionnant comme un système, les uns étant relatifs aux autres.

Maintenant que le concept de relation est explicité, voyons en détail les trois éléments de cette relation interne.

2. Les trois éléments de la relation de prise en charge : les personnes en relation et la *chose* échangé

Ainsi, comme énoncé précédemment, une prise en charge est composée de trois éléments, la chose échangée, le donneur et le receveur. Le donneur et le receveur ont la caractéristique d'être des êtres relatifs, d'une part, et d'autre part, des personnes – ce qui se distingue de la notion d'individu - en ce qu'elles sont des êtres relationnels. En effet, comme l'explique Alain Ehrenberg,

« dans une relation sociale, nous ne nous intéressons pas aux acteurs en tant qu'individus ressentant toutes sortes de choses ou en tant que sujets – consciences consentantes –, mais en tant que personnes jouant un certain rôle. [...] Le concept de personne est un concept purement relationnel qui permet justement d'occuper toutes les positions du discours. [...] Dans la vie sociale, nous ne sommes pas des sujets, des « Je », mais des personnes occupant la position de celui qui parle, de celui auquel on parle ou de celui dont on parle. Cette structure relationnelle est nécessaire en ce qu'elle permet à chaque être humain d'avoir une place dans le monde, quel que soit ce monde et quelle que soit cette place. » (op. cit., 2011a, p. 64)

Dans cette recherche, je n'étudie pas des individus mais des personnes jouant un rôle, *id est* des êtres relationnels, occupant les trois places du discours. Ces êtres relationnels, qui permettent de sortir de l'opposition individu/société, se situent à différentes places dont celle de non-

personne, celle de l'absent, celle qui notamment permet de se mettre au dessus des intérêts particuliers de l'individu. Par ailleurs, c'est en occupant la position de non-personne, que les personnes peuvent occuper celle de ceux qui parlent. En effet, le jeune enfant dont les parents parlent à la troisième personne, se voit construit dans le discours de ses parents en tant que personne dans ce monde, il en occupe une place. Par ce « il », il est alors une personne, un « je », au sens de celui qui parle, un « tu » au sens de celui à qui l'on parle.

Dans la relation de prise en charge que j'étudie ici, celui qui est pris en charge, tout comme celui qui prend en charge, sont des personnes qui peuvent occuper les trois places du discours, elles peuvent être dans la position de celui qui parle, de celui à qui l'on s'adresse, et celui dont on parle, celui qui est absent. Elles font partie de la relation triadique et, dans cette relation, elles sont chacune une personne, « *un être singulier auquel on peut attribuer une action et imputer une responsabilité* » (*op. cit.*, 2011a, p. 252)

En outre, le statut des personnes en relation est relatif, comme je le disais plus tôt. En effet, le receveur n'a ce statut qu'au sein et parce qu'il est engagé dans la relation, tout comme le donneur. Si l'un sort de la relation, les deux perdent le statut que leur donne l'interaction.

Le troisième élément de la relation, outre le donneur et le receveur est l'objet même de la relation, c'est-à-dire ce qui s'échange entre eux deux. Dans la relation prise en charge des personnes vivant dans un logement diffus ou accompagné et souffrant de troubles psychiques, ce qui s'échange entre ces personnes et celles qui entrent en relation avec elles peut être de nature différente, ce qui aura pour effet de qualifier différemment les relations. Il peut s'échanger du soin, auquel cas, il s'agit d'une relation entre un soignant et un soigné. Les règles régissant l'échange sont propres à cet échange de soins. Il peut s'échanger de l'accompagnement social, auquel cas les agents dans la relation ont d'autres statuts, tels qu'accompagnant social et personne accompagnée, par exemple. Les règles, là-encore, seront spécifiques à ce type d'échanges. Il peut s'échanger également de la contrainte et d'autres choses encore qu'il nous faut distinguer pour comprendre le contexte de l'échange, ces règles, ainsi que les statuts des deux agents.

Ainsi, la relation de prise en charge relie deux personnes, occupant toutes les places du discours qui échangent quelque chose selon des règles qui régissent l'échange. Les personnes se voient définies l'une par rapport à l'autre.

Elles ont en outre une autre caractéristique qui, dans le cadre de la relation de prise en charge des troubles psychiques est primordiale : la tridimensionnalité de la personne.

3. Les trois dimensions de la personne : sociale, biologique et psychologique

Comme je le disais à l'instant, outre des statuts relatifs, les personnes reliées dans la relation de prise en charge sont « totales ».

En effet, l'homme est un être total comme le dit Bruno Karsenti (2011), en cela que

« il a trois dimensions, et non pas deux, parce qu'il n'est pas scindé par la ligne de partage de l'individuel et du social. Totalement individuel, il est aussi totalement social et cette totalité unitaire est susceptible d'être lue sur trois registres [biologique, psychologique et sociologique] aussi distincts que solidaires. » (op. cit., 2011, p. 100-101)

Ces trois dimensions ne se superposent pas, elles sont intégrées, enchâssées, *embedded*. Elles forment un tissage agissant, s'articulant, comme l'illustre le texte de Marcel Mauss, « Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité » (2013). Le social, ici sous la forme de la suggestion collective, agit sur l'individu, sa psyché, qui agit alors sur son physique. Les différentes dimensions ne s'opposent pas, elles sont incorporées.

« Quand Mauss étudie les phénomènes de suggestion relative à l'idée de mort, [...] le collectif est vu comme un pouvoir capable de suggestion seulement sous l'angle de son effet matériel dans le système de croyance d'un individu et dans le corps qu'il affecte spécifiquement. A partir de l'affect, Mauss refuse de retourner vers la cause ; il refuse de suivre une procédure explicative qui menace de ramener à une construction idéale et abstraite. Au lieu de cela, il se contente de suivre d'aussi près que possible les données observées et se limite à décrire les phénomènes de coïncidence. » (ibid., p. 77)

Les personnes participant à la relation de prise en charge sont des êtres totalement sociaux dont les trois dimensions, sociale, biologique et psychologique ou psychique ne s'opposent, elles s'entrelacent telle la trame d'un tissu qui constitue la personne. Ces dimensions ainsi tissées les unes aux autres forment un tout qui n'équivaut pas à la somme de chacune d'elle, comme le tout n'égale pas la somme des parties, le tissage apporte en lui-même un supplément que l'on perdrait en les isolant les unes des autres.

La personne dans la relation : la place dans le discours et ses trois dimensions

La relation - triadique - de prise en charge			
Personnes prises en charge – Qui sont-elles ? Que pensent (croient)-elles ?	Personnes prenant en charge – Qui sont-elles ? Que pensent (croient)-elles ?	Chose échangée – Qu'est-ce qui est échangé ?	
Personne (pouvant avoir les trois positions du discours)		Son contenu, ses modes opératoires	
Je	Tu		Elle ou Il
Être humain total			
Dimension sociale	Dimension psychologique		Dimension biologique
Les règles de l'échange ; l'ordre logique, le sens de l'échange			

Tableau 2 – La relation de prise en charge et les trois éléments qui la constituent

Outre le fait que la relation de prise en charge s'effectue entre deux personnes qui échangent, des personnes vues comme des structures complexes en trois dimensions (sociale, biologique et psychologique) indissociablement liées, comme nous le dit Karsenti, cette relation fait « système » ou institution. En effet, ces deux personnes sont les parties d'un système relationnel ordonné par des représentations collectives qui assignent du sens aux actions accomplies. Par ailleurs, elles échangent selon des règles déjà-là quelque chose qu'il me faut définir.

4. Pratique de la prise en charge : son contenu

Pour définir l'institution de prise en charge, ce fait relationnel unissant deux personnes et ce qui s'échange entre elles, on peut dire, comme l'indique le Larousse, qu'elle est un acte qui vise à prendre sous sa responsabilité – pour celui qui prend en charge - tout ou une partie des problèmes d'une personne. Si l'on complète cette définition et que l'on regarde cette institution

comme un système, il s'agit donc pour cette dernière d'un acte qui vise à céder ou à donner à une autre personne la responsabilité de tout ou une partie de ses problèmes.

En médecine, la prise en charge désigne l'action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident. Par extension, c'est également l'acceptation par la sécurité sociale de rembourser les frais occasionnés par une prise en charge. Prendre en charge, c'est alors prendre la responsabilité qui nous incombe d'une partie des problèmes d'une personne (problèmes de santé). Cette prise de responsabilité est organisée par des règles, mais aussi des représentations qu'il faudra mettre au jour, c'est une relation entre deux personnes qui effectuent un échange notamment de responsabilité, en fonction de la position de chacune dans la relation, du rôle de chacune, mais également en fonction du savoir de l'une et du besoin de l'autre, ce qu'il faudra éclaircir.

On peut ainsi dire que la personne prise en charge donne à la personne qui prend en charge la responsabilité d'un problème qu'elle rencontre. Ou encore que la personne qui prend en charge *prend* (tel que la notion de *prise* en charge le souligne) la responsabilité d'un problème rencontré par la personne qui est *prise* en charge.

Il est important de s'arrêter quelques instants sur les formes passive et active de l'expression « prendre en charge » qui tend à faire croire qu'une seule personne est active dans la relation, celle qui prend en charge.

En effet, l'institution de prise en charge, telle qu'elle est nommée, propose un sens (entendu comme une direction ou un ordre de classement). En effet, « prise en charge » - qui grammaticalement est une forme passive, place celui qui prend en charge par rapport à celui qui est pris en charge, comme actif. *A contrario*, elle définit celui qui est pris en charge comme passif.

Il nous faudra prêter attention à ce biais et voir chacune des personnes dans son rôle comme active, même celle qui est prise en charge. La forme grammaticale ne doit pas être confondue avec les actions entreprises ni la forme de participation des acteurs dans la relation de prise en charge. En effet, au contraire de la forme grammaticale de l'acceptation, le fait d'être pris en charge nécessite des actions, nécessite d'être actif.

Ce terme, par ce biais, n'est pas satisfaisant, néanmoins, il a le mérite de rendre compte de ce que j'ai observé. En effet, les relations que j'ai pu observer s'accommodent bien de ce terme et parfois même de ces biais. La forme passive que peut prendre la locution « prise en charge » (pour celui dont une part des problèmes est pris en charge par un autre) prend une dimension

encore plus réaliste dans la prise en charge que je souhaite mettre au jour dans ce travail, celle des troubles psychiques.

Assurément, la contrainte peut être un élément de cette prise en charge, puisque la psychiatrie est une médecine légale qui a le pouvoir de contraindre ses patients. Ainsi, dans certaines relations de prise en charge, l'un des agents peut être tout à fait passif en ce sens qu'il ne donne pas à l'autre agent une part de ses problèmes ou la responsabilité d'une part de ses problèmes. Il peut également se montrer actif dans le refus de cette relation.

Les personnes qui veulent prendre en charge, en outre, peuvent oublier ou ne pas prendre en compte les actions que la personne à prendre en charge doit mettre œuvre.

Par ailleurs, plutôt que relation de prise en charge, j'aurai préféré parler de relation de soin – soin entendu par *cure* mais également par *care* m'écartant ainsi des seuls actes médicaux. Seulement, le terme français ne permet pas cette finesse de sens. Dans ce travail de recherche, je souhaite parler aussi bien des relations de soins (*cure*) que des relations de soins (*care*), c'est-à-dire de l'acte de soigner et de l'acte de prendre soin (de soi ou des autres). J'ai donc fait le choix de parler de relation de prise en charge afin d'intégrer dans cette notion aussi bien les traitements médicaux que l'accompagnement social ou thérapeutique et le prendre soin des personnes qui donnent ou transfèrent une part de leurs problèmes à d'autres personnes qui vont alors prendre en charge cette part de problèmes, des personnes n'appartenant pas seulement au corps médical mais également au secteur social ou médico-social.

Dernière précision concernant le choix de l'acceptation de prise en charge telle que je souhaite en parler dans ce travail, elle se départit de la notion de charge, entendu comme poids qu'il faut supporter. Il s'agit en fait d'un ensemble de relations visant à assumer la responsabilité d'une part des problèmes que rencontre une personne, et pour cette dernière, c'est le fait d'accepter de confier à quelqu'un la responsabilité d'une part de ses problèmes, c'est également le fait d'accepter la relation – et tout ce qu'elle comporte : les statuts des deux personnes qui la composent, l'échange et les règles qui organisent cet échange.

Pour toutes ces raisons, je choisis donc de la locution « prise en charge » tout en gardant en tête la signification que je lui donne au détour des différentes remarques faites ci-dessus. Je précise par ailleurs qu'il s'agit, dans ce travail, de *relations de prise en charge*.

Maintenant que j'ai expliqué mon choix pour ces termes et l'importance de voir la prise en charge comme un fait social relationnel, je peux regarder plus avant son contenu.

La prise en charge est une « *forme matérielle de démarches, de modalités d'intervention, d'actes, de comportements* » (Karsz, 2011, p.95). Ces formes, modalités, etc., comme je l'ai dit plus tôt, sont des institutions de sens, elles sont « des manières de faire et d'agir », des institutions organisées selon des usages, « des constitutions politiques » et des « organisations juridiques » comme l'expliquait Marcel Mauss.

Le milieu, le secteur, où s'effectue la prise en charge, où se passe la relation de prise en charge, possède, en effet, ses règles, ses représentations qui viennent donner du sens aux actions des personnes impliquées dans la relation. Elles donnent également à la prise en charge un mode opératoire, c'est-à-dire un ensemble d'actions qu'il s'agit de décrire. L'institution de prise en charge, relation entre celui qui prend en charge, celui qui est pris en charge - la responsabilité sur une partie des problèmes du second transférée (l'un prend et l'autre donne) au premier - doit être décrite dans son ensemble, comme un système, en tenant compte des trois dimensions des personnes.

Pour résumer, la relation de prise en charge est un échange de responsabilités d'une partie des problèmes de la personne prise en charge vers la personne qui prend en charge, une relation entre deux personnes, au sens où toutes les deux peuvent occuper les trois places du discours et sont des « structures complexes » à trois dimensions (biologique, psychologique et sociale), dont les statuts, dans la relation, sont relatifs. Cet échange, régi par des règles et des représentations collectives, est constitué d'un ensemble d'actions, de comportements, d'actes, mais aussi de modalités d'intervention, de dispositifs institutionnels, ceux-là même qu'il me faudra décrire et dont on devra comprendre le sens.

Le contenu de la prise en charge, c'est donc l'échange à proprement parler, ce qui s'échange bien sûr, mais aussi – et surtout - comment se fait cet échange, quels sont les usages, les représentations, les pratiques au cœur même de cet échange.

Outre ces précisions quant aux formes matérielles, aux modalités, contenues dans la relation de prise en charge, Saül Karsz introduit un élément nouveau dans la définition de la prise en charge, qui me permet de préciser une caractéristique du lien entre les deux personnes qui échangent : la demande ou la non-demande, c'est-à-dire le fait que la personne *prise* en charge *donne* une part de la responsabilité d'un de ses problèmes à la personne qui *prend* en charge cette responsabilité.

Cette caractéristique est ce qui, selon Saül Karsz, permet de différencier la relation de charité et la relation de prise en charge.

« [Cette dernière] présume que ses destinataires ont des demandes, font des appels, sont tenus à des désirs que leurs conditions de vie objectives et subjectives empêchent de réaliser : c'est justement ce qu'il s'agit de prendre en charge. Ses agents ne sont pas guidés par l'amour du prochain : à la différence de la charité, commisération et pitié n'y ont pas cours. [...] La prise en charge requiert des professionnels, des acteurs. » (op. cit., 2011, p. 96)

D'après l'auteur, la relation de charité était un système fonctionnant dans un contexte historique particulier. Il précise que la prise en charge s'inscrit dans l'histoire de l'Etat providence et se positionne contre le principe de Charité qui veut répondre à des besoins, là où la prise en charge répond à des demandes.

« [C'est] le commun dénominateur d'institutions fort hétérogènes, de pratiques complètement différentes, de praticiens chaque fois spécifiques. » (ibid., p. 97)

Aujourd'hui, poursuit Saül Karsz, le système de la relation de charité est remplacé par celui de la prise en charge (il reste des traces de la relation de charité, tout n'ayant pas disparu). Cela implique des transformations, notamment du rôle joué par les personnes impliquées dans la relation, mais également de la *chose* échangée et des règles régissant l'échange. Dans ces règles, le désir et la demande notamment de la personne prise en charge sont pris en compte dans la relation.

Repères	1. Paramètres		2. Modalités		3. Personnages	
Figures	Références doctrinales et théoriques	Principe organisateur	Dispositifs institutionnels	Conditions et visées de l'intervention	Agents assignés	Population-cible
Charité	Divine providence Du conservatisme éclairé au progressisme soft Sciences de la santé, sciences morales	Morale humaniste	Œuvres philanthropiques, caritatives, humanitaires, correctives (privées, publiques, parapubliques)	Bon sens, convivialité compassion Secourir, assister, relever, redresser. Paix sociale par le salut céleste	Bénévoles (salariés) Qualités naturelles (dont pitié et désintéret), vocation Mises à l'épreuve	Personnes-créatures : malheureuses, nécessiteuses, égarées, victimes, exclues... Etres de besoins
Prise en charge	Etat providence (Etat social, fonctions sociales de l'Etat) Du libéralisme à la social-démocratie et retour. Sciences sociales et humaines	Ethique humaniste	Politique sociale, dont institutions publiques et privées, pratiques et dispositifs à caractère social	Méthodologies d'intervention (écoute bienveillante, relation d'aide) Epanouir, rendre autonome Solidarité, insertion Paix sociale par le bonheur sur terre	Elus, salariés fonctionnaires Formations qualifiantes contrôlées : métiers Evaluations des pratiques	Personnes-sujets : en difficulté, défavorisées, exclues... Etres de demande, voire de désir, contextualisés par l'histoire sociale

Tableau 3 - Figure de la charité et de la prise en charge (*ibid.*, p. 105)

Toutefois, on peut se demander si, dans le cadre des prises en charge de personnes souffrant de troubles psychiques ne faisant pas suite à une demande – ou à un désir - de ces personnes précisément, il s'agit d'une relation de charité ? La distinction opérée par Karsz, entre prise en charge et acte de charité par rapport à la demande des personnes, fonctionne-t-elle dans le cadre de prise en charge psychiatrique, la psychiatrie ayant la particularité d'être une médecine légale, pouvant intervenir sans le consentement du malade ? En outre, cette prise en charge n'étant plus le fait uniquement de soignants de la psychiatrie, comment qualifier les interventions sans le consentement des personnes ? Est-ce pour autant une relation de charité ?

On peut dire que la relation qui s'instaure entre une personne souffrant de troubles psychiques et une autre personne prenant en charge une part de ses problèmes n'est pas une relation de charité. On se trouve bien dans le cadre d'une relation de prise en charge telle qu'elle est décrite dans le tableau ci-dessus (*cf.* Tableau 3). Ce qui distingue aujourd'hui le mieux ces deux relations – de charité et de prise en charge –, ce sont davantage les dispositifs institutionnels, et idéalement la vision partagée des populations cibles et les références doctrinales. Les agents assignés peuvent en revanche encore être des bénévoles, surtout avec le transfert d'activité, comme je le montrerai, du secteur sanitaire – et plus particulièrement psychiatrique – vers le secteur médico-social, dont les gestionnaires sont des associations de loi 1901 d'utilité publique. Par ailleurs, les qualités naturelles, lorsque l'on parle notamment d'aidants naturels, restent toujours mobilisés, mais dans un sens différent, aujourd'hui naturel voulant signifier

filial ou « familial ». On voit à l'œuvre, en outre, une « professionnalisation » des aidants dits naturels, notamment avec l'octroi d'allocation, comme l'Allocation Personne Autonome (APA).

J'ajoute, par ailleurs, que prendre en charge n'est pas forcément un acte visant à résoudre le problème de la personne qui est prise en charge. Prendre soin, par exemple, ça n'est pas nécessairement « résoudre » un problème. On peut chercher à l'amortir parfois ou à en panser les conséquences. En revanche, et cette précision est importante, lorsqu'un bailleur social « prend en charge » une personne vivant avec des troubles psychiques - ou plus précisément participe à cette prise en charge -, il souhaite avant tout résoudre le problème de ceux que ces troubles dérangent c'est-à-dire le voisinage ou lui-même.

Il faut donc aller plus loin que la définition que Saül Karsz propose de la prise en charge et ne plus nécessairement opposer la réponse à des besoins à la réponse à des demandes, surtout dans le cadre de prises en charge de troubles psychiques ou de prises en charge de personnes ayant besoin de tout, mais ne demandant rien (Marques, 2010 ; Przewlocka-Alves, Boussard-Lalauze, 2011). Je propose pour ma part deux caractéristiques supplémentaires.

D'une part, elle peut être une demande de la personne souffrant de troubles psychiques, mais elle peut également être une contrainte pour elle. Le travail de l'intervenant sera, parfois, de faire émerger cette demande ou même de traiter le trouble en vue d'atténuer les nuisances pour l'environnement.

D'autre part, elle peut être le fait de professionnels formés à cette prise en charge, comme les soignants de psychiatrie – en nuanciant le propos en pensant notamment aux infirmières qui n'ont plus de formation spécifique -, et de professionnels non formés à cette prise en charge précise. Ces derniers tentent, malgré tout, d'intervenir dans le cadre de leur mandat²². Elle peut également revenir à la famille ou au voisinage de la personne qui vit avec des troubles psychiques. Il ne s'agit plus alors de professionnels – ou, dans le cas de proches rémunérés par l'intermédiaire de l'APA, de profanes professionnalisés que l'on appelle alors les « aidants » - mais des personnes vivant à proximité et acceptant de *prendre* une part de responsabilité des problèmes de la personne.

²² Tel que le bailleur social dont la mission - entre autres chose - est de garantir « la jouissance paisible » du bien qu'il loue à ses locataires et qui peut intervenir dans la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques alors qu'il n'est pas formé à ce type de troubles et à leur prise en charge.

Par ailleurs, comme je l'indiquais à l'instant, la distinction opérée par Saül Karsz professionnel/non-professionnel (profane) ne tient donc pas toujours. En effet, on note une professionnalisation de l'action sociale et sanitaire.

Toutefois, bien que les professionnels aient été formés et possèdent un savoir scientifique ou un savoir technique, les non-professionnels détiennent un savoir profane, acquis par la pratique, la recherche d'informations, etc., qui leur permet d'intervenir auprès des personnes et de prendre part à la prise en charge. Il existe une division du travail dans les prises en charge entre les différents acteurs professionnels ou non sans que cela relève de la charité. Cette division du travail peut avoir une dimension morale (Hughes, 1996 ; Arborio, 2009) permettant ainsi de séparer les professionnels (ayant une formation spécifique, c'est-à-dire une licence ou une légitimation d'exercer certaines activités, et une mission précise, c'est-à-dire un mandat) et les profanes, c'est-à-dire des savoirs invisibles ou plutôt invisibilisés.

De la même manière, on ne peut distinguer l'engagement personnel ou affectif ou l'amour du prochain – qui relèverait uniquement de la relation de charité – de l'engagement professionnel – qui relèverait de la relation de prise en charge.

D'une part, les proches – l'entourage – des personnes vivant avec des troubles psychiques, bien qu'ils effectuent ce que Viviana Zelizer nomme des transactions intimes (Zelizer, 2001), ne sont pas exempts de transactions monétaires d'un côté et de savoirs même scientifiques de l'autre.

L'UNAFAM ou l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques en est un parfait exemple. Cette association réunissant près de 15 000 adhérents, des proches de personnes vivant avec des troubles psychiques, a acquis une position dans la prise en charge de ces personnes que l'on ne peut plus qualifier de profane. Elle propose des formations aux parents et amis de personnes souffrant de troubles psychiques afin qu'ils puissent intervenir au mieux dans les situations qu'ils rencontrent avec leur proche « malade ». Par ailleurs, l'UNAFAM a choisi de se doter de professionnels permettant d'accompagner les aidants dans l'accompagnement de leur proche malade. Ainsi, sur son site, nous pouvons lire que « l'Unafam a développé ses missions d'entraide, d'information, d'accueil et de soutien aux personnes qui accompagnent ceux qui vivent avec des troubles psychiques ». L'entraide entre pairs est également fortement valorisée, et partant, le savoir acquis par l'expérience. Elle revendique en outre une place d'acteur pour l'entourage dans la prise en charge des personnes

vivant avec des troubles psychiques au même titre que les professionnels du soin, du médico-social.

« L'Unafam défend la reconnaissance du rôle de l'entourage familial dans l'accompagnement d'une personne vivant avec des troubles psychiques.

Elle considère que le partenariat entre entourage familial, soignés, soignants, acteurs sociaux et médico-sociaux, acteurs de la cité, dans le respect de leurs rôles respectifs, est indispensable dans l'accompagnement des parcours de vie des personnes. »²³

D'autre part, les professionnels, eux, ne sont pas exempts de relations intimes avec les personnes qu'ils accompagnent ou soignent. Ils ne sont pas exempts de sentiments ou d'affects dans les prises en charge qu'ils proposent.

Il est donc difficile de rester sur cette distinction faite par Karsz (professionnel – demande = prise en charge / non-professionnel - besoins = charité) bien que cette conception puisse donner une vision historique et très large.

Plus finement, on se rend compte que la prise en charge des personnes ayant besoin d'aide – ici des personnes ayant des troubles psychiques - n'appartient pas aux seuls professionnels (c'est-à-dire ayant reçu une formation spécifique et bénéficiant d'un salaire pour assumer la responsabilité d'une part des problèmes de la personne qu'ils prennent en charge), mais elle revient également à des acteurs non professionnels tels que la famille, les proches ou encore le voisinage, mais aussi à des professionnels n'ayant aucune formation spécifique quant à ce type de prise en charge et dont la mission n'est pas de prendre la responsabilité des problèmes de la personne vulnérable.

La prise en charge est donc une série de relations, d'interventions, des actions, un travail – pour reprendre l'approche interactionniste – effectués par des professionnels dont la mission est cette prise en charge mais également par des personnes concernées d'une manière ou d'une autre par les problèmes de la personnes à aider (soit parce qu'elles sont engagées dans une relation intime avec la personne vulnérable et pensent avoir une part de responsabilité à prendre, soit parce qu'elles sont dérangées par ses problèmes, voire même les deux).

²³ Site internet de l'UNAFAM consulté en août 2020

La relation de prise en charge peut donc avoir plusieurs légitimations, c'est-à-dire que ceux qui y participent peuvent recourir à différents registres de légitimation, la charité n'étant que l'un de ceux-ci.

Les ressorts de la prise en charge, des actions entreprises par les acteurs sont multiples et la partition en « *mondes antagonistes* » (Zelizer, 2001) avec d'un côté les professionnels et de l'autre les profanes, ou encore la prise en charge d'un côté et la charité de l'autre ne sont pas si nets. Il me faudra comprendre les logiques qui sous-tendent les actions des différents acteurs engagés dans la relation de prise en charge et prendre en compte les raisons qui les poussent à agir comme ils le font, pour comprendre la relation de prise en charge et la décrire au mieux.

En résumé, dans ce travail de thèse, la prise en charge est abordée suivant ces trois dimensions :

En premier lieu, elle est un fait relationnel, une relation entre trois éléments indissociables, celui qui prend en charge, celui qui est pris en charge – en précisant qu'ils sont tous deux actifs - et ce qui s'échange alors entre eux. Elle relie des personnes, c'est-à-dire que les protagonistes de la relation peuvent avoir toutes les positions du discours (« je », « tu » et « il ») et qu'ils ont trois dimensions (biologique, psychologique et sociale) ce qui sous-tend que ce qui s'échange est en rapport avec l'une ou l'autre (ou les trois) de ces dimensions. Par ailleurs, il faut comprendre la position et le statut – des statuts interdépendants - de chacun dans la relation.

De plus, les personnes impliquées dans la relation et prenant en charge peuvent être des professionnels, soit des personnes ayant une formation spécifique de prise en charge (quelle que soit la dimension de la personne en situation de vulnérabilité qu'elles prennent en charge) validée par une licence et percevant un salaire pour ce travail effectué, soit des personnes n'ayant pas reçu de formation ou n'ayant pas de licence la validant et ne percevant pas de salaire pour ce travail (elles peuvent percevoir une allocation ou un revenu d'un autre ordre comme un don familial ou l'APA). Les personnes prises en charge sont en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire qu'un processus social les rend vulnérables : elles ont des troubles (ici psychiques) qui impliquent une prise en charge d'une (ou de toutes) de leurs dimensions pour mener une vie autonome. Ce qui s'échange vient « corriger », « réparer », « adoucir » ou « compenser » les vulnérabilités des personnes prises en charge qui transfèrent une responsabilité d'une part de leurs problèmes vers la personne (ou les personnes) qui la prend (prennent) en charge. Cette responsabilité est transférée soit volontairement par la personne vulnérable, soit de manière contrainte. En outre, la personne vulnérable peut en faire la demande, mais elle peut également ne rien demander du tout et malgré tout se voir prise en charge.

Enfin, la prise en charge est un travail de la part des personnes impliquées dans la relation. C'est un ensemble d'actions, de processus, réglementé, c'est-à-dire effectué dans un cadre normé qui répond à des règles qu'il faut connaître pour comprendre la relation, dans un contexte qui peut être légitimé par l'acteur par un régime de justification. Ce travail construit ce qui s'échange entre les personnes. Il se répartit entre chaque protagoniste de la relation. Il peut être décrit en détail (les actions, les coordinations ou interactions entre chacun, les justifications des actions c'est-à-dire le but qu'on leur donne et leur motif personnel ou au contraire collectif) ce qui permet de mettre au jour la prise en charge dans ce qu'elle est.

Je tenterai donc de décrire ce qu'est la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques en tenant compte de ces différentes dimensions afin d'en percevoir à la fois la dimension relationnelle et la dimension pratique. Mais pour l'heure, il me faut préciser ce que j'entends par troubles psychiques et expliciter les termes que j'ai choisis ici.

II. Les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères

La manière de nommer les troubles psychiques est un indicateur de ce qu'ils signifient.

Comme le dit Alain Ehrenberg, donner un nom aux choses, apprendre le nom des choses, c'est apprendre des concepts, c'est une socialisation aux représentations collectives d'une société. Ainsi parler de troubles psychiques et non pas de folie, d'aliénation mentale, de maladie mentale ou de handicap, situe le propos, l'ancre dans une conception particulière du phénomène.

Le trouble psychique, dans sa prise en charge, dans la manière dont il est perçu, dans ce que l'on sait de lui, a une histoire que nous allons reprendre ici brièvement. Ensuite nous verrons en quoi il intéresse le sociologue en tant que fait social.

1. De la folie aux grandes structures psychopathologiques : paradigmes de la psychiatrie proposée par un psychiatre

Ce que je nomme ici trouble psychique a connu une multitude d'appellations, chacune renvoyant à un concept de ce qu'il représente alors, renvoyant à un paradigme, comme le propose Georges Lantéri-Laura (1998), psychiatre français, directeur d'études à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales et chef de service à l'hôpital Esquirol. Il propose une périodisation de l'histoire de la psychiatrie – et donc en la démarrant au moment où la folie se trouve médicalisée - depuis la fin du 18^{ème} jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle en précisant notamment par la manière de nommer les troubles psychiques, les représentations sociales vis-à-vis de ceux-ci. Ce sont ces changements de représentations qui lui permettent de proposer ce qu'il nomme des paradigmes, des changements de sens qui influent alors sur les pratiques (ou des changements de pratiques qui influent sur les changements de sens - je ne rentrerai pas dans une discussion philosophique opposant matérialiste et idéaliste). Chaque paradigme est une institution du sens de la prise en charge des troubles psychiques en cela qu'il donne à voir les logiques qui sous-tendent les pratiques, les justifications des pratiques même.

Dans son ouvrage, Georges Lantéri-Laura propose trois paradigmes, trois périodes, l'*aliénation mentale* (1793-1854), les *maladies mentales* (1854-1926), les *grandes structures psychopathologiques* (1926-1977). Après 1977, le psychiatre n'est pas en mesure de proposer un quatrième paradigme. Il esquisse plutôt différents courants agissant au cœur de la

psychiatrie, tels que la *localisation cérébrale*, la *cytoarchitectonie*, mais surtout la notion de *syndrome*, qui prend place dans le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* ou DSM-III, dans lequel la référence à *maladies mentales* disparaît totalement. Nous y reviendrons après la présentation des trois paradigmes de la psychiatrie proposés par le psychiatre.

Ces grands courants ou paradigmes de la psychiatrie que l'auteur propose ici (de 1793 à 1977), bien que retraçant l'histoire de la psychiatrie et non pas des troubles psychiques, sont néanmoins ceux qui ont donné un nom à ces troubles, puisqu'ils étaient des faits médicaux, propriétés de la psychiatrie. C'est cette spécialité médicale qui, en effet, pour ces troubles constitue un *thesaurus semeioticus*,

« *c'est-à-dire un groupe de signes bien définis et séparés les uns des autres, groupe assorti d'un certain savoir-faire propre à les identifier chez un patient singulier.* » (*op. cit.*, 1998, p. 20)

C'est par elle qu'ils ont été nommés, définis et pris en charge. C'est d'ailleurs ce *thesaurus semeioticus*, qui, en évoluant, permet la périodisation que propose le psychiatre et qui fait évoluer l'appellation des troubles psychiques au gré de la sémiologie des pathologies psychiatriques mais aussi de leur étiologie.

La notion de paradigme utilisée par le psychiatre, désireux de proposer une histoire de la psychiatrie sous l'angle de l'histoire de ses pratiques, de ses aspects conceptuels et ses théorisations, de 1793 à 2005, dans une aire culturelle couvrant l'Europe occidentale à l'Amérique du Nord, est emprunté à Kuhn.

« *C'est l'ensemble des connaissances reçues qui constituent la science normale tant qu'elle remplit bien son rôle et qu'elle sert de référence majeure et efficace à tous les savoirs et à toutes les questions qui se posent à son intérieur. [...] une suite d'étapes où le présent ne saurait jamais figer le dernier des choses [...] un ensemble de représentations cohérentes et corrélées entre elles, qui régulent pendant longtemps, de façon rationnelle, efficace et économique, la discipline dont elles constituent précisément le paradigme. [...] Le paradigme a donc le rôle primordial, non pas d'avancer certaines thèses et d'en écarter d'autres, mais de garantir pendant assez longtemps les activités légitimes de la science normale. [...] Au moment de passage d'un paradigme à l'autre, le précédent, au regard du nouveau, ne relève ni de l'erreur pure et simple, ni de l'aberration, mais de l'obsolescence :*

il n'est plus de mise pour résoudre les énigmes qu'il a cependant contribué à formuler. »
(*ibid.*, p. 36-40)

Pour construire son propos, Georges Lantéri-Laura réfléchit et propose donc des paradigmes de la psychiatrie - paradigme défini alors

« comme ce qui unifie pendant une période plus ou moins longue toute une série de représentations théoriques et pratiques qui s'accommodent les unes les autres ou, d'ailleurs, s'excluent, tant que ce paradigme fonctionne effectivement. » (*ibid.*, p. 42)

En revanche, si, en ce qui concerne l'enchaînement des paradigmes, en astronomie ou en physique,

« le paradigme devenu désuet disparaît et ne joue à peu près plus aucun rôle, quand son successeur se trouve bien en place [...] dans l'histoire de la psychiatrie, le 1^{er} paradigme passe, certes, au second plan, mais il y survit d'une façon plus ou moins larvée et peut revenir, de manière discrète, mais effective, plus tard, sans jamais bien sûr, réoccuper la place qu'il avait tenue auparavant ; et quand la seconde crise fait passer au 3^{ème} paradigme, non seulement le 1^{er} garde une existence en arrière-plan, mais parfois aussi le 2^{ème}. [...] La question [est de] comprendre que le second paradigme envisage le domaine de la psychiatrie d'une autre manière que le premier, [sans] préciser si les domaines eux-mêmes [...] restent les mêmes ou doivent se considérer comme différents, au moins sur certains points. » (*ibid.*, p. 43)

C'est donc fort de cet effort de clarification sur son choix de périodisation et son choix des notions que l'auteur propose trois paradigmes courant de 1793 à 1977. Ces trois paradigmes, comme je l'ai dit plus haut, par les théories et les pratiques qu'ils couvrent, ont chacun une manière de nommer les troubles psychiques et partant d'en donner une définition. La *folie*, avant la période aliéniste, est une manière de nommer sous-tendant une définition culturelle et sociale des troubles psychiques ; elle n'a aucun caractère médical. C'est l'entrée de la *folie*, et de ses manifestations, dans la maladie, si j'ose dire, qui modifie son appellation et date le début du premier paradigme de la psychiatrie.

« C'est bien cette distinction qui va servir de point de repère à tous ceux qui, dans la première partie du 19^{ème} siècle, vont s'occuper de ce qui s'appellera plus tard la

psychiatrie, aussi bien en France que dans les autres pays de l'Europe occidentale. » (ibid., p. 59)

Le psychiatre identifie donc trois paradigmes auxquels se rattache une appellation du trouble psychique.

Dès 1793, la *folie* devient un objet pour la médecine, une médecine particulière, la psychiatrie. On nomme alors la *folie*, le trouble psychique, *l'aliénation mentale*. Cet objet médical est pris en charge par la psychiatrie aliéniste, selon des méthodes et traitements qui lui sont propres : le traitement moral (non pas au sens de Morale, mais au sens de non physique), dans une institution particulière, l'asile. La caractérisation majeure de l'aliénation mentale, nous dit Lantéri-Laura, est « l'unité de l'affection » (*ibid.*, p. 53)

Dans le deuxième paradigme (1854) décrit par le psychiatre, les troubles psychiques sont désignés alors par *maladies mentales*, ce qui sous-tend deux modifications radicales par rapport à ce que signifiait *aliénation mentale* :

« d'une part, la pathologie mentale estime qu'elle doit s'appliquer à distinguer un certain nombre d'affections irréductibles les unes aux autres, dont l'ensemble, purement empirique, échappe à l'unité et à l'unification. D'autre part, cette même pathologie mentale renonce à constituer une exterritorialité à l'égard de la médecine et veut en faire partie, comme toutes ses autres branches, à l'encontre de ce qu'exigeait le paradigme précédent. » (ibid., p. 53-54)

D'ailleurs, comme pour le reste de la médecine, le diagnostic, le travail diagnostique représente un moment essentiel en cela qu'il permet de savoir de quelle maladie souffre le malade et de régler le traitement adéquate.

Le troisième paradigme, daté par le psychiatre à partir d'un congrès Suisse (1926) où le psychiatre Eugen Bleuler présente sa conception du groupe des schizophrénies, est celui *des grandes structures psychopathologiques*. Ici le concept de structure en psychiatrie²⁴ vient s'opposer aux *doctrines des constitutions*, soit l'ensemble inné des tendances spécifiques de l'organisme,

²⁴ Notion que l'on peut rapporter au structuralisme pour qui « forme et contenu sont de même nature, justiciables de la même analyse. Le contenu tire sa réalité de sa structure, et ce que l'on appelle forme est la « mise en structure » des structures locales en quoi consiste le contenu » (*ibid.*, p. 169). Il existe une complémentarité entre le signifiant et le signifié.

« une innéité qui excluait tout aspect évolutif de ces troubles et réduisait à peu de chose toute visée thérapeutique. » (*ibid.*, p. 176)

Par ailleurs, la notion de *structures psychopathologiques* propose un autre regard sur les *maladies mentales* en réunifiant les pathologies – alors même que le concept de *maladies mentales* voulait « casser » l'unité de *l'aliénation mentale*. Il s'agit en effet avec les *grandes structures psychopathologiques* de mettre au second plan la psychiatrie clinique, comme discipline médicale (« *inévitabile mais bien empirique et manquant d'ampleur [...] sans souci anthropologique* » (*ibid.*, p. 180)) et de rendre compte d'une connaissance de l'homme. Ce nouveau paradigme, régentant alors la psychiatrie clinique, s'occupe de tout ce qui n'a pas à voir avec des lésions cérébrales, ni à des facteurs exogènes et propose une distinction entre structures névrotiques et structures psychotiques, soit un rapport à la réalité particulier.

Le point commun de ces trois paradigmes est bien de proposer une prise en charge des troubles psychiques, un *thesaurus semeioticus* permettant de connaître, reconnaître et éventuellement soigner, traiter ou même guérir les troubles psychiques.

Précisons également, qu'aux côtés de ces pratiques médicales, du regard médical porté aux troubles psychiques, a toujours survécu la vision culturelle et sociale de ces troubles. En effet, la *folie* n'a jamais vraiment disparu, bien qu'elle reste en dehors des paradigmes présentés ci-dessus et bien qu'elle soit une réalité de la maladie. Il existe en effet plusieurs réalités de la maladie, comme le montre l'anthropologue Andras Zempléni (1987), et dont rend bien compte la langue anglaise :

-*Disease* : c'est la maladie dans son sens médical, c'est-à-dire biophysique ; c'est la maladie du corps, la maladie objectivée par les symptômes

-*Illness* : c'est la maladie vécue par le malade, c'est-à-dire la subjectivation de la maladie, l'expérience subjective de la souffrance

-*Sickness* : c'est la maladie vue de l'extérieur, c'est-à-dire la réalité socioculturelle de la maladie. Avec le diagnostic, c'est l'étiquette socioculturelle de la maladie.

La *folie*, comme *Sickness*, appartient à la réalité socioculturelle des troubles psychiques et co-existe avec l'aliénation mentale, les maladies mentales et les grandes structures psychopathologiques, réalité biophysique ou biopsychique ou biochimique des troubles psychiques – ou *disease*.

2. De *Syndrome* à troubles psychiques

Les difficultés de Georges Lantéri-Laura à définir un quatrième paradigme de la psychiatrie après 1977 m'amènent à m'interroger sur l'angle de vue qu'il a choisi, c'est-à-dire les pratiques de la psychiatrie – que l'on suppose, à la lecture de son texte, hospitalières, ce que confirme sa carrière et son poste de chef de service hospitalier. En sa qualité de psychiatre, il est tout à fait légitime que tel fut son choix.

Pour ma part, bien qu'ayant trouvé un grand intérêt à sa proposition de périodisation de l'histoire de la psychiatrie entre 1793 et 1977 dans une aire culturelle et sur une période précises pour comprendre l'acception des termes utilisés pour définir les troubles psychiques, je souhaite à présent changer de focale et non plus m'intéresser à la seule psychiatrie mais ouvrir l'analyse aux autres acteurs intervenant dans la prise en charge des troubles psychiques, afin de comprendre le changement d'appellation des troubles psychiques. Or, il me semble que précisément, dans le courant des années 1970, cette appellation quitte le monopole de la psychiatrie, tout comme leur prise en charge.

Je peux faire deux remarques sur le travail de Georges Lantéri-Laura qui me permettent de comprendre pourquoi il n'a pas pu circonscrire et définir un quatrième paradigme de la psychiatrie. La première est qu'en effet, la prise en charge de *l'aliénation mentale*, puis des *maladies mentales* et *des grandes structures psychopathologiques* – et parallèlement à eux de la *folie* - durant cette longue période retracée par Lantéri-Laura, était l'apanage de la psychiatrie publique – même si d'autres acteurs, outre les soignants de la psychiatrie publique, intervenaient déjà auprès des malades, tels que la famille proche et les juges (Quintin, 2020), des soignants ne travaillant pas dans les hôpitaux publics, psychiatres de ville ou encore officiant en cliniques privées. La seconde est que l'analyse que le psychiatre propose dans son ouvrage *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* (1998) s'intéresse davantage au travail scientifique de la psychiatrie et moins à ses pratiques institutionnelles ce que j'aimerais développer davantage et ce qui nous aidera à mieux cerner l'époque suivant celle des *grandes structures psychopathologiques*, dont Lantéri-Laura fixe le terme (non pas qu'elles disparaissent au profit définitif d'autre chose – comme il l'explique parfaitement – mais qu'elles passent au second plan) à 1977, année durant laquelle disparaît Henri Ey.

Or, c'est précisément parce qu'il regarde l'histoire de la psychiatrie – en tant que discipline scientifique médicale - qu'il ne peut définir un quatrième paradigme. En effet, la périodisation

faite par l'auteur et l'utilisation de la notion de paradigme – qui me permet dans ce travail de retracer une histoire des appellations données aux troubles psychiques – lui impose de prendre pour objet la science médicale psychiatrique – bien qu'il nous dise que la psychiatrie n'est pas une science (*ibid.*, p. 41). En effet, elle n'a pas « *d'hégémonie complète et met en jeu des références à des domaines assez divers de la connaissance* » (*ibid.*, p. 239). La pratique scientifique de la psychiatrie, telle que Lantéri-Laura la décrit, est un travail qui fait appel à des connaissances et dont se saisit le psychiatre « *depuis le niveau étiologique jusqu'au niveau des stratégies thérapeutiques, en passant par la sémiologie, la clinique, le diagnostic et la psychopathologie* » (*ibid.*, p. 16).

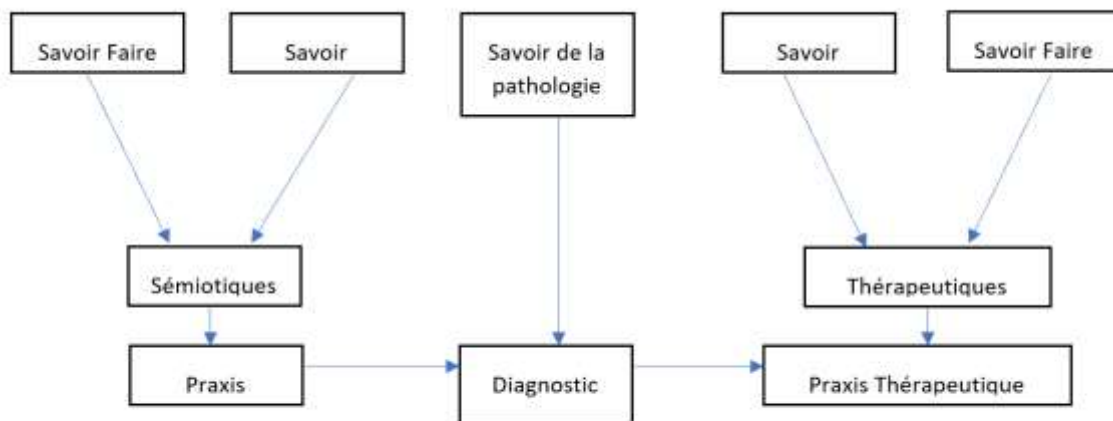


Figure 1. Pratiques du Psychiatre selon Georges Lantéri-Laura (1991, p. 242)

Mais lorsque les troubles psychiques quittent le seul giron de la psychiatrie, et de la psychiatrie publique, et que parallèlement à cela, la psychiatrie publique développe des connaissances moins médicales et davantage institutionnelles, la notion de paradigme est moins pertinente, voire plus du tout adéquate. Disons que l'on rentre dans une nouvelle aire de la prise en charge (à la fois thérapeutique et éducative) de la folie et de ses symptômes ou signes.

S'il ne propose pas de quatrième paradigme de la psychiatrie, Lantéri-Laura propose néanmoins une nouvelle représentation des troubles psychiques par la psychiatrie, notamment celle de *syndrome* donnée par le DSM-III, comme nous le disions plus avant.

Un syndrome en médecine est un ensemble de signes, évoluant de manière repérable, qui crée une cohérence sémiologique, une « unité sémiotique » qui révèle alors « autre chose qui ne relève pas de la sémiologie » (*ibid.*, p. 218), c'est-à-dire un état pathologique que l'on peut repérer, nommer et circonscrire. Or, le DSM-III, dans l'utilisation qu'il fait du terme syndrome, ne se saisit que de la première partie de sa définition, c'est-à-dire que le *syndrome*, ainsi usité, est une unité sémiologique qui ne renvoie qu'à elle-même et non plus à un état pathologique. Les troubles psychiques détaillés dans le DSM-III sont alors des *syndromes* ou des ensembles de signes formant des unités sémiotiques cohérentes en face desquelles nous trouvons des thérapeutiques. Les *syndromes* ne renvoient plus à des *maladies mentales*, à des pathologies mentales, mais sont des ensembles de symptômes réunis en unités cohérentes que l'on peut alors traiter.

Si l'on reprend le schéma ci-dessus présentant le travail du psychiatre (*cf.* Figure 1), cela revient à supprimer en quelque sorte l'étape de diagnostic et partant le savoir de la pathologie des connaissances du psychiatre.

De cette analyse, je retiens donc que les troubles psychiques, avec la publication du DSM-III en 1980 aux Etats-Unis, par l'appellation nouvelle qu'ils acquièrent, perdent la seule notion de maladie. Se référant à des symptômes, à une sémiologie, ils restent encore pour une part la « propriété » de la médecine psychiatrique, mais pour une autre part, ils acquièrent une autre dimension que l'on retrouve d'ailleurs dans les pratiques de prise en charge.

Par ailleurs, outre les nouvelles pratiques impulsées par la parution du DSM-III, d'autres pratiques, en France notamment, se développent avec la psychiatrie de secteur. Ces pratiques, j'y reviendrai plus longuement, sont à la fois médicales – c'est-à-dire qu'elles se saisissent des connaissances médicales sur les troubles psychiques (les connaissances acquises sur les *maladies mentales* et les *grandes structures psychopathologiques*), mais également institutionnelles et organisationnelles. Il me semble que la seule notion de *syndrome* ne reflète pas l'entièreté de ce que représentent alors les *maladies mentales* ou les troubles psychiques.

En effet, dans le courant des années 1970 se développe avec le secteur une *praxis psychiatrique*, moins au sens médical du terme que social, et moins hospitalière. C'est « l'âge d'or » de la psychiatrie de secteur, entendue ici comme « l'idéologie professionnelle, c'est-à-dire là une manière de penser les pratiques psychiatriques » pour reprendre les propos de Nicolas Henckès (2007). En outre, en 1975, est votée la loi sur le handicap qui crée dans son sillage un nouveau secteur de prise en charge, le secteur médico-social. Les troubles psychiques, par une lutte des

soignants psychiatriques notamment, n'intègrent en revanche le secteur du handicap qu'en 2005. Cependant la brèche est creusée et les accompagnements se distinguent alors des soins. Jusqu'à la fin du 20^{ème}, c'est la psychiatrie de secteur qui, pour une très large part, prend en charge, outre leurs soins, l'accompagnement de ses patients.

Il semble que la notion de *syndrome* ne reflète pas à elle seule les changements que connaissent la psychiatrie et la prise en charge des troubles psychiques ni les importantes transformations institutionnelles en cours alors.

Et pour intéressante qu'elle soit, la notion de *syndrome*, ne représente qu'une petite partie de la réalité des troubles psychiques. C'est pourquoi je ne la retiens pas et choisis plutôt celle de *trouble*, même si elle est, elle aussi, utilisée en médecine psychiatrique et dans le DSM-V, qui a remplacé le terme *syndrome* par celui de trouble.

La notion de *trouble* a l'avantage de désigner différentes choses qui nous permettent de retrouver les trois réalités de la maladie, c'est-à-dire la réalité médicale (*Disease*), le vécu de la personne malade (*Illness*) et les représentations socioculturelles de cette maladie (*Sickness*).

En effet, le nom commun « trouble », défini par le Larousse, signifie à la fois, « un état d'agitation, d'inquiétude, de confusion ou d'émotion dans lequel se trouve quelqu'un » (le vécu de la personne), « une perturbation dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique, pouvant se manifester au niveau d'un appareil, d'un organe, d'un tissu : troubles respiratoires, troubles de la personnalité » (la réalité médicale) et « une altération des rapports entre les personnes, un état d'agitation, de désarroi : cela jeta le trouble dans la famille » (les conséquences dans l'interaction). Par ailleurs, « trouble », comme adjectif qualificatif, représente ce qui n'est pas clair, pas limpide, et le verbe « troubler » peut signifier (toujours dans le Larousse), ce qui peut « altérer la limpidité, la transparence de quelque chose ». Le verbe permet également de signifier l'interaction et ce que le trouble fait à l'autre. Nous en arrivons alors à la représentation sociale des *troubles*, c'est-à-dire quelque chose qui n'est pas clair, quelque chose dont la limpidité est altérée et qui agit sur l'interaction.

Outre ces différentes significations que peut prendre cette notion de *trouble* ou *troubles*, ce qui retient mon intérêt encore davantage est la suppression de la connotation purement médicale du terme. En effet, lorsque Livia Velpry étudie *le quotidien en psychiatrie* (2008), elle utilise la notion de maladie mentale grave. Ce qui se conçoit parfaitement du fait qu'elle observe et décrit les pratiques d'une équipe de psychiatrie dans un CMP (Centre Médico-Psychologique). Il

s'agit bien de prises en charge d'une maladie par une équipe soignante, même si l'ensemble de leurs actions ne sont pas purement médicales et peuvent relever du social.

Pour ma part, je souhaite décrire la prise en charge de ces mêmes maladies mentales graves mais pas uniquement du point de vue de la psychiatrie et de la médecine. Pour les non-soignants, il ne s'agit plus de prendre en charge une maladie mais de prendre en charge le *trouble*, ce qu'il trouble, ceux qu'il trouble. Il s'agit d'accompagner les personnes dans leur vie quotidienne et non plus de soigner les personnes, et parfois même, comme nous le verrons, de neutraliser ce qui trouble. C'est pourquoi je ne peux utiliser le même vocable et dois trouver une notion contenant, outre une notion médicale, une notion sociale. J'ai donc choisi le terme *trouble*, sans pour autant me référer à la définition qu'en donne le DSM-V et en m'en écartant même d'ailleurs.

Pour préciser encore davantage mon choix, je souhaite également que cette notion ne fasse pas référence à un statut tel que malade ou porteur de handicap, une notion ne nécessitant pas de validation d'une catégorie de professionnels précise – telle que le médecin – ou d'un organisme – tel que la MDPH (Maison Départementale Des Personnes Handicapées). Une personne peut s'identifier ou être identifiée comme ayant des *troubles* par elle-même ou tout autre personne en lien avec elle.

Pour la notion de *psychique*, choisie préférablement à celle de mentale (*trouble psychique* plutôt que trouble mental), mon choix tient également à une volonté de distinguer et de préciser ce dont je parle. Avec la notion de handicap dans le champ des affections psychiatriques, on distingue en effet le handicap psychique du handicap mental. Pour l'Unafam, le handicap mental fait référence à un handicap lié à une « déficience » mentale, il résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral...). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évoluent pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes et une prise de médicaments très modérée » (Unafam), alors que le handicap psychique lui, est une « conséquence de la maladie psychique, [dont la cause] reste inconnue. Les capacités intellectuelles sont préservées et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les mobiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable. [...] Dans le handicap d'origine psychique, c'est l'organisation qui est en cause, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres, associées à l'absence de participation sociale. » (Unafam).

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, introduit cette distinction par son contenu.

« [...] elle définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques »²⁵.

Ce faisant, elle reconnaît que « des altérations des fonctions psychiques peuvent engendrer une situation de handicap et est décrite comme la loi reconnaissant le handicap psychique, au même titre que le handicap mental, sensoriel et moteur », peut-on lire sur le site internet du Psycom, organisme public d'information et de lutte contre la stigmatisation en la santé mentale.

Soucieuse de respecter cette distinction entre psychique et mental, je choisis donc de parler de *troubles psychiques*, et qui plus est de *troubles psychiques sévères*, dans le but de bien les différencier des déficiences mentales, mais également pour marquer une dernière distinction entre les troubles psychiques qui relevaient auparavant de la psychiatrie hospitalière et qui nécessitent des prises en charge, des troubles psychiques moins invalidant, qui ne nécessitent pas – *a priori* – de prises en charge particulières d'un point de vue social notamment. Je m'intéresse ici donc aux troubles psychiques qui nécessitent un accompagnement social des personnes qui en souffrent, que je nomme donc *troubles psychiques sévères*.

Ce long exposé était nécessaire pour expliquer le choix des notions que je vais utiliser dans ce travail de thèse, car il permet de situer et circonscrire mon objet de recherche, la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères depuis leur domicile.

Cette dernière précision quant au lieu de vie des personnes est elle aussi importante car elle inscrit là encore l'objet de ce travail de recherche dans une époque et un lieu. Il s'agit en effet de décrire et d'étudier les prises en charge s'effectuant hors-les-murs, c'est-à-dire hors de l'hôpital, donc à partir du « virage ambulatoire » (qui ne se réfère pas forcément à la réduction du nombre de lits (d'hospitalisation), mais plutôt à une idéologie professionnelle, celle du secteur de psychiatrie et ses courants *désaliénistes*, notamment).

²⁵ Loi du 5 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Art. L. 114

Maintenant que l'appellation de mon objet d'étude, trouble psychique, est justifié, je souhaite, avant d'amorcer le travail de description, justifier le choix de rendre compte de l'organisation de telles prises en charge.

III. L'organisation des prises en charge et ses transformations

Les transformations institutionnelles que connaît aujourd'hui la prise en charge des troubles psychiques, outre leurs causes qui, pour une part, comme l'explique Alain Ehrenberg dans *La Société du Malaise* (2011a), « se sont opérées sous l'égide de valeurs rassemblées par le concept d'Autonomie », non plus comme aspiration mais comme condition²⁶, ont des conséquences sur celle-ci. En effet, si d'une institution unique et « totale » prenant en charge les maladies mentales, l'on en arrive à plusieurs institutions (intersectorielles) prenant en charge chacune une dimension précise de ces troubles, il s'agit aujourd'hui de parvenir à organiser ces prises en charge complexes.

Avant d'en arriver aux prises en charge à proprement parler, il s'agit déjà de voir comment s'organise le social, comme l'indique Nicolas Henckès dans l'un de ses séminaires (2020b). Penser l'organisation, poursuit le sociologue, revient à regarder les activités sociales comme du travail, un travail à organiser en pensant sa division entre les différents acteurs. Par ailleurs, poser la question de l'organisation revient à supposer que la régulation de celui-ci est active.

D'un point de vue moins large, on peut penser, outre celle du social, l'organisation des soins et des accompagnements. En effet, s'ils se mettent en œuvre de manière pluri-institutionnelle et même plurisectorielle, leur organisation s'en voit transformée.

« Il reste important de penser les organisations à l'œuvre dans la mise en œuvre des soins et des accompagnements de santé mentale. D'une part parce qu'il n'y a pas de raison de remettre en cause l'intuition fondamentale à l'origine de la sociologie que toute activité sociale met en œuvre une forme minimale de coordination. En d'autres termes les pratiques sociales ne peuvent pas se passer d'organisation : dès lors qu'elles impliquent plus de deux acteurs c'est pour ainsi dire naturellement qu'elles font système. Les professionnels le savent bien : les activités d'accompagnement développées de façon apparemment légère dans la rencontre avec les personnes à leurs domiciles ne peuvent être assurées que parce que les équipes ont derrière elles un hôpital, un réseau de partenaires susceptibles de

²⁶ « la capacité à s'affirmer de manière maîtrisée et appropriée devient un ingrédient essentiel de la socialisation à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Ce changement de la normativité place l'individu sur une ligne qui va de la capacité à l'incapacité. Quand le curseur se rapproche de l'incapacité, l'impuissance fait apparaître sa culpabilité de ne pas être à la hauteur. C'est sur le mode du déficit, de l'insuffisance ou du handicap qu'apparaît la culpabilité » (*op. cit.*, 2011, p. 13).

prendre le relais, mais aussi des normes professionnelles sur lesquels asseoir les pratiques. C'est bien d'organisation qu'il s'agit là.

D'autre part parce que les concepts qui se sont substitués à celui d'organisation [Coordination, Observation, désinstitutionnalisation : inventer des pratiques au plus près des personnes, sans norme émanant d'une autorité supérieure] peinent à répondre à une dimension cruciale du questionnement qu'il mettait en forme : les garanties données à la justice des interventions. Comment assurer la disponibilité des services à l'échelle de territoires entiers, donner une réponse juste à des revendications formulées par une diversité d'acteurs, garantir l'équité des interventions de l'Etat ? Dès lors que l'inclusion apparaît comme un droit, sa mise en œuvre doit d'une façon ou d'une autre être organisée afin de répondre avec justice aux revendications des personnes. » (Henckès, 2020a, p. 39-40)

L'organisation des prises en charge, aujourd'hui, est une organisation nouvelle, bien plus fluide que celle qui prévalait auparavant (notamment dans l'hôpital psychiatrique) et par ailleurs elle doit se faire entre une

« myriade de dispositifs promus et mis en œuvre par un nombre presque aussi important d'acteurs institutionnels, le tout encadré par une accumulation de plans et de stratégies tant au niveau national que régional qui ne sont pas toujours cohérents les uns avec les autres. » (op. cit., 2020a, p. 41)

L'organisation des prises en charge est, tout comme l'organisation du social (au sens large), un ensemble d'activités, un travail dont on réfléchit la division entre différents acteurs de manière située.

Pour rendre compte des prises en charge en santé mentale, il est donc crucial aujourd'hui – encore plus qu'hier – de se poser la question de l'organisation des accompagnements et des soins, pour comprendre, d'une part, la division du travail entre les différents acteurs – qui nécessite par conséquent l'identification ces acteurs – et, d'autre part, la négociation à l'œuvre entre ces acteurs. Cette négociation porte sur au moins deux points de ces prises en charge, l'objectif commun qui permet leur réalisation et le schéma d'intervention - ce qui sous-entend

la division des tâches entre les acteurs, leur enchaînement logique et chronologique, leur planification jusqu'à leur réalisation.

A partir de mes trois terrains, j'ai pu observer un mode d'organisation des prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques commun sur certains aspects mais différent sur d'autres : des bases communes s'observent, comme la recherche d'objectifs permettant un consensus, mais les contextes locaux – qu'ils soient politiques, économiques, sociaux, environnementaux, historiques, socio-démographiques, etc. – influencent ou déterminent le mode choisi. L'organisation choisie est absolument située, comme je le montrerai dans la troisième partie de ce travail.

Afin de mettre au jour à la fois ces contextes et ces modes d'organisation s'y adaptant, et l'organisation des prises en charge, j'ai choisi différents cadres théoriques me permettant de rendre compte de ces transformations et des modes d'organisation des soins et de l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile.

Il convient de dire en premier lieu que je définis la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques, non pas comme une manière totale de s'occuper des personnes, mais comme des relations au sein desquelles sont mises en œuvre des pratiques ayant trait aux soins prodigués par des services sanitaires et à un accompagnement social proposé par des services sociaux et médico-sociaux. Il s'agit d'actions, de pratiques de types divers effectuées envers les personnes par plusieurs acteurs appartenant à différentes institutions, elles-mêmes s'inscrivant dans des secteurs différents, plus ou moins coordonnées.

A la suite des travaux d'Alain Ehrenberg, je postule, en second lieu, que nous n'assistons pas à une désinstitutionnalisation de la « traite des fous » mais à une transformation institutionnelle de cette prise en charge, une transformation institutionnelle se situant à différents niveaux :

-les institutions « traditionnelles » de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques changent, se transforment et avec elles, les règles qui les régissent mais également « leur esprit ». Ainsi se transforme également ce qui donne sens à l'échange entre la personne vivant avec des troubles psychiques et la personne intervenant au domicile.

-des institutions dont le mandat n'est pas celui de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques interviennent néanmoins dans celle-ci et de manière non marginale, comme nous le verrons.

Pour appréhender la transformation institutionnelle à l'œuvre dans la prise en charge depuis leur domicile des personnes vivant des troubles psychiques, il me semble pertinent de décrire

son organisation, une organisation mise au jour à partir de mes différents terrains qui peut être comparée à celle qui est observable au sein de l'association de logements de secteur que j'ai rencontrée.

Je partirai, en troisième lieu, de l'idée développée par Isabelle Astier (2007) d'une transformation à l'œuvre dans l'esprit des institutions, s'inspirant notamment du concept d'autonomie comme condition d'Alain Ehrenberg (*ibid.*, 2011a et 2011b). L'auteure parle de la nouvelle demande qui est faite aujourd'hui aux destinataires des actions sociales : l'activation plutôt que l'insertion.

Les personnes, même les plus vulnérables, doivent être actrices de leurs prises en charge, elles doivent « *prendre des initiatives, faire des choix de vie, bâtir un projet professionnel* » (*op. cit.*, 2007, p. 7). C'est ce qu'elle appelle « *le grand retournement de la dette sociale. [...] L'individu est devenu redevable envers la collectivité* » (*op. cit.*, 2007, p. 7). Auparavant, au début du 20^{ème} siècle, chaque sujet naissait dans un environnement social lui ouvrant des avantages en échange de son obéissance à son devoir social. Aujourd'hui, nous dit Isabelle Astier, « *ce qui est devenu premier est le devoir de chaque individu envers la société. [...] Les politiques sociales promeuvent toutes plus ou moins fortement l'image d'un individu responsable et participant en lieu et place de l'individu actif qui cotise* » (*ibid.*, p. 7).

C'est également la notion de responsabilité qui prend place. Les personnes ne sont pas vues par les travailleurs sociaux comme responsables de la situation dans laquelle elles sont, en revanche elles sont vues comme responsables « des solutions pour faire évoluer cette situation ».

*« Le problème du droit à l'insertion n'est plus, à proprement parler, de construire l'individu autonome, mais de travailler la relation de celui-ci avec la société et de le doter des capacités nécessaires pour infléchir le cours de sa vie, surmonter une rupture biographique, anticiper une difficulté. Voilà ce qui est nouveau. Nous avons affaire à un individu en maintenance, qu'il faut entretenir dans ses fonctions et qualités, sujet à révision lorsque son parcours est cabossé. [...] le dispositif d'insertion ne vise plus à intégrer les individus dans des groupes d'appartenance stables mais plutôt à produire, à partir de la formulation d'un projet, de la capacité à prendre place socialement parmi les autres. [Il s'agit] de provoquer de nouvelles capacités à agir. » (*ibid.*, p. 8)*

Si ce nouvel esprit des institutions proposé notamment par Isabelle Astier s'opérationnalise dans les institutions de l'insertion, ne peut-on voir à l'œuvre ces mêmes transformations dans

les prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques – les intervenants pouvant tout aussi bien appartenir au secteur sanitaire qu’au secteur médico-social ou social ? Ne s’agit-il pas aujourd’hui d’activer les personnes souffrant psychologiquement ? Ne s’agit-il pas – avec ces notions telles que l’empowerment, la pair-aidance – de « provoquer de nouvelles capacités d’agir » chez ces personnes présentant une vulnérabilité psychique ?

Il me faudra alors explorer la notion de responsabilité – notion particulière en psychiatrie, puisque la personne peut être reconnue irresponsable – et partant, étudier dans quelle mesure les prises en charge depuis le domicile transforment la responsabilité octroyée ou accordée aux personnes et dans quelle mesure elles deviennent responsables des « *solutions pour faire évoluer [leur] situation* » ?

Toujours est-il que ce nouvel esprit des institutions implique une organisation des prises en charge nouvelle, puisqu’il ne s’agit précisément pas de stopper le trouble psychique par une mise à l’écart, mais d’obtenir de la personne qu’elle contrôle son trouble. Que l’on pense à l’éducation thérapeutique du patient qui peut être proposée dans des hôpitaux de jour où des patients bipolaires apprennent à identifier les signes précurseurs des crises, puis à les contrôler par exemple.

Outre la division des tâches, ces nouvelles tâches (comme l’éducation thérapeutique du patient) et les différents acteurs impliqués dans les prises en charge, la négociation entre ces différents acteurs m’est apparue clairement durant mes terrains de thèse. Anselm Strauss (2016) dévoile les négociations à l’œuvre entre les acteurs impliqués dans un travail psychiatrique. Isabelle Baszanger (1986, 2016), pour sa part, développe le concept d’ordre négocié dans les maladies chroniques. Ces travaux me permettent, en dernier lieu, de faire une description fine du travail entre les différents acteurs et institutions, ainsi que de la trame de la négociation qui s’engage entre eux.

Les acteurs impliqués dans les prises en charge, leurs différentes tâches, la répartition de ces tâches et leurs réalisations, mais aussi la négociation à l’œuvre entre eux, sont les différents éléments de l’organisation des accompagnements et des soins aujourd’hui dans les prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis chez elles. La description de cette organisation m’apparaît être un point central de ce travail, me permettant de voir la coordination, les collaborations, les négociations, mais également le caractère situé de cette organisation. Ce caractère situé s’avère être d’ailleurs l’un des aspects principaux de l’organisation aujourd’hui, comme je le montrerai dans une section ultérieure.

Avant d'amorcer la description des prises en charge depuis le domicile, il me reste à montrer en quoi l'étude des prises en charge des troubles psychiques est un objet de recherche sociologique.

IV. La prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile : un objet de recherche sociologique

1. La dimension sociale des troubles psychiques

Bien que je me sois déjà expliquée sur le choix du vocable *troubles psychiques sévères* utilisé dans ce travail de recherche, je souhaite à présent en faire ressortir toute la dimension sociale et montrer comment une approche sociologique peut permettre de les étudier. En effet, bien que relevant du champ de la santé, et plus précisément de la santé mentale, ils n'en restent pas moins des objets que le sociologue peut décrire et analyser, en cela « qu'ils relèvent tout autant de la socialité de l'homme » (Ehrenberg, 2016).

D'ailleurs, comme le précise la sociologue Livia Velpry (2008),

« Il n'est plus nécessaire de justifier d'une approche sociologique de la maladie au sens large. Que celle-ci soit un phénomène social, et pas seulement un phénomène biologique et individuel, uniquement susceptible d'un discours médical, est un acquis pour l'ensemble des chercheurs qui s'intéressent à la question et probablement au-delà du cercle. » (op. cit., 2008, p. 29)

Ainsi que le présente Anne-Cécile Broutelle et François Le Morvan (2009), une grande tradition sociologique a permis d'étudier la dimension sociale de la maladie, phénomène pourtant physiologique et organique. Le concept de construction sociale de la maladie, notamment, permet d'en faire une analyse sociologique, comme le montre notamment les travaux de Goffman (1979) avec la « carrière morale », les travaux d'Anselm Strauss (2016) avec « *la mise en évidence de la négociation entre malade et personnel soignant pour une mort acceptable à l'hôpital* » (op. cit., 2016, p. 61). Les pratiques médicales, les représentations sociales de la maladie et le rôle du malade participent tous trois de la construction sociale de la maladie.

En outre, les phénomènes biologiques, dès le début du 20^{ème} siècle, ont fait l'objet de travaux ethnographiques et sociologiques. Marcel Mauss, en 1934, montre combien *Les techniques du corps* (2013), les gestes et gestuelles courants sont le résultat d'une socialisation, d'un « habitus » :

« J'ai donc eu pendant de nombreuses années cette notion de la nature sociale de « l'habitus ». Je vous prie de remarquer que je dis en bon latin, compris en France, « habitus ». Le mot traduit, infiniment mieux qu'« habitude », l'« hexis », l'« acquis » et la « faculté » d'Aristote (qui était un psychologue). Il ne désigne pas ces habitudes métaphysiques, cette « mémoire » mystérieuse, sujets de volumes ou de courtes et fameuses thèses. Ces « habitudes » varient non pas simplement avec les individus et leurs imitations, elles varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances et les modes, les prestiges. Il faut y voir des techniques et l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle, là où on ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition. [...]

Dans tous ces éléments de l'art d'utiliser le corps humain les faits d'éducation dominaient. » (Mauss, 2013, p. 369-370)

Ainsi nager, mais aussi marcher, la manière de tenir ouvertes ou fermées ses mains, relèvent de l'habitus, des habitudes incorporées qui correspondent à des techniques du corps à l'œuvre dans une société donnée.

Luc Boltanski (1971) poursuit cette perspective et montre que les perceptions, les manières d'agir et de sentir son corps sont elles aussi le fait d'habitus et d'une culture somatique permettant non seulement de ressentir mais aussi de décrire ce que l'on ressent. Le corps, ses techniques, mais aussi ses manifestations et ce qu'il amène à ressentir, outre qu'ils sont des phénomènes organiques, physiologiques, sont le fait d'une éducation, elle-même liée à des représentations sociales, à des techniques ou manières de sentir et d'agir partagées dans une société donnée, et même dans une classe sociale donnée.

Il en va de même avec la maladie qui est un état du corps et/ou de la psyché. On revient aux trois réalités de la maladie, dont je parlais plus tôt, c'est-à-dire la maladie comme réalité biologique et médicale (*Disease*), la maladie vécue par le patient (*Illness*) et les représentations socio-culturelles de la maladie dans une société donnée (*Sickness*). Ces trois dimensions intriquées participent de sa construction sociale. Et, si l'on choisit d'en étudier la dimension sociale, cela n'exclut pas la dimension biologique, physiologique, qui ne relève pas de cette étude mais qui existe néanmoins.

Pour revenir aux *troubles psychiques sévères*, Livia Velpry nous dit que leur « *dimension sociale [...] est particulièrement incontournable* » (*op. cit.*, 2008, p. 29), d'autant plus depuis

le « virage ambulatoire » qu'ont connu leurs prises en charge, comme le précise Alain Ehrenberg :

« Les pathologies mentales sont des pathologies comme les autres, certes. Mais elles ont la spécificité d'être, pour reprendre la définition du Dr Henri Ey, l'un des maîtres de la psychiatrie française de l'après guerre, des « maladies des idées et de la vie de relations ». Or la situation sanitaire, sociale et politique des pathologies des idées et de la vie de relations s'est profondément modifiée depuis une quarantaine d'années, sous le coup d'une double dynamique : le virage vers l'ambulatoire et l'élargissement considérable du spectre des pathologies. [...] Les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique ; ils relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part. [...] la santé mentale fait partie du secteur de la santé, mais également de la socialité : dans ce domaine, il est non seulement question de maladies à soigner, mais aussi de maux dans lesquels les relations sociales sont en cause d'une manière ou d'une autre. » (op. cit., 2016, p. 28)

La pathologie mentale, comme le dit le sociologue, est un phénomène relevant des relations sociales, des relations sociales qui interviennent dans la souffrance psychique. Par ailleurs, la maladie perturbe et impacte ces relations sociales.

Elle amène, en outre, l'intervention de différents acteurs qu'ils soient médicaux, médico-sociaux ou sociaux, dont les pratiques vont participer à la construire. Ces différents angles de vue sont l'ensemble des dimensions sociales qui permettent de décrire la maladie mentale, objet de recherche sociologique.

Dans son ouvrage, *Le quotidien de la psychiatrie*, la sociologue, Livia Velpry (2008), choisit une perspective d'étude dans laquelle

« La maladie, pour être une construction négociée entre les différents acteurs, n'en constitue pas moins également une entité réelle. On peut ainsi approcher la maladie en s'intéressant aux pratiques qui la constituent en considérant qu'elle existe. » (ibid., p. 30)

Elle étudie également la maladie à l'aune de l'articulation entre les pratiques qui la constituent et les récits des patients, bien que ceux-ci voient leur subjectivité, leur « intentionnalité » (Ehrenberg et Lovell, 2001) touchées.

« Les manifestations de la maladie atteignent des fonctions qui sont mobilisées dans les interactions sociales, ces mêmes fonctions sur lesquelles reposent les méthodes sociologiques. » (ibid., p. 32)

Dans une recherche sociologique, il faut alors

« passer outre le discours psychiatrique²⁷ [...], mais également considérer le patient comme un sujet de la sociologie faisant l'expérience de la maladie mentale. [...] C'est postuler que ces personnes sont comme les autres dans le sens précis qu'elles sont capables de s'exprimer et d'être des acteurs raisonnablement rationnels. » (ibid., p. 33)

Il convient alors d'intégrer à l'analyse comme une « composante essentielle de l'objet d'étude », « l'instabilité du régime d'interprétation des actes et des paroles des personnes étiquetées malades mentales » (ibid., p. 34).

Pour cela, la sociologue choisit une approche sociologique interactionniste et reprend le travail de Goffman, *La Folie dans la place* (1973), et notamment la notion de *symptômes mentaux*, définis comme

« des offenses d'un type particulier à l'ordre de l'interaction », offense étant entendue comme une « déviation des normes sociales, autrement dit [...] une infraction aux règles et aux attentes de la société. » (op. cit., 1973, p. 322)

Dans le cas des offenses liées à des symptômes mentaux, cela indique que l'individu « n'est pas prêt à rester à sa place ». Son interlocuteur, l'offensé, perçoit un caractère – indûment - libéré de l'offense que l'individu pourtant n'est pas conscient d'avoir commise. Ne réparant donc pas son offense, il place son interlocuteur dans le rôle d'offensé, et ne reste pas à sa place, dont par ailleurs, il n'a pas conscience. Les offenses qualifiées de « symptômes mentaux » « minent ce sentiment qu'il existe un accord général, guide sûr de l'activité quotidienne, quant à la place de chacun » (ibid., p. 336) ce qui leur confère une dimension destructrice « dans l'organisation [sociale] et dans les esprits des membres » (ibid., p. 332). Elles sont, nous dit Livia Velpry,

²⁷ Qui est utilisé comme grille d'analyse du discours du patient

« les conséquences d'une perturbation spécifique de l'interaction, spécifique en ce qu'elle est apparue aux autres, et particulièrement à la famille, comme intentionnelle et destructrice de leur organisation personnelle et sociale. » (op. cit., 2008, p. 34)

Et c'est précisément l'étude de ces « conséquences sur les interactions entre le malade et les autres, dans les différentes sphères où il évolue et dans le temps » ainsi que les réponses et le sens donné à ces perturbations des interactions qui est le propre de l'analyse sociologique, explique Livia Velpry. Une des réponses possibles est notamment de qualifier ces perturbations de symptômes mentaux ou de maladie mentale ce qui permet de donner du sens aux perturbations, souvent répétées, et de faire intervenir d'autres personnes, en capacité de les comprendre et de les gérer, comme les soignants de psychiatrie. Précisons qu'au moment de l'écriture de son ouvrage, la sociologue précise que la psychiatrie a « *le monopole du traitement social de la maladie* » (*ibid.*, p. 35).

Cette grille de lecture choisie par Velpry est tout à fait intéressante pour mon propos puisqu'elle permet de donner une définition sociologique des troubles psychiques, de donner un cadre à ma recherche en donnant notamment une position de sujet aux personnes qui en souffrent et en permettant de comprendre les interactions entre les personnes composant la relation de prise en charge. En outre, elle permet de comprendre le processus social menant à leurs prises en charge et donc à leur identification en tant que symptômes mentaux ou troubles psychiques.

Par ailleurs, « *cette conception des « symptômes mentaux » répond à plusieurs difficultés* » (*ibid.*, p. 32). Elle permet notamment d'intégrer à l'analyse des sujets « pas forcément raisonnablement rationnels » et de comprendre ce « *quelque chose* » qui [rend] la personne incapable de réparer les atteintes qu'elle fait au cadre d'interaction, mais ce « *quelque chose* » est indissociable de l'incapacité de l'interlocuteur à répondre aux perturbations ; il comporte donc une dimension sociale normative intrinsèque » (*ibid.*, p. 32), et une dimension relationnelle, peut-on préciser.

Comme les symptômes mentaux, concept de Goffman dans *La folie dans la place*, les troubles psychiques, notion développée ici, sont des faits sociaux en cela qu'ils « *sont faits de la substance même de l'obligation sociale* » (*op. cit.*, 1973, p. 358) ; ils occasionnent « *des débordements sociaux* » (*ibid.*, p. 358), débordements qui entraînent une prise en charge que je souhaite décrire.

En revanche, je me démarquerai quelque peu de cette grille de lecture, car, d'une part, mon objet d'étude se distingue de celui de Livia Velpry, notamment au niveau du lieu des prises en charge et des rencontres entre les différents éléments de la relation de prise en charge, et d'autre part, quelques années séparent nos recherches.

Je fais ici deux remarques précisant mon propos. Premièrement, la notion de *symptômes mentaux* est intéressante pour mon analyse, car elle permet, en effet, de regarder les troubles psychiques comme des perturbations des interactions - telles que définies plus haut -, des perturbations, qui, comme l'indique Livia Velpry sont « en dehors de tout processus diagnostique impliquant l'institution psychiatrique » (*ibid.*, p. 30). Or, l'étude que je me propose de réaliser s'occupe, elle aussi, de troubles définis comme psychiques par d'autres acteurs que ceux travaillant en psychiatrie. En effet, d'un point de vue historique, depuis 2005, il semble que la psychiatrie n'a plus « le monopole du traitement social » des troubles psychiques (elle n'a plus le monopole du traitement de la maladie entendue comme *Illness* ou *Sickness*, même si elle garde le monopole du traitement de la maladie-*Disease*), c'est en tous les cas l'une des hypothèses que je fais et que le terrain a pu par ailleurs me confirmer. Si elle a toujours le monopole du traitement médical (bien que dans des lieux divers – et plus seulement au CMP ou à l'hôpital), elle en a légué le traitement social – et souvent même le traitement psychothérapeutique - à d'autres acteurs que je vais présenter dans un chapitre ultérieur, des acteurs étrangers au secteur sanitaire, comme le secteur médico-social et le secteur social.

Par l'utilisation de l'interactionnisme développé par Goffman, et sa notion de symptômes mentaux, on peut alors étudier les interactions entre les différentes personnes composant la relation de prise en charge :

« Le traitement qu'un individu accorde aux autres ou en reçoit exprime ou suppose une définition de la personne, de même que la scène sociale qui l'entoure immédiatement à ce moment. » (op. cit., 1973, p. 317)

On peut dire également que, réciproquement, la définition que les individus « appliquent » à une personne participe au traitement qu'ils lui accordent. Cette précision est importante, car, cette étude a comme cadre non pas un lieu de soin (*id est* l'institution psychiatrique), mais le lieu de vie des personnes, soit une scène sociale hors-les-murs. Ce ne sont pas les soignants de psychiatrie qui vont le définir en fonction de comportements, de « débordements sociaux », mais un ensemble d'acteurs, n'ayant pas forcément de savoirs en matière de troubles

psychiques. La définition de Goffman quant au traitement des personnes en fonction des interactions fonctionne ici à merveille : c'est le trouble qu'elles sèment, qui peut occasionner, déclencher, le traitement – pas forcément entendu en termes médicaux - qu'on leur accorde.

Deuxièmement, prenant en compte la particularité des interactions des personnes étiquetées malades mentales – particularité que l'on retrouve avec les personnes étiquetées comme souffrant de troubles psychiques -, postulant, en outre, que ces personnes sont des « sujets de la sociologie », je m'intéresserai à leurs demandes et attentes, c'est-à-dire à la place qu'elles occupent dans le monde, et si elles souhaitent la conserver ou non. Cette demande et ces attentes seront étudiées, autant que possible, hors du discours psychiatrique ou psychologique²⁸ ; elles seront intégralement intégrées à l'analyse. En effet, souffrir de troubles psychiques, c'est voir son intentionnalité, sa subjectivité, troublées, c'est voir ses relations sociales perturbées. Le rapport à la réalité des personnes souffrant de troubles psychiques est altéré. De ce fait, la demande de prise en charge n'est pas une évidence. Les personnes vivant avec des troubles psychiques peuvent n'adresser aucune demande et malgré tout être prises en charge. Leurs attentes peuvent ne rien avoir à faire avec leurs troubles psychiques ni même s'adresser au bon endroit – « bon » endroit défini par rapport à des normes de prises en charge, à des prises en charge institutionnalisées et relevant de besoins spécifiques auprès d'acteurs spécifiques.

C'est ce que je précisais en début de chapitre : il est important d'étudier la place de chacun dans la relation de prise en charge et les caractéristiques du lien qui les unit. En effet, *prendre* en charge peut se faire sans que l'autre personne qui compose la relation triadique *donne* intentionnellement ou volontairement quelque chose. Il nous faut composer avec la particularité des troubles psychiques qui peuvent induire une hiérarchie entre les deux personnes composant la relation de prise en charge, l'une *prenant* en charge l'autre sans que cette dernière ne le demande ou ne l'accepte même. Le traitement médical des troubles psychiques sévères peut relever de décisions légales, peut être administré sous contrainte. La médecine psychiatrique est une médecine légale en cela qu'elle peut contraindre la personne, dont elle *prend* la charge, à se soigner ou plutôt à se faire soigner. Alors, si le sociologue peut définir les patients de la psychiatrie comme des sujets de la sociologie, il faudra toujours considérer leur position dans

²⁸ « Les paroles et les comportements de l'individu empirique en psychiatrie sont tout entiers pris dans et par le discours psychopathologique, qui se pose en grille de lecture » (*ibid.*, p. 33), nous dit Velpry. Dans une recherche sociologique, il faut alors « passer outre le discours psychiatrique [...], mais également considérer le patient comme un sujet de la sociologie faisant l'expérience de la maladie mentale. [...] Cela revient à positionner les discours psychiatrique et sociologique dans une « relation d'oblitération ou de hiérarchie » (*ibid.*, p. 33)

la relation triadique et voir comment ils sont entrés dans la relation et comment ils s’y maintiennent.

Si les troubles psychiques sont des faits sociaux, des objets sociologiques, en cela notamment qu’ils entraînent des réponses, des interactions socialement construites – dans différentes sphères, dépassant la seule scène sociale du soin psychiatrique -, qu’ils donnent des places précises aux personnes qui s’en voient étiquetées, et qu’ils permettent de comprendre le « quelque chose » rendant une personne incapable de réparer ses « débordements sociaux », les prises en charge, en tant qu’institutions, sont elles-aussi, des faits sociaux relationnels, que le sociologue peut étudier et comprendre.

2. La dimension sociale des prises en charge des troubles psychiques et des personnes qui en souffrent

Si la recherche de Livia Velpry (2008), présentée dans son ouvrage *Le quotidien de la psychiatrie*, donne à voir les prises en charge médicales des maladies mentales graves, la recherche présentée ici a pour ambition de décrire des prises en charge dont le secteur et le caractère ne sont pas déterminés à l’avance. Assurément, c’est sans doute le propre des prises en charge des troubles psychiques aujourd’hui – c’est d’ailleurs pour cette raison que j’ai souhaité les nommer ainsi : il n’y a plus de lieux ou d’acteurs spécifiques *a priori*. D’un lieu de prise en charge psychiatrique unique, l’Asile, on est passé par des lieux de prises en charge psychiatriques multiples - le CMP, les CATTP (Centre d’Activité Thérapeutique à Temps Partiel), l’hôpital spécialisé, l’hôpital de jour, etc. - pour arriver aujourd’hui à des lieux et des acteurs de prises en charge multiples - la psychiatrie publique ou privée, les ESMS (établissements et services médico-sociaux), les services sociaux communaux ou départementaux, les communes, les bailleurs sociaux, etc. La scène sociale de ces prises en charge n’est plus la même, plus vaste, elle est aussi plus floue.

A présent, il s’agit en effet d’étudier la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans la cité. Les lieux de prises en charge sont donc nombreux et moins circonscrits, ils peuvent changer d’une intervention à l’autre pour la même personne, tout comme celui qui prend en charge. Le lieu de la prise en charge n’est pas un lieu géographiquement déterminé, mais un cadre institutionnel qui peut être mobile, porté alors par l’intervenant.

Par ailleurs, les acteurs intervenant dans ces prises en charge ne sont spécifiquement ni des personnes souffrant de maladies mentales, ni des personnes travaillant en psychiatrie, mais, de manière élargie, des personnes ayant des troubles psychiques – elles peuvent ne jamais avoir rencontré de médecin psychiatre et n’avoir aucun diagnostic posé, aucune reconnaissance de handicap, etc. - et des personnes que ces troubles psychiques ont perturbées, gênées, ou qui sont en mesure d’intervenir – à leur niveau dans leur secteur d’intervention – sur ces troubles et leurs conséquences, ce groupe de personnes composant la relation de prise en charge subsumant les personnes ayant une maladie mentale et les soignants de la psychiatrie. Mais le cadre des actions des unes et des autres est différent de celui que décrit Livia Velpry observant les interactions depuis un CMP.

Pour ma part, les terrains d’observation ou encore de participation-observante ont été centrés sur les dispositifs qui accompagnent les personnes à partir de l’endroit où elles se trouvent. Je suis partie de ces dispositifs mobiles, qui se rendent dans les lieux de vie des personnes ou leurs lieux de soins quand il y en a, partant à leur rencontre – ce que l’on appelle l’aller-vers. Le cadre institutionnel de l’intervention, de la prise en charge, n’est plus représenté par des murs, une adresse, une bâtisse, mais est porté par la personne qui prend en charge ; il n’y a pas de lieux géographiques spécifiques hormis le logement de la personne à prendre en charge et un *espace*, un *territoire* de prise en charge. La prise en charge s’ancre dans la relation qui se tisse, se noue entre la personne qui prend en charge et la personne prise en charge. Ainsi le lieu géographique de la prise en charge correspond non plus à une adresse précise, un bâtiment, mais à un territoire déterminé, - une commune, un département, une région, une ligne de tramway, etc. Ces lieux déterminés, plutôt des espaces que des lieux d’ailleurs, sont des caractéristiques sociales des institutions de prises en charge que j’ai intégrées dans ma recherche.

Depuis une position de personne prenant en charge ou de personne coordonnant les personnes qui prennent en charge ou encore de personne pensant les dispositifs prenant en charge depuis le domicile, j’ai donc pu observer ou participer à des prises en charge de personnes souffrant de troubles psychiques, c’est-à-dire des personnes ayant été étiquetées comme telles par d’autres personnes, des voisins, la famille, un élu, un bailleur, un soignant et tout autre intervenant social, médico-social ou sanitaire. Le terrain d’observation n’étant pas fixé géographiquement, il s’agit toujours de suivre la relation qui se noue entre les différents éléments de la relation de prise en charge pour en comprendre les règles, les usages, les enjeux, les justifications, etc. Il s’agit également d’étudier la coordination entre les différentes personnes en relation avec la personne souffrante afin d’observer la prise en charge et d’en rendre compte et ainsi comprendre

son contenu. Le travail de coordination, dans ce contexte, est une part importante du travail de prise en charge, comme je décrirai plus tard.

Les prises en charge que j'ai observées ou auxquelles j'ai participé ont été multiples et de secteurs très différents, allant de la prise en charge psychologique à domicile à la prise en charge sociale par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, etc. Le fait que les personnes prises en charge vivent dans la cité implique assurément une diversité d'acteurs intervenant pour pallier les conséquences de leurs troubles psychiques sur leur vie et leurs relations sociales. En effet, que les personnes adressent ou non des demandes de prise en charge, leurs troubles intérieurs se manifestent par des troubles extérieurs (qui, il faut bien le comprendre, sont une seule et même chose : les troubles intérieurs se manifestent par des comportements, des manières d'être et d'agir qui troublent l'entourage. Je les nomme troubles extérieurs dans le sens où ils sont une extériorisation des troubles psychiques, une manifestation de ces troubles intérieurs) tels que des troubles du comportement, des troubles du voisinage, des troubles de l'habiter qui alertent l'entourage immédiat et qu'il s'agit alors – outre de les compenser – de neutraliser.

Dans ce travail de thèse, je regarderai donc les prises en charge de personnes étiquetées comme souffrant de troubles psychiques alors qu'elles vivent dans la cité. Ces prises en charge seront identifiées par les critères que j'ai tracés plus haut, c'est-à-dire des critères de relation et des critères sociaux. Il s'agira de regarder, non pas la part des relations sociales dans la souffrance psychique et l'apparition de troubles psychiques, mais la manière dont on les prend en charge, *comment* sont pris en charge hors-les-murs les personnes qui en souffrent.

Et, dans la tradition de la sociologie compréhensive, la question du *Comment* et la question des pratiques, sont centrales. Il s'agira de rendre compte de la construction sociale de la relation de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques sévères vivant dans la cité, des débordements sociaux occasionnés par ces personnes aux interventions que ces mêmes débordements occasionnent. Je regarderai également avec attention, le territoire d'intervention, ce qui le définit, les personnes prises en charge, leurs différentes dimensions prises en compte dans leurs prises en charge et les différents acteurs et intervenants impliqués – par qui et comment. Je regarderai alors leurs pratiques de prise en charge et leur coordination, c'est-à-dire tout le travail²⁹ que les équipes intervenant auprès des personnes souffrant de troubles

²⁹ Albert Ogien parlait de travail psychiatrique, il nous faut parler au sens large de travail psychosocial et psychiatrique

psychiques fournissent. Ce travail n'est plus ni géographiquement, ni institutionnellement fixé, il consiste à travailler conjointement, en collaboration, bien que les différents acteurs n'appartiennent pas à la même équipe, à la même institution, au même secteur, le lien entre elles étant à présent la personne qu'elles prennent en charge.

Comme je l'ai dit au début de ce chapitre, je regarderai qui plus est la prise en charge de ces personnes comme un fait relationnel, c'est-à-dire une prise en charge vue comme une relation composée de trois éléments, le donateur, le donataire et l'objet du don.

« Quelque chose devient donateur en se liant à un donataire par l'acte de lui faire don, et cela suppose que, par le fait même, il y ait une chose qui devienne un don en étant donné par son propriétaire (le donateur) à quelqu'un (le donataire), et cela suppose qu'il y ait quelqu'un qui devienne un donataire en recevant cette même chose de celui qui la possède légitimement. » (Descombes, 1996, p243)

Cette relation interne relie la personne prise en charge et celle prenant en charge, elles sont toutes les deux des « compléments du sujet » (Ehrenberg, 2011a) du verbe « prendre en charge » (un verbe de don), ils sont interdépendants et jouent un rôle.

Ils sont pris dans « une relation d'action impliquant que les individus sont une paire d'agents, paire formant une unité parce que l'on a affaire à un couple de partenaires [...] et non plus deux individus empiriques indépendants. [Ces agents agissent selon une règle sociale, c'est-à-dire] une règle qui rend le système signifiant pour chaque individu vivant dans cette coutume. Un frère [si l'on prend l'exemple du système de parenté et les relations qu'il crée] n'est pas un élément dans un ensemble, c'est un concept relatif, il est la partie d'un tout. L'institution est de nature descriptive parce que c'est seulement parce qu'on a défini (ce qu'est un frère, ce qu'est un assassinat, ce qu'est un on, etc.) qu'on peut formuler ce que l'on permet et ce que l'on interdit. Le conditionnement n'y est pas causal mais logique. Ce conditionnement, cette socialisation passe par le langage. » (ibid., p 316)

Dans le cas de la relation de prise en charge, nous avons donc une personne étiquetée par d'autres comme ayant des troubles psychiques. Elle se voit ensuite prise en charge par une personne légitimée par des règles sociales, des règles sociales lui permettant de prendre en

charge les dits troubles psychiques et/ou la personne étiquetée et/ou une part des problèmes de cette personne.

Le « quelque chose » échangé est variable selon la personne qui intervient : cela peut être du soin, un accompagnement psychosocial, médico-social ou social, du contrôle, etc. Ce « quelque chose » par ailleurs, se rattache à l'une des trois dimensions de la personne prise en charge, une dimension qu'il nous faudra décrire et voir dans quelle mesure elle s'articule avec les deux autres.

Il nous faudra également définir le territoire de l'intervention et la coordination entre tous les acteurs présents mais aussi la position de chacune des personnes impliquées dans la relation. Si la position de la paire d'agents impliqués dans une relation est toujours importante, elle me paraît encore plus importante dans le cadre d'une relation de prise en charge des troubles psychiques :

- d'une part, du fait même de la hiérarchie pouvant exister entre la personne prise en charge et celle prenant en charge. En effet, la relation entre les soignants et les soignés, entre les médecins et personnel soignant et les malades, relation qui a fait l'objet d'étude sociologique, n'est pas horizontale, bien qu'elle gagne en symétrie depuis une vingtaine d'années : partant d'une relation très verticale, très hiérarchique, le médecin – au chevet du malade alité - imposant son regard sur le malade, contrôlant l'information sur son état et son traitement, sans faire grand cas de son consentement, on en arrive aujourd'hui aux « droits des usagers de la médecine », des patients, - des clients, des citoyens, statuts revendiqués aujourd'hui par certains malades. Ces droits, avec notamment « la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui tend à établir une relation de soins égalitaire, fondée sur un équilibre entre les partenaires » (Girer, 2014, p. 30), ont rétabli une certaine symétrie dans la relation soignant-soigné (*cf.* Annexe 2, p. 571-577)

- d'autre part, comme énoncé plus avant, la médecine psychiatrique a la particularité de pouvoir se passer du consentement des personnes « à soigner ». Ce qui tend à rendre la relation soignant-soigné en psychiatrie asymétrique.

Dans le cas des prises en charge au domicile des personnes souffrant de troubles psychiques, cette égalisation des positions dans la relation soignant-soigné ou accompagnant-accompagné est-elle à l'œuvre ? Qu'en est-il du consentement éclairé des personnes ? Si la médecine psychiatrique est une médecine légale, ayant la capacité de contraindre les personnes à recevoir des soins, sans leur consentement, les secteurs sociaux et médico-sociaux, eux, n'ont pas les

mêmes prérogatives et ne fonctionnent pas selon les mêmes règles que la psychiatrie. Comment intervenir alors sans le consentement des personnes ? Comment intervenir sans demande des personnes ? Quelle relation, quelle position dans la relation ont chacun des agents impliqués ? C'est un élément important qu'il me faudra prendre en compte dans la description des prises en charge proposée par la suite.

Et, ainsi que l'explique Alain Ehrenberg (2011a), il nous faut décrire les agents, « savoir ce qu'est un frère » si l'on étudie les relations de parenté par exemple. Il nous faut donc savoir le rôle que joue la personne étiquetée comme ayant des troubles psychiques ou encore la personne la prenant en charge ou prenant en charge ses troubles.

En conclusion, je rendrai compte ici, par un travail de description et à partir des critères énoncés plus haut (leur territoire, la paire d'agents impliqués, leur position dans la relation, la chose échangée et la dimension sur laquelle elle porte, les règles régissant cet échange et partant le rôle de chacun, la nature des troubles et la nature de la réponse qui y est apportée, c'est-à-dire le travail accompli) des prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques (ou étiquetées comme telles) depuis leur domicile, prises en charge vues comme des objets d'étude sociologique, en cela qu'elles sont des institutions constituées de phénomènes sociaux, des institutions historiquement situées, soumises à des représentations sociales et qu'elles nécessitent l'interaction de nombreux acteurs dont l'expérience de ces troubles est différente, au même titre que les troubles psychiques, qui, comme la maladie mentale, sont des phénomènes relevant des relations sociales, qu'ils perturbent et impactent, et qui nécessitent l'intervention d'acteurs dont les pratiques sont médicales, médico-sociales ou sociales.

Je propose, par ailleurs, par l'étude de plusieurs terrains, de rendre compte de leur transformation. Ainsi les transformations de l'institution psychiatrique, des représentations sur les maladies mentales, sur les malades mentaux, aigus ou chroniques, et un contexte juridique différent, ont conduit à des transformations de la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale.

Avant de présenter une description des prises en charge auxquelles j'ai participé ou que j'ai observées dans le chapitre suivant, je propose de préciser ce qu'est le fait de vivre dans un logement – diffus ou accompagné – pour les personnes souffrant de troubles psychiques, de donner à voir leur qualité de vie, mais également les modes de vie qu'elles adoptent.

Conclusion

Dans cette section, j'ai souhaité présenter la méthode que j'ai utilisée et dans laquelle je situe cette recherche : l'ethnographie enactive. Pour mener cette étude, j'ai donc choisi de vivre l'expérience de cette organisation des prises en charge depuis plusieurs fonctions et partant d'exercer différentes missions dans ce domaine. J'ai en effet occupé un poste de coordinatrice de CLSM, un poste de cheffe de service d'une équipe mobile associative dans le secteur médico-social et enfin un poste de chargée de mission dans une grande association gestionnaire toujours dans le secteur médico-social.

A partir de ces fonctions, j'ai expérimenté l'organisation et la coordination de prises en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques ainsi que leur accompagnement hors-les-murs.

Outre des entretiens et des observations, j'ai ensuite analysé mon vécu pour comprendre ces prises en charge, pour les décrire de manière détaillée, ce que je montrerai dans les sections suivantes.

Mais auparavant, j'ai également explicité les termes que j'utilise tels que le fait relationnel et la relation, termes qui sont la base même de l'étude. En effet, je choisis de regarder les prises en charge des troubles psychiques comme des faits relationnels, des relations internes liant les personnes prises en charge et les personnes prenant en charge. Je souhaite à nouveau souligner que la forme grammaticale du verbe prendre (prenant et pris) ne nous dit rien de la participation des personnes impliquées. Que cette forme grammaticale soit active ou passive n'induit pas que des personnes soient actives d'autres passives, elles accomplissent toutes des actions, et dans le cas contraire, il n'y a pas de relation.

En outre, j'ai précisé les caractéristiques des personnes, celles qui sont engagées dans une relation interne, c'est-à-dire des agents pouvant occuper toutes les places du discours, mais également des êtres humains totaux, c'est-à-dire dotés de trois dimensions, une dimension sociale, une dimension psychique et une dimension physique.

Il est temps à présent de voir ce que vivre hors-les-murs veut dire pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Deuxième partie : Vivre hors-les-murs avec des troubles psychiques

« C'est grâce à mon infirmière qui semblait me porter beaucoup d'attention... j'ai commencé à me réveiller et j'ai commencé à comprendre qu'il y avait une vie en dehors de cette chambre. Les choses ont commencé à s'ouvrir pour moi. Elle savait que j'avais du potentiel, du talent et que je pouvais aller mieux. Je le savais aussi. Je me suis juste réveillée. Je n'halluciniais plus autant, j'étais enfin active avec des envies, j'étais plus sociable... Elle a fini par être très utile en ce sens qu'elle a fait savoir aux gens que j'étais prête à sortir, a assisté aux réunions de l'unité et à sortir une demi-heure deux fois par jour. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 161-162

Vivre avec des troubles psychiques sévères a longtemps signifié vivre dans une institution (au sens de « grands arrangements sociaux ») d'hébergement psychiatrique – un asile ou un hôpital. En effet, l'hospitalisation a longtemps été le seul mode d'habiter pour les personnes qui souffrent psychiquement. A la naissance de la notion de folie comme « maladie », c'est d'ailleurs le traitement préconisé – le retrait social et l'internement dans un lieu spécifique, l'asile (Pinel, 1809 ; Esquirol, 1838 ; Goffman, 1968 ; Castel, 1977 ; Foucault, 2007 ; Gauchet et Swain, 2007 ; Postel et Quénel, 2012 ; Hochmann, 2017). Avec la transformation institutionnelle de leur prise en charge (Henckès, 2007, 2009, 2011; Eyraud et Velpy, 2014), les personnes vulnérables vivent à présent le plus souvent dans des institutions médico-sociales, telles que les résidences sociales, les CHRS, les FAM ou encore les MAS, ou des appartements – qu'ils soient « diffus » ou encore rattachés à des structures (sanitaires, sociales ou médico-sociales) - où elles mènent une vie « autonome », ou du moins avec des moments de vie qui échappent au regard des professionnels de prise en charge (Joubert, 2003 ; Sassolas, 2012; Henckès, 2019). Elles bénéficient dans certains cas d'un suivi assuré soit par une équipe de psychiatrie de secteur, soit par plusieurs équipes de secteurs différents. D'autres, en revanche, ne bénéficient pas d'un suivi spécifique. Ces personnes, quelle que soit leur situation, occupent leur logement, l'investissent (ou non) à leur manière.

Je souhaite dans cette section évoquer les modes d'habiter des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères – que j'ai rencontrées, que j'ai parfois accompagnées ou encore avec qui je me suis entretenue – à la fois du point de vue économique, du point de vue relationnel et existentiel et du point de vue sanitaire, social et médico-social. Pour ce faire, j'adopterai un regard extérieur, *id est* d'observateur, de professionnel de l'accompagnement à domicile. En effet, il ne s'agit pas de regarder la vie dans un logement autonome du point de vue de ces personnes, de voir comment elles ressentent le fait de vivre dans un logement, mais plutôt de décrire et d'analyser cette vie du point de vue des autres, de ceux qui vivent dans leur entourage, de ceux qui les accompagnent. Bien qu'ayant pu observer leur mode de vie, bien qu'ayant échangé longuement avec certaines d'entre elles, je ne suis pas détentricice de leur expérience. Comme je l'expliquais en préambule, j'ai choisi pour ce travail de recherche une méthode qualitative enactive, c'est-à-dire que je me suis mise en situation d'accompagner les personnes, de prendre en charge certains aspects de leur vie. Je suis aujourd'hui détentricice de cette expérience d'accompagnement et suis en mesure d'en dire quelque chose, ce qui n'est pas le cas de l'expérience de vivre avec des troubles psychiques, ni dans un logement, ni ailleurs. Il est bien sûr intéressant de connaître leur histoire et de relater des entretiens que j'ai eu la

chance de mener avec elles, mais pour autant, je ne peux parler de ce que ça fait, pour elles, de vivre hors les murs. J'adopte donc un point de vue extérieur et regarde les troubles de l'extérieur, du point de vue du voisinage, des intervenants.

Je me concentrerai donc ici sur ce que l'on voit du mode de vie dans un logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Mais avant cela, il me faut expliquer la manière dont ces personnes sont identifiées.

Jean-Sébastien Eideliman (2009) a cherché lui aussi à déterminer qui étaient ces personnes. Pour certains chercheurs, la méthode consiste à prendre « comme indicateur de l'existence des troubles, le fait qu'une prise en charge psychiatrique a été mise en place » (*op. cit.*, 2009, p. 45). L'INSEE, quant à lui, pour l'Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée entre 1998 et 2001 auprès d'institutions et de ménages, a laissé « les individus interrogés, déclarer eux-mêmes leurs problèmes de santé, qu'ils soient physiques, sensoriels ou mentaux » (*ibid.*, p. 45). Pour sa part, Jean-Sébastien Eideliman, à partir des résultats de l'enquête de l'INSEE HID de 1999,

« a choisi de partir des incapacités, c'est-à-dire de la manière dont les individus interrogés effectuent (ou non) un certain nombre d'activités de la vie quotidienne, pour cerner les conséquences concrètes et quotidiennes d'un éventuel handicap psychique. » (ibid., p. 47)

Ici, je choisis de déterminer les personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome à la fois à partir des suivis dont elles bénéficient et à partir de leurs troubles du comportement (troubles de l'habiter, comme un investissement hors-norme de l'appartement, incurie, dettes locatives, attitudes étranges) – perçus par l'entourage - et les différentes nuisances qu'elles occasionnent pour autrui (nuisances olfactives, nuisances sonores, nuisances par infestation de parasites). Ces différents troubles peuvent être perçus comme l'extériorisation de troubles psychiques, ce qui pourra éventuellement conduire à un suivi psychiatrique. L'indicateur que je choisis alors pour déterminer qui sont ces personnes est le trouble du comportement qui alerte et qui est interprété comme l'extériorisation de troubles psychiques par l'entourage, par différents agents (comme la famille, des acteurs sociaux ou médico-sociaux). C'est donc bien une lecture extérieure des troubles psychiques et de la vie en logement autonome que je propose dans ce travail de thèse.

Pour autant, ce que ressentent ces personnes n'est pas nié, ni oublié. Je choisis d'entamer chaque section de ce chapitre par un extrait tiré de l'ouvrage du Professeur de psychiatrie de

l'Université de Yale et directeur du programme sur la pauvreté, le handicap et la santé urbaine, Larry Davidson, *Living Outside Mental Illness : Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia* (2003).

En résumé, cette partie s'intéresse à la vie dans un logement autonome des personnes souffrant de troubles psychiques sévères, dans un premier temps sous l'angle de leurs interactions avec l'entourage, en analysant plus précisément la manière dont la maladie mentale vient brouiller les règles d'interaction, les modes de vie des personnes. Puis, dans un second temps, sous l'angle de l'entourage et partant de ses réactions et donc des interventions qui peuvent exister auprès de ces personnes. Par interventions, j'entends notamment ce qui est mis en place pour étayer les personnes, pour permettre cette vie dans un logement, pour les soigner, prendre soin d'elles, mais également pour « neutraliser » les troubles qu'elles provoquent. Il s'agit ici d'analyser la relation de prise en charge de ces personnes en suivant le processus dans un ordre chronologique, c'est-à-dire, de l'entrée dans la relation de prise en charge à sa réalisation – en tenant compte des aléas, des ruptures, etc.

Chapitre 1 : Habiter un logement avec des troubles psychiques sévères

« Je suis devenue très sensible quand mes troubles mentaux ont commencé. Quand j'étais malade, j'ai perdu un peu de mon intelligence, mais pourtant j'en ai gagné un peu par ailleurs. Je suis sensible maintenant et je n'aime vraiment pas ça. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 134

Lors de mes différents terrains de thèse, il m'a été donné d'observer et même de participer à différents dispositifs dont l'une des missions est de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de vivre dans un logement autonome (diffus ou « adossé » à une structure). Cela m'a permis d'observer dans un premier temps diverses manières qu'ont ces personnes d'habiter leur logement, les difficultés qu'elles rencontrent ou qu'elles font rencontrer à leur entourage et, dans un second temps, l'accompagnement dont elles bénéficient (ou non) – et auquel j'ai moi-même participé ou que j'ai tenté de mettre en place.

Ces manières d'habiter oscillent entre un impossible investissement du lieu de vie et un investissement excessif, ou encore qui ne correspond pas à la norme. Quoiqu'il en soit, les troubles psychiques, ou troubles intérieurs dont souffrent ces personnes, s'extériorisent et s'expriment sous forme de comportements qui viennent troubler à leur tour l'entourage immédiat, le voisinage. C'est-à-dire que les troubles psychiques (que l'on peut nommer troubles intérieurs) se manifestent par des troubles divers, comme les troubles du comportement, de l'habiter, du voisinage, etc. (que l'on peut nommer troubles extérieurs).

Ces comportements sont alors regardés, codés ou catégorisés comme des troubles extérieurs par l'entourage, puisqu'ils se manifestent dans le logement, dans l'espace public (ou semi-public), c'est-à-dire des comportements perçus comme irrespectueux des autres, en cela qu'ils viennent les troubler de diverses manières. L'entourage peut se trouver à différentes places quant à ces comportements : il peut les observer, les constater ; il peut les subir – c'est-à-dire subir les nuisances qu'ils entraînent ; il peut en être également le destinataire, c'est-à-dire que les comportements lui sont directement adressés (comme les comportements agressifs adressés à un voisin en particulier, à un proche, à un professionnel ou même une institution). En tout état

de cause, ces comportements sont autant de signes extérieurs qui font office d'alerte lorsque les troubles psychiques, eux, n'ont pas été repérés.

Un évènement, un détail, « une étrangeté », peut venir offrir un nouveau regard sur ces comportements – que des interventions « ordinaires » ne parviennent pas à neutraliser. En effet, les comportements peuvent faire l'objet d'une nouvelle catégorisation, d'un recodage par des agents qu'il me faudra détailler : les auteurs de troubles sont alors vus comme des personnes souffrant de troubles psychiques et leurs comportements comme l'opérationnalisation de leurs troubles psychiques – que cette nouvelle catégorisation soit juste ou non, c'est-à-dire qu'elle n'équivaut pas à un véritable diagnostic médical, mais vient malgré tout marquer l'entrée de la personne dans une relation de prise en charge au regard de sa santé mentale. En effet, les comportements sont regardés alors comme les symptômes de la maladie psychique – logée à l'intérieur de la personne –, maladie psychique qui s'extériorise sous la forme de troubles divers, comme les troubles de l'habiter, les troubles du comportement, les troubles du voisinage, etc. Cette lecture nouvelle est le fait d'agents qui réalisent ce travail de recodage et partant, entament la relation de prise en charge.

Parfois ces signes extérieurs, comme les suicides ou tentatives de suicide, sont des troubles d'une qualité autre, puisqu'on ne peut les rattacher à des nuisances à proprement parler. Ils ne créent pas une nuisance pour les autres, mais provoquent des émotions très intenses pour l'entourage – inquiétude, peur, colère, etc. –, ils troublent l'entourage sans lui nuire. Par ailleurs, à la différence d'autres troubles extérieurs créateurs d'intenses nuisances répétées - comme c'est le cas de l'incurie par exemple, j'y reviendrai -, ils sont, quant à eux, immédiatement catégorisés comme troubles psychiques et ne nécessitent pas de recodage de la part de celui qui est troublé (dans le sens de dérangé par), bien que suicides ou tentatives de suicide ne soient pas nécessairement liés à des troubles psychiques. Pour le reste, ils ne diffèrent pas des autres comportements venant troubler l'entourage puisqu'ils donnent l'alerte sur des situations et entraînent une tentative de prise en charge.

C'est ce que je voudrais aborder ici, c'est-à-dire les troubles psychiques et la manière dont ils se manifestent à l'échelle d'un immeuble ou d'une résidence et, partant les réactions de l'entourage, du voisinage. En effet, pendant longtemps, les personnes vivant avec des troubles psychiques vivaient dans leur lieu de soin ou bien encore en famille (Quintin, 2020) ; rares étaient celles qui vivaient seules dans un logement. Leurs troubles psychiques se manifestaient dans des espaces définis pour cela (l'hôpital, une clinique), ils étaient contrôlés et n'envahissaient pas l'espace public. Dans les années 1970 et 1980, la psychiatrie de secteur en

plein développement a permis à ses patients de sortir de l'hôpital en mettant en place des structures intermédiaires (Velpry, 2009 ; Sassolas, 2012 ; Henckès, 2019 ; Legoullon, 2020), en les soignant en ambulatoire (Henckès, 2007), en les accompagnant socialement et quotidiennement, en assurant la gestion locative de leurs logements (*op. cit.*, 2012 ; *op. cit.*, 2019), en assurant une présence lors des crises, en leur permettant de « s'employer », de s'occuper, etc. (Bretécher et Hersant, 2005 ; *ibid.*, 2012 ; Quintin, 2016). Aujourd'hui donc, après ce virage ambulatoire des prises en charge de la santé mentale, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation qui en découle et une nouvelle politique de santé prônant l'inclusion (Autès et Demailly, 2012) – ou du moins une meilleure intégration des personnes en situation de handicap –, les trajectoires (Strauss et Baszanger, 2016) – ou parcours pour reprendre le discours des politiques de santé (Guirimand, 2018) – des personnes rencontrent de plus en plus souvent le milieu ordinaire et partant des lieux d'habitation distincts des lieux de soins. Idéalement, les personnes vivent dans leur logement et vont vers les soins lorsqu'il le faut, lorsqu'elles en ont besoin. Mais, concrètement, sur mes lieux d'observation – plusieurs communes d'Île-de-France, plusieurs grands ensembles de logements sociaux gérés par des bailleurs sociaux ayant conventionné avec une grande association médico-sociale - j'ai pu constater qu'elles vivent dans la cité et que leurs troubles intérieurs viennent troubler l'espace public ; hormis lorsqu'elles vivent dans des logements dont la gestion locative est assurée, soit par une association médico-sociale, soit par une association émanant de l'équipe de secteur de psychiatrie, auquel cas, ces comportements troublant l'entourage sont moindres, les troubles psychiques faisant l'objet, déjà, d'une prise en charge.

Pour celles qui vivent dans un logement diffus, comment se passe cette vie dans la cité ? Quel accueil leur est fait ? Quelle vie mènent-elles ? Comment vont-elles vers les soins ? Quelle demande font-elles, quelle aide demandent-elles pour pallier leur vulnérabilité, calmer leurs troubles ?

Pour répondre à ces questions, il faut déjà préciser que vivre dans un appartement implique un certain savoir,

« une capacité à s'approprier et à utiliser normalement des équipements standardisés tout en évitant l'écueil de l'endettement [...] une aptitude à se plier aux règles du savoir-vivre, à conjurer le péril de repliement passif dans le home et de la violence civile adressée au proche voisinage et finalement à ouvrir l'habitant à une participation aux politiques de la ville. » (Breviglieri, 2006, p. 91)

C'est une socialisation aux règles du vivre-ensemble que les troubles psychiques peuvent rendre difficile à mettre en œuvre, à maintenir – bien qu'elles soient connues.

En effet, l'usage du logement doit correspondre à des « *bonnes manières d'habiter* » (*op. cit.*, 2006, p. 94), des exigences portant sur l'utilisation, la consommation et la coutume, ces trois pôles ayant « *des figures normatives du bien habiter* » : application efficace du mode d'emploi, conscience économe de la valeur et respect des convenances.

A l'opposé, on trouve également des « *figures d'écart à l'usage qui convient, tour à tour comme détérioration, gaspillage et inconvenance sociale* » (*ibid.* p. 94).

Or les troubles psychiques peuvent amener les personnes qui en souffrent à s'écarter des « *bonnes manières d'habiter* ». Elles ne parviennent pas à respecter les comportements attendus par les autres, leur entourage, leur voisinage, leur famille, leurs proches, des comportements dictés à la fois par les règles d'interaction et par les règlements intérieurs (dans le cas des bailleurs sociaux) ou les lois (régissant notamment les nuisances). Elles ne parviennent pas à répondre aux exigences en termes à la fois d'utilisation, de consommation et de coutume.

Ce « dérangement » des règles est rendu plus problématique par la densité de population, ainsi, les troubles sont-ils repérés davantage dans les grands ensembles de logements sociaux ou privés – que dans les quartiers pavillonnaires, où ils existent néanmoins.

Par ailleurs, la gestion locative institutionnalisée par un bailleur social rend la plainte – du voisinage à l'encontre de ces auteurs de troubles – et l'intervention auprès d'eux plus aisées que dans le cadre de résidences privées. C'est à partir de situations rencontrées au cours de mon terrain dans des grands ensembles de logements sociaux franciliens que je retrace ici la vie en appartement des personnes vivant avec des troubles psychiques. Dans ces diverses situations, les personnes, vivant seules ou en famille, ne bénéficient pas toutes d'un suivi déjà établi, et ce suivi, lorsqu'il existe, n'est pas nécessairement lié à leurs troubles psychiques.

Pour décrire la vie en appartement autonome – diffus ou adossé à une structure – des personnes présentant des troubles psychiques, je regarderai dans un premier temps leur qualité de vie objective, ce qui questionne alors leur rapport à l'institution de l'habiter, et plus précisément leur rapport aux règles d'interaction et au respect de la territorialité personnelle d'autrui (Goffman, 1968, 1996a, 1996b).

Dans un deuxième temps, je propose de décrire leur mode de vie au travers de leurs manières d'investir l'espace, leur logement, ainsi que certains de leurs comportements qu'ils soient actifs ou passifs. Ces manières d'agir et de vivre le quotidien dans le logement sont codés par le voisinage, les bailleurs sociaux, l'entourage, les agents municipaux, la police, comme des troubles – en cela qu'ils viennent troubler leur propriété, leur quiétude, leur tranquillité, leur morale, leur moral, leurs affects (en créant des émotions telles que la colère, l'empathie, la compassion, la peur, etc.) – des « troubles du comportement » que l'on peut qualifier de « troubles de l'habiter » (sur / dé / non-investissement de l'espace ; dette ; incurie), et/ou « troubles du voisinage » et/ou encore « nuisances » (sonores, olfactives, par infestation de nuisibles ou parasites). Ces troubles sont passibles de poursuites judiciaires, ils peuvent entraîner des contraventions ainsi que l'expulsion du logement.

On constate alors, qu'après plusieurs tentatives restées vaines de neutralisation (par la famille, le voisinage, les agents municipaux, les travailleurs sociaux communaux ou départementaux, le bailleur social, etc.), ces troubles du comportement font l'objet d'un travail de recodage par différents acteurs, un travail d'interprétation différente, permettant alors de les voir comme les conséquences ou plutôt la manifestation des troubles psychiques. Ce recodage en effet est une nouvelle grille de lecture des troubles du comportement qui sont lus comme l'extériorisation des troubles psychiques et non plus des comportements irrespectueux ou délictueux. C'est précisément ce que j'aborderai dans un troisième temps.

Enfin, dans un quatrième temps, je proposerai une description des outils permettant la prise en charge de ces troubles du comportement, une fois le travail de recodage effectué, une fois leur origine psychique mise au jour.

I. L'institution de l'habiter : de l'hôpital à l'appartement autonome

Depuis le virage ambulatoire de la prise en charge médicale et sociale des maladies psychiques, davantage de personnes vivent dans un appartement autonome (diffus ou adossé à une structure). Dans les années 1980, certaines équipes de secteurs psychiatriques, réunies en associations, que j'appelle associations de secteur, ont proposé à leurs patients encore hospitalisés au long cours, de devenir locataires de logements qu'elles louaient au préalable (soit dans le secteur privé, soit dans le secteur public) ; c'est le cas de l'association de secteur que j'ai rencontrée durant mon terrain de thèse. Celle-ci a été fondée en 1979 par les soignants d'un secteur psychiatrique de la banlieue parisienne et a permis à dix personnes hospitalisées en psychiatrie³⁰ d'intégrer trois appartements – localisés dans la cité – tout en assurant leur suivi.

Aujourd'hui, cette association³¹, comme ses homologues, propose des logements à ses patients hospitalisés, mais aussi – et même surtout, les temps d'hospitalisation ayant été considérablement réduits – à ses patients vivant à la rue ou vivant avec leur famille et désirant vivre de manière autonome.

La vie des personnes souffrant de troubles psychiques s'en trouve tout à fait métamorphosée si l'on considère la vie que menaient les aliénés (tout au long du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle) ou encore les personnes hospitalisées au long cours.

A la lecture de témoignages d'aliénés (Rouy, 1883) ou de travaux historiques sur ce qu'était la vie des aliénés (Le Bras, 2018), on peut avoir une idée de la vie derrière les murs d'enceinte des institutions ; on réalise que la vie hors-les-murs était rendue extrêmement difficile pour des personnes ayant passé des dizaines d'années dans une institution que l'on peut qualifier de totale (Goffman, 1968). Les représentations partagées aujourd'hui sur l'asile du 19^{ème} siècle en font un lieu de réclusion à vie.

Or, la surpopulation, le manque de moyens, de ressources, de la psychiatrie asilaire et l'idée que l'on guérit l'aliénation, au contraire, permettaient à de nombreux aliénés « guéris » de sortir de l'asile. Ceci a changé au cours du 20^{ème} siècle, le principe même de guérison disparaissant

³⁰ Les durées d'hospitalisation s'évaluaient de 3 ans à 30 ans.

³¹ Une vingtaine d'appartements pour une trentaine de patients-locataires.

petit à petit. Il est remplacé aujourd'hui par l'idée de rétablissement (Jouet et Greacen, 2012 ; Bonnet, 2014 ; Koenig, 2016 ; Castillo et Koenig, 2017 ; Martin, 2017 ; Jouet, Greacen et Fischer, 2019), c'est-à-dire :

« Un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale. »³²

La guérison étant pensée comme possible au 19^{ème} siècle, les soins ambulatoires n'existaient pas. En effet, le traitement le plus efficace contre la folie étant l'internement, quand celle-ci était guérie, le traitement pouvait s'interrompre.

Or, l'inefficacité du traitement par l'internement, l'effet chronicisant de l'asile et l'absence d'un travail de réinsertion des aliénés engendraient des conditions de sortie très défavorables pour les internés. Cela questionnait déjà les psychiatres de l'époque qui cherchaient pour certains des solutions afin de pallier les effets de l'asile et de la ségrégation. « L'impossible sortie de l'asile : une vie hors-les-murs entre exclusion et assistance », titre assez révélateur du 3^{ème} chapitre de l'ouvrage d'Anatole Le Bras (2018), tend à renforcer cette idée. L'auteur y propose cinq facteurs expliquant l'impossibilité pour les aliénés guéris (ce qui est juridiquement un terme incorrect, car, avec la loi de 1838, soit on est aliéné et auquel cas on est interné à l'asile, soit on ne l'est pas et auquel cas, on sort de l'asile) d'une vie hors-les-murs : la rupture des liens avec leur famille et leurs proches ; leur situation financière ; leur manque de socialisation et la socialisation secondaire issue de l'asile ; la stigmatisation de l'aliénation et des asiles ; l'absence de structures transitionnelles (*op. cit.*, 2018, p. 229-263).

Il faut attendre les années 1920 pour qu'apparaissent d'autres types de structures que l'asile. Il ne s'agit pas encore de structures intermédiaires ou transitionnelles, mais de structures pour une autre population, les petits mentaux – les curables-aigus -, quand les asiles, devenus hôpitaux psychiatriques, restent pour les grands mentaux – les incurables-chroniques. Ces nouvelles structures sont les services ouverts ou services libres fondés par le « chantre de l'*Open Door* »,

³² Bill Anthony, un usager de la psychiatrie, co-fondateur du mouvement *Recovery* en 1993

Edouard Toulouse. Ce dernier ouvre en 1922 un service libre à Sainte-Anne au sein duquel la loi de 1838 ne s'applique pas, et promeut avec vigueur le modèle des services libres car, pour lui, les difficultés psychiques des personnes s'accompagnent de difficultés sociales que l'intervention de l'Etat peut corriger.

Ce sont les débuts d'une politique d'hygiène sociale, nouvelle préoccupation de santé publique, et d'une psychiatrie sociale qui est loin de faire l'unanimité. Les services libres représentent « *une articulation nouvelle des institutions psychiatriques avec la société* » (Henckès, 2015, p.133). Par ailleurs, ils permettent d'éviter le recours au droit. Ils sont des services de première ligne permettant l'orientation des malades, un premier triage permettant de distinguer les petits mentaux des autres. En outre, ils proposent un traitement actif aux malades susceptibles de guérir rapidement. Il s'agit en effet de traiter les maladies légères et de ne pas garder les patients trop longtemps dans le service.

Ils sont officialisés par deux circulaires, celle du 13 octobre 1937 relative à l'organisation dans le cadre départemental de la prophylaxie des troubles mentaux³³ et celle de du 7 décembre 1938 sur le régime des aliénés, qui s'intéresse à obtenir un meilleur rendement du dispositif existant sur le plan hospitalier³⁴.

Si comme l'indique le psychiatre désaliéniste, Lucien Bonnafé, les services libres ne sont pas un embryon de secteur en cela qu'ils sont le pendant des services fermés - ils n'existent que parce que l'asile lui-même existe dans un couple Fermé/Libre, asile/dispensaire -, ces services ouverts témoignent de :

³³ Il est envisagé dans chaque département : la création d'un dispensaire d'hygiène mentale, avec consultations externes dans les centres importants ; l'institution d'un service social à l'aide d'assistantes spécialisées ; l'organisation de services libres d'observation et de traitement où les soins précoces pourront être assurés à l'aide d'un personnel médical et infirmier qualifié ; le développement et la modernisation des services fermés ; le dépistage des enfants déficients d'âge scolaire doit être institué dans chaque département par l'adjonction de consultations de neuropsychiatrie infantile aux consultations psychiatriques des dispensaires, organisation qui fonctionnera en collaboration avec l'inspection médicale des écoles, des membres de l'enseignement et des assistantes spécialisées. Par la suite, la possibilité de créer des services libres médico-pédagogiques départementaux ou interdépartementaux est envisagée.

³⁴ Chaque fois que cela sera possible, le placement volontaire devra être préféré au placement d'office. Le placement volontaire gratuit doit être la règle pour les malades indigents non dangereux ; il faut savoir que la règle était alors de placer les pauvres "d'office" et les riches "volontaires", au point que les imprimés administratifs stipulaient le P.O.G. (placement d'office gratuit) et le P.V.P. (placement volontaire payant). Il convient de préférer toujours l'entrée directe du malade à l'hôpital psychiatrique plutôt que son passage par le "dépôt provisoire" dans un hôpital ou un hospice qui, s'il existe, ne saurait excéder une durée de quatre jours du fait des conditions de séjour déplorable. La transformation du placement d'office en placement volontaire est autorisée à condition que le malade soit devenu inoffensif. C'est une innovation car cette mesure, bien que légale, n'avait pratiquement jamais été appliquée. Les enquêtes à domicile sont instituées pour apprécier la légitimité de l'internement et sa situation sociale.

« l'émergence d'un nouveau courant de pensée marginal prônant l'extra-hospitalier qui s'adressera principalement à la névrose, avec le développement des thérapeutiques dites « psychodynamiques ». » (Rhenter, 2010, p. 13)

Ils inaugurent en outre une nouvelle relation de soins, puisque le médecin sort de son hôpital pour aller à la rencontre du malade, bien que le service libre ne sonne pas le glas de l'hôpital, ni du monopole de la psychiatrie dans la prise en charge des troubles psychiques. En effet, l'hôpital finance les services ouverts ou libres et reste au « centre du dispositif de santé mentale ». Le terme même d' « extra-hospitalier » renforce la centralité de l'hôpital puisque l'on situe les autres dispositifs par rapport à lui.

Les structures transitionnelles ou alternatives sont pensées pendant la seconde guerre mondiale, période tragique et sombre pour la psychiatrie où près de quarante mille malades internés trouvent la mort faute d'approvisionnements en nourriture suffisants (Bonnafé et Lafont, 1987 ; Henckès, 2005 ; von Buelzingsloewen, 2009). Cette période noire voit malgré tout naître un groupe de jeunes psychiatres qui imaginent une autre psychiatrie et critiquent les conditions d'internement et l'idée même de l'internement comme traitement. Les jeunes psychiatres proposent alors une organisation globale de la psychiatrie³⁵: « *unité et indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure* » (Henckès, 2007, p. 183), c'est-à-dire un « *service de psychiatrie unifié* » qui reprend en un même « centre » toutes les missions de la psychiatrie et qui renvoie à des enjeux institutionnel, disciplinaire et anthropologique (*op. cit.*, 2007, p. 184).

D'un point de vue institutionnel, cette unité se matérialise par la création de différents dispositifs au sein d'un service départemental unifié : des services fermés, des services ouverts, des consultations en dispensaire, des placements familiaux, mais également des services sociaux et un travail de « propagande » - pour reprendre les termes des jeunes psychiatres – auprès de la population. Il s'agit, au sein d'un service départemental, de pouvoir offrir à la fois de la prévention, de la prophylaxie, de la cure, et de la post-cure, sous différentes formes et avec différents acteurs.

D'un point de vue disciplinaire, il s'agit de parvenir à unifier les différents courants et théories parcourant la discipline psychiatrique.

³⁵ « Un holisme en acte » (*op. cit.*, 2007)

D'un point de vue anthropologique cette fois, l'unité de la psychiatrie peut offrir une vision globale de la maladie mentale et de « la personnalité de l'individu aussi bien du point de vue somatique que social et familial envisagé tout au long d'une biographie elle-même indivisible » (*ibid.*, p. 187).

Cette vision holiste à la fois du soin et de la personne prend forme à la fois dans le secteur, soit un territoire qui permet à une même équipe d'assurer à proximité des lieux de vie des personnes la prévention, la prophylaxie, la cure et la post-cure, et dans la psychothérapie institutionnelle, décrite aussi comme « *sociothérapie, techniques de réadaptation, de resocialisation, thérapies sociales, vie sociale, voire même des notions plus englobantes encore comme psychiatrie sociale* » (*ibid.*, p. 198), qui repose sur l'idée d'un traitement par l'institution et son fonctionnement, et qui s'inscrit contre l'idée de traitement par la réclusion ou le retrait social. Dès la fin de la seconde guerre mondiale, pour une part, les pratiques de la psychiatrie se transforment sous l'impulsion de ces jeunes psychiatres, même s'il faut attendre 1960 et la circulaire du 15 mars pour que le secteur soit juridiquement créé et 1985 et la loi du 31 décembre relative à la sectorisation psychiatrique qui intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale, pour qu'il se dote d'un statut juridique.

De 1960 à 1980, deux psychiatries co-existent, à la fois une psychiatrie de secteur ambulatoire, cet holisme en acte dont parle Nicolas Henckès, et une psychiatrie hospitalière, l'extra et l'intra-hospitalier.

Des dispositifs transitionnels, que Le Bras juge comme l'un des facteurs permettant la « réussite » des projets de sortie de l'hôpital pour les internés, voient le jour dans les secteurs où la politique des jeunes psychiatres est à l'œuvre, mais ils ne sont officialisés qu'en 1986³⁶ par l'arrêté du 14 mars relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement³⁷.

³⁶ L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement énumère et définit avec l'Art. 1 les équipements et services ne comportant pas d'hébergement : Centres médico-psychologiques ; Centres d'accueil permanent ; Hôpitaux de jour ; Ateliers thérapeutiques ; Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ; Services d'hospitalisation à domicile et avec l'Art. 2 les équipements et services comportant l'hébergement" : Unités d'hospitalisation à temps complet ; Centres de crise ; Hôpitaux de nuit ; Appartements thérapeutiques ; Centres de post-cure ; Services de placement familial thérapeutique.

³⁷ Des Centres Médico-psychologiques (CMP créé en 1960), des Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP, créés en 1986), des hôpitaux de jour (création en France en 1962 mais création juridique en 1986), des Centres d'Accueil et de Crise (CAC créés en 1986), des appartements thérapeutiques (Créés en 1986), des ateliers thérapeutiques (créés en 1986) et des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (créées en 1998 puis juridiquement en 2005), toutes les associations émanant du secteur de psychiatrie telles que des ateliers d'Art-Thérapie, les clubs thérapeutiques, etc.

Cette transformation est bien souvent appelée « désinstitutionnalisation » (Eyraud et Velpry, 2014 ; Henckès, 2015 ; Henckès, 2018), bien qu'il s'agisse plutôt d'une transformation institutionnelle :

« Il s'agit de remplacer l'hôpital psychiatrique, institution par excellence, « institution totale » selon Goffman, par quelque chose d'autre, ramassé le plus souvent sous l'expression « virage ambulatoire ». » (Demailly, 2008, p.131)

Lise Demailly poursuit en donnant deux définitions possibles au terme désinstitutionnalisation :

« La disparition, la mort d'une institution ; l'envahissement exclusif d'un espace social par les jeux d'intérêt individuels (et donc le contractuel pur). » (op. cit., p. 132)

Or, l'hôpital psychiatrique, bien qu'un peu moins central qu'hier, n'est pas mort et la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ne relève pas encore de jeux d'intérêt individuels. La désinstitutionnalisation n'a pas encore eu lieu, car aujourd'hui, ces prises en charge existent bel et bien. En revanche, elles ne sont plus le fait d'une seule institution, la psychiatrie, ni d'une seule structure, l'hôpital. Les secteurs de psychiatrie, pour une grande part d'entre eux, ont développé beaucoup de dispositifs, structures ou services permettant la prise en charge de leurs patients sous différentes formes ou modalités, ainsi que je le mentionnais plus avant. Ils mettent en place un ensemble de dispositifs organisés en rhizome permettant dans un tout unifié de prendre en charge les personnes et leurs différents besoins intriqués les uns aux autres sur un territoire.

Outre par la création de ces dispositifs transitionnels (de l'hôpital à la vie en appartement autonome) ou palliatifs (pas d'hospitalisation mais une vie en appartement autonome adossé à une structure), la vie hors-les-murs a été rendue possible par la modification de la loi de 1838 dans les années 1990. L'article L. 350 de la loi du 27 juillet 1990 prévoit notamment des sorties d'essai³⁸.

³⁸ Art. L. 350. - Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4^{ter} et 44 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Ainsi, on voit le lent passage de l'internement à une prise en charge hors-les-murs dans des dispositifs et services de la psychiatrie de secteur organisés comme un tout. Les soins et accompagnements psychiatriques qu'on y délivre sont pensés de manière globale : les équipes de secteur réparties dans les structures intra- et extra-hospitalières veillent à prendre en charge en effet toutes les dimensions de la personne.

Néanmoins, tous les secteurs de psychiatrie ne travaillent pas sur la globalité de la personne, certains se recentrant sur des pratiques plus médicales et biologiques. Ces secteurs « profitent » alors des transformations institutionnelles qu'ont connues et que connaissent les prises en charge de la santé mentale pour transférer certaines de leurs activités : ils confient l'accompagnement – soit la dimension sociale – de leurs patients à d'autres secteurs. Ainsi certaines associations de logement, comme j'ai pu l'observer durant mon terrain de thèse, sont confiées petit à petit au secteur médico-social, les équipes de psychiatrie n'assurant plus que le suivi médical. La gestion locative ainsi que l'accompagnement des personnes sont transférés, eux, aux professionnels du secteur médico-social. C'est le cas d'une association de secteur francilienne créée en 1971, qui a confié en 2018 la totalité des appartements qu'elle louait à des bailleurs sociaux depuis sa création et qu'elle sous-louait à ses patients, à une association médico-sociale d'utilité publique dont la mission est l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans divers établissements et services en Île-de-France. Les baux des logements ont glissé de l'association de secteur vers l'association médico-sociale, qui en assure à présent la gestion locative. Un SAVS, dont l'association médico-sociale est gestionnaire, assure l'accompagnement social à domicile. L'équipe de psychiatrie, quant à elle, assure le suivi psychiatrique par l'intermédiaire de son CMP, les soignants ne se rendant alors plus que rarement à domicile.

C'est un changement paradigmatique important au sein même de la psychiatrie qui considérerait ces pratiques sociales comme relevant de sa compétence, car pouvant être thérapeutiques et abordées de manière thérapeutique.

En effet, parallèlement aux transformations institutionnelles à l'intérieur de la psychiatrie, on voit des transformations institutionnelles à une autre échelle. Si par la loi 75-535 du 30 juin 1975, dite « loi sociale », le soin est séparé de l'accompagnement – le secteur sanitaire du secteur médico-social (Henckès, 2019) –, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances permet, quant à elle, (entre autres choses) la reconnaissance du handicap psychique. Ainsi les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent demander à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) une reconnaissance de

handicap et partant obtenir une compensation de ce handicap à la fois par une orientation vers un accompagnement adapté et par l'octroi d'une allocation (l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)). Elle permet également que des structures médico-sociales s'ouvrent à l'hébergement et aux accompagnements sociaux liés au handicap psychique et que des structures spécifiques soient créées.

Ainsi, les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillent dès 2005 des personnes en situation de handicap psychique et se spécialisent même dans ce type d'accompagnement. Des résidences accompagnées (ou résidences sociales créées en 1995) débutent également l'accueil de personnes vivant avec des troubles psychiques. Des Services d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) sont créés ainsi que les Mesures d'Accompagnement Social Spécialisé (MASP) en 2007. L'accompagnement dans le logement est soutenu également par des dispositifs tels que le Logement d'Abord ou encore les Logements Accompagnés (initiés en 2014). Une palette de structures et services médico-sociaux permettant aux personnes de vivre dans un logement voit le jour dès 2005, qui recentrent le suivi offert par la psychiatrie publique sur la dimension médicale.

De même, pour prendre en charge différentes dimensions de la personne, outre son logement, sa vie quotidienne et la gestion administrative de cette dernière, des services émergent lui permettant de « s'employer », de créer des relations sociales. Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) s'ouvrent aux personnes en situation de handicap psychique (si elles ne résident pas dans un FAM ou une MAS), puis les services d'emploi accompagnés se développent (2018). Pour lutter contre l'isolement des personnes et permettre leur rétablissement (Troisoeufs, 2009), sur le modèle des clubs thérapeutiques mais hors-les-murs, sont créés, toujours en 2005, les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) qui permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques de s'impliquer dans ces groupes associatifs et autogérés, de tisser des liens et ainsi d'étoffer leurs relations sociales.

L'ensemble de ces acteurs, bien qu'ayant un cahier des charges précis rédigé notamment par les Agences Régionales de Santé (ARS), peuvent innover et « bricoler » des manières de fonctionner qui s'adaptent à leur territoire. Cependant ces innovations aujourd'hui ne peuvent faire l'économie de réponses à des Appels à Projet (AAP) (Boltanski et Chiappello, 2011) ou Appels à Manifestation d'Intérêt (AMI - une nouvelle forme de d'AAP où le porteur de projet ne répond pas à un cahier des charges mais invente un dispositif lié à un besoin sur son territoire).

Ces transformations institutionnelles, remarquables en psychiatrie mais également au sein du secteur médico-social, s'étendent également au secteur social. Ainsi, à ces acteurs de la prise en charge des troubles psychiques – que ce soit la psychiatrie et tous les dispositifs qu'elle a créés ou le secteur médico-social –, il faut aujourd'hui – plus qu'hier encore – ajouter les acteurs sociaux de première ligne comme les bailleurs sociaux, les personnels sociaux des différents guichets des services publics, les pompiers, les forces de l'ordre, etc.

Il faut rajouter également d'autres acteurs de première ligne, sanitaires ceux-là, comme les médecins généralistes, les médecins-psychiatres ou les psychothérapeutes de ville.

Finalement, la vie hors-les-murs pour les personnes souffrant de troubles psychiques est rendue possible par ces diverses transformations institutionnelles – qui ne peuvent se confondre avec une désinstitutionalisation. Les différents facteurs – hormis la stigmatisation dont souffrent toujours la psychiatrie, la santé mentale et les malades (voire même les soignants) – pointés par Le Bras comme entravant les chances de « réussite » du projet de sortie de l'asile, se sont trouvés améliorés : le lien avec les familles qui se voit renforcé par les intervenants³⁹, les ressources des personnes souffrant de maladies psychiques et ne pouvant pas travailler⁴⁰, la socialisation ou chronicisation liée à des séjours longs dans des asiles isolés⁴¹ et enfin l'existence de structures, d'institutions intermédiaires (entre l'asile et la vie dans la cité).

Pour autant, la vie dans la cité pour les personnes avec des troubles psychiques reste difficile tant les représentations des troubles psychiques sévères restent liées à la dangerosité et les prises en charge difficiles à mettre en œuvre. En effet, comme on le verra dans cette section, si les facteurs entravant la réussite des projets de vie hors-les-murs des personnes vivant avec des troubles psychiques ont été travaillés, ont fait l'objet d'améliorations, les transformations institutionnelles – le passage d'une institution unique, la psychiatrie de secteur, à diverses institutions prenant en charge ces personnes (telles que le secteur médico-social, des acteurs sociaux comme les bailleurs sociaux), la réduction des moyens du secteur de psychiatrie, la transformation des portes d'entrée dans les prises en charge, la transformation des parcours de prise en charge qui ne sont plus linéaires – rendent la vie hors-les-murs aujourd'hui encore

³⁹ En termes de rapport à la famille, qui était celle qu'il fallait protéger de l'aliéné au 19^{ème} siècle, qui est devenue celle dont on doit protéger l'aliéné – puis le malade mentale – dès le 20^{ème} siècle, pour devenir celle qui accompagne son proche en situation de handicap psychique (Quintin, 2020).

⁴⁰ En termes de revenus, il existe en effet des compensations de la situation de handicap psychique que vivent ces personnes (comme l'allocation adulte handicapée lorsque le handicap a fait l'objet d'une reconnaissance par la MDPH, ou le Revenu de Solidarité Active (RSA) pour ceux dont le handicap n'est pas reconnu, ou encore une indemnisation de la sécurité sociale au titre de l'invalidité).

⁴¹ La durée des séjours en psychiatrie ces dernières années n'a cessé de diminuer.

difficile en plusieurs points. On peut en effet dire qu'en France la désinstitutionnalisation de la prise en charge des troubles psychiques n'a pas eu lieu. Pour autant, on peut se demander pourquoi ce terme est malgré tout employé. Pourquoi le sentiment que les personnes sont « abandonnées » par les institutions semblant devoir les prendre en charge existe-t-il, alors même que ces institutions existent ?

Les ruptures de parcours – comme les ruptures de soins ou d'accompagnement – que connaissent parfois les personnes, leur rapport aux règles d'interaction, mais également leurs divers comportements – actifs ou passifs - et modes de vie, d'une part, rendent la vie dans la cité insatisfaisante pour elles (Prouteau, Grondin et Swendsen, 2009) et d'autre part, troublent leur entourage qui ne sait comment réagir. La vie dans la cité pour les personnes vivant avec des troubles psychiques et leur gestion du quotidien, telles que j'ai pu l'observer durant mes différents terrains de thèse, laissent émerger des troubles du comportement, manifestations extérieures de leurs troubles psychiques. Ils alertent l'entourage qui intervient alors pour les neutraliser sans succès.

Après l'exposé de ces diverses transformations institutionnelles, je souhaite donc ici rendre compte de la vie des personnes vivant dans un logement autonome (qu'il soit adossé à une structure ou diffus) aujourd'hui.

J'aborderai donc, dans un premier temps, la vie sociale des personnes vivant dans un logement autonome et plus précisément leur qualité de vie à partir de différents indicateurs, puis, dans un deuxième temps, leur rapport aux règles d'interaction et les conséquences que cela peut avoir pour elles et pour l'entourage. Dans un troisième temps, je regarderai les modes de vie de ces personnes, leurs comportements qu'ils soient actifs ou passifs et par conséquent les troubles que cela provoque. Dans un quatrième temps, enfin, j'aborderai l'entrée dans la prise en charge des troubles psychiques par le travail de recodage de certains acteurs : ceux-ci effectuent un travail permettant de requalifier les troubles du comportement en troubles psychiques. En effet, en comprenant que ces troubles du comportement sont une manifestation de troubles psychiques, en les recodant donc, ils permettent que se mettent en place des prises en charge spécifiques.

1. Qualité de vie dans un appartement autonome pour les personnes vivant avec des troubles psychiques

Maintenant que la vie dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques est possible en cela que diverses institutions ont été mises en place pour la permettre (AAH, GEM, SAVS, appartements thérapeutiques, associations de secteur, logements accompagnés, etc.), je m'interroge sur la vie qu'elles y mènent ? Peut-on qualifier cette vie de « normale » ? Est-ce que les personnes sortent de leur logement pour faire leurs courses, invitent des amis, de la famille chez elles, vont à la rencontre d'amis ou de leur famille ? Sortent-elles se promener dans les environs de leur logement ? Comment investissent-elles leur logement et le quotidien ?

Finalement, il s'agit d'avoir un aperçu de la qualité de vie de ces personnes. A la lecture d'*Asiles* (*Ibid.*, 1968), on prend conscience que la qualité de vie des personnes vivant dans un appartement autonome n'a rien de comparable avec celle des personnes hospitalisées au long cours dans les années 1960 – mais également après. Cela ne m'empêche pas de considérer cette qualité de vie. Pour ce faire, je l'aborderai par différents critères empruntés à une recherche sur le handicap psychique dont l'objectif était de

« décrire les difficultés dont les sujets souffrant de schizophrénie font l'expérience dans la vie quotidienne, en termes de qualité de vie dans différents domaines : relations sociales, travail, autonomie, etc. » (Grondin, Prouteau et Swendsen, 2009)

Dans leur article, Olivier Grondin, Antoinette Prouteau et Joël Swenden (2009) déterminent neuf critères de qualité de vie : Les relations avec la famille, les relations sociales, les loisirs, les finances, le travail, la santé, le logement, la religion et enfin le rapport à la loi et à la sécurité (*op. cit.*, 2009, p. 150)

Pour ma part, pour apprécier la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement autonome, je regarderai, dans un premier temps, leurs interactions sociales (aussi bien avec la famille qu'avec autrui). C'est, en effet, un élément majeur de la qualité de vie. Je m'arrêterai ensuite sur leurs activités (loisirs et travail), puis leurs conditions de vie matérielle (logement et finances) et enfin leur santé (à la fois psychique et somatique).

Myosotis⁴² a 70 ans. Il bénéficie d'une mesure de protection des majeurs qu'il a lui-même sollicitée alors qu'il était jeune. Il a des revenus, aucune dette. Sa déléguée mandataire judiciaire lui octroie trente euros par semaine.

Il souffre de vertiges très invalidants. Il a par ailleurs très peur de voir sa mâchoire se déboîter et appelle régulièrement à l'aide à ce sujet.

Il exprime une forte anxiété, une anxiété qu'il fait remonter à son adolescence. Parfois il pleure, car il n'arrive pas à faire face, dit-il.

Il vit dans un logement social insalubre qu'il n'est pas en mesure d'entretenir (grande incurie : déchets). Il vivait avec sa fille qui a quitté le domicile il y a peu (je le rencontre en septembre 2017 et sa fille quitte le domicile en novembre 2017).

Il a des troubles du comportements (que je qualifie d'actifs, c'est-à-dire qu'ils se manifestent par du bruit, des nuisances sonores importantes). Il s'alcoolise beaucoup et fait du tapage la nuit, invectivant fenêtres ouvertes, ses voisins. Il jette également des débris par la fenêtre. Des nuisances sonores et olfactives, des nuisances par infestation de nuisibles (cafards et punaises de lit notamment) troublent le voisinage.

Il est victime d'agressions verbales de la part de son voisinage, des voisins qui, par ailleurs, ont lancé une pétition, qu'ils ont largement signée, pour réclamer des sanctions à son encontre. Une procédure d'expulsion est engagée.

De son côté, Myosotis demande à être relogé ailleurs car il est très dérangé par le voisinage et les nuisibles.

Du point de vue de ses relations sociales : Son fils et sa cousine ne veulent plus le voir. Ses sœurs sont toutes décédées. Sa fille, elle, n'est pas en mesure de l'aider ou de lui rendre visite. Il n'a pas d'amis et son voisinage n'est pas amical. Il reçoit quelques fois (deux ou trois par an) la visite de sa mandataire judiciaire. Il bénéficie d'un suivi à domicile d'une équipe mobile associative mobilisée par son bailleur social.

En outre, il sort peu de chez lui, du fait de ses vertiges, dit-il. Sa vie quotidienne en est très compliquée, notamment pour ses courses.

Encadré 2. Quelques éléments de la vie de Myosotis, locataire d'un appartement autonome - Observations réalisées au domicile entre septembre 2017 et juin 2018

a. Des relations sociales pauvres

L'enquête mentionnée plus avant sur la qualité de vie subjective des personnes souffrant de schizophrénie menée par trois chercheurs du laboratoire « Santé et Qualité de vie » (EA 4139)

⁴² Pour retrouver la logique des noms données aux personnes que j'ai rencontrées durant mon terrain, regarder le tableau 1 p. 40.

de l'Université de Bordeaux, a permis de mettre au jour les difficultés ressenties par les personnes dans leur vie quotidienne.

« Dans la schizophrénie, la personne ne souffre pas seulement de ses symptômes, mais également du fait de ne pas pouvoir participer à des activités de loisirs ou professionnelles, avoir des amis ou une relation de couple. [...] [Les résultats de l'étude] confirment et précisent les données de la littérature concernant la sévérité du handicap psychique dans la schizophrénie. Ce dernier intervient à plusieurs niveaux : au niveau du fonctionnement cognitif et affectif, au niveau du fonctionnement dans la communauté, et au niveau subjectif tel que le montrent les évaluations en vie quotidienne. Ainsi, les données obtenues en vie quotidienne [...] mettent surtout en exergue l'insatisfaction majeure que représentent les relations interpersonnelles, qui apparaissent comme un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative le handicap psychique, et ce de manière fréquente dans leur vie quotidienne. » (ibid., 2009, p. 140)

Cette étude permet de montrer que la vie quotidienne des personnes vivant avec des troubles psychiques, globalement ressentie comme insatisfaisante, présente un déficit de vie sociale, d'interactions sociales, d'activités.

En revanche, l'étude bordelaise ne permet pas de faire une distinction entre les personnes qui bénéficient d'un suivi et celles qui n'en bénéficient pas. Cette distinction m'apparaît importante. En effet, on peut faire l'hypothèse qu'un accompagnement (social, médico-social ou sanitaire) a une incidence sur la vie sociale des personnes, et partant sur leur qualité de vie objective et subjective.

L'étude ne permet pas non plus d'étudier quelles sont ces relations sociales, lorsqu'elles existent : sont-elles majoritairement des relations avec des soignants ou intervenants, des pairs, la famille ?

Les personnes ne bénéficiant pas de suivi

Au regard de mes différents terrains, les personnes que j'ai rencontrées et qui n'ont pas de suivis ont en effet très peu de relations sociales.

Si l'on regarde rapidement les relations sociales de Myosotis, il en a peu, que ce soit avec sa famille ou son entourage. Avec son voisinage, il a quelques relations, mais elles sont tendues, voire même agressives.

En outre, si les relations sociales des personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent peu nombreuses, elles se concentrent essentiellement dans un cercle « endogame », c'est-à-dire que les personnes entrent en relation essentiellement avec des personnes présentant le même profil qu'elles, comme en témoigne le récit de vie de Monsieur Pénol que propose Benoit Eyraud (2013). Cet homme noue des liens essentiellement avec des personnes présentant un profil similaire au sien. Ce qui est soutenu par ailleurs par son délégué mandataire. Alors qu'il aide Monsieur Pénol à chercher un appartement, il choisit un immeuble où se situe le logement d'un autre de ses « protégés » avec l'intention de créer une « communauté » entre majeurs protégés. Conscient des faibles relations sociales des personnes qu'il doit protéger, il souhaite faciliter ainsi la création de liens sociaux, même entre pairs.

Outre cette relation de proximité, le récit proposé par Benoit Eyraud montre les difficultés de cet homme à entretenir ou vivre ces relations sociales : il oscille entre envie de liens sociaux et grande difficulté à les gérer, puisqu'il subit des relations au détriment de sa situation globale. Il se retrouve en effet plusieurs fois à la porte de son propre appartement.

« On tend généralement à voir dans les personnes souffrant de troubles mentaux graves de possibles auteurs plutôt que d'éventuelles victimes d'actes de violence, la maladie mentale étant associée à l'idée d'un comportement violent et dangereux.

[Or] Les taux de victimation des personnes ayant des troubles mentaux sont élevés et nettement supérieurs à ceux du reste de la population [...]. » (Cook, Lovell et Velpry, 2008, p. 197)

En effet, les rapports avec autrui des personnes souffrant de troubles psychiques, quand ils existent, peuvent être assez négatifs. Comme je l'ai constaté parmi les situations que j'ai observées, il n'est pas rare de voir circuler des pétitions signées par l'ensemble des habitants d'une résidence réclamant l'expulsion des personnes dont les troubles du comportement viennent perturber la quiétude, etc., comme c'est le cas pour Myosotis. Il n'est pas rare non plus de voir des personnes abusées par l'entourage, voire même agressées, tel un jeune homme vivant dans un grand ensemble de logements sociaux en Île-de-France qui a été enfermé

plusieurs heures durant dans le local poubelle ou encore cette personne vulnérable dont l'appartement est envahi par d'autres.

Pour ce qui est de leur vie affective, elle aussi n'est pas forcément aisée. Elle a longtemps été sous le contrôle des institutions, comme j'ai pu l'évoquer ailleurs (2020). Les associations de secteur, qui les premières ont permis à ces personnes de sortir de l'hôpital et de vivre en appartement, ont dû modifier leurs pratiques afin de laisser aux personnes toute leur autonomie en matière de relations amoureuses (Piquet et *al.*, 2017).

Quant aux liens avec la famille et les proches, ils peuvent également se distendre du fait des troubles – la famille ne parvient plus à faire face aux troubles de la personne ou ne les comprend pas. La notion d' « aidant-naturel » ne semble pas aller de soi (Davtian et Scelles, 2017).

Le déficit de vie sociale, de liens sociaux pour ces personnes, soit que les troubles du comportement que génèrent leurs troubles psychiques, des troubles actifs ou passifs, agissent comme des repoussoirs et éloignent autrui, soit que l'étrangeté de ces comportements créent une telle incompréhension pour les autres qu'elle renforce l'éloignement, voire le rejet de ces personnes, est une donnée importante de la vie en appartement autonome des personnes vivant avec des troubles psychiques. Ce déficit de vie sociale entache la qualité de vie à la fois objective et subjective.

Dans d'autres situations, la pauvreté des relations sociales des personnes souffrant de troubles psychiques peut également être le fait d'un retrait social (Pionnié-Dax, 2017), comportement passif fréquemment rencontré. Il s'accompagne d'une raréfaction des liens avec autrui. Le rapport à l'autre est rendu difficile et la personne souffrant de troubles psychiques tend à l'éviter s'isolant encore davantage.

Les personnes bénéficiant d'un suivi

Pour les personnes vivant dans un logement dont la gestion locative est assurée par une association de secteur, la vie sociale est tout aussi pauvre – du point de vue de la famille ou de l'entourage. En revanche, elle est grandement enrichie notamment grâce aux divers accompagnements et activités proposés par les institutions prenant en charge les personnes.

« J'ai toute ma famille qui est décédée ou presque. Il me reste ma tante et deux cousins. [...] ils habitent très loin. [...] Mon fils il n'est pas là non plus. Il m'appelle de temps en temps quand il peut, il a beaucoup de travail. [...] mon fils me manque.

[...] Vous savez ce que c'est, [...] en faisant du ménage, les soucis, on oublie ça en faisant le rangement, en bricolant. [...]

C'est propre, je fais ça tous les deux jours. Aujourd'hui je m'y suis un peu mise ce matin, j'ai fait les poussières encore une fois que j'avais fait avant-hier. Pour se donner du travail, pour ne pas penser, pour ne pas avoir de souci aussi. C'est important, ça occupe tout ce qui est au cerveau.

[...] Je fais des coloriages, je m'occupe. [...] Je peignais quand j'étais à l'atelier dessin avant, avec A.⁴³, mais j'en fais plus. [...] Heureusement que j'ai D.⁴⁴ aussi parce qu'eux ils m'aident à tenir le coup [...] J'ai fait 9 ans de marche à pied avec [cette association] ! Et d'autres activités ... La sculpture, 4 ans, le dessin avec A., la gymnastique 11 ans⁴⁵, j'ai arrêté. J'ai tout fait, de toute façon, toutes les activités je les ai touchées. [...] Je fais partie de l'activité Scrabble⁴⁶ aussi, le lundi, le mardi et le vendredi, mais le vendredi je le réserve pour mes courses, ou alors mon lavage de linge, je vais faire une machine ou deux, ça dépend.

[...] Dans cette ville, J'y suis bien. [J'ai] des connaissances on va dire. Des connaissances, au Scrabble on se connaît, on se tutoie, on boit un café. [...] Ça arrive [que je reçoive chez moi], Madame L.⁴⁷ qui vient visiter de temps en temps pour voir si c'est propre, pour voir si j'entretiens bien mon appartement. » (Madame R.⁴⁸, locataire d'un logement géré par l'association de secteur D., extraits de l'entretien réalisé en mai 2016)

Si cette vie sociale, si les relations sociales des personnes bénéficiant d'un suivi paraissent moins pauvres que celles des personnes n'en bénéficiant pas, il semble toutefois qu'elle reste largement tournée autour des soignants, qui assurent les soins et l'accompagnement des personnes, et leurs pairs.

⁴³ Association d'ateliers d'Art travaillant avec l'association de secteur, le CMP et le CATTP de ce secteur de psychiatrie

⁴⁴ L'association de secteur qui loue des appartements qu'elle sous-loue ensuite aux patients du secteur de psychiatrie

⁴⁵ Activité organisée par le CATTP

⁴⁶ Activité organisée par le CATTP

⁴⁷ La personne occupant les fonctions de Président de l'association de secteur

⁴⁸ La manière de nommer les personnes dont la vie est présentée ici est expliquée par le tableau 1 p. 40.

Durant cet entretien mené avec une locataire de l'association de secteur, Madame R., 65 ans, je l'ai questionnée sur ses activités, sur ses liens avec les autres, ses relations sociales. Ce qu'elle exprime me permet de dire, pour ce qui la concerne, qu'elle a en effet une vie davantage tournée vers autrui – que Myosotis par exemple ; elle a diverses activités, elle rencontre des personnes. Pour autant, ses activités et relations sociales sont surtout le fait des personnes, qui l'accompagnent et la soignent, et de ses pairs (les personnes bénéficiant du même suivi qu'elle). En effet, Madame R. ne voit que très peu sa famille ou son fils, bien qu'elle manifeste son manque. Ses liens sont majoritairement – pour ne pas dire exclusivement – ceux créés par et avec les soignants qui l'accompagnent, la soignent et prennent soin d'elle. Ainsi, elle profite de tout ce qu'ils lui proposent, toutes les activités, et, par ailleurs, elle profite des rencontres avec d'autres patients-locataires de ce secteur de psychiatrie francilien.

En revanche, les différences entre Myosotis et Madame R. sont notables pour ce qui est des activités autonomes. Si Myosotis ne sort pas de son logement, n'a pas de loisirs ou activités décrites comme telles – la télévision est toujours allumée lorsque nous le rencontrons -, ne fait pas son ménage, ne sort pas faire ses courses, Madame R., elle, a différentes activités qu'elle initie elle-même, telles que l'entretien de son appartement, de son linge et ses courses, des activités importantes contre les idées noires qui peuvent l'envahir. Elle a cessé la majorité de ses activités au sein du CATTP ou des diverses associations émanant de l'équipe de secteur – hormis le Scrabble -, toutefois elle reprend pour elle-même certaines d'entre-elles, comme le coloriage ou le dessin. Les suivis et accompagnements dont elle a bénéficié semble lui avoir appris à s'occuper et à lutter contre son anxiété.

Il semble que la vie de Madame R., comme ce que pouvait montrer l'enquête de qualité de vie présentée plus haut, soit pauvre en relations sociales – autres qu'avec les soignants - et que sa santé ait représenté une part importante de sa vie. Pour autant, l'accompagnement de l'équipe de secteur – sous différentes modalités car l'équipe s'est organisée en diverses associations afin de proposer à ses patients des activités très diverses - a un impact positif sur sa qualité de vie au regard de ses relations sociales, puisqu'il représente une part très importante de sa vie sociale et semble l'épargner de relations avec le voisinage très dégradées.

Les personnes que j'ai rencontrées, n'ayant pas d'accompagnement ou de soins comme Myosotis, en revanche, ont une vie sociale pauvre, voire assez négative, les troubles du comportement semblant être le mode majoritaire d'entrée en relation avec autrui.

Les Groupes d'Entraide Mutuelle

Outre les SAVS ou les associations de secteur, les GEM – « *structures associatives non médicalisées, mises en place depuis 2005 [qui] consistent à aider les personnes ayant un « handicap psychique » à se réinsérer dans la société et à créer du lien social* » (Troisoeufs, 2009) – peuvent être vus par leurs adhérents, des personnes vivant avec des troubles psychiques⁴⁹, comme des institutions intermédiaires.

« Les adhérents d'un GEM tendent à le situer dans le cadre d'un processus thérapeutique d'ensemble. Ils l'envisagent souvent comme offrant une « suite à l'hospitalisation » et comme constituant la « dernière étape avant la vie normale ». Le GEM est donc représenté [...] sous les aspects d'un espace intermédiaire entre lieux de soins et vie en société. Il s'inscrit dans le prolongement des premiers, il assure le passage vers la seconde. » (op. cit., 2009, p. 104)

Ces structures sont associatives, le conseil d'administration est constitué par les adhérents, des personnes souffrant de troubles psychiques. Elles bénéficient d'un financement ARS permettant notamment d'assurer le fonctionnement de l'association, de recruter un animateur et de louer des locaux. Elles doivent avoir pour marraine une association et sont portées par une autre association gestionnaire.

Lors de mon terrain, j'ai observé l'ouverture d'un GEM couvrant un territoire équivalent à celui du CLSM, instance qui a largement contribué à sa création, portant la voix d'un groupe de patients et des soignants du CMP auprès des élus. Le CLSM par ailleurs a permis au GEM de trouver des locaux, dans lequel a lieu aujourd'hui les activités et rencontres du GEM, et de le faire connaître au sein des centres culturels, de la bibliothèque municipale, des autres associations présentes sur les communes.

J'ai pu observer les relations nouées entre les adhérents – les GEMeurs, tels qu'ils se nomment eux-mêmes se reconnaissant dans cette appartenance –, leur participation à la vie associative (présidence, trésorerie, tenues d'ateliers), aux différents ateliers et rencontres programmés tout au long de la semaine, de l'année. Le GEM, ses locaux, ses ateliers sont très investis par les

⁴⁹ Circulaire DGAS / 3b n° 2005-418

GEMeurs. Leur vie sociale s'en voit transformée, des liens se tissent, leur vie sociale ne se résumant plus aux seuls soignants.

Chacun se voit reconnu pour ses compétences : tel GEMeur devient trésorier car il a une bonne connaissance de l'informatique, maîtrise les logiciels de comptabilité, tel autre coiffeuse des adhérents et tel autre encore photographe parce qu'elle maîtrise ce support du fait de sa formation. D'autres viennent sans savoir quoi proposer mais ils sont là, participent aux tâches domestiques, aux discussions. Une entraide se noue. On se soutient, on s'écoute, lorsque l'inquiétude est trop grande, lorsque l'un des GEMeurs ne répond plus au téléphone depuis quelques jours, on appelle les familles, on partage un peu de son quotidien. Quand l'un des GEMeurs a des difficultés d'argent, on l'aiguille, on l'aide.

L'animateur du GEM, non pas un soignant mais une personne qui aide les adhérents de l'association à organiser les ateliers, à trouver des partenariats avec les institutions communales, etc., a un rôle à également jouer ; il intervient comme ressources pour cette entraide car la vulnérabilité d'un GEMeur peut fragiliser le groupe ou certains adhérents.

Dans certains GEM, lorsque la proximité avec les soins est possible⁵⁰, il est possible de choisir un animateur psychologue de formation peut être choisi, comme c'est le cas dans un GEM francilien que j'ai croisé durant mon terrain. Le psychologue-animateur y propose un accompagnement psychosocial très important aux adhérents, les aidant dans l'ouverture de leurs droits sociaux divers, les guidant vers le soin s'ils en ont besoin, leur permettant d'accéder à des accompagnements par un SAVS. Il fait un important travail de coordination entre les acteurs tout en sollicitant la demande des personnes qui, avant d'arriver au GEM, ne demandaient rien. Si cet exemple n'est pas à généraliser, il est sûr que l'adhésion au GEM permet aux personnes vivant en logement autonome d'améliorer leur vie sociale, de la rendre qualitativement meilleure, permettant les rencontres, les relations, les sorties, les activités, les jeux de rôles sociaux diverses (tour à tour, adhérent, trésorier ou coiffeur ou animateur d'un atelier de photographie ou de chant ou d'informatique). Les GEM sont des lieux intermédiaires permettant dans la cité d'apprendre ou de trouver, dans un entre-soi rassurant, à vivre le

⁵⁰ Certains GEM, dont celui que j'ai observé à sa création, revendiquent le fait d'être une association hors-du-soin. Une césure, voire une cassure, peut se faire avec le secteur de psychiatrie, qui aura pu être partie prenante de la création du GEM. L'omniprésence des soignants dans l'existence des personnes vivant avec des troubles psychiques peut être rejetée à un moment, pour une réconciliation ultérieure. Dans le cas du GEM que j'ai observé, après près d'un an d'existence, le rejet des soignants a été moins fort. Les GEMeurs ont repris leurs différents suivis au CMP – notamment les ateliers qu'ils fréquentaient.

quotidien, à tisser des liens, à s'employer – comme pouvaient l'être les clubs thérapeutiques dans les hôpitaux.

Ces clubs, mis en place notamment par le psychiatre Paul Sivadon à Ville-Evrard (en 1948) ou encore dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, par le psychiatre Philippe Paumelle (en 1958), étaient quant à eux, des lieux hors soin dans les établissements. Les patients, avec ou sans les soignants, s'y retrouvaient pour nouer des relations, ce qui leur permettait d'endosser un autre statut que celui de malade. C'était une forme de sociothérapie : Ils pouvaient conserver leur identité sociale, en développer une, ils n'y subissaient pas – ou du moins dans une moindre mesure - de *mortification* (*op. cit.*, 1968).

Les GEM, quant à eux, sont hors-les-murs, ils sont des lieux intermédiaires entre le soin et la vie sociale, sans soignant. Ils sont des lieux où les adhérents se présentent tel qu'ils sont :

« le point important est la façon dont chacun tient à se présenter [...] chacun doit donc être la personne qu'il est, indépendamment de son expérience passée. [...] »

[Il apparaît que] le GEM institue un processus strictement inverse de celui qui est mis en œuvre dans une structure psychiatrique. L'hôpital sépare la maladie de la personne pour ne traiter que la première. La philosophie et les pratiques du GEM conduisent à penser la personne séparée de sa maladie ; on y traite l'individu en tant qu'il est une personne – celle qu'il doit être dans notre société, c'est-à-dire une « personne normale » –, afin de contribuer à la réinsertion sociale de celui qui souffre de troubles psychiques » (ibid., p. 103-106)

Les Clubs thérapeutiques, sur ce même modèle, tentent de faire émerger la personne derrière la pathologie pour pouvoir ensuite mettre en œuvre le travail fait par la vie hors-les-murs et notamment les GEM, c'est-à-dire de mettre en avant la personne et partir d'elle et non plus de sa pathologie.

Ces groupes d'entraide mutuelle, nouvelle étape dans une vie hors-les-murs, en privilégiant la personne par rapport à la pathologie, en donnant à jouer différents rôles sociaux bien différents de ceux de personnes malades, en permettant des relations sociales et des rencontres, en rythmant le temps et la vie des personnes, permettent à leur manière de rendre la vie dans la cité possible, mais surtout satisfaisante, pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Pour la présidente du GEM de la Seyne-sur-Mer, Anne-Marie Schnelleman, « un GEM c'est un lieu où « [...] nous tricotons du lien, de l'humain, à travers des sorties, des ateliers, des partenariats. [...] C'est un lieu de rencontre, de création de lien. C'est également un lieu de mise en commun d'expériences vécues »⁵¹.

Néanmoins, si les GEM se sont largement diffusés sur le territoire Français, ils s'adressent à des personnes qui ont envie d'y adhérer, à des personnes dont les troubles sont connus et acceptés. Or, ce n'est pas le cas de tous. Des personnes vivent dans la cité sans avoir ce rapport à leurs troubles, sans demande, sans envie ni plus aucune mobilisation.

J'ai pris le temps de développer plusieurs aspects des relations sociales des personnes vulnérables vivant dans un appartement autonome, car ce facteur semble impacter fortement la qualité de vie.

Par ailleurs, on peut y voir une différence entre celles qui sont accompagnées – par des pairs, par des professionnels du soin ou du médico-social – et celles qui ne le sont pas, une différence qui tend à souligner la difficulté que le trouble psychique provoque à cet endroit.

Outre les relations sociales, d'autres facteurs participent de la qualité de vie, comme je le disais plus tôt. Voyons à présent le travail et son impact sur la vie des personnes.

Travailler

L'association de secteur que j'ai rencontrée durant mon terrain de thèse a entendu le besoin de ses patients de s'employer, d'occuper un emploi. C'est ainsi que l'équipe de soin, et plus particulièrement le médecin-psychiatre B., entreprend en 1992 d'ouvrir une entreprise d'insertion, un restaurant, pour permettre aux patients de son secteur d'avoir un emploi car les patients du secteur souhaitaient occuper un emploi et bénéficier d'un revenu.

Là encore, les personnes bénéficiant d'un suivi peuvent, avec l'aide des personnes qui les entourent, trouver à s'employer, comme c'est le cas notamment des patients du secteur que nous avons étudié.

Pour les personnes vivant dans des structures d'hébergement – telles que les MAS ou les FAM –, travailler n'est pas possible. Elles ont obtenu une orientation par la MDPH vers ces structures. En revanche, elles n'ont pas d'orientation pour travailler dans le milieu spécialisé (en ESAT ou

⁵¹ Atelier 4 – GEM et Rétablissement, 2016

encore en emploi accompagné). Travailler en milieu ordinaire ne leur est pas non plus proposé, l'accompagnement dans ces structures ne s'interrompt pas durant la journée – comme c'est le cas dans certains foyers où les résidents ont, outre une orientation vers ce foyer, une orientation pour un ESAT.

Quant aux personnes vulnérables vivant dans un appartement autonome et qui ne bénéficient pas de suivi, il se peut qu'elles travaillent – Myosotis a travaillé toute sa vie à l'accueil d'un grand hôpital – mais leurs troubles du comportement peuvent entraîner de grandes difficultés sur leur lieu de travail, avec leurs collègues ou leur hiérarchie.

Les troubles qu'elles connaissent – qui peuvent ne pas faire l'objet de suivi ou de diagnostic – peuvent également les empêcher d'exercer un métier. C'est le cas de nombreuses personnes que nous avons rencontrées qui perçoivent soit l'AAH, soit le RSA. D'autres perçoivent les allocations chômage et vont d'emploi en emploi.

Monsieur H., 23 ans, vit dans un logement associatif. Bien que l'association médico-sociale, assurant la gestion locative de son logement ainsi qu'un accompagnement social, s'y soit opposée au départ, il travaille en milieu ordinaire – ce n'est pas incompatible statutairement. Lorsque je le rencontre, il me raconte dans un premier temps son travail au sein d'un ESAT.

« Dans les ESAT, ce sont les personnes reconnues handicapées, les personnes qui ont des difficultés. On travaille pour des entreprises de chocolat, on va dire des boîtes de chocolat. Le travailleur va venir, on lui donne une liste avec combien de chocolats il va mettre de chaque dans cette boîte-là. Il va en mettre cinq de chaque dans une boîte de chocolat, on va dire des blancs, des noirs, des rouges. Et bien, il a une boîte où il a noir et rouge à faire ; il va mettre noir, rouge, noir, rouge et après hop ! Il va mettre dans la boîte. Et après la boîte, ça va être la palette. On va dire vingt boîtes dans la palette. Et sur les vingt boîtes, il y aura une palette à faire, et ainsi de suite ! Et après, c'est comme une chaîne, après, on a la cellophane, hop ! [Il fait des gestes pour mimer l'action] Le camion revient, on rappelle le camion, tac ! ça repart à l'usine de chocolat ou à la boutique de chocolat. Mais la plupart du temps, c'est fait par des usines aussi, mais c'est fait aussi par des travailleurs reconnus handicapés » (Monsieur H., résident d'un logement géré par l'association médico-sociale C., extraits de l'entretien réalisé en Avril 2016)

Mais cela ne lui convient pas, comme il me l'explique.

« L'ESAT, ce n'était pas trop ça pour moi, il y avait les personnes qui sont là-bas, ils ont leur handicap, c'est pesant. [...] Il y avait une éducatrice à l'école qui s'occupait des stages, des parcours d'avenir, elle avait déjà vu pour moi que ça serait ESAT et foyer. Non ! Moi ce n'était pas ça que je voulais, moi je voulais lui prouver que j'étais capable de faire tout l'inverse. Et j'ai réussi. [...] j'ai travaillé sur moi, j'ai fait beaucoup d'efforts sur moi, je lui ai montré que j'étais capable de pas aller là-dedans. Ça l'a un peu énervée parce qu'elle avait déjà vu mon parcours. » (Monsieur H.)

Le fait de bénéficier d'un suivi, dans le cas de Monsieur H., n'améliore pas forcément sa qualité de vie, du point de vue de sa liberté. En effet, il doit lutter contre ce que l'éducatrice attend de lui ou a prévu pour lui.

Mais étant déterminé, et malgré le positionnement de la personne qui l'accompagne, il cherche un emploi dans le milieu ordinaire et se saisit d'un forum pour l'emploi :

« Avec le forum de Pôle Emploi, j'ai fait les stands. J'avais vu un poste à la Mairie, en tant que régisseur de son et lumière. J'ai eu mon entretien, ils ont gardé l'autre personne. Après moi, je n'avais pas vraiment les capacités pour ce poste-là ! Et j'avais McDo. J'ai eu un appel avec le Directeur et je lui ai dit que j'avais un statut reconnu handicapé. J'ai eu le poste ! [...] Un mercredi, j'y suis allé et en fait, du jour au lendemain, j'ai commencé à bosser au McDo, j'ai fait ma formation, ma période d'essai. Là, je vais bientôt faire mes 3 ans au McDo. Je ne pensais pas arriver jusque-là. Parce que déjà pendant ma période d'essai, c'était assez dur, le stress, mon comportement, parce que j'étais quelqu'un d'assez nerveux, assez angoissé, je m'énervais beaucoup. A cause de mon comportement, j'ai eu beaucoup d'entretiens. Et pour moi, ils ont vu que j'étais un peu plus à faire que le ménage. J'ai eu mon entretien hier avec la responsable des ressources humaines (la RH) qui s'occupe des personnes en difficulté et je lui ai posé la question « Mais est ce que peut-être je peux retourner en cuisine ? ». Elle m'a dit non » (Monsieur H.)

Il occupe donc un poste adapté dans une grande chaîne de fast-food, c'est-à-dire qu'au lieu de tourner sur l'ensemble des postes comme les autres équipiers (cuisine et salle), il ne travaille qu'en salle. Trouver cet emploi lui a demandé beaucoup d'énergie, tout comme le conserver. Mais si sa vie au travail est difficile, il a la satisfaction de travailler dans le milieu ordinaire, d'avoir choisi son avenir – en partie du moins, son premier choix n'était pas celui-là et il

souhaitait être capable de faire le même travail que les autres - et d'avoir prouvé à l'éducatrice qui le voyait en foyer et en ESAT qu'il pouvait faire autre chose. Pour autant, sa situation dans son emploi n'est pas idéale et il garde un statut particulier lié à sa situation de handicap.

En termes de satisfaction – ou de qualité de vie -, au moment où je le rencontre, l'importance d'avoir réussi seul à trouver et garder cet emploi semble l'emporter sur sa qualité de vie au travail, ce qui peut tout à fait évoluer et sur le fait que l'éducatrice qui l'accompagnait ne l'encourageait pas à travailler dans le milieu ordinaire.

Avoir un emploi, dans le milieu ordinaire qui plus est, pour Monsieur H. participe de sa qualité de vie. En revanche, si par son travail, il a de nombreuses interactions avec autrui, ces dernières ne sont pas satisfaisantes. Il m'explique combien les relations avec ses managers et avec les clients le stressent. Ses amis, par ailleurs, ne comptent pas parmi ses collègues, mais parmi les habitants de son quartier.

L'envie de travailler, d'être utile, d'acquérir une identité sociale liée au statut de travailleur, est un facteur important de la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, troubles qui n'entament pas les capacités intellectuelles des personnes. Pour autant, y accéder reste difficile pour beaucoup.

L'enquête « La perception de l'emploi des personnes en situation de handicap : Enquête auprès des entreprises, des salariés et du grand Public » de l'Agefiph et de l'IFOP (2019) montre que, pour le grand public, pour les salariés et pour les dirigeants d'entreprise, le handicap qui rend l'intégration à une entreprise la plus difficile est le handicap psychique ou mental (13% des dirigeants pensent que le handicap psychique est facile à intégrer dans une entreprise quand ils sont 43% à penser que le handicap auditif l'est également).

Par ailleurs, les ESAT « spécialisés » dans l'accueil de personnes en situation de handicap psychique ne sont pas majoritaires. On voit au contraire une mixité entre handicap mental et handicap psychique, ce qui ne se révèle pas toujours pertinent (Pressard, 2009).

Néanmoins, la situation évolue rapidement dans le domaine de l'emploi et aujourd'hui, les ESAT de transition (vers le monde ordinaire) sont en passe de supplanter les ESAT « traditionnels » par opposition aux premiers (Pachoud et Pierrefeu, 2014).

L'emploi accompagné, qui se développe en France depuis 2018, quant à lui, tente d'insérer dans l'emploi.

« Le cœur de ce dispositif consiste en un accompagnement durable sur un poste de travail en milieu ordinaire par un intervenant spécialisé (job coach en anglais). Il s'agit donc d'un

accompagnement dans l'emploi, au-delà de l'accompagnement vers l'emploi. » (Revillard, 2019, p. 71)

Toutefois, bien que ces dispositifs, mis en œuvre après avoir pris en compte le besoin de s'employer des personnes – soit dans un milieu adapté, soit dans le monde ordinaire – existent et répondent à ce besoin – ils peuvent également être vus comme l'injonction à l'autonomie qui gagne également les personnes souffrant de troubles psychiques -, l'embauche des personnes en situation de handicap psychique ne va pas de soi si l'on en croit le baromètre Agefiph. Par ailleurs, une fois que les personnes ont réussi à trouver un emploi, l'emploi et ses conditions doivent être suffisamment satisfaisantes.

En outre, l'emploi, si difficile d'accès, est l'une des modalités des conditions matérielles d'existence, elles-mêmes facteurs de qualité de vie. C'est ce que nous allons voir à présent.

b. Conditions de vie matérielle

Les conditions matérielles, c'est-à-dire le logement ou encore les finances des personnes participent de leur qualité de vie.

Myosotis a fait le choix de demander une protection judiciaire. Il a toujours eu des revenus mais son état ne lui permettait pas de gérer sereinement son budget, ses dépenses. La tutelle lui a permis de vivre le quotidien avec moins d'anxiété et de transférer un certain nombre de responsabilités vers le tuteur. Pour autant, ses conditions matérielles, l'état de son logement par exemple, ne sont pas optimaux. S'il a de l'argent sur son compte et si ses factures sont réglées et qu'il n'a pas de dette, il n'a quasiment pas de meubles dans son logement et très peu de vêtements.

Par ailleurs, le système d'octroi d'une somme d'argent chaque semaine a quelques effets pervers. En effet, lorsque la somme est disponible, elle est dépensée par Myosotis dans les deux ou trois premiers jours qui suivent, le laissant sans rien jusqu'au prochain déblocage d'argent. Myosotis passe alors d'une surconsommation (aliments, alcool), qui trouble bien souvent le voisinage, à une « disette », les derniers jours de la semaine.

Pour d'autres personnes vivant dans un logement et qui ne bénéficient pas d'accompagnement, les conditions matérielles peuvent être bien plus difficiles. En effet, le retrait social, l'isolement,

comportement passif qui s'avère être, lui aussi, une manifestation des troubles psychiques, peut avoir de graves conséquences.

Lavande est locataire d'un logement social depuis quelques années. Elle est dans une forme de retrait social très sévère. Elle ne sort plus de son logement, se nourrit à peine, ne fait pas valoir ses droits sociaux. Sans revenu, ses dettes s'accumulent, dette locative, énergétique et autres.

Des travailleurs sociaux ont tenté de lui venir en aide en commençant par demander l'ouverture de ses droits sociaux. Mais elle n'est pas en mesure de répondre aux demandes et attentes de ces derniers. Constituer un dossier, aller à la recherche d'un document, se rendre à un rendez-vous lui est impossible.

De ce fait, sa situations sociale et psychique s'aggrave et elle est menacée de perdre son logement.

Le bailleur, en parallèle d'une procédure d'expulsion, amorce un suivi avec l'équipe mobile associative.

Encadré 3. Quelques éléments de la vie de Lavande, locataire d'un appartement autonome - Observations réalisées au domicile entre février 2018 et juin 2018

Pour Lavande, comme pour Myosotis, la qualité de vie est gravement impactée par leurs troubles psychiques. Pour l'un, ayant pu faire le choix de la mise sous protection judiciaire, la situation paraît moins difficile, pour l'autre, elle est tout à fait inquiétante, puisque la personne n'a aucun revenu.

Néanmoins, pour les deux personnes, la situation dans le logement est rendue difficile par leurs troubles. En effet, elles sont toutes les deux sous le coup d'une procédure d'expulsion, l'une pour les troubles qu'elle occasionne (nuisances olfactives, sonores, par infestation de nuisibles) et l'autre pour dettes et nuisances olfactives.

Si elles ne parviennent pas à modifier leurs comportements, elles n'en sont pas moins inquiètes de leur situation et de l'épée de Damoclès qui reste suspendue au-dessus de leur tête.

Pour les personnes bénéficiant d'un accompagnement ou d'un suivi, les situations sont tout à fait différentes, puisque l'association assurant la gestion locative de leur logement veille, outre à lisser sur l'année les différentes factures⁵², notamment à anticiper les renouvellements de

⁵² Une patiente-locataire d'une association de secteur avait fait de terribles crises d'angoisse à la suite de la réception de factures d'eau dont le montant n'était jamais le même. Elle avait alors cessé d'utiliser l'eau dans son logement, avait bouché toutes les canalisations créant d'ailleurs un important dégât des eaux. Afin que ces crises ne se reproduisent pas, l'association de secteur a fait le choix de lui faire des factures d'un montant toujours identique, tout en lisant ainsi sa consommation sur l'année.

dossier, tels que l'ouverture de droits auprès de la MDPH, à aider les personnes à accéder à leurs droits, à gérer leur quotidien, etc.

L'accompagnement pallie ces difficultés matérielles, mais également les problèmes de logement. En effet, les associations de secteur aident les personnes à faire de menus travaux, à s'approprier l'espace ou encore à entretenir l'appartement. Sur ce facteur, les accompagnements semblent avoir un fort impact sur la qualité de vie des personnes.

c. Santé psychique et somatique

Comme nous l'avons vu jusqu'ici, vivre avec des troubles psychiques dans un logement autonome peut – par la pauvreté des relations sociales et des conditions matérielles difficiles – ne pas être forcément synonyme de bonne qualité de vie.

Par ailleurs, le fait d'avoir un suivi semble fortement impacter ces différents facteurs et partant la qualité de vie à la fois objective et subjective. On remarque en effet que, dans les cas exposés ici, bénéficier d'un suivi peut augmenter de façon significative le nombre de relations sociales et d'activités et améliorer les conditions de vie matérielle, mais, en revanche, peut amoindrir les marges de liberté, les acteurs assurant ce suivi pouvant en effet décider pour les personnes.

Vivre dans un appartement autonome pour les personnes souffrant de troubles psychiques peut également avoir un impact sur leur santé, un autre facteur de qualité de vie.

Dans le cas de Myosotis, des problèmes de santé somatique et psychique émergent - il a des vertiges qui limitent ses déplacements, il a peur de voir sa mâchoire se déboîter et souffre de nombreuses crises d'angoisse - mais on ne peut savoir s'ils sont en lien avec sa vie dans un logement autonome. En revanche, le fait qu'il ne bénéficie pas de suivi particulier entraîne une absence d'accès aux soins. En effet, hormis les rares moments où il appelle les pompiers – qui n'interviennent pas – pour sa mâchoire, il ne fait pas appel à un médecin ou à un soignant pour ses vertiges ou ses angoisses.

La manière dont les troubles psychiques et la vie en appartement autonome peuvent impacter la santé des personnes est double. Comme on le voit avec Myosotis, d'une part, les personnes peuvent ne pas recourir aux soins. Bien que lors de mes terrains, j'ai souvent pu observer ce cas de figure, les raisons expliquant ce non-recours sont difficiles à identifier dans le cadre de ma recherche, même si les troubles psychiques semblent en être la cause.

« Les patients psychiatriques ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, à leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soin, à l'inactivité, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques. »⁵³

Alors que des intervenants avaient commencé à se rendre régulièrement au domicile de Myosotis, et comme ses plaintes portaient essentiellement sur ses ressentis somatiques, ils lui ont proposé de rencontrer un médecin, ce qu'il a accepté si ce dernier venait chez lui et seulement en présence des intervenants. Tenant compte de sa demande, ils ont alors démarché les médecins exerçant près de son domicile, mais aucun d'entre eux ne pratiquait la visite à domicile. Le non-recours au soin tient également aux modalités de rencontre et à la difficulté de faire émerger la demande de la personne et d'obtenir qu'elle s'y rende. Le lien doit parfois se faire avant que le soin ou le suivi s'engage. Même si Myosotis accueille à son domicile des intervenants tout en se plaignant de ses vertiges, il ne lui semble pas forcément nécessaire de consulter un médecin, ou du moins cette rencontre semble au moins aussi désagréable que les symptômes qui pourraient l'amener à consulter.

En outre, comme c'est le cas pour Myosotis, pour qu'une personne avec des troubles psychiques accepte de rencontrer un soignant, un travailleur social, etc., il semble qu'il faille que ces derniers fassent le « premier pas », c'est-à-dire qu'ils aillent à la rencontre de la personne et créent un lien de confiance ce qui implique plusieurs rencontres, des visites à domicile (VAD). Or, malgré le développement de l'ambulatoire, les intervenants peinent à trouver des soignants qui pratiquent l'aller-vers. Cette pratique est en effet très chronophage et sans doute difficile à mettre en œuvre dans des cabinets médicaux saturés.

Par ailleurs, aujourd'hui, on distingue les dispositifs recevant leurs usagers et les dispositifs mobiles et chacun choisit une modalité d'intervention, l'aller-vers n'étant pas majoritaire – il y a moins de ressources mobiles que de ressources sédentaires qui nécessitent que les usagers se déplacent. Or, l'ambulatoire – contrairement à la réponse par l'hospitalisation – nécessite de penser des dispositifs allant à la rencontre des personnes, d'autant plus dans le cas des personnes

⁵³ « Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », rapport de la Fédération Française de Psychiatrie, paru en juin 2015

souffrant de troubles psychiques, chez qui la non-demande, le non-recours aux soins, sont plus fréquents.

Les troubles psychiques, d'autre part, impactent la santé somatique et psychique des personnes par les comportements qu'ils entraînent. En effet, en distordant la réalité, ils peuvent entraîner des comportements actifs, tels que la consommation de substances addictives (Luquiens et Morel, 2019), ou passifs comme un retrait social (Pionnié-Dax, 2017) tel que la personne ne sort plus faire ses courses et ne s'alimente plus, et ainsi impacter gravement sa santé. L'auto-agressivité (Brassine et Lefebvre, 2007 ; Lauret, 2010) peut également être très nuisible.

La vie en appartement autonome, à elle seule, n'est pas une cause de ces comportements ; elle est un facteur qui, associé à l'isolement, l'absence de suivi, peut causer ces comportements. Les personnes souffrant de troubles psychiques ont besoin d'autrui, lorsque leur état de santé psychique se détériore, pour leur permettre d'intervenir sur leur situation. C'est donc bien l'isolement plutôt que la vie en appartement qui entraîne ces comportements, un isolement en effet plus rare lorsque la personne est hébergée, ou lorsqu'un suivi est en place.

Toutefois, les suivis – tout comme les hébergements – ne garantissent pas non plus que les troubles psychiques restent sans impact sur la vie quotidienne des personnes ni sur leur santé. En effet, la relation qui se noue entre la personne vulnérabilisée et l'intervenant ou les intervenants – qu'ils soient du côté du soin ou du côté de l'accompagnement – reste fragile et peut s'interrompre. Or, d'elle peut dépendre les conditions de vie des personnes vivant dans un logement autonome. Car alors que leur état de santé psychique se dégrade, les intervenants pourront, d'une part, s'en rendre compte et, d'autre part, continuer à les rencontrer tant que la qualité du lien est bonne. Je reviendrai sur ce point très amplement dans une section ultérieure, pour l'heure, il s'agit avant tout de montrer que la qualité de vie des personnes et partant, leur santé, leurs conditions de vie matérielle, leurs relations sociales, sont largement impactées par les troubles psychiques, et ce, d'autant plus, qu'aucun accompagnement n'est mis en place. La vie en appartement autonome est moins une cause que l'isolement, mais force est de constater que cet isolement possible est le revers de la médaille d'une vie hors-les-murs.

Ces facteurs de qualité de vie touchés par les troubles psychiques sont le résultat de comportements, de rapports que les personnes entretiennent avec les règles d'interaction, les règles des institutions, mais également de leur rapport à l'intimité – que ce soit la leur ou celle des autres. C'est ce qu'il nous faut à présent aborder et détailler pour comprendre la vie qu'elles mènent, leurs arrangements pratiques, leurs modes de vie.

2. Les règles d'interaction

Vivre dans le milieu ordinaire, le milieu ordinaire s'opposant au milieu spécialisé, c'est-à-dire « adapté » aux troubles des personnes ou encore « préparé » à les accueillir et à les prendre en charge, nécessite une adaptation des uns et des autres.

Les tenants du désaliénisme ou encore d'une psychiatrie de secteur ouverte sur la cité (Fourquet et Murard, 1975 ; Bonnafé, 1991 ; Bretécher et Chaumont, 2015), espéraient une cité s'adaptant aux fous, mais, en réalité, il semble qu'il s'agit plutôt aux uns et aux autres, y compris au fou, de s'adapter aux règles de « savoir vivre » en communauté, aux règles de l'institution d'habiter. En effet, habiter un logement est une institution, dans le sens que nous avons donné à ce terme, c'est-à-dire un ensemble de « *manières d'agir et de penser que l'individu trouve préétablies et dont la transmission se fait le plus généralement par l'éducation* » (*op. cit.*, 1901, p. 150). Habiter un logement, habiter un logement dans un immeuble, une résidence, c'est un ensemble de règles, de manières de faire que le résident d'un logement – qu'il soit propriétaire ou locataire – trouve préétablies, auxquelles il a été socialisé et qu'il doit reproduire.

Ces institutions, comme l'institution de l'habiter, ainsi que le développe Erving Goffman (2007), nous permettent d'adopter des comportements qui soient compréhensibles pour ceux qui nous entourent. Outre le fait qu'elles nous « offrent » des manières d'agir et de penser, elles permettent également de nous faire comprendre des autres.

« Chaque fois que nous entrons en contact avec autrui, que ce soit par la poste, au téléphone, en lui parlant en face à face, voire en vertu de la simple coprésence, nous nous trouvons avec une obligation cruciale : rendre notre comportement compréhensible et pertinent compte tenu des événements tels que l'autre va sûrement les percevoir. Quoi qu'il en soit par ailleurs, nos actes doivent prendre en compte l'esprit d'autrui, c'est-à-dire sa capacité à lire dans nos mots, dans nos gestes les signes de nos sentiments, de nos pensées et de nos intentions. » (*op. cit.*, 2007, p. 205-271)

Dans l'interaction, il faut être en mesure de prendre en compte l'autre, c'est-à-dire rendre nos actions, nos dires, nos agissements intelligibles pour lui et il faut pour cela respecter les règles d'interaction qui codifient nos rencontres. Or, pour une personne souffrant de troubles

psychiques, ce n'est pas forcément chose aisée, car elle peut ne pas partager la même vision de la réalité. En effet, les troubles psychiques sévères entraînent ou peuvent entraîner des distorsions de la réalité, pouvant aller jusqu'à des hallucinations auditives, voire visuelles. Elles peuvent être plus légères comme dans le cas suivant - évoqué par Monsieur H. avec qui je me suis entretenue :

« Moi, j'arrive à voir des ombres, à ressentir des présences. Quelquefois, j'ai l'impression qu'on me regarde. Et, depuis que je suis petit, je fais beaucoup de rêves prémonitoires. J'ai rêvé que j'étais au Centre Aéré et je vidais une assiette de petit-pois-carotte dans la poubelle... C'était un rêve prémonitoire. Et le jour en fait où ça s'est réalisé... Que je vidais mon assiette, et ça m'a choqué ! Pendant à peu près quinze minutes, je suis resté figé en me disant, « je fais des rêves prémonitoires et je vois à peu près l'avenir » ... »
(Monsieur H.)

J'analyse ici, à l'aune de notre culture partagée – c'est-à-dire une culture occidentale au sein de laquelle les occidentaux partagent des représentations communes –, la lecture que Monsieur H. fait de ses rêves mais également de ses impressions comme des distorsions de la réalité, une lecture dont Monsieur H. est conscient :

« Bon, je n'ai pas trop envie d'en parler, parce qu'après on va me dire ... La plupart des gens, quand on en parle ils disent « Non mais attends, c'est un fou lui, c'est impossible »... » (Monsieur H.)

Il est en effet conscient qu'autrui ne croira pas ses dires et, pire, pensera qu'il est fou d'y croire lui-même.

Ces distorsions de la réalité, au-delà du fait qu'elles peuvent amener à catégoriser la personne qui les créent, peuvent entraîner des incompréhensions entre les personnes qui interagissent. Ainsi, l'impression d'être regardé peut amener les personnes à adopter des comportements afin de se protéger de ce regard omniprésent, un comportement finalement rationnel mais qui restera inintelligible pour autrui, qui met en doute le fait que la personne est épiée.

En effet, ces distorsions, qu'elles persécutent ou non la personne qui les crée, produisent des comportements : les personnes peuvent parler en retour aux voix qui les envahissent, elles peuvent adopter des comportements défensifs pour pallier les agressions ressenties, etc. Autant

de comportements qui ne correspondent pas aux règles d'interaction ordinaires. Les réactions ne sont pas celles attendues dans de telles interactions, elles ne sont pas décodables pour les autres. En retour, si Monsieur H. est conscient de ce que produirait le fait de parler de sa faculté à lire l'avenir ou de sentir des présences ou voir des ombres, certaines personnes vivant des phénomènes de distorsions de la réalité peuvent ne pas comprendre l'incompréhension d'autrui et le fait même qu'elles perturbent autrui par leurs comportements – qui sont des réactions à ce qu'elles vivent, ressentent.

Outre qu'elles permettent de comprendre ce qui se passe, les règles de l'interaction permettent la communication entre deux personnes, mais également, dans le cas de l'institution de l'habiter, de vivre ensemble sans déranger l'autre. Or, les personnes qui vivent avec des troubles psychiques sévères sont, comme le définit Goffman, des personnes qui voient leurs relations aussi bien aux autres qu'aux institutions, comme celle de l'habiter, dérégées. Le vivre ensemble, par ce dérèglement des interactions, les décalages qui peuvent exister dans les réactions, est rendu difficile.

Comme l'indique le sociologue (*Ibid.*, 1996b), le malade mental n'est pas regardé comme quelqu'un porteur d'un dysfonctionnement ou d'une pathologie, mais plutôt comme quelqu'un ne respectant pas les règles de l'interaction, quelqu'un « *qui choisit délibérément de ne pas respecter les règles d'interaction* » (Nizet et Rigaux, 2014, p. 54). Le malade mental est vu comme un déviant plutôt qu'un malade et ses écarts à la norme ne sont pas toujours bien tolérés. L'entourage, le voisinage, gêné par les nuisances sonores, olfactives et autres, réagit et tente de résoudre le problème, c'est-à-dire de neutraliser ces troubles. Il joue alors le rôle d'« entrepreneur de morale » (Becker, 1985) - non au sens où il crée les règles, mais au sens où il les fait respecter – en rappelant aux déviants, aux « fauteurs de troubles », les règles en vigueur par différents moyens : des pétitions destinées aux bailleurs signées par l'ensemble des locataires d'un immeuble, des plaintes déposées auprès de la police, le maire de la commune, etc. Le perturbateur n'est pas vu comme une personne malade ou souffrant de troubles psychiques - on n'appelle pas le SAMU ou les pompiers - mais plutôt comme une personne irrespectueuse, dérangée et dérangeante, une personne dont on ne peut comprendre ou anticiper les réactions.

« La meilleure manière de rendre l'interprétation de son comportement aisée pour autrui, c'est de respecter les règles, devenant ainsi prévisible pour les autres. De même que respecter les règles d'interaction, est le meilleur moyen de respecter la face d'autrui et la

sienne propre, respecter ces règles est la façon la plus sûre d'être compréhensible pour autrui. » (ibid., 2014, p. 53)

Les attitudes et manière d'agir de certains résidents (locataires ou propriétaires) – qui présentent des troubles psychiques mais qui sont regardés comme des déviants ou des auteurs de troubles – provoquent donc une incompréhension pour les autres, qui ne peuvent interpréter leurs comportements au regard de l'institution de l'habiter, ni de la rencontre. En effet, ils expriment et occasionnent un certain nombre de troubles du comportement (de l'habiter, du voisinage, etc.), qui amènent les voisins à réagir alors même que les troubles psychiques sont ignorés. Ces troubles seront recodés plus tard comme étant une manifestation des troubles psychiques par des intervenants qui eux-mêmes doivent faire face aux attitudes ne correspondant pas à la norme, à des manières d'agir et de penser « dérangées » de ces personnes.

Dans le cadre d'une équipe mobile associative⁵⁴, un dispositif émanant du souhait de bailleurs sociaux d'intervenir auprès d'un public qu'ils ne peuvent pas prendre en charge dans le cadre de leur mandat d'action, de leurs missions, des intervenants se rendent au domicile de locataires adressés après qu'ils aient occasionné toutes sortes de troubles (de l'habiter, du voisinage, du comportement, etc.), des troubles du comportement que le bailleur ne parvient pas à neutraliser et qu'il a fini par réinterpréter comme une manifestation de troubles psychiques - je reviendrai ultérieurement sur ce travail de recodage.

« Chardon vit seul dans un logement social francilien au moment où les intervenants psychosociaux le rencontrent.

Il passe ses nuits à crier, à arpenter son appartement et les parties communes en hurlant⁵⁵.

Les voisins réclament son expulsion. » (Personne vivant dans un logement autonome – Observations réalisées en avril 2018)

⁵⁴ Cette équipe mobile était financée par des conventions passées avec des bailleurs sociaux franciliens et fonctionnait en file active. Elle était composée de psychologues et d'une cheffe de service, qui intervenaient auprès de locataires causant des troubles – dettes locatives, incurie, syndrome de Diogène, nuisances olfactives, sonores, troubles du comportement. Après une évaluation de la situation, les intervenants réorientaient les personnes vers les services *ad hoc* (psychiatrie de secteur, équipe médico-sociale, services sociaux, services d'hygiène communaux, etc.) et aidaient à la mise en place d'un accompagnement ou de soins.

⁵⁵ Selon le voisinage

Le comportement de Chardon reste tout à fait incompréhensible aux autres locataires de l'immeuble, et même de la résidence, qui le regardent comme un fauteur de trouble, un déviant, irrespectueux de la norme. En effet, les règles en vigueur dans l'institution de l'habiter ne sont pas respectées puisque Chardon fait du bruit, et notamment à des heures où cela n'est pas toléré (faire trop de bruit, quelle que soit l'heure, n'est pas autorisé, mais une tolérance peut exister en fonction de la fréquence de ces bruits, de l'heure à laquelle ils sont provoqués et de la situation de la personne). Dans le cas de ce locataire, la tolérance face aux nuisances sonores qu'il occasionne n'existe pas (ou plus), et ceci, du fait de leur répétition, de l'incompréhension face à son comportement – il vit seul, ne subit pas de violence, n'est pas agressé par quelqu'un, ce qui pourrait rendre compréhensible ses cris et déambulations nocturnes. Rien ne vient rendre la situation intelligible pour l'entourage qui ne voit pas d'autres moyens d'intervenir que la plainte au bailleur, « qui ne fait rien » pour résoudre la situation, ou aux forces de l'ordre. Or, les actions entreprises jusque-là sont restées sans effet. Les différents troubles du comportement de Chardon persistent.

Par ailleurs, les nuisances sonores et les déambulations nocturnes de Chardon, outre qu'elles restent tout à fait inintelligibles, dérangent les autres. Le locataire les envahit, ne respectant pas les limites de leur territorialité personnelle, soit un autre aspect des règles d'interaction. Outre les attitudes non comprises dans un spectre de comportement décodables par les interlocuteurs, les limites sont également des règles d'interaction « brouillées », franchies et dépassées par les personnes vivant avec des troubles psychiques, ce que nous allons voir à présent.

3. Les limites de la territorialité personnelle

Jusqu'ici, nous avons vu que les règles d'interaction agissent comme une manière de décoder, de comprendre et rendre prévisible le comportement d'autrui. Le respect des manières d'agir, d'une institution, permet à tous de comprendre et d'appréhender le comportement d'autrui. Or, les personnes présentant des troubles psychiques, par le non-respect de ces manières d'agir et de penser, rendent leur comportement opaque, non (ou moins) intelligible pour les autres.

Outre le non-respect de ces règles de l'interaction qui rend les échanges peu prévisibles, déroutants ou même incompréhensibles, les règles régissant les modalités de la territorialité personnelle, le respect des limites peuvent être bafouées.

Ce terme de territorialité personnelle que j'emprunte à Goffman (1968) se réfère à la notion de « territoire du moi » de Simmel (1999) qu'il définit ainsi :

« Tout être humain est entouré d'une sphère invisible dont la dimension peut varier selon les différentes directions et les différentes personnes auxquelles on s'adresse ; nul ne peut y pénétrer sans détruire le sentiment que l'individu a de sa valeur personnelle. L'honneur établit un territoire de ce genre autour de l'homme ; avec beaucoup de finesse, le langage désigne l'affront comme le fait de "s'approcher trop près" ; c'est le rayon de cette sphère qui définit en quelque sorte la limite qu'une personne étrangère ne peut transgresser sans porter atteinte à l'honneur. » (op. cit., 1999, p. 358)

La territorialité personnelle est donc cette sphère autour de soi, ce « territoire autour de l'homme » qui, lorsqu'il est franchi par autrui, envahit ou même agresse psychologiquement ou physiquement.

« Le respect des limites sert de moyen clé pour ordonner la présence mutuelle [...] L'un des lieux géométriques les plus importants des symptômes mentaux est constitué par les lieux publics et semi-publics : rues, magasins, quartiers, transports publics, etc. Là, s'étend un fin réseau d'obligations qui assurent l'ordre de la circulation et du mêlement (sic) des participants. Les modalités de la territorialité personnelle y sont délinées [...]. De nombreux symptômes psychotiques se traduisent classiquement par des violations précises et délibérées de ces accords territoriaux. Ce sont des empiétements quand, par exemple, une malade mentale dans un supermarché fouille sans raison dans le chariot d'une cliente, ou passe derrière le comptoir pour voir ce qui s'y trouve, ou dépasse ouvertement quelqu'un dans la queue, ou se mêle à une conversation, ou adresse une remarque en passant, à l'encontre des règles. » (ibid., 1996b, p. 334)

Dans l'espace d'un immeuble, d'une résidence, d'un quartier, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent ne pas respecter les limites de la territorialité personnelle des autres ; elles peuvent envahir l'espace par leur présence, par des accumulations, par des bruits, par des odeurs dérangeantes, etc. Les limites de la territorialité personnelle sont franchies, Autrui est envahi par les troubles de la personne.

« Dans un ensemble de logements sociaux franciliens, Bleuet, locataire d'un logement social, est persuadé que ses voisins cherchent à l'empoisonner par la diffusion de fluides ou de vapeurs toxiques par ses fenêtres ou portes.

Afin de lutter contre le poison, il arrose chaque jour de vinaigre blanc toutes les huisseries de son appartement, mais également de son palier, c'est-à-dire les huisseries des portes d'entrée des autres locataires de l'étage.

A l'étage, toutes les huisseries sont rouillées et une odeur forte de vinaigre flotte dans l'air. » (Personne vivant dans un logement autonome – Observations réalisées en juin 2018)

Bleuet, en réaction à la peur d'être empoisonné, envahit la territorialité personnelle des autres locataires vivant sur le même palier que lui. Il empiète sur leur pas de porte, en laissant une odeur permanente de vinaigre, en s'attaquant à l'entrée de leur appartement, en dégradant leur porte d'entrée. L'envahissement s'exécute par les odeurs et les marques de rouille laissées sur les huisseries de leur porte d'entrée.

« Dans un immeuble d'une grande résidence francilienne, Coquelicot entasse dans chaque conduit, gaine ou recoin de l'immeuble, du matériel, des roues, des cadres de vélo, des pédales, des chaînes, etc.

L'immeuble regorge et déborde de ces accumulations qu'il garde et complète.

Lorsque l'on vide l'immeuble de tous ces objets, il le remplit à nouveau très rapidement. » (Personne vivant dans un logement autonome - Observations réalisées en mai 2017)

Ici, l'envahissement est matériel, c'est une accumulation d'objets.

Ces différents comportements – qu'il s'agisse d'accumulations, d'incurie ou encore de troubles du comportement – dépassent, franchissent les limites de la territorialité personnelle des autres habitants de l'immeuble ou de la résidence. Ils dérangent l'entourage qui ne peut jouir paisiblement de son bien (qu'il soit loué ou acheté). « *Le fin réseau d'obligations qui assure l'ordre de circulation et du mêlement des participants* » (Ibid., p. 334) est perturbé par ces personnes ne respectant pas les manières d'agir partagées par les autres ni les limites de chacun.

Par leur comportement, elles envahissent l'espace des autres par leurs bruits, leurs odeurs, leurs actes, leurs comportements, leurs objets.

Leurs comportements ne sont pas, à cet instant, décodés comme des troubles psychiques, ou s'ils le sont, une lecture comme non-respect des autres persiste, ces personnes sont vues avant tout comme des « fauteurs de trouble », qu'il convient de contrôler afin de neutraliser les troubles du comportement nombreux qui dérangent autrui dans son quotidien.

II. Mode de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques

Comme nous venons de le voir, les personnes vivant avec des troubles psychiques peuvent adopter des comportements dérogeant aux règles, aux manières de faire de l'institution de l'habiter. Elles perturbent l'ordre de circulation, les limites de territorialité personnelle, mais également les règles de « savoir-vivre » ensemble par des comportements qui non seulement dérangent les autres locataires ou propriétaires mais restent également impossibles (ou très difficiles) à comprendre et à appréhender. Lorsque les personnes vivant avec des troubles psychiques, mènent une existence dans un logement autonome, elles adoptent en outre certains modes de vie. Par « Mode de vie », j'entends :

« Un concept passe-partout, un mot-valise convoqué dans de très nombreux contextes, qui rend compte d'un fait social majeur : la manière dont les individus d'une société sont conduits à structurer leurs conditions de vie. [...] Le mode de vie ne désigne rien de moins que l'architecture du vivre-ensemble. » (Maresca, 2017, p. 233)

Ces derniers, d'une certaine manière, semble en lien avec les troubles psychiques. En effet, si les règles d'interaction sont brouillées, les règles qui fondent les institutions, les manières d'agir et de penser, le sont également. Ainsi, les troubles psychiques entraînent des manières d'habiter, des modes de vie, qui ne correspondent pas à la norme. Du fait de la cohabitation, du partage des espaces communs, de la proximité des uns et des autres, cet écart à la norme devient rapidement difficile à supporter pour les autres qui s'en trouvent largement dérangés. Voyons quelques-uns de ces « modes de vie ».

1. Investissement du logement : sur/non/dys-investissement

Les troubles psychiques sévères entraînent des manières d'investir l'espace qui peuvent tout à fait s'écarter de la norme.

Darian Leader (2011) donne à voir le mode d'habiter d'une femme souffrant de troubles psychiques :

« Une femme schizophrène m'expliqua qu'elle n'avait pas nettoyé son appartement depuis plusieurs années : du sang, de l'urine et des fèces s'épandirent partout, au milieu de piles d'ordures, de linge sale et de débris ».

Soucieux de son bien-être, je l'encourageai quand elle eut l'idée d'embaucher une femme de ménage, comme si le traitement cosmétique de son espace personnel pouvait avoir un impact sur son psychisme. Elle savait qu'elle devait faire quelque chose pour l'état de son logement, pourtant, en même temps, elle était inquiète car, pour elle, son appartement était son corps : pas « comme » son corps, mais simplement son corps et c'est pourquoi elle devait conserver ses effluves autour d'elle pour se rassurer qu'elle savait où était réellement l'intérieur de son corps. Quand la femme de ménage entra dans son appartement, sa psychose se déclencha.

L'introduction d'un tiers dans ce qui était littéralement son corps fut catastrophique : maintenant, disait-elle, elle ne savait plus où étaient ses organes internes. La séparation entre l'intérieur et l'extérieur s'était effondrée et elle ressentait que son corps avait été démembré. » (op. cit., 2011, p. 142)

Outre une vision des troubles psychiques de l'intérieur, ces quelques lignes donnent à voir la manière dont cette femme investit son logement ; elle ne correspond pas à la manière « normale » de le faire. Dans l'institution de l'habiter, des règles d'hygiène existent – telles que descendre ses ordures dans un local adapté, faire ses besoins dans les toilettes, faire le ménage, etc. D'ailleurs, dans les groupes de logements sociaux, les locataires doivent prendre connaissance et signer un règlement intérieur établi par le bailleur social au regard de la réglementation notamment, indiquant les règles à suivre dans les espaces privatifs comme les espaces communs – y figurent en bonne place l'hygiène, la circulation des personnes et les nuisances⁵⁶.

Or, pour cette femme, ces règles ne semblent pas pouvoir être suivies bien qu'elle en connaisse parfaitement l'existence et puisse, par moment, souhaiter les suivre. « Quelque chose » lui impose de ne rien en faire. Pour le psychanalyste, son logement est à l'image de son intérieur,

⁵⁶ Lecture des Règlements Intérieurs de plusieurs bailleurs franciliens

il est « comme son intérieur » ou dit autrement, son appartement devient un prolongement de son corps et la manière dont elle l'investit est donc liée à ce vécu.

Un regard sociologique donne à voir que les pratiques de l'habiter de cette femme, ses manières d'agir ne correspondent pas aux règles préétablies de l'institution d'habiter, elles sont dérégées par « quelque chose » qui pousse cette femme à agir autrement et ce quelque chose est de l'ordre de la folie, une force qui pousse à ne pas respecter les règles d'interaction ou encore les règles et manières d'une institution. Il est sûrement plus rassurant pour cette femme de vivre comme elle le fait.

Durant mon terrain de thèse, j'ai pu observer différents particularismes dans la manière d'investir le logement. Par ailleurs, la littérature sur l'accompagnement à domicile des personnes ayant des troubles psychiques sévères en fait part également (Floersch, 2002 ; Joubert, 2003, 2005 ; Sassolas, 2012 ; Brodwin, 2013; Eyraud, 2013 ; Piquet et al., 2017 ; Quintin, 2019), tout comme d'autres intervenants au domicile entendus lors de colloques sur le thème de la santé mentale à l'échelle nationale ont pu en témoigner⁵⁷. Il semble que cet investissement hors-norme du logement soit directement en lien avec les troubles psychiques. En effet, comme avec les règles d'interaction, les règles du vivre ensemble, les manières d'habiter et de vivre sont dérangées par ces troubles.

L'incurie, souvent mentionnée dans le cas des troubles psychiques et de l'habitat, est l'un de ces troubles de l'habiter. Elle correspond à un irrespect des règles d'hygiène : le nettoyage du lieu d'habitation, la gestion des déchets, y sont insuffisamment, voire pas, effectués.

Cette incurie peut s'associer à des accumulations diverses, que l'on nomme alors syndrome de Diogène, « mot-valise » (Chebili, 2018) reliant incurie et collectionnisme.

« Décrit par Clark en 1975, le syndrome de Diogène fait référence à une grande négligence de l'hygiène corporelle et une accumulation d'objets hétéroclites, conduisant à des conditions de vie insalubres chez une personne âgée. » (Astruc, Quaderi, Touaimia et Védie, 2006, p.248)

Force est de constater, que ce syndrome ne saurait se restreindre à une seule classe d'âge (*op. cit.*, 2006). D'ailleurs les auteurs proposent pour éclairer leurs propos une vignette clinique.

⁵⁷ Journée du 24 mai 2018, Marseille, « Quelles réponses face aux situations d'incurie dans le logement ? »

« M. S. est un jeune homme, aujourd’hui âgé de 35 ans, [...] fit le projet de demander son admission à l’appartement thérapeutique. [...] L’équipe de l’appartement l’accueillit [et] ne dérogea pas à son principe de respecter scrupuleusement, presque obsessionnellement, le caractère privé des chambres des patients. [...]. Les prises en charge individuelles avaient lieu au centre médico-psychologique (CMP) du secteur. [...] Une réorganisation des soins amena à modifier le fonctionnement de l’appartement communautaire. Les chambres furent considérées comme un espace de soins et visitées. À l’ouverture de sa chambre, les infirmiers se trouvèrent devant un local envahi d’objets les plus divers, immondices, boîtes de conserves vides et pots de yaourt, ramenés chaque jour, témoins de ses repas pris sur les chantiers, paquets de cigarettes, tas de mégots, etc., mais ils furent frappés aussi par des alignements rigoureux de jeux vidéo, de cassettes, de livres, et des boîtes de petits soldats, soigneusement classés par catégorie, et par l’accumulation de toutes sortes d’articles, entassés là, en prévision, sans doute, de son installation future dans un appartement individuel : ustensiles divers, chacun en plusieurs exemplaires, 3 ou 4 cafetières électriques, livres de recettes... Pour M. S., ces objets ne servaient que très exceptionnellement et n’avaient jamais été partagés avec les autres occupants de l’appartement. » (ibid., p. 248-249)

Les comportements accumulateurs, que l’on rencontre à la fois dans des hébergements communautaires, dans le logement autonome et parfois même à la rue, peuvent envahir autrui, ne pas respecter le territoire personnel des autres, comme nous l’avons vu avec Coquelicot. Ils peuvent également produire des nuisances olfactives (l’incurie et l’accumulation des déchets), présenter un risque pour le logement, son locataire et pour l’ensemble des habitants de l’immeuble (incendie, accès restreint ou inexistant aux fenêtres, radiateurs ou prises électriques à proximité d’objets inflammables, etc.), et des nuisances par infestation de parasites (les espaces encombrés de déchets attirent les parasites et les accumulations ne permettent pas de traiter l’appartement).

Ils font partie du mode de vie des personnes qui présentent un surinvestissement ou un dysfonctionnement dans l’investissement de leur logement.

Ces comportements accumulateurs peuvent remplir - outre l’intérieur des personnes – leur temps :

« Jasmin accumule différents objets qu'il trouve dans l'espace public et les entasse selon une logique personnelle dans son appartement, dans lequel son espace vital se réduit à quelques m² - un fin passage de la porte d'entrée à sa chambre à coucher et son lit. Malgré l'encombrement qu'il subit, il est dans l'incapacité de jeter le moindre objet et continue même à en collecter d'autres dans l'espace public. Il possède un circuit de collecte, des lieux privilégiés qu'il arpente selon un ordre toujours répété et qui rythme ses journées, puis ramène ses trésors jusque chez lui. L'accumulation s'accompagne d'une forte incurie, au milieu des objets trouvés, on trouve ses déchets dont il ne peut également se séparer »
(Personne vivant dans un logement autonome - Observations réalisées en novembre 2017)

A plusieurs endroits, l'accumulation fait partie intégrante du mode de vie de Jasmin, elle remplit son existence, la scande et la structure. C'est également une manière d'investir son logement, ce qui représente un trouble pour son bailleur puisque l'accès à l'appartement est extrêmement réduit.

Dans les situations relatées ici, l'incurie et le collectionnisme sont des comportements actifs, c'est-à-dire qu'ils sont le résultat d'actes, comme la collecte d'objets. Ils reflètent l'investissement du logement.

Dans d'autres situations, les comportements incuriques et accumulateurs peuvent être interprétés à l'inverse comme un non-investissement du logement.

« Dahlia vit dans un appartement du parc social francilien qu'il n'entretient pas : déchets, ordures jonchent le sol. Par ailleurs, il vit avec une dizaine d'animaux – chats et chiens – qui participent à la dégradation du logement, mais également aux nuisances olfactives et sonores. » (Personne vivant dans un logement autonome - Observations réalisées en décembre 2017)

Ici, pas de collecte d'objets, ni d'accumulation autre que celle des déchets que Dahlia ne jette jamais. L'accumulation dans ce logement, bien qu'elle ait une ampleur importante, n'est pas semblable à celle observée chez Jasmin ; elle n'est pas le fait d'actes qui structurent les amas dans le logement, le temps et les déplacements de la personne. Au contraire, le mode de vie ici se manifeste par un non-investissement du logement et un comportement passif – l'inaction - qui est à l'origine de l'état du logement.

Si le non-investissement de l'espace ou du logement peut être lié à un comportement passif, il peut prendre d'autres formes.

« Jacinthe, locataire d'un logement social, habite dans un logement entièrement vide à l'exception d'un matelas et de quelques vêtements. Elle ne conserve rien, ni biens personnels, ni courriers ou papiers, ne prend aucun repas dans son logement. Elle sort toute la journée, déambule, erre beaucoup dans le quartier, et ne revient que pour y dormir. » (Personne vivant dans un logement autonome - Observations réalisées en février 2018)

Le mode de vie de Jacinthe est à l'opposé de ceux présentés ci-dessus. En effet, le non-investissement du logement ne s'accompagne pas d'un comportement passif, mais au contraire très actif, puisque la locataire veille à jeter l'ensemble des objets qu'elle est amenée à utiliser (hormis le strict nécessaire).

En outre, son mode de vie a la particularité, en comparaison à ceux déjà présentés ici, de ne pas troubler l'ordre ou l'entourage. En effet, ses voisins ne sont en rien dérangés par la manière dont elle investit son logement : elle ne fait pas de bruit, il n'y a pas de nuisances olfactives non plus, ni d'infestation de nuisibles qui lui soit imputable.

Toutefois, le bailleur social, qui intervient dans l'appartement pour les travaux courants (compteurs, radiateurs, etc.), est frappé par ce comportement atypique, qui finalement trouble sa morale.

C'est une situation extrême de non-investissement d'un lieu, un non-investissement qui peut avoir des formes moins extrêmes et s'identifier par l'inexistence de personnalisation du lieu. Dans tous les cas, il est malgré tout repéré comme un dysfonctionnement de l'investissement, un trouble du comportement, qui heurte la morale du bailleur. Il est par ailleurs plus difficile à comprendre que le non-investissement soutenu par un comportement passif.

Comme pour les règles d'interaction, les modes de vie des personnes et leurs comportements vis-à-vis de leur logement peuvent être absolument incompréhensibles pour autrui, qui placent alors les personnes dans la catégorie de fauteurs de troubles. Là encore, bien que les troubles du comportement soient l'extériorisation de troubles psychiques, il faudra un travail de recodage, de réinterprétation, des troubles avant que l'on en comprenne l'origine – ou du moins que l'on prenne en compte les troubles psychiques.

Outre ces situations de sur ou sous (voire non-) investissements, on peut noter également un « dys-investissement » de l'espace par la personne, c'est-à-dire que l'investissement est dysfonctionnel, ne correspond pas à la norme.

« Anémone et ses deux enfants adultes occupent un logement de type F3 en Île-de-France. L'occupation des pièces, le rôle des pièces semblent dysfonctionnels – au regard de la norme. Alors même que le logement dispose de deux chambres, Anémone, dort dans la cuisine, quand l'un de ses enfants dort dans le couloir. Son autre enfant occupe une chambre, mais n'en sort pas. Il y mange, y dort, et reste dans son lit, dans le noir, les volets constamment fermés, n'en sortant que pour aller chercher de quoi se nourrir et faire ses besoins. L'autre chambre n'est pas investie. Par ailleurs, Anémone ne fait jamais ses besoins dans les toilettes ni sa toilette dans la salle de bain. Elle fait ses excréments sur le sol ou dans des seaux et fait sa toilette dans la cuisine. Des déchets et de la nourriture jonchent le sol. On note également l'absence de meuble – hormis les lits, sans draps – et des chaises. Les affaires sont entassées au sol, dans tous les coins de l'appartement. Pour autant, l'appartement présente des décorations (de Noël notamment). Anémone peut tout à fait accorder de l'importance à de petites attentions dont le but est d'embellir l'espace.

Elle investit son logement, détermine des fonctions aux espaces, mais cela semble répondre à une logique qui lui est propre et qui échappe au voisinage et aux intervenants. » (Personne vivant dans un logement autonome - Observations réalisées au domicile d'Anémone entre septembre 2017 et juin 2018)

Chez Anémone, les espaces sont investis mais pas selon les normes de l'institution d'habiter. Les chambres ne servent pas à dormir, les toilettes ne sont pas utilisées non plus (ou à autre chose qu'aux besoins naturels). On peut parler ici d'un investissement dysfonctionnel du logement qui crée des nuisances intenses et répétées pour l'entourage (nuisances olfactives et par infestation de parasites) et le bailleur – dont le bien est dégradé. Toutefois, les endroits choisis pour dormir, eux, n'engendrent aucune nuisance pour le voisinage, mais alerte tout de même le bailleur qui ne comprend pas le comportement de la locataire.

Majoritairement, ces manières d'investir les espaces – privatifs comme communs – qu'il s'agisse d'un non-, d'un sur- ou d'un dys-investissement du logement et des espaces communs, entraînent des nuisances pour les autres – qu'elles soient sonores, olfactives ou comportementales. Elles troublent le voisinage que ce soit dans son bien-être, sa tranquillité, sa

quiétude, mais également dans sa morale ou encore ses émotions (qu'il s'agisse de colère, d'empathie ou de peur).

Par ailleurs, comme je le disais plus tôt, il est difficile de donner un sens à ces pratiques dérangeantes, ces modes de vie hors-norme, et partant de les interpréter, ce qui tend à rendre les nuisances encore plus insupportables.

2. Comportements hors norme

Les modes de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques sont liés à des comportements qu'elles adoptent. On peut dire qu'ils sont des manifestations des troubles psychique ou une extériorisation des troubles intérieurs. Ces comportements peuvent être soit actifs, tels que des cris, des gestes ou gestuelles, des attitudes sonores, agressives ou violentes, soit passifs, comme le retrait social, l'isolement, le désinvestissement, etc. Quoi qu'il en soit, ils provoquent des perturbations au sein de l'immeuble, de la résidence ou encore du quartier.

a. Les comportements actifs

Outre les manières qu'ont les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères d'investir leur logement et les espaces communs, elles ont des comportements, des manières d'agir, qui, eux aussi, viennent troubler le voisinage.

Les situations relatées plus tôt de Jasmin ou encore de Myosotis présentent des comportements actifs. Jasmin remplit son appartement d'objets qu'il collecte et ramène dans son domicile. Myosotis, quant à lui, en s'alcoolisant la nuit, fait du tapage, jette des débris par la fenêtre. Ces comportements impliquent des actions, le fait de ramener des objets, le fait de faire du bruit, de jeter, ils sont actifs.

Ces comportements, par ailleurs, restent tout à fait incompréhensibles pour le voisinage ainsi que pour le bailleur social et perturbent la quiétude de la résidence. En outre, ils envahissent, pas des nuisances sonores ou olfactives, la territorialité personnelle des autres locataires. En effet, Jasmin comme Myosotis, engendrent la colère des autres, ils prennent de la place dans leurs pensées, dans leur quotidien. Leurs comportements viennent déranger l'ensemble des locataires de l'immeuble ainsi que le bailleur social qui doit faire face aux plaintes répétées des

locataires à la Police - qui intervient régulièrement sur site dans le cas de Myosotis -, qui doit permettre la sécurité de tous les locataires.

D'autres comportements actifs peuvent faire partie du mode de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques, tels que je le rapportais plus tôt avec Bleuet (comportements liés ici à l'impression de persécution de l'entourage). Les réactions liées à des persécutions supposées peuvent être des facteurs du mode de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques. Elles conditionnent des comportements actifs – agressifs -, mais également des comportements passifs (comme nous le verrons plus tard) - le retrait -, et partant, elles façonnent le mode de vie des personnes. Sans doute, les troubles du comportement, opérationnalisant les troubles psychiques – ici la peur ou le sentiment d'être persécuté – peuvent-ils varier d'une personne à l'autre, d'un moment de l'existence à l'autre. Mais ils peuvent générer des comportements actifs dans le sens où la personne « persécutée » réagit par des actes agressifs ou défensifs.

Lorsque les personnes vivent dans un logement autonome adossé à une association, ces troubles du comportement actif peuvent également exister.

Lorsque Madame R., affolée par ses factures d'eau et persuadée qu'il existe des fuites dans divers endroits de son logement, décide de boucher ses toilettes ou encore ses évier et lavabo, elle occasionne un dégât des eaux chez son voisin du dessous. Ce comportement actif, lié à ses troubles psychiques, entraîne donc des nuisances pour le voisinage, ce que les soignants de l'association de secteur prennent rapidement en compte. Ainsi, l'équipe intervient dans un premier temps, à domicile pour rassurer Madame R., fait intervenir l'assurance pour prendre en charge les dégâts chez le voisin et un plombier pour les dégâts sur les canalisations, et, dans un deuxième temps, trouve une solution du point de vue de la gestion locative de l'appartement, pour que les factures d'eau ne provoquent plus ce genre d'inquiétudes et partant, de réactions, chez la patiente-locataire.

Même avec un suivi des troubles psychiques, finalement, les comportements actifs des personnes vivant dans un logement autonome permettent d'alerter et d'intervenir. Ils ne sont pas évités mais, en revanche, sont bien plus rapidement pris en charge aussi bien d'un point de vue logistique que soignant.

Outres ces comportements actifs, qu'ils soient liés aux relations aux autres, à l'impression d'être agressé ou de risquer de l'être, à des habitudes de vie ancrées (accumulations, consommation d'alcool ou autre, etc.), à de fortes angoisses, les personnes avec des troubles psychiques peuvent adopter d'autres comportements plus passifs qui malgré tout troublent l'entourage et

feront l'objet à leur tour d'une réinterprétation, d'un recodage de troubles du comportement – même s'ils sont passifs – en troubles psychiques, c'est-à-dire qu'ils seront appréciés comme étant des manifestations de troubles psychiques.

b. Les comportements passifs

Ces comportements passifs correspondent à des modes de vie dont le trait le plus saillant est le retrait, l'inaction. L'incurie, que j'ai abordée dans une section précédente comme un non-respect des règles d'hygiène, si elle peut être un comportement actif (accumulation ou non-utilisation des toilettes), peut également être un comportement passif. En effet, elle peut faire partie d'un mode de vie que l'inaction, entre autres, peut qualifier. Ainsi les personnes ne sont plus en mesure d'agir.

Cette passivité peut être une conséquence de la dépression (Otéro, 2012), la dépression étant alors qualifiée de pathologie de l'action.

Dans les troubles psychiques sévères, l'inaction ou passivité, peut être un comportement ancré dans le mode de vie des personnes, comme dans le cas de Dalhia, car elle n'est pas transitoire (ou du moins s'étend sur de très longues périodes de vie et devra faire l'objet d'un accompagnement) – à la différence de l'inaction comme symptôme de la dépression.

Cette passivité a des retentissements très forts dans la vie des personnes, bien au-delà de l'incurie. Si elle a des répercussions sur le logement et son état, elle a également des répercussions sur le corps des personnes (on peut alors rejoindre le psychanalyste Darian Leader (2011) en voyant un lien entre le logement et le corps des personnes), qui se trouvent parfois dans un état de santé très alarmant. Elle a des répercussions également sur leurs revenus, leurs droits sociaux, leurs dettes, etc. En effet, cette passivité entraîne un retrait social, une difficulté profonde à agir, à rentrer en relation avec autrui, à sortir de chez soi même parfois, elle ne permet pas de se soigner, de faire face aux démarches administratives, aux factures, à faire des demandes.

Lavande occupe un logement social en Île-de-France. Son comportement tout en retrait a entraîné une situation sociale tout à fait alarmante pour elle.

Après son divorce et la perte de son emploi après un abandon de poste, elle ne parvient pas à ouvrir et faire valoir ses droits. Elle perd tout revenu. Ses dettes s'accumulent. Loyer, assurance, électricité, etc.

Elle n'est plus en mesure de faire face. Elle reste enfermée chez elle, n'ouvre plus la porte, ne se nourrit plus. Le logement est insalubre.

Le bailleur a fait une demande d'expulsion, elle risque donc de perdre également son logement.

Encadré 4. Quelques éléments supplémentaires de la vie de Lavande – Observations réalisées entre février 2018 et juin 2018

Ce comportement passif, pas de cri, pas de tapage, est une manifestation, tout comme les comportements actifs, des troubles psychiques de Lavande qui ne trouve plus l'énergie de vivre le quotidien. Ici, la dette locative est le trouble du comportement, le trouble extérieur – impactant le bailleur social - qui alerte sur son état de santé mentale.

« Hortensia vit dans un logement social obtenu à la sortie d'une longue hospitalisation. Aujourd'hui, dans son logement, il ne parvient pas à investir l'espace ni à faire face à son quotidien. Par ailleurs, il souffre d'une grave maladie somatique mais ne reçoit aucun soin. Il est très faible et très amaigri. Il s'alcoolise beaucoup. Il reste enfermé chez lui, refuse les visites médicales, ne donne pas suite aux propositions d'hospitalisation à domicile. Il se sent très agressée par les autres et préfère rester seul. Ses droits sociaux sont suspendus car il n'entame pas les démarches pour les obtenir. De ce fait, il n'a aucun revenu et beaucoup de dettes. Il risque l'expulsion. » (Personne vivant dans un logement autonome – Observations réalisée de janvier 2018 à avril 2018)

Aller vers les soins tout comme accéder à ses droits sociaux demandent aux personnes d'accomplir un certain nombre d'actions, de rentrer en contact avec différentes personnes ou institutions, ce qui se révèle pour certaines d'entre elles tout à fait impossible. Les dettes, l'état de santé somatique (la maigreur, des pathologies non prises en charge, l'alcoolisme excessif, etc.), l'incurie – les conséquences d'un comportement passif - sont les signes extérieurs, les manifestations de troubles psychiques, qui dérangent les autres et provoquent une réaction. Ils sont l'extériorisation d'un comportement de retrait, d'un isolement – lui-même étant une manifestation de troubles psychiques - qui laissent la personne sans demande, sans ressource, sans relation.

En outre, cette attitude, ce comportement passif, pour les travailleurs sociaux qui se trouvent impliqués dans la situation des personnes – dans les deux cas présentés, il s'agit des conseillères sociales du bailleur social, d'assistants de service social communaux ou de l'hôpital – ne comprennent pas cette attitude. Ces intervenants demandent en effet une participation des

personnes dans la constitution de leurs dossiers – de surendettement, de demande d’allocations, de demande de Fonds de Solidarité Logement (FSL), etc. Elles attendent de la part des personnes qu’elles aident (ou plutôt tentent d’aider), soit un comportement actif en réponse à leurs démarches. Le Don nous disait Mauss, ce sont trois actions : donner, recevoir et rendre. Ici, les intervenants peuvent ressentir une forte incompréhension, voire même de la colère, envers des personnes qui ne reçoivent pas leur don et partant, ne rendent rien, l’intervention auprès d’elles étant en effet vue comme un don.

Par ailleurs, comme le montre Nicolas Duvoux (2009, 2014), la dette sociale s’est inversée au cours du 20^{ème} siècle.

« [...] au contrat social faisant porter par toute la société la protection de ses membres contre les différents accidents de la vie s’est progressivement substitué un contrat individuel dans lequel, considérés comme les premiers responsables de leur situation, les allocataires de minima sociaux doivent manifester leur volonté de s’insérer et rembourser par leur travail le revenu que leur verse la société. Cette injonction à l’autonomie désormais portée non sans paradoxe par les institutions est cependant inégalement appropriable par les individus selon leur dotation initiale en capitaux, culturel et social notamment. » (Martinache, 2010)

Cette inversion implique une injonction à l’autonomie et une responsabilisation des personnes dans la situation qui est la leur. Tant que les troubles du comportement liés à la passivité des personnes n’ont pas été recodés comme étant les manifestations de leurs troubles psychiques, cette demande de participation faite aux personnes vulnérabilisées s’impose, les travailleurs sociaux intervenant ayant été formés sur ce modèle d’intervention.

Je souhaite toutefois apporter une nuance, au moins pour l’ensemble des travailleurs sociaux dont j’ai croisé la route durant mon terrain de thèse. Les missions et objectifs des dispositifs dans lesquels ils interviennent, le « management » et les injonctions des supérieurs, influencent également le travail qu’ils mettent en œuvre, leurs attentes, mais surtout le sens qu’ils donnent à leurs pratiques.

Ainsi, les bailleurs sociaux que j’ai rencontrés se distinguent les uns des autres par des approches de leurs missions tout à fait différentes. L’un d’entre eux a constitué un pôle social, dirigé par un ancien directeur de centre d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Ce

pôle est tout à fait indépendant du service contentieux, un souhait de la direction générale qui protège les actions entreprises par le pôle social.

A l'inverse, un autre bailleur social n'a, pour sa part, pas créé de pôle social et intervient auprès des locataires vulnérables ou en difficulté à partir du service contentieux. Par cette organisation même et ce qu'elle dit des missions des travailleurs sociaux, les actions qu'ils entreprennent ont un autre sens que celles entreprises par le bailleur mentionné plus avant.

On est tenté de faire trop rapidement une séparation entre le travail social d'un côté et le travail thérapeutique de l'autre, de distinguer alors les dispositifs strictement sociaux des dispositifs psychologiques ou psychiatriques – alors qu'un acte « social » peut avoir une portée thérapeutique et inversement, un acte thérapeutique peut avoir une portée sociale. Il s'agit en effet de considérer les différentes dimensions d'une personne, la dimension biologique, la dimension physique et la dimension psychique, comme intriquées les unes aux les autres, c'est, comme je le disais, une trame, la trame qui nous constitue. Il n'est pas possible de les désintriquer. C'est bien d'ailleurs tout le problème d'un système cloisonné qui répartit les actions des intervenants en fonction des dimensions des personnes, sauf à ce qu'un travail coopératif se mette en place et que les actions des uns et des autres s'intriquent elles-mêmes.

Force est de constater qu'il existe bel et bien dans le travail social une quête de sens, une volonté de nouer une relation avec les personnes qui ne soit pas seulement « une transaction imposée par les institutions » (Grimard et Money, 2016, p. 88), et ce, malgré la tendance lourde dans le travail social à mettre en place des approches rationnelles, « la chalandisation du social » (Chauvière, 2007), qui

« bouscule les a priori et les anciennes conceptions de la relation d'aide. Le temps doit être rentabilisé, l'intervention efficace et efficiente. Cela rappelle le dilemme « relation d'aide » versus « prestation de service ». » (op. cit., 2016, p. 90)

Ces approches visent à rendre les personnes actrices de leurs parcours, autonomes, au-delà même de ce qu'elles vivent par ailleurs, au-delà même de la prise en compte des différentes problématiques qu'elles rencontrent dans d'autres dimensions (psychique ou biologique). Il peut également, dans les zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 2014) des institutions, se mettre en place un travail en marge des règles institutionnelles permettant un travail social qui, bien que tenant compte du cahier des charges des institutions, tient compte également de la personne, de ses désirs et de son rythme.

« Se dessaisir des désirs gestionnaires pour saisir ceux des destinataires demeure un enjeu quotidien des travailleurs sociaux. [...] L'engagement subjectif peut toutefois être productif à la fois pour l'intervenant et pour le destinataire, transformant le cadre de la transaction. [...] La délicate tâche d'équilibrer l'engagement subjectif et le cahier des charges professionnelles ne peut s'exercer dans n'importe quelle situation. La transaction sociale dans ce cas-ci devient une alliance entre l'intervenant et le destinataire, allant au-delà de certaines prescriptions institutionnelles et fait écho à ce que Bouquet et Riffault (2013) nomment les temps compatibles. Les exceptions aux règles institutionnelles et organisationnelles font partie de ruses que les intervenants mettent en place afin d'offrir plus qu'une prestation de service en travaillant avec le destinataire selon son rythme et son projet de vie à l'intérieur d'un cadre professionnel parfois trop rigide ou manquant de moyens. Cela témoigne ainsi d'une volonté de transformer la transaction établie entre l'institution et le travailleur social. Pour faire place aux exceptions et plus largement aux ruses, cela implique donc que le management soit « social » (Bouquet, 2010). » (ibid., 2016, p. 92)

C'est dans cette idée, notamment, que voit le jour dans une commune d'un département francilien, en 2000, un dispositif informel permettant aux travailleurs sociaux d'une maison locale des solidarités de rencontrer régulièrement (chaque mois) un psychiatre et une assistante de service social d'un secteur psychiatrique (Bretécher et Wolfe, 2019) pour évoquer ensemble et anonymement des situations *« qui laissent penser qu'un grain de folie biaise les rencontres entre un travailleur social et un usager »* (op. cit., 2019, p. 25). Cet arrangement entre la maison locale des solidarités et le secteur de psychiatrie a permis aux usagers de la première d'accéder au second. Cela a permis également aux travailleurs sociaux de trouver des solutions au-delà des règles de leur institution pour des situations que leur cadre ne permettait pas de prendre en charge. Ils y ont trouvé également la légitimation du temps qu'ils ont pris pour nouer une relation avec leurs usagers relevant davantage des soins psychiatriques que de l'aide sociale, et partant d'une approche de leur travail basée sur la demande.

Pour ce dispositif francilien, comme pour les bailleurs sociaux, ces rencontres *« d'un autre type »* (ibid., 2019, p. 26), avant d'être vues comme relevant de la psychiatrie, doivent au préalable être réinterprétées. Avant d'être vus comme étant des manifestations des troubles psychiques, les troubles du comportements (nuisances, comportements étranges, etc.) actifs

mais également passifs (comme le retrait, l'isolement, l'inaction) doivent faire l'objet d'un recodage, un travail fait par des acteurs bien souvent non issus du milieu psychiatrique.

Outre l'incurie, comme négligence ou manque de soin, ou encore une passivité profonde dans la gestion du quotidien (gestion des démarches administratives, de la santé, de l'entretien du logement, etc.), des comportements passifs liés à la gestion des relations avec les autres peuvent également faire partie du mode de vie des personnes. Il peut arriver par exemple qu'elles ne parviennent pas à fixer de limites aux autres et soient finalement abusées par des personnes profitant de leur vulnérabilité et parfois même de leur logement de leur maigre revenu (AAH ou RSA).

C'est ce que raconte le sociologue, Benoit Eyraud (2015) au sujet de Monsieur Pénol, qui voit son appartement envahi par d'autres.

« La voisine de palier de M. Pénol n'en peut plus. Elle se plaint devant [Benoit Eyraud] : « trop de personnes vivent là, trop souvent saouls, ça pisse, ça chie, c'est des bagarres, ça hurle, et personne ne fait rien... On ne peut pas continuer à vivre là ». Madame Satet ne sait plus quoi faire. Elle a bien parlé à M. Pénol, mais « il s'en fout », ou peut-être « qu'il a peur parce qu'il s'est fait casser la gueule ». Deux ans auparavant, Mme Satet était très bienveillante envers lui, dont l'état de santé l'inquiétait. Maintenant elle lui en veut de se « laisser squatter ». Il se ferait même « virer » de son propre logement. Au début de l'automne, le fils de Mme Satet et [un autre voisin] se sont rendus chez leur voisin avec une batte de base-ball, pour mettre dehors les squatters. M. Pénol a finalement appelé son curateur pour lui dire qu'il avait des soucis, que le « squatteur » a « une vie décalée » [...] et puis, il reçoit « quelques coups ». (ibid., p. 92)

Monsieur Pénol n'a pas de comportement actif troublant l'entourage. En revanche, sa passivité quant à la délimitation de son « territoire personnel » - que ce soit au niveau de son logement, de son quotidien, de son temps ou encore de son argent – permet à d'autres d'occasionner ces troubles du voisinage, ces nuisances sonores et olfactives. C'est bien la passivité de Monsieur Pénol – titulaire du bail et donc responsable des nuisances produites dans son logement - qui trouble l'entourage.

Tout comme les personnes dont les comportements actifs (investissement de l'espace, bruits, accumulation, etc.) envahissent les autres, celles dont le comportement est passif ne respectent pas les limites de la territorialité personnelle des autres habitants de leur immeuble ou de leur

résidence, éprouvant des difficultés dans leurs relations aux autres et pour délimiter leur propre territorialité, pour faire respecter leurs propres limites – qu’elles ont également du mal à connaître. Aussi, il arrive que leur logement, du fait de leur passivité, devienne un lieu investi par d’autres et que cela occasionne des nuisances pour le voisinage, comme c’est le cas des voisins de M. Pénol. Outre ce que les personnes dans la situation de M. Pénol subissent individuellement, ce comportement face aux autres trouble ou entraîne des troubles pour le voisinage et le bailleur qui se sentent souvent démunis.

Les comportements des personnes souffrant de troubles psychiques qu’ils soient passifs ou actifs – ancrés dans leur mode de vie dans un logement – entraînent donc de nombreuses nuisances pour les autres (dettes, dégradation du logement, nuisances sonores, olfactives, par infestation de parasites, bagarres, insécurité, commerce de drogue, etc.) et déclenchent des réactions qui finalement provoquent l’entrée dans la prise en charge des troubles psychiques de ces personnes. En effet, bien qu’ils ne soient pas encore perçus comme étant des manifestations des troubles psychiques, ces troubles du comportement donnent l’alerte. Ils invitent la communauté – ici les voisins, les gardiens, le bailleur social ou les agents de terrain et travailleurs sociaux qu’ils convoquent – à intervenir bien que la demande soit de neutraliser les troubles et non pas de soigner, accompagner, prendre soin de la personne qui les occasionne.

Toutefois, outre ces situations où l’on note l’absence de suivi psychique ou spécifique, comme nous l’avons vu plus avant, des suivis dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques existent.

Claire Queverdo, une psychologue travaillant dans un secteur de psychiatrie (Sassolas, 2012), explique la trajectoire d’un jeune homme longuement hospitalisé, Alexis, à qui l’équipe soignante propose d’intégrer un appartement thérapeutique. Sa passivité considérée par l’équipe fait l’objet d’une mesure d’accompagnement afin d’éviter qu’elle ne se transforme en trouble.

« Si Alexis recherche et cultive les moments de convivialité, la relation aux autres est parfois délicate et peut réveiller un vécu persécutif. Pointant sa difficulté à instaurer une limite face à l’autre, Alexis met en lien, souvent, sa peur de vivre en dehors de l’hôpital avec la crainte d’être envahi par les personnes extérieures, le poussant à boire et à se droguer.

[...] Le studio [l’appartement thérapeutique] a été aussi l’occasion pour nous de travailler avec Alexis sur la relation avec les autres. Celle-ci peut être vécue sur un mode persécutif. Pour prémunir Alexis, nous lui avons formulé d’emblée l’interdiction de recevoir des

personnes extérieures, inhérente au règlement du studio. Le refus situé du côté de l'institution rassurait Alexis dans la mesure où il n'émanait pas de sa personne. » (ibid., p. 108-120)

L'équipe soignante propose ici un transfert de la responsabilité d'Alexis en assumant l'interdiction de faire venir quiconque dans son logement et ainsi prévenir les nuisances que sa passivité vis-à-vis des autres risque d'occasionner.

Avec un suivi des troubles psychiques, on voit au travers de la situation d'Alexis, que les troubles du comportement passif peuvent être anticipés et pris en charge de manière à limiter leurs conséquences.

De la même manière, l'association de secteur que j'ai rencontrée durant mon terrain de thèse, afin de pallier les conséquences des comportements passifs, peut choisir – avec l'accord des intéressés bien sûr - de mettre en place une aide-ménagère que les patients-locataires, suivant leurs moyens et ressources, financent eux-mêmes.

Par ailleurs, la gestion locative de l'association ne se limite pas à la refacturation des loyers et factures liées à l'habitat, mais également à l'ouverture de leurs droits, au suivi des dossiers notamment à la MDPH. Ce suivi social permet d'éviter les situations sociales dramatiques relatées plus tôt et de compenser les comportements passifs des personnes.

En outre, le suivi psychique des personnes (par le CMP, mais aussi par les VAD des infirmières de l'équipe soignante et les activités proposées par le CATTP ou les ateliers artistiques) permet de lutter contre ces comportements passifs traduisant les troubles psychiques des personnes.

Les suivis spécifiques permettent de lutter activement contre les conséquences des comportements des personnes qu'ils soient passifs ou actifs, des comportements qui, comme lorsqu'il n'existe pas de suivi spécifique, permettent d'alerter sur l'état psychique des personnes.

Dans tous les cas proposés pour illustrer les troubles du comportement dans cette section, ces troubles sont l'entrée dans la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques, ou du moins font alerte – lorsque la prise en charge existe d'ores et déjà.

Avant d'entrer dans cette prise en charge, il nous reste à voir le recodage des troubles du comportement en troubles psychiques dans différents contextes et par différents acteurs (la famille, un bailleur social ou encore un intervenant social).

Chapitre 2 : Le travail de recodage des nuisances en troubles psychiques

« Participant : Je dirais que je me sens comme si j'étais un peu puni

Enquêteur : Comment cela ?

Participant : Comme si dans mon esprit... L'esprit, parfois avant d'aller me coucher, je me sens comme si j'entendais des trucs sataniques dans mon esprit.

Enquêteur : Ça ressemble à une punition en quelque sorte ?

Participant : Oui

Enquêteur : Pour quelle raison pensez-vous être puni ?

Participant : Je n'en suis pas vraiment sûr. Je ne sais pas.... Il y a eu un meurtre qui s'est produit avec mon frère et moi il y a 13 ans. Je pense que c'est pour ça.

Enquêteur : Était-ce quelque chose dans lequel vous étiez impliqué ?

Participant : Oui

Enquêteur : Et vous pensez que c'est pour cette raison que vous avez ces problèmes ? Ces expériences ?

Participant : Oui. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 138-139

Comme nous venons de le voir, certaines personnes, lorsqu'elles vivent dans un logement autonome, ont un mode de vie, un rapport aux règles d'interaction, aux normes, qui occasionnent des troubles (de l'habiter, du comportement, du voisinage). Ils font l'objet d'interventions afin d'être neutralisés et de permettre aux autres de ne plus être troublés ou dérangés. Dans le cas où ces interventions ordinaires, si je puis dire, qu'elles soient de l'ordre de la contrainte, de la coercition ou de l'ordre de l'accompagnement social, échouent, que les troubles persistent et que l'entourage continue à être dérangé jusque dans sa territorialité personnelle, elles doivent être repensées à l'aune d'une autre grille de lecture et prendre une teinte plus spécifique. D'autant que ces troubles du comportement, finalement, ont une incidence sur les différentes dimensions (sociale et biologique) des facteurs de troubles.

Cette autre grille de lecture peut alors être celle de la santé mentale. En effet, dans un premier temps, les troubles de l'habiter, du voisinage ou encore du comportement sont abordés sous un

angle social, en cela que les actions menées pour les neutraliser portent sur des caractéristiques sociales – les revenus, l'ouverture de droits, mais aussi le rappel à la règle ou à la loi. Lorsque ces interventions échouent, comme je le disais, c'est-à-dire que les troubles persistent, les troubles peuvent être regardés sous un autre angle. On leur attribue une autre cause, celle notamment de la santé mentale. C'est alors le début de la prise en charge des troubles psychiques, l'entrée dans la relation de prise en charge.

Ces dernières années, la santé mentale a été mise en lumière du fait même de l'obscurité dans laquelle elle se trouvait et de l'impact qu'elle peut avoir sur et dans la société. Du fait de l'importance de cet impact et de l'émergence de ce sujet au niveau international, la santé mentale en France est aujourd'hui un sujet de santé publique qui fait l'objet de campagnes pour une meilleure prise en charge (du dépistage au rétablissement et à la réinsertion ou réhabilitation sociale). La stigmatisation que subissent les personnes ayant une mauvaise santé mentale et la santé mentale elle-même, engendrent, outre un mal-être supplémentaire pour celles qui souffrent psychologiquement, un retard de diagnostic important, un non-recours aux soins, etc.

« D'après l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), les problèmes de santé mentale constituent une grande charge en termes de morbidité en Europe affectant plus d'un adulte sur quatre au cours de la vie (Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Organisation mondiale de la Santé 2008), les troubles de l'humeur représentant à eux seuls la troisième cause des « années de vie corrigées de l'incapacité », c'est-à-dire la somme des années de vie perdues dues à une maladie et des années de vie vécues avec une incapacité. » (Chan Chee, Gourier-Fréry, Guignard et Beck, 2011)

De plus, s'il est souvent question de la dépression (Ehrenberg, 2000) lorsque l'on parle de santé mentale, cela n'empêche pas les autres problèmes psychiques de continuer à exister et à faire l'objet d'une mise en lumière, surtout du fait des changements institutionnels importants que connaît leur prise en charge. En effet, longtemps pris en charge exclusivement par la psychiatrie, les troubles psychiques sévères font l'objet aujourd'hui de prises en charge pluri-institutionnelles, articulant (ou tentant d'articuler) les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales. La réduction du nombre de lits en psychiatrie, ainsi qu'une prise en charge (psychiatrique, sociale et médico-sociale) hors-les-murs grandissante – cette augmentation des

prises en charge hors-les-murs ne garantit en rien la qualité des prises en charge proposées -, entraînent une plus grande visibilité de ces troubles – pour le meilleur et pour le pire - et des questionnements sur la façon de soigner et d’accompagner les personnes qui en souffrent.

Cette mise en lumière de la santé mentale a permis à des acteurs sociaux et médico-sociaux d’adopter de nouvelles grilles de lecture face aux problématiques qu’ils rencontrent, intégrant ainsi la dimension psychique à la compréhension des situations auxquelles ils sont confrontés et qu’ils tentent de résoudre. En effet, le passage de la psychiatrie à la santé mentale (Piels et Roelandt, 2001), permet de considérer toutes les dimensions de la personne, des dimensions intriquées où il est difficile de démêler ce qui relève du social ou du psychique (Furtos, 2011).

Dans le même temps, des budgets spécifiques ont été fléchés auprès d’acteurs très éloignés du soins, tels que les bailleurs sociaux qui ont obtenu des subventions du ministère du logement⁵⁸ pour faire face aux problématiques qu’ils rencontrent avec les locataires souffrant de troubles psychiques et ainsi permettre que ces derniers ne soient pas systématiquement expulsés et obtiennent même un accompagnement permettant leur maintien dans le logement. C’est précisément dans ce cadre que voit le jour l’équipe mobile associative dans laquelle j’ai assumé les fonctions de cheffe de service.

Ces éléments ont permis aux bailleurs sociaux, notamment, d’adopter une nouvelle façon de voir les personnes créant des troubles qu’ils logent, une nouvelle manière d’agir auprès d’elles. Cependant, les troubles, quand ils émergent et arrivent jusqu’au bailleur, ne sont pas immédiatement décodés comme des troubles psychiques. Ils doivent faire l’objet d’un recodage après que des interventions « ordinaires » aient eu lieu, un recodage qui n’est pas le fait d’un regard expert, celui d’un psychologue ou d’un psychiatre, mais bien le fait de tentatives vaines d’interventions classiques et du ressenti des acteurs de terrain du bailleur social que sont les gardiens d’immeubles ou encore les conseillères sociales⁵⁹. L’étrangeté à laquelle ils se trouvent confrontés parfois, ainsi que l’échec des interventions classiques, les amènent à dire que les troubles du comportement qui dérangent sont les manifestations de troubles psychiques. Il faut alors recourir à une autre catégorie d’interventions – des interventions qui ne sont plus de leur ressort – pour tenter de neutraliser ces troubles du comportement, c’est-à-dire qu’il s’agit de

⁵⁸ « Initié en 2014 par le Mouvement Hlm et l’État, le programme "10 000 logements Hlm accompagnés", soutient des initiatives portées par des bailleurs sociaux visant à favoriser l’accès et le maintien dans le logement de ménages en grande difficulté. Il s’inscrit aujourd’hui dans le cadre du plan "Logement d’abord". » (Sylvestre, 2019)

⁵⁹ Je choisis le féminin pour cette catégorie de personnel, n’ayant jamais rencontré d’homme occupant cette fonction.

prendre en compte les troubles psychiques et d'accompagner la personne vers les services qui permettront le soin ou encore l'accompagnement social dont elle a besoin. La neutralisation des troubles du comportement ne pourra faire l'économie de la prise en charge des troubles psychiques et partant d'un certain prendre soin de la personne qui dérange.

C'est donc un travail ultérieur de recodage des troubles, une nouvelle grille de lecture, qui amènent les intervenants à parler de troubles psychiques. Le fauteur de troubles est alors vu comme une personne troublée, mais également comme une personne malade qui peut être prise en charge.

Ainsi, les troubles du comportement ayant une origine psychique explique les attitudes ou comportements hors-norme.

Par ailleurs, ce travail de recodage des troubles de l'habiter, du comportement, du voisinage, en troubles psychiques ne relève pas (ou plus) de la compétence exclusive du médecin, du psychiatre. En effet, il ne s'apparente pas à un travail diagnostique mais plutôt à un travail d'interprétation des comportements à l'aune de cette grille de lecture – il n'est plus exclusivement celui de la psychiatrie ou du champ médical, il peut être celui d'acteurs sociaux tels que les travailleurs sociaux (ou agents de terrain) des bailleurs sociaux, des travailleurs sociaux intervenant dans différents contextes (services sociaux communaux ou départementaux, centres municipaux, etc.).

Dans cette section, je montrerai ce travail de recodage réalisé dans deux dispositifs différents, chez un bailleur social tout d'abord, puis au sein d'une RESAD, mais également par la famille.

I. Le travail de recodage par le bailleur social

Afin de comprendre comment les troubles de l'habiter, du voisinage et du comportement sont recodés comme une manifestation de troubles psychiques, je propose ici de présenter la situation d'Amaryllis (observations réalisées en mai 2018), qui vit dans un logement social depuis un an au moment où le bailleur saisit un dispositif afin de permettre la prise en charge de la situation.

Ce bailleur social francilien, dans le cadre des « 10 000 logements accompagnés » a signé une convention avec une équipe mobile associative composée de psychologues, dont la mission est d'intervenir à domicile auprès de locataires dont les troubles du comportement semblent avoir une origine psychique, d'évaluer la situation puis d'orienter ces locataires vers les services *ad hoc*, ce qui est appelé par le bailleur « mission d'appui aux équipes sociales de l'office – service rendu aux locataires les plus fragiles ».

Il s'agit donc de « rendre service » aux locataires les plus vulnérables en leur proposant un accompagnement autour de leur situation locative par l'intervention d'une équipe dédiée – dont le mandat est différent de celui du bailleur social, dont la mission est de proposer à la location des biens immobiliers, d'en assurer la gestion locative et de permettre la « jouissance paisible » de ce bien à tous ses locataires -, unit au bailleur social par un contrat de prestation. Au-delà de ses missions, le bailleur, en recourant à ce type d'équipe dédiée, tente d'apporter un accompagnement aux personnes dont différentes dimensions sont fragilisées (que ce soit leur dimension sociale, leur dimension psychique, leur dimension physique ou plusieurs d'entre-elles à la fois). Il existe en effet des équipes dédiées dont les missions sont davantage l'intervention autour de la dimension sociale, luttant contre l'expulsion. D'autres sont davantage spécialisées autour de la dimension psychique comme c'est le cas de l'équipe mobile composée de psychologues dans laquelle j'ai eu la chance de travailler durant un an. D'autres encore sont davantage pluridimensionnels, comme c'est le cas de l'équipe mobile des Hauts-de-France que j'ai rencontrée. Celle-ci, en effet, intervient à la fois sur la dimension psychique et la dimension sociale. Une autre équipe mobile, travaillant dans les Bouches-du-Rhône, quant à elle, s'attache à intervenir sur les dimensions physique et sociale. Par le choix des professionnels composant ces équipes et intervenant à domicile, on a une idée de leurs objectifs et des dimensions qu'elles souhaitent prendre en charge. Ainsi, parmi les quatre équipes que j'ai rencontrées durant mon terrain de thèse, l'une est composée de psychologues cliniciens et

d'un chef de service, sociologue de formation⁶⁰, l'autre est composée d'un psychiatre, d'éducateurs spécialisés et d'une infirmière, une autre encore est composée d'un psychologue, d'éducateurs spécialisés et enfin une autre est composée d'une infirmière, d'une éducatrice spécialisée et d'une aide soignante. Ce sont différents modèles dont la mission reste d'intervenir au domicile de personnes vulnérables et dont la santé psychique semble mauvaise.

Bien que les bailleurs sociaux qui mobilisent ces équipes d'appui parlent de « rendre service » aux locataires, il faut bien avouer que, dans le cœur de l'action, il est parfois difficile de savoir à qui l'équipe d'appui rend service : aux bailleurs sociaux ? aux équipes de terrain du bailleur social ? au voisinage ? au locataire vulnérable ? à elle-même ? Nous y reviendrons.

Localement, donc, les bailleurs signent des conventions de prestations avec des équipes mobiles associatives – dont les modèles peuvent varier, comme nous venons de le voir – et les mobilisent lorsqu'ils rencontrent une situation qui semble nécessiter leur intervention. Concrètement, je souhaite analyser ici la manière dont les situations sont adressées par les bailleurs sociaux aux équipes dédiées. J'utiliserai pour ce faire une fiche de saisine de l'une des ces équipes⁶¹, c'est-à-dire le document qui permet de mobiliser une équipe dédiée autour d'une situation, une situation que j'ai pu observer en mai 2018.

Dans le cadre de ces missions d'appui, les bailleurs sociaux adressent donc à l'équipe d'appui avec laquelle ils ont conventionné dans le cadre des « 10 000 logements accompagnés » une « fiche de saisine » présentant la situation du locataire telle qu'ils l'ont appréhendée, détaillant ce qu'ils savent et leurs attentes, c'est-à-dire ce que l'équipe d'appui doit « résoudre ».

Cette fiche de saisine est constituée de plusieurs parties comme notamment les informations concernant les partenaires, c'est-à-dire les autres institutions intervenant dans la situation du locataire – qu'il s'agisse d'institutions sociales, médico-sociales ou sanitaires -, l'évaluation de la situation psychosociale du locataire, la chronologie des actions menées par les équipes du bailleur et enfin les attentes vis-à-vis de l'équipe par rapport aux problèmes locatifs rencontrés.

⁶⁰ Il s'agit de l'équipe mobile associative dans laquelle j'ai exercé les fonctions de cheffe de service. Dans cette section, je n'emploierai pas le « je » pour parler du travail accompli au sein de l'équipe mobile car je souhaite différencier cette description de celle que je propose en quatrième partie de ce travail et dans laquelle j'analyse le travail que j'ai moi-même accompli dans le cadre d'accompagnement de locataires. Je choisis donc de nommer le chef de service de cette équipe Badiane – je suis en cela la règle que j'ai fixée en introduction sur les noms que je donne aux professionnels et aux personnes accompagnées que je cite dans les situations évoquées.

⁶¹ En annexe 5, (p. 596-598) je propose le modèle de fiche de saisine vierge d'un bailleur social francilien

Pour analyser cette fiche de saisine, je me concentre tout d'abord sur le récit fait par la conseillère sociale⁶² et annoncé par « Chronologie des actions menées par les équipes du bailleur ». Je m'intéresserai ensuite aux informations collectées par le bailleur social et transmises à l'équipe d'appui. Et en dernier lieu, je regarderai les attentes du bailleur vis-à-vis de l'équipe d'appui au regard des éléments qu'il a apportés dans la fiche et également ce qui a été entrepris avant que l'équipe d'appui soit mobilisée.

1. La mise en récit de la situation ou le recodage de la situation

La conseillère sociale en charge de la situation d'Amaryllis⁶³ tente de mettre en récit les différents éléments de la situation de la locataire portés à sa connaissance. On peut y lire l'historique dont le bailleur dispose quant à la situation de la locataire (notamment qu'elle a obtenu le logement par l'intervention d'un service médico-social qui l'a prise en charge avant l'obtention de son logement) ainsi que le travail de recodage – c'est-à-dire la nouvelle interprétation – des troubles du comportement qui dérangent - troubles de l'habiter (non-investissement du logement, absence de meuble, dette locative), troubles du comportement actifs et passifs (actifs : errance en état d'ébriété dans les parties communes, sentiment de persécution surtout par l'autre sexe et actions défensives et agressives ; passifs : démarches non entamées ou non poursuivies, la non-communication) et troubles du voisinage (état d'ébriété dans les parties communes, cris). On voit par cette mise en récit, réalisée par la conseillère sociale chargée de rédiger la fiche de saisine qui invite la mission d'appui à intervenir, le travail qui permet de regarder la locataire non plus comme un fauteur de troubles mais comme une personne dont les troubles ont une origine psychique.

En effet, ces troubles, au début, sont abordés comme des problèmes sociaux à résoudre – par les moyens « ordinaires » comme les demandes d'aides financières diverses (Fonds Solidarité Logement (FSL), Accompagnements sociaux liés au logement (ASLL), services sociaux).

⁶² Les conseillères sociales sont des Conseillères en Economie Sociale et Familiale (CESF) appartenant, lorsqu'il existe, au pôle social du bailleur. Elles ont pour mission entre autres d'assurer la gestion sociale des situations des locataires en difficulté, de permettre leur accès aux droits et de mobiliser les différents acteurs sociaux et médico-sociaux.

⁶³ Pour nommer cette locataire, j'ai utilisé la règle fixée en introduction. Si, par souci d'anonymisation des situations, le genre de la personne n'est pas mentionnée de manière systématique, ici, je précise qu'Amaryllis est une femme. Sans la mention du genre de son genre, l'analyse de sa situation perd de la pertinence.

Il est fait mention également d'une prise en charge antérieure de la locataire par un service médico-social, de ses états d'ébriété, que ce soit dans l'immeuble ou encore lors de rendez-vous avec les services sociaux.

Cette précision permet à la conseillère sociale, dans le récit qu'elle fait de la situation, d'attribuer très directement l'échec des démarches sociales entreprises à l'« addiction à l'alcool (confirmée par la locataire) » d'Amaryllis, qui a un comportement passif, un retrait social, ne lui permettant pas de se rendre aux différents rendez-vous planifiés avec des assistants de service social (ASS) ou encore des comportements actifs – tels que des états d'ébriété – l'amenant à se rendre aux différents rendez-vous dans un état ne permettant pas de mettre en place le suivi dont elle aurait pourtant besoin.

Si l'alcoolisme de la locataire et ses états d'ébriété permettent d'expliquer les échecs de prises en charge, ils teintent en outre négativement le comportement passif évoqué plus avant. Ils sont par ailleurs ce qui entrave l'accès à ses droits selon la conseillère sociale.

Une étude quantitative menée auprès de quatre cent trente-six personnes en France sur les représentations de l'alcoolisme féminin et masculin (Taschini, Tavani, Urdapilleta et Verliac, 2015) montre que

« la consommation alcoolique, excessive, visible, et la misère économique et morale [sont] devenues des éléments importants des représentations sociales de l'alcoolisme. [...] le jugement négatif de l'alcoolisme est saillant pour l'alcoolisme féminin. » (op. cit., p. 440-448)

Par ailleurs, les représentations de l'alcoolisme des femmes tendent à lier consommation d'alcool et immoralité :

« On retrouve cette idée dans [l'] étude à travers l'élément désinhibition [...] : les femmes qui boivent trop seraient vues comme désinhibées et il deviendrait alors possible de leur attribuer un abandon de leurs interdits moraux .» (ibid., p.451)

Les auteurs rajoutent que

« en termes de cause de l'alcoolisme, l'alcoolisme féminin semble être associé au besoin de s'échapper (échappatoire) alors que l'alcoolisme masculin est associé à la fois à une

cause psychologisante : vulnérabilité psychologique et à une cause beaucoup plus externe à l'individu : l'effet de groupe. » (ibid., p.451)

En outre, comme le précise Laurence Simmat-Durand et Stéphanie Toutain (2018), les représentations de l'alcoolisation des femmes tendent à

« se focaliser la responsabilité individuelle plutôt que sur le rôle de l'interaction avec les pairs (Measham, Østergaard 2009). » (op. cit., 2018, p. 47)

Si l'alcoolisme de la locataire entraîne sa passivité face à sa situation sociale et aux démarches qu'elle doit accomplir pour l'améliorer, les causes de son alcoolisme et le possible recodage de celui-ci en troubles psychiques n'affleurent pas encore dans la fiche de saisine, d'autant que pour les femmes – comme le montre l'étude sur les représentations de l'alcoolisme citée plus haut – le lien n'est pas automatique.

D'ailleurs, dans la mise en récit de la situation de la locataire, ce dernier passage évoquant ses états d'ébriété est introduit par le complément circonstanciel « Au niveau du service social de secteur », ce qui lie les deux énoncés dans une dimension sociale.

Outre l'alcoolisme, la passivité de la locataire est soulignée à nouveau. Cette dernière n'a pas renvoyé un dossier de financement pour l'ameublement de son logement pourtant accordé, elle n'a pas donné suite à un accompagnement social liée au logement (ASLL) pourtant accordé également, et enfin, elle n'a entamé aucune démarche pour récupérer ses affaires, alors même qu'elle en exprime le besoin – ce qui souligne sa passivité mais également son incohérence pour le bailleur.

Ces divers éléments, se trouvant en introduction du récit de la conseillère sociale, tendent à montrer l'incompréhension des intervenants face aux comportements passifs d'Amaryllis. Cette incompréhension se teinte d'un jugement surtout face aux mains tendues qu'elle n'a pas saisies, face aux démarches que les travailleurs sociaux ont entamées pour résoudre ses problèmes mais qu'elle n'a pas su poursuivre. Il est attendu des personnes dont la situation sociale est délicate qu'elles soient parties prenantes de l'aide apportée (Duvoux, 2014). Elles doivent se mobiliser au moins en se rendant aux rendez-vous proposés par les différents services mobilisés (ici, les services sociaux de secteur – c'est-à-dire les services sociaux départementaux – et tous les services d'aide autour du logement) et en montant (ou renvoyant) les dossiers nécessaires à

l'octroi des aides. Des papiers administratifs doivent être fournis afin que les dossiers de demande de déblocage d'aides financières ou d'accompagnement soient instruits par les équipes professionnelles. Or, certaines personnes ne répondent pas à ces attentes. Elles ne se rendent pas aux rendez-vous, ne renvoient pas les documents demandés, n'ouvrent pas leur porte, ne se saisissant pas de l'aide apportée. Elles ne remplissent pas leur part et les dossiers de fait n'aboutissent pas, les aides ne sont pas débloquées, ce qui entraîne bien souvent des dettes, des situations sociales qui s'aggravent. Ces comportements passifs sont difficilement compréhensibles pour les différents intervenants et un jugement peut se faire jour : la personne se voit responsabilisée des problèmes qu'elle rencontre

On le voit d'ailleurs poindre dans le récit de la conseillère sociale par l'utilisation des points de suspension :

« le dossier de financement de mobilier a été signé mais pas envoyé... »⁶⁴

Comme l'explique Nicolas Duvoux,

« S'adressant à des publics spécifiques, les politiques d'insertion reposent en partie sur l'affirmation, par les individus eux-mêmes, de leur volonté de participer à la société. [...] Les institutions ont formulé une exigence d'autonomie envers les allocataires, consistant à leur demander d'élaborer un projet d'insertion, c'est-à-dire un projet socioprofessionnel mettant en cohérence des actions de formation et devant déboucher sur un emploi – durable si possible – et impliquant également souvent des transformations du mode de vie (le recours aux soins par exemple). Mais on peut se demander si cette exigence, lorsqu'elle est appliquée à des individus dépourvus des supports sociaux nécessaires pour la mettre en œuvre, ne constitue pas une injonction paradoxale, nous conduisant à parler d'une injonction à l'autonomie. » (ibid., p. 209-210)

Cette injonction à l'autonomie fonctionne comme une manière d'évaluer la situation - « Où se situe la locataire entre l'autonomie et la passivité ? ». Plus on se situe loin de l'autonomie et plus la situation est évaluée défavorablement. D'autant qu'il existe dans les représentations une « croyance dans la passivité des assistés [qui est] relativement récente dans l'histoire sociale

⁶⁴ Extrait de la fiche de saisine concernant Amaryllis, rédigée en mai 2018

française » (*ibid.*, 2014, p. 209). Par ailleurs, les assistés peuvent être « *considérés comme les premiers responsables de leur situation* » (*op. cit.*, 2010, p.78).

Avec les seuls indicateurs que sont la passivité et l'alcoolisme, la situation d'Amaryllis ne peut être reconsidérée à l'aune de la maladie mentale. Comme on l'a évoqué, ces indicateurs font l'objet de représentations partagées les catégorisant comme immoraux et/ou irresponsables. Pour recoder la situation ou même le comportement de la locataire – de faultrice de troubles à souffrant de troubles psychiques -, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres indicateurs. Cet autre indicateur ici est l'étrangeté ou la bizarrerie.

Ainsi, le récit, après avoir mis en avant les difficultés financières et le comportement passif de la locataire face aux démarches à accomplir pour bénéficier d'aides, change de « registre ». D'informations portant sur les comportements passif (non-mobilisation autour de l'aide) et actif (consommation alcoolique excessive), on en arrive à des informations portant sur des comportements étranges de la locataire. Il est en effet expliqué que la locataire a le sentiment d'être persécutée par la gent masculine et que des hommes l'observent. En soi, ces informations ne sont pas étranges mais par le choix des deux verbes utilisés pour les relater, « se sentir » et « penser que » - la locataire se sent persécutée et pense qu'elle est observée par les hommes -, elles indiquent le sentiment qu'elles ont produit sur la conseillère sociale : elle n'y croit pas. La mise en récit de ces informations tend à montrer qu'il s'agit moins de faits objectifs que d'impressions de la part de la locataire.

Outre cette impression d'affabulation de la part de la locataire, la conseillère sociale rapporte un fait étrange dont a été témoin un agent de terrain. Avant cela, elle teinte la situation d'une ambiance un peu mystique en précisant le rapport à la religion de la locataire – sans qu'aucun fait objectif ne soit mentionné. Puis, sans liaison ni rapport avec cette information, est introduit l'étrangeté : devant le gardien d'immeubles lui rendant visite, Amaryllis, sans pudeur, urine sur le sol.

C'est comme un point de bascule dans le récit qui est fait de la situation d'Amaryllis. Tous ses comportements relatés plus avant, expliqués par sa passivité et son addiction, prennent une autre dimension maintenant qu'est fait mention de ce comportement « étrange » – que l'on ne peut relier à une trop grande passivité, à un manque de mobilisation, ou à la consommation d'alcool. La conseillère sociale introduit alors à ce moment du récit des échanges avec la locataire, qui viennent étayer ce nouveau regard porté sur la situation :

« elle déplore une fatigue constante, des pertes de mémoire »

D'un registre social où la locataire est responsable de sa situation parce qu'elle consomme excessivement de l'alcool et est passive face aux différentes démarches qu'ont entamées pour elle les différents intervenants sociaux, on glisse dans un registre psychologique (sentiment de persécution), un registre mystique (le rapport au religieux), puis un registre psychiatrique introduit par l'étrangeté. Le fait étrange relaté cherche à convaincre du caractère « fou » de la situation, sur ce qui se passe dans le logement et auquel le bailleur, avec ses outils, ses moyens et son mandat, ne peut faire face.

Toutefois, bien qu'une nouvelle interprétation se fasse jour par l'énumération en un paragraphe de différents comportements « codés » comme psychologiques, voire psychiatriques, la conseillère sociale n'abandonne pas complètement sa grille de lecture initiale et l'injonction à l'autonomie (que la suspicion de troubles psychiques pourrait minorer). Elle note en effet des contradictions ou paradoxes dans le discours de la locataire, dans ses demandes : demande de relogement, demande d'aide pour accéder aux soins, mais pas de mobilisation de sa part pour aller dans ce sens.

Du fait de l'impuissance des intervenants déjà présents face à la situation, un nouvel acteur, en capacité d'intervenir sur des situations aussi étranges que celle-ci, peut être saisi et représenter un espoir d'avancement dans la résolution des troubles engendrés par la locataire.

C'est donc par ce point de bascule d'une situation sociale « ordinaire » à une situation « folle » que la conseillère sociale implique ce nouvel acteur : l'équipe dédiée.

2. Les informations détenues par le bailleur et transmises à l'équipe d'appui

a. Des informations échangées par des institutions partenaires

Le récit permettant de « basculer » d'une situation « ordinaire » qui nécessite l'intervention de travailleurs sociaux à une situation « spéciale » nécessitant l'intervention d'une équipe particulière, en l'occurrence une équipe composée exclusivement de psychologues, s'accompagne de diverses informations récoltées par le bailleur social et transmises à l'équipe.

En premier lieu, on peut être surpris de l'étendue des informations qui peuvent être détenues par le bailleur social. En effet, elles sont d'ordre social (revenu, nature des revenus, aides sociales, etc.) mais également d'ordre médical. En effet, outre le médecin traitant et les

éventuels services infirmiers intervenants dans la situation des locataires – dont le bailleur peut connaître les jours d'intervention, ainsi que les noms et numéros de téléphone -, le bailleur peut connaître les suivis médicaux et les coordonnées des services hospitaliers dont peuvent bénéficier les locataires. Les items du tableau laissent entendre qu'il est en mesure également de savoir si le locataire est suivi par une équipe de psychiatrie.

Dans la présente situation, le bailleur détient et transmet à l'équipe dédiée un certain nombre d'informations médicales sur Amaryllis (qu'il est inutile de reproduire ici). Par ailleurs, le bailleur est informé et informe l'équipe dédiée sur l'obtention du logement : le logement a été obtenu par Amaryllis par l'intermédiaire d'un service médico-social qui la prenait en charge. C'est sans doute ce qui explique d'ailleurs que le bailleur possède autant d'informations sur le parcours antérieur de la locataire.

Ces informations sur les prises en charge antérieures des locataires tiennent au fait qu'aujourd'hui, dans les commissions d'attribution de logement, une partie des logements à « pourvoir » sont réservés à des situations sociales délicates prises en charge par des associations médico-sociales⁶⁵. Des liens existent entre ces associations et les bailleurs. C'est le cas de l'association gestionnaire de l'équipe mobile qui ici est un prestataire du bailleur.

D'autres équipes mobiles de ce type existent sur le territoire français, comme je le disais plus tôt. J'en ai rencontré quatre durant mon terrain de thèse, outre celle dans laquelle j'ai exercé le poste de cheffe de service. L'une d'elle est localisée dans les Hauts-de-France. Le bailleur, à l'origine de la création de l'équipe mobile – notamment grâce aux subventions obtenues dans le cadre des « 10 000 logements accompagnés » - m'a reçu pour m'expliquer les difficultés rencontrées dans le logement et le besoin d'interventions psychosociales auprès de certains locataires dont l'état psychique pouvait mettre en péril le maintien dans le logement. Outre le financement de l'équipe mobile associative, ce bailleur permet à la psychiatrie et aux différentes associations d'obtenir des logements pour les patients et usagers, moyennant un suivi resserré autour des nouveaux locataires, notamment par l'équipe mobile associative et la psychiatrie qui peut être mobilisée.

⁶⁵ La loi de juillet 2011 relative au Fonds National d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (FNAVDL) a permis le financement de l'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) et partant, des mesures pour l'accès et le maintien dans le logement d'un public vulnérable. Des liens entre les associations médico-sociales et les bailleurs sociaux se sont renforcés pour la mise en œuvre de ces accompagnements.

Les bailleurs, adressant leurs locataires à des équipes d'appui, sont donc, dans d'autres situations, à leur tour des partenaires des associations – parfois des services de psychiatrie - en leur fournissant des logements qui permettront d'accueillir leurs publics vulnérables.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux interviennent dans d'autres dispositifs tels que « Un chez soi d'abord »⁶⁶, « le logement d'abord »⁶⁷ ou encore des Centres d'hébergement « éclatés »⁶⁸, des dispositifs permettant l'accès au logement de personnes très vulnérables. Une part des logements sociaux sont donc « captés » par le secteur médico-social et permet ainsi l'accès et le maintien dans le logement de différents publics vulnérabilisés (grande précarité, troubles psychiques, personnes victimes de violences intrafamiliales, etc.).

Si les bailleurs acceptent de louer des logements à un public en situation de vulnérabilité, outre le fait de percevoir des subventions - du type « 10 000 logements accompagnés » -, c'est aussi parce qu'ils ont, grâce aux associations qui interviennent dans le logement – qu'elles soient locataires et qu'elles sous-louent aux personnes vulnérabilisées ou qu'elles assurent un accompagnement ou la gestion locative -, une garantie du paiement des loyers. Par ailleurs, ils remplissent une part non négligeable de leur mission sociale.

Dans le cas présenté ici, la démarche est inverse – une « passerelle inversée »⁶⁹ - puisqu'il s'agit pour l'association de suivre des personnes, locataires d'un logement social, qui présentent une/des vulnérabilité(s) d'ordre psychique, notamment, et qui n'ont pas encore été repérées et ne sont pas encore ou plus suivies – ou le bailleur ne le sait pas - et/ou accompagnées, alors que dans les autres dispositifs, les personnes sont d'abord suivies/accompagnées puis logées.

Amaryllis, comme nous l'apprend le récit proposé dans la fiche de saisine de l'équipe dédiée, a été accompagnée antérieurement par un service médico-social, ce qui d'ailleurs lui a permis d'accéder au logement. Mais, lors de la saisine, cet accompagnement n'est plus en place et le bailleur n'interpelle pas les acteurs de cet ancien suivi. Il préfère saisir son équipe dédiée – qui aura sans doute pour mission de réactiver les liens avec les travailleurs sociaux, intervenant auparavant.

⁶⁶ Attribution de logements à des personnes sans domicile présentant des troubles psychiques et suivi par une équipe pluridisciplinaire du secteur médico-social (comptant également du personnel médical)

⁶⁷ Attribution de logements à des personnes très vulnérables et gestion locative adaptée

⁶⁸ Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) en structure éclatée assurant l'accueil, le logement, l'accompagnement et la réinsertion sociale de personnes ou familles vulnérables par le logement individuel

⁶⁹ Je reprends ici le nom d'une mission attribuée à un dispositif francilien que j'ai rencontré durant mon terrain et qui, outre accompagner des personnes dans des logements qui ont été fléchés pour elles, doivent accompagner des locataires logés dans le diffus et entraînant des troubles du voisinage.

Dans bien des cas, cependant, une part des locataires des bailleurs sociaux peut occasionner des troubles et partant souffrir de troubles psychiques sans que ces derniers n'aient jamais eu de suivi – connu du bailleur – mis en place. La création de l'équipe mobile, souhaitée et financée, par le truchement d'une subvention d'Etat, par les bailleurs sociaux, est directement liée à cette population dont on n'a pas estimé la taille mais dont les comportements perturbent les bailleurs dans leurs missions auprès de leurs locataires.

Dans le cas d'Amaryllis, c'est sans doute par l'assurance d'un accompagnement du service médico-social présent autour d'elle que le bailleur social lui a attribué un appartement et c'est également dans ce cadre sans doute que certaines informations médicales le concernant lui sont connues. Mais force est de constater que l'accompagnement du service médico-social n'a pas été à la hauteur des attentes du bailleur et que des troubles de l'habiter sont tout de même apparus (notamment la dette locative).

Il nous faut, outre les détails de la situation d'Amaryllis nous permettant de voir le travail de recodage d'une situation, revenir quelques instants sur le partage d'informations. Celui-ci est aujourd'hui réglé par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (*cf.* Annexe 7, p. 601-602). Dans la situation présentée ici, bien que le partage d'informations entre les différents partenaires – dont le bailleur – puisse être légitimé par ce décret, il manque tout de même toute trace d'accord de la personne quant à cet échange. En effet, il est prévu par ce décret (Art. R. 1110-3.-I.) que la personne soit informée du partage d'informations (quelles informations, vers qui et pourquoi).

En outre, les informations partagées – et donc collectées et stockées - doivent être en rapport avec les missions de l'acteur. On peut se demander si les informations relatives à l'état de santé des locataires, allant jusqu'aux noms et coordonnées des médecins ou services de soins impliqués, sont des informations que le bailleur peut légitimement – et même légalement – détenir et partant transmettre.

Dans ce travail de recodage des troubles du comportement, ces informations peuvent s'avérer utiles, certes, et faute d'autres intervenants, le bailleur social fait ce travail de collecte, de transmission et de recodage. Mais est-ce réellement son rôle ?

b. Des informations collectées par les agents du bailleur social

Au-delà de la question de la légitimité du rôle du bailleur dans la collecte et la transmission de données, notamment médicales, regardons qualitativement les autres informations échangées avec l'équipe d'appui par l'intermédiaire de la saisine.

D'autres éléments – informations – viennent étayer le récit de la situation d'Amaryllis proposé par le bailleur dans un autre onglet : « Evaluation de la situation psychosociale du locataire (repères - mots clés) ».

Ici sont précisées les informations collectées par le bailleur à partir du terrain. Il ne s'agit plus d'informations transmises par d'autres institutions mais de « faits », d'« opinions », d'« observations » fournis par les acteurs de terrain ayant rencontré le locataire, étant entrés dans son domicile. Ces informations de diverses natures participent à la mise en récit de la situation, à la bascule d'une situation « ordinaire » vers une situation « spécifique » nécessitant l'intervention d'une équipe spécialisée dans les troubles psychiques.

Dans la fiche mentionnée ici, les éléments du terrain précisent qu'Amaryllis est déprimée et qu'elle ne parvient pas à investir son logement (il est précisé en effet que son logement est vide). Il est précisé, outre qu'elle a le sentiment d'être persécutée, qu'elle est désorientée, qu'elle a des pertes de mémoires et des pertes de poids, qu'elle a peur de la perte. Ces informations – parfois en lien avec le logement, parfois non – sont d'ordre psychologique ainsi que les termes utilisés comme « désorientée », « persécutée », « peur de la perte » le laissent entendre.

D'autres sont d'ordre médical (en lien ou non avec des troubles psychiques) comme « la perte de poids », « les pertes de mémoire ». Ces informations sont tirées des dires de la locataire (comme le sentiment de déprime, la fatigue ou encore les pertes de mémoire), mais aussi d'observations-interprétations des agents de terrain du bailleur (désorientée, persécutée par la gent masculine, peur de la perte), des observations-interprétations parfois confirmées par la locataire, ce que le bailleur souligne pour authentifier l'information et se décharger de la responsabilité d'une telle description. C'est un autre pas franchi dans le recodage des troubles du comportement, auxquels on attribue alors une origine psychique, c'est-à-dire un ensemble d'éléments « psychologiques », voire « psychiatriques » venant « prouver » et justifier l'orientation de la situation vers l'équipe d'appui.

Ces observations-interprétations ont un rôle d'alerte, elles mettent au jour des aspects d'une situation qui échappe au bailleur. Voyons plus en détail ce travail de recodage.

Le bailleur – par l'intervention de ses agents de terrain et de la conseillère sociale – donne une interprétation des observations qu'il peut faire et c'est ce travail d'interprétation qui constitue le cœur du travail de recodage de la situation. Ainsi, dans la fiche de saisine, y a-t-il un item « Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...) ». C'est dans cet item que la conseillère sociale mentionne le sentiment de persécution de la locataire ainsi que l'évocation par cette dernière d'agressions subies et de cris ayant dérangé la voisine d'Amaryllis.

En mentionnant les agressions relatées par la locataire dans l'item « troubles cognitifs », la conseillère sociale dévoile les doutes qu'elle entretient à leur sujet. Elles ne sont pas prises pour des faits, mais nourrissent l'impression du bailleur que la locataire souffre d'un sentiment de persécution. De la même manière, les cris de la locataire – qui pourraient être en lien avec des agressions subies – se trouvent eux-aussi dans « troubles cognitifs » ce qui en fait la conséquence ou la preuve du caractère cognitif (mental) de la nuisance sonore.

Le choix de l'item sous lequel sont classées ces informations, qui pour certaines sont des faits relatés, est en soi un indicateur de l'analyse faite par la conseillère sociale des différents faits et éléments à sa disposition. Cette analyse n'est pas factuelle mais interprétative ; elle a pour but de recoder les troubles du comportement d'Amaryllis en troubles dont la cause est psychique.

Par ailleurs, cette analyse interprétative quant aux supposées agressions subies par la locataire est justifiée (toujours dans l'item « troubles cognitifs ») par le fait que cette dernière ne souhaite pas porter plainte ou contacter les forces de l'ordre. Cela tendrait à montrer que ces agressions ne sont pas réelles. Or, les violences subies ne font pas toujours l'objet de remontées aux forces de l'ordre (Bajos et Bozon, 2008 ; Salmona, 2016).

« Dans la mesure où la grande majorité des agressions sexuelles continuent néanmoins à être tues, les enquêtes en population générale, qui abordent les faits du point de vue des personnes sans tenir compte de leur qualification juridique, restent une source privilégiée d'information. » (op. cit., 2008, p. 382)

Toutefois, cela laisse une place aux doutes du bailleur.

Par ailleurs, il existe dans la fiche de saisine un item « Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance », mais ce n'est pas ici que la conseillère a choisi de rapporter les agressions mentionnées par la locataire. En faisant le choix de l'item « Troubles Cognitifs » pour décrire

la situation, j'en déduis ici qu'elle indique sans l'écrire noir sur blanc « cette personne affabule », mais cela reste un sous-entendu que je me permets d'interpréter.

Rajoutons également que le bailleur social a réalisé une fiche de saisine (à compléter par ses agents et à transmettre aux différents prestataires susceptibles d'intervenir auprès des locataires dans le cadre d'une mission d'appui (service rendu aux locataires), dans laquelle il propose des précisions entre parenthèses pour chaque item. Ainsi, comme on peut le voir dans la fiche vierge qui est proposée en annexe 5 (p. 596-598) avec « troubles cognitifs » sont proposés quelques exemples tels que « problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace... ». Or, les problèmes de mémoire de la locataire relatés dans la fiche sont spécifiés eux dans l'item « Mauvais état de santé » - ils ne sont pas codés comme relevant de troubles cognitifs – et la désorientation mentionnée, elle, dans l'item « troubles du comportement » se rapprochant davantage de l'errance ou de la déambulation.

Par les choix opérés par la conseillère sociale lors du remplissage de la fiche de saisine, on perçoit ses interprétations et le travail « en train de se faire » ou déjà fait de recodage des troubles du comportement. En effet, choisir de mentionner des agressions dans l'item « troubles cognitifs » ou encore la désorientation dans « troubles du comportement », c'est proposer une lecture orientée, tout comme le fait que l'information portant sur la « déprime » de la locataire, soit abordée dans l'item « Problématique compromettant le maintien à domicile ».

En effet, dans le code de la construction et de l'habitation, livre IV, on peut lire ce qui peut justifier une expulsion d'un logement à loyer modéré : le non-paiement du loyer et des nuisances intenses et répétées. Or, la locataire présente une dette minime (quelques centaines d'euros) et par ailleurs, ses revenus sont en adéquation avec le loyer. En outre, bien qu'elle occasionne des nuisances au moins sonores par des cris dont se plaint sa voisine, elle ne fait l'objet d'aucune plainte auprès des forces de l'ordre. Il ne semble pas – d'après le récit des actions entreprises par le bailleur – qu'il y ait de procédure d'expulsion enclenchée à l'encontre d'Amaryllis. Néanmoins, il existe bien une problématique pouvant compromettre le maintien de la locataire dans son logement et cette problématique, d'après la conseillère sociale, est son état de déprime (et non la dette ou les nuisances sonores).

La conseillère sociale, ici, présente son analyse de la situation. En mentionnant la déprime comme problématique pouvant compromettre le maintien de la locataire dans son logement, elle relie en fait les différents éléments présents dans la fiche à cet état de déprime, un état qui expliquerait tout le reste. Elle fait une chaîne de causalité dont l'origine est la déprime de la

locataire. C'est, selon elle, ce qui explique la situation d'Amaryllis et partant justifie l'intervention de l'équipe mobile. C'est l'achèvement du travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique.

De ces remarques, je voudrais préciser deux choses.

D'une part, par cette fiche de saisine, on peut voir l'étendue des domaines d'intervention des bailleurs sociaux auprès de leurs locataires. Ils ne garantissent pas seulement un logement – moyennant un loyer – mais, pour réaliser leur mission de gestion locative⁷⁰, ils exercent également un contrôle de diverses natures sur eux. Afin de garantir au plus grand nombre « la jouissance paisible du bien loué », ils interviennent auprès des auteurs de troubles (troubles de l'habiter, du comportement, du voisinage) et tentent de neutraliser les troubles ainsi occasionnés. Ils le font avec l'appui des communes, des associations, des services sociaux, etc.

Depuis la création de pôles sociaux en leur sein, ainsi que l'évolution des mesures pour l'accès et le maintien dans le logement d'un public vulnérable⁷¹, les bailleurs sociaux tentent, lorsque ces troubles échappent à leur domaine de compétences, d'intervenir auprès de leurs locataires les plus vulnérables par d'autres leviers que l'expulsion et le contentieux. Ils font en effet appel à des équipes d'appui – qu'ils ont participé à créer et organiser - auxquelles ils transmettent tout un ensemble d'informations y compris médicales et psychologiques. Ils ont un regard sur les interventions sanitaires et médico-sociales dont bénéficient leurs locataires les plus vulnérables et émettent des interprétations sur leurs comportements au titre de « service rendu » comme notamment le maintien dans le logement et partant, l'accès aux soins qui peut le permettre.

Ils deviennent de la sorte un acteur de première ligne de la santé mentale, puisqu'ils détectent d'éventuelles situations relevant de la santé mentale, organisent et planifient leur prise en charge, sans pour autant avoir de compétences, ni même de mandat pour le faire. En effet, s'ils doivent organiser la gestion locative de leurs logements, il n'est pas dans leurs missions de prendre en charge la santé mentale de leurs locataires. Pour autant, ils sont en première ligne

⁷⁰ Les bailleurs sociaux ont diverses missions stipulées dans le livre IV du code de la construction et de l'habitation (cf. Annexe 1, p. 568-570). Il intervient à plusieurs niveaux : « La construction, l'aménagement, l'attribution et la gestion des logements locatifs sociaux visent à améliorer les conditions d'habitat des personnes de ressources modestes ou défavorisées. Ces opérations participent à la mise en œuvre du droit au logement et contribuent à la nécessaire mixité sociale des villes et des quartier ».

⁷¹ l'évolution du droit fondamental à l'habitat (juin 1982), le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALPD) prévu par la loi de 1990, la loi de 2007 instituant le droit au logement opposable, la création du délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL) en juillet 2010, la loi de 2011 relative au Fonds National d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (FNAVDL), le plan national de prévention des expulsions de 2016 suivi d'une circulaire en 2017 visant à prévenir les expulsions locatives par la mise en œuvre d'un dispositif coordonné entre les acteurs en amont et en aval de la décision judiciaire.

également dans le vécu de ces situations, puisqu'ils logent les personnes souffrant de troubles psychiques et pâtissent des troubles du comportement extériorisant les troubles psychiques. En l'absence d'autres acteurs, ils sont ceux qui alertent et interviennent dans le cadre de leurs missions, c'est-à-dire dans la neutralisation des troubles du comportement qui ne leur permettent pas de garantir la jouissance paisible des logements loués à l'ensemble des locataires de leur parc.

En outre, j'ai observé durant mon terrain dans le milieu médico-social, lors de réunions entre associations gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, services de psychiatrie de secteur et services municipaux travaillant autour des questions de la santé mentale (contrat local de santé, conseil local de santé mentale, les directions d'action sociale des communes), dans différentes communes et départements, que la participation des bailleurs dans la prise en charge – à un niveau d'alerte mais aussi d'organisateur des ressources de prise en charge – faisait consensus. Les fiches de saisine - telles que celle présentée ici – peuvent même avoir été travaillées entre tous ces partenaires – comme c'est le cas dans l'une des communes, que mon terrain de thèse m'a permis d'observer. Les bailleurs sociaux sont devenus des acteurs incontournables de la santé mentale, grâce notamment à leur capacité à attribuer des logements aux personnes vulnérables. J'ai pu observer – lors de réunions réunissant tous les acteurs de la santé mentale - la négociation d'un ordre dans lequel les bailleurs sont écoutés et dans lequel les autres partenaires de la santé mentale (comme le secteur médico-social ou sanitaire) tentent de les séduire en proposant en échange de logements des suivis pour leurs locataires vulnérables.

D'autre part, il semble que le bailleur et ses agents de terrain cherchent au travers de la fiche de saisine à convaincre l'équipe d'appui qu'elle doit intervenir. Dans le cas présenté ici, il s'agit de convaincre l'équipe dédiée que les problèmes rencontrés par Amaryllis s'enracinent dans la dimension psychologique de cette dernière et non pas sociale. Bien sûr, les conséquences sont en partie sociales, mais les conseillères sociales et partant, le pôle social du bailleur - quand il existe – ne sont pas compétents pour les résoudre.

Les informations/impressions/interprétations partagées dans cette fiche sont très éloignées des compétences des agents de terrain du bailleur et de la conseillère sociale, pour autant, il s'agit d'exprimer au travers d'une grille préétablie l'impression de ces mêmes agents, ce sentiment d'étrangeté laissé par la locataire.

En recevant ces fiches, l'équipe mobile peut être traversée par des sentiments de colère envers le bailleur et ses agents, pour ses interprétations, ses maladresses et ses tournures de phrase. Pour autant, il est intéressant de s'arrêter sur ce qui est demandé à ces mêmes agents dont la formation n'est pas celle d'un psychologue, ni d'un éducateur spécialisé, et encore moins d'un psychiatre.

Les conseillères sociales ont reçu une formation de conseillère en économie sociale et familiale, gratifiée par un diplôme d'Etat, obtenu après une formation en BTS économie sociale et familiale. Les gardiens d'immeubles quant à eux ont une formation gratifiée par un CAP Gardien d'immeubles ou encore une expérience significative dans le gardiennage d'immeubles. Rien ne les prépare à recoder des troubles du comportement en troubles ayant pour origine la dimension psychique des locataires.

Après avoir passé une année aux côtés des intervenants d'une équipe mobile et des bailleurs sociaux qui avaient conventionné avec l'équipe, je peux témoigner d'un transfert de compétences de part et d'autre, d'une acculturation – les groupes d'analyse de pratiques qui réunissaient les conseillères sociales et un psychologue de l'équipe n'y sont pas étrangers, tout comme les réunions bailleur-équipe mobile appelées points d'étapes, qui étaient l'occasion de faire le point sur l'ensemble des situations suivies par l'équipe mobile. Ces échanges réguliers ont été l'occasion d'apprendre des pratiques de l'autre. En effet, d'un côté, les intervenants de l'équipe mobile s'y entendaient davantage en procédures sociales visant à ouvrir des droits sociaux aux personnes, à maintenir les personnes dans le logement en traitant de la dette locative par les FSL, ASLL, etc. Ils étaient par ailleurs plus à même d'appréhender la dimension sociale des locataires. D'un autre côté, les conseillères sociales et les gardiens apprenaient à détecter une détresse psychologique dans des comportements qui en apparence s'en éloignent (colère, cris, etc.) ; ils apprenaient également à intervenir avant l'arrivée des intervenants psychosociaux dans la situation.

Ce travail de recodage des troubles du comportement comme extériorisation des troubles psychiques permet en outre, et c'est là un point important, de nouvelles manières d'intervenir auprès des locataires auteurs de troubles : la colère que le bailleur peut ressentir face aux troubles du comportement occasionnés peut se voir aujourd'hui adoucie par une empathie plus grande face à la souffrance psychique.

Néanmoins, force est de constater que des points de vue antagonistes subsistent entre ces équipes d'appui et les bailleurs sociaux et que la position de prestataire des premières vis-à-vis

des seconds ne leur permet pas de s'imposer pleinement dans la gestion des situations. En effet, les bailleurs - qui perçoivent la subvention pour les actions sociales visant à maintenir dans le logement leurs locataires les plus vulnérables et qui contractualisent avec des équipes dédiées prestataires et, partant, les financent - et les équipes dédiées ont des missions qui divergent et peuvent ne pas être conciliables. Les uns louent des logements et en assurent la gestion locative, les autres accompagnent des personnes vulnérables. Un objectif commun peut être trouvé – maintenir dans le logement une personne très vulnérable – mais il subsiste des limites à la compréhension des actions des uns et des autres. Ainsi les bailleurs expriment, déplorent souvent que les équipes dédiées sont davantage du côté des locataires que du leur, alors même que le lien avec les locataires est justement ce qui permet le travail auprès d'eux.

Pour conclure sur ces informations (ou observations-interprétations) transmises par la fiche de saisine, il faut garder en tête leur objectif. Il s'agit de recoder des troubles du comportement en troubles d'origine psychique afin de saisir une équipe à même de les « gérer » ou de les prendre en charge. Pour ce faire, et c'est le second point éthiquement problématique (le premier étant les informations recueillies, stockées et échangées et le consentement de la personne), les bailleurs y formulent leurs attentes envers les équipes mobilisées, des attentes qui seront autant d'indicateurs de performance de l'équipe d'appui, des attentes formulées par des personnes qui n'ont aucune compétence en matière de santé mentale.

Comme on l'a vu avec l'exemple proposé ici, ce recodage s'élabore tout au long de la fiche de saisine – par le récit réalisé sur le locataire et son parcours, passant d'informations sociales et sanitaires et des faits révélant l'étrangeté dans laquelle est plongé le bailleur et le caractère « fou » de la situation, mais également par les choix opérés lors du remplissage de la fiche et la définition des événements (persécution et agressions interprétées comme des troubles cognitifs par exemple). Il se conclut dans l'item « Problématique compromettant le maintien à domicile », où l'on peut lire pour Amaryllis qu'elle est déprimée.

On pourrait alors escompter que les attentes du bailleur envers l'équipe d'appui – ici constituée de psychologues - portent sur la dépression supposée de la locataire. La conseillère sociale semble en effet avoir fait le lien entre la dépression et les problèmes rencontrés par cette dernière et par ailleurs travailler sur la dépression semble être du ressort des psychologues. Or, les attentes formulées ici sont tout à fait idéalistes, voire inatteignables, et par ailleurs dépassent ce cadre et s'étendent à la question locative, comme nous allons le voir.

3. Les attentes du bailleur vis-à-vis de l'équipe d'appui

Après avoir recodé les troubles du comportement en troubles d'origine psychique, les bailleurs – dans leur fiche de saisine – énoncent des attentes vis-à-vis de l'équipe qu'ils saisissent, des attentes qui ne sont rien d'autre que les résultats attendus de l'intervention de l'équipe dédiée. La position même de prestataire des équipes dédiées induit un effet pervers dans l'équilibre entre les acteurs. En effet, même si les attentes des bailleurs sociaux ne sont pas en lien avec les compétences de l'équipe mobilisée, c'est sur elles que reposent l'évaluation de la performance de l'équipe et partant son employabilité.

Dans la situation d'Amaryllis, les attentes du bailleur formulées dans la fiche de saisine sont les suivantes :

« un ameublement et équipement adéquat du logement avec l'aide des services sociaux ou association ; un accompagnement vers une démarche de soins, une orientation vers une association ou SAVS pour recréer lien social et engendrer des activités et occupations »

Il est utile de rappeler que les missions des équipes d'appui sont, d'une part, l'évaluation des situations où sont relevés des troubles psychiques et, d'autre part, leur orientation vers les services *ad hoc*. Il revient donc à l'équipe associative d'une part, d'évaluer, à partir des compétences professionnelles de ses intervenants (psychiatrie, soins infirmiers, accompagnements par des éducateurs spécialisés ou encore par des psychologues), les besoins des personnes avec qui ils rentrent en relation et, d'autre part, d'orienter ces personnes vers les services en lien avec ces besoins et à même de les prendre en charge (en les soignant, en les accompagnant, etc.), tels que les services de psychiatrie, les établissements et services médico-sociaux – qui, pour une large part, nécessitent la constitution de dossier MDPH pour une reconnaissance de handicap, puis d'éventuelles mesures de compensation et une orientation vers leurs établissements et services, ces démarches nécessitant plusieurs mois d'accompagnement puis d'attente. Les démarches sociales sont, elles, mises en place avec les travailleurs sociaux des pôles sociaux des bailleurs (les conseillères sociales notamment) qui se mettent en lien avec les services sociaux départementaux ou municipaux.

On pourrait escompter donc, dans le cadre des missions de chacun, que le bailleur, ayant fait le travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique, ayant fait le

travail de compréhension de l'origine psychique possible des problèmes rencontrés par le locataire, ait des attentes qui soient en relation, d'une part, avec ce recodage et, d'autre part, avec la mission même de l'équipe d'appui.

Dans cette logique, les deux dernières attentes (« Accompagnement vers une démarche de soins » et « orientation vers une association ou un SAVS ») semblent pertinentes et en lien avec tous les critères que je viens d'énoncer. Pourtant, seule la première – Accompagnement vers une démarche de soins – rentre réellement dans les missions et les compétences de l'équipe d'appui. En effet, la seconde – orientation vers une association ou un SAVS - ne dépend que de façon minimale de l'intervention de l'équipe dédiée et bien davantage de celles des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées. Par ailleurs, elle demande du temps. Elle est en fait difficilement réalisable dans le délai imparti à l'équipe dédiée (entre cinq et huit mois en moyenne), dont le rôle est davantage de créer l'accroche avec le locataire et de trouver le partenaire permettant de lancer cette démarche avec son accord.

Pour ce qui est de l'attente autour de « l'ameublement et l'équipement adéquat du logement » elle est, quant à elle, hors du périmètre de l'équipe mobile et illustre la négociation qui existe dans la relation entre les deux partenaires et sur la légitimité de certaines interventions auprès des locataires. En effet, d'une part, les démarches sociales pour obtenir un financement, les démarches « techniques » permettant notamment le ré-ameublement du logement de la locataire, relève davantage d'un travailleur social, ce qu'est par ailleurs la conseillère sociale. Il reviendrait éventuellement aux intervenants des équipes dédiées la démarche « psychique » ou « cognitive » permettant de faire accepter ce ré-ameublement.

Or, dans une démarche d'accompagnement, le souhait du locataire est alors tout à fait prépondérant. Pour que l'équipe dédiée se saisisse de la question de ré-ameublement du logement, il faudrait que le locataire en manifeste le désir. On se souvient des propos du psychanalyste Darian Leader, intervenu auprès d'une patiente sur la question de la gestion de son intérieur et du trouble que cela a provoqué chez elle.

D'autre part, l'aménagement anormal, c'est-à-dire hors-norme, du logement des locataires, certes révélateur d'étrangeté, peut n'entraîner aucun trouble pour le voisinage ou pour l'entretien du bien loué. C'est en tant qu'entrepreneur de morale que le bailleur social se saisit de cette question et souhaite que le trouble soit neutralisé en proposant ce qui lui semble être la bonne manière de faire, c'est-à-dire la norme. Or, les équipes d'appui, composées de

thérapeutes, de soignants, d'éducateurs spécialisés, même si elles peuvent également être des entrepreneurs de morale, n'ont pas pour visée spécifiquement la Norme. Par leur formation, les compétences et l'expérience acquises, les intervenants adaptent leurs attentes vis-à-vis des personnes qu'ils accompagnent à ce qu'elles désirent et ce qu'elles sont en mesure de réaliser. Un écart entre la norme et ce qui est mis en place se fait jour, un compromis permettant la vie dans la cité. Que ce soit dans les associations de secteur ou les associations médico-sociales ayant mis en place un service d'accompagnement dans le logement, que ce soit avec les intervenants des équipes d'appui que j'ai rencontrées, j'ai pu observer ce compromis entre la norme, les troubles du voisinage et la vie choisie par la personne vulnérable dans son logement. Afin que cette vie soit possible, il faut pouvoir permettre à la personne de limiter ses troubles du comportement (soit par des actions propédeutiques, soit par des actes de soins, soit par des actions contraignantes) et ainsi neutraliser les troubles les plus dérangeants pour les autres et pour elle. Pour autant, atteindre la norme n'est pas l'objectif, surtout si ces comportements hors-norme n'entraînent pas de troubles pour autrui. Toutefois, telle peut être la tentation des bailleurs sociaux qui, bien qu'ils s'acculturent petit à petit et s'ouvrent aux questions de santé mentale, n'ont pas les compétences ni le savoir des équipes de soins ou d'accompagnement psychosocial.

Désemparés par des situations auxquelles ils ne peuvent faire face – car ils n'ont ni le mandat ni les compétences pour le faire –, par des dispositifs mis en place, les bailleurs sociaux peuvent faire appel à une équipe d'appui pour permettre aux personnes identifiées d'accéder aux soins. En revanche, la manière d'opérer des soignants, des accompagnateurs, ne peut relever de leur prérogative et, par ailleurs, s'ils peuvent lutter pour le maintien dans le logement de leurs locataires les plus vulnérables, et ce faisant, détenir des informations très intimes et personnelles sur ces mêmes locataires, ils ne peuvent user de ces moyens mis en œuvre pour « traiter » toute anormalité.

Néanmoins, comme j'ai pu l'observer durant mon terrain avec au moins des bailleurs avec qui l'équipe mobile travaillait, des indicateurs de performance des équipes prestataires peuvent être fondés sur des attentes ne relevant des missions ni du bailleur, ni de l'équipe sollicitée. Ils s'immiscent parfois dans les actions mises en œuvre par les équipes d'appui qui tentent d'accompagner les personnes depuis leur domicile.

Un ordre négocié (Baszanger, 1986) se met en place entre les trois acteurs que sont le bailleur, l'intervenant (et son équipe), et le locataire. Les paramètres environnementaux, sociaux et contractuels de cet ordre négocié ne permettent pas qu'il existe une symétrie dans ces relations

(il existe en effet plusieurs relations : la relation bailleur-locataire, la relation bailleur-intervenant et la relation locataire-intervenant, j'y reviendrai dans une prochaine section). Pour ce qui est de la relation bailleur-intervenant, le système de prestation découlant lui-même des subventions - telles que celles des « 10 000 logements accompagnés » - octroyées par l'Etat, a pour conséquence de positionner les deux partenaires dans une relation asymétrique. En effet, dans la négociation qui se met en place entre les deux partenaires, des rapports de force apparaissent par l'aspect organisationnel même des interventions de l'équipe associative financée par les bailleurs, auprès des locataires adressés par ce même bailleur social. Même chose dans la relation bailleur-locataire, la situation même du locataire contractant auprès du bailleur, en défaut de paiement ou fauteur de troubles, entraîne une asymétrie dans la relation. Pour ce qui est de la relation locataire-intervenant, j'y reviendrai dans la prochaine partie mais on peut d'ores et déjà dire que l'ordre négocié entre eux, la qualité de la relation, influe sur les prises en charge des personnes et leurs effets. Il faut tendre, comme je le montrerai, vers une plus grande symétrie dans la relation.

Pour conclure sur le recodage des troubles du comportement en troubles psychiques par les bailleurs sociaux, ce travail permet – dans un certain ordre négocié – à des intervenants qui ont des compétences en matière de prises en charge « psychiques » d'intervenir auprès de locataires vulnérables, même si les résultats à atteindre sont fixés par les bailleurs sociaux. Ce travail, effectué ici par les bailleurs sociaux, permet à des intervenants d'amorcer une relation de prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile.

Avant de poursuivre la description de cette relation de prise en charge, je propose d'étudier un autre travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique. En effet, les bailleurs ne sont pas les seuls acteurs à le réaliser ; d'autres acteurs – qu'ils soient sociaux ou sanitaires – peuvent également l'accomplir, et c'est précisément ce que nous allons voir à présent.

II. Le travail de recodage dans le cadre de la RESAD

Les troubles extérieurs ne se donnent pas à voir, ne s'expriment pas exclusivement dans les ensembles de logements sociaux. Ils peuvent également se déclarer, opérer – telles des nuisances sonores, olfactives, d'invasion – dans différents espaces (privés ou publics).

A l'échelle d'une commune, ces troubles peuvent se manifester dans l'espace public, dans la rue, mais aussi dans l'espace d'un immeuble (en copropriété), d'un quartier, d'un magasin, etc.

C'est dans ce contexte qu'en 2001, la ville d'Aubervilliers par exemple, met en place un réseau entre les différents acteurs de santé mentale du territoire et une Réunion d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté ou RESAD (Arcella-Giroux et Quintin, 2019). Avec le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale⁷², on assiste à la création dans de nombreuses communes des RESAD, « instances collectives d'analyse de situations complexes » (Dujardin et Guézennec, 2019) qui peuvent porter localement d'autres noms. En effet, ces instances sont très souvent l'un des volets de coordination proposés par les CLSM⁷³. Elles permettent de réunir les acteurs de la santé mentale d'un territoire autour d'une situation adressée par l'un des membres permanents du CLSM et/ou de la RESAD ou par un membre invité qui doit faire face à une situation d'ordre psychique qu'il ne peut résoudre, accompagner ou gérer.

Je propose ici d'étudier le travail de recodage d'une situation présentée au RESAD d'une commune francilienne située au nord de Paris.

Tout comme les situations de locataires vulnérables sont présentées par les bailleurs sociaux aux équipes dédiées par l'intermédiaire d'une fiche de saisine, les situations d'adulte en difficulté sont présentées au RESAD également par l'intermédiaire d'une fiche de saisine (cf. Annexe 6, p. 599-600). Celle-ci diffère de celle des bailleurs, bien que certains éléments s'y

⁷² Les CLSM se développent sur l'ensemble du territoire français surtout depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui définit leur rôle dans la mise en place du projet territorial de santé mentale, leur donne un cadre de déploiement et favorise leur consolidation et leur généralisation.

⁷³ « Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des **objectifs stratégiques** et **opérationnels**. » (<http://clsm-coms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>). 85% des CLSM ont une instance collective d'analyse des situations complexes (*Op. Cit.*, 2019)

retrouvent. Les items diffèrent dans leur explicitation ou la manière de nommer les choses mais ils appellent les mêmes observations.

On peut noter, d'ores et déjà une première différence notable : la mise en récit y est plus importante que dans la fiche de saisine du bailleur. Il n'y a pas de tableau avec des items appelant des réponses courtes.

La fiche de saisine, qui plus est, et c'est une autre différence notable, est à demander au coordinateur du CLSM, c'est-à-dire celui qui à la charge d'animer le Réseau d'Evaluation des Situations d'Adulte en Difficulté (le RESAD) – constitué de tous les acteurs de santé mentale du territoire couvert par le CLSM - et la réunion mensuelle de ce réseau⁷⁴. Ce dernier coordonne et pilote le CLSM, instance de concertation et de coordination présidée par le maire, mais également le RESAD en centralisant les saisines et en organisant logistiquement les réunions (invitations, suivis, etc.). Il fait également le lien si nécessaire entre les acteurs de santé mentale autour des situations.

Dans le cas du bailleur et de l'équipe d'appui, la fiche de saisine a été conçue par le bailleur qui la remplit et l'envoie à son prestataire. Avec le CLSM, le demandeur – celui qui saisit le RESAD pour présenter une situation lors d'une réunion - s'adresse au CLSM qui lui délivre alors la fiche de saisine (appelée « grille de lecture pour l'analyse de situation » dans l'exemple que nous avons choisi de présenter). L'instance centralisant les saisines et coordonnant les acteurs est, dans ce cas, neutre, dans le sens où elle n'est pas celle qui subit les troubles du comportement de la personne souffrant de troubles psychiques contrairement aux saisines effectuées par les bailleurs sociaux.

Dans un premier temps, donc, lorsqu'il s'agit de saisir le RESAD, le demandeur doit s'identifier. Ce demandeur peut être assistant de service social (communal ou départemental), Médecin de ville, Médecin psychiatre d'un CMP, Aide à domicile, gestionnaire de cas d'une Méthode d'Action Intégration Autonomie (MAIA) ou d'un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), association (travailleur social ou président ou autre), bailleur social, psychologue de la maison de l'emploi, psychologue de la réussite éducative et mandataire social, etc. C'est lui qui a fait le travail de recodage, si nécessaire⁷⁵, des troubles du

⁷⁴ Je nommerai dans ce travail les réunions du RESAD, le RESAD

⁷⁵ Lorsque les événements comme les tentatives de suicide ou les suicides (qu'on ne peut appeler troubles extérieurs) surviennent, comme je le disais, ils sont déjà recodés par l'entourage (privé, proche ou professionnel) de la personne comme des troubles psychiques – même s'ils n'en sont pas – et ne nécessitent pas de recodage par les professionnels. En outre, dans ces cas là, ce ne sont pas les nuisances des troubles qui interpellent mais l'inquiétude et une grande difficulté à venir en aide à la personne.

comportement en troubles d'origine psychique avec les institutions qui lui ont éventuellement adressé les situations.

Ces demandeurs n'ont pas forcément de formation spécifique en matière de santé mentale, tout comme les bailleurs sociaux, ce qui ne les empêche pas d'identifier les situations qui en relèvent.

Puis, dans un deuxième temps, ce demandeur doit présenter la personne dont la situation le préoccupe et semble nécessiter l'intervention du RESAD et préciser si celle-ci est prévenue de la démarche en cours.

Dans un troisième temps, il s'agit de présenter la situation (une mise en récit de la situation de la personne), tout en précisant qui sont les autres acteurs mobilisés autour de la situation, quelles démarches ont déjà été mises en œuvre.

Outre la situation de la personne, il est demandé également des précisions quant à ses antécédents médicaux et sociaux, ainsi que ses ressources à la fois sociales (liens sociaux) et financières.

Voyons à présent le travail de recodage réalisé par un acteur saisissant un RESAD francilien.

1. La présentation de la situation

Le demandeur, dans la situation choisie ici (Observations réalisées en mars 2017), est un délégué mandataire judiciaire à la protection de majeurs.

Ces professionnels n'ont – tout comme les agents de terrain du bailleur social – pas de formation spécifique en santé mentale, mais, en revanche, ils ont une formation de travailleur social. Aujourd'hui, la protection des majeurs s'est beaucoup professionnalisée ; des associations d'utilité publique peuvent être gestionnaires de ces services. Les mandataires interviennent auprès des personnes « qu'ils protègent » par suite d'une décision du juge des contentieux de la protection.

Dans le cas présent, il n'est pas mentionné dans la fiche de saisine quelle de forme de protection bénéficie Glaïeul, la personne dont la situation est présentée en RESAD. Celui-ci n'a, par ailleurs, pas été informé des démarches entamées par le mandataire. Or, les chartes des RESAD stipulent la nécessité d'une telle démarche. Sans accord de la personne dont on veut présenter la situation, la réunion doit être entièrement anonymisée.

Dans la mise en récit de cette situation, le professionnel présente d'emblée ce qui l'amène à saisir le RESAD et à recoder les troubles occasionnés par Glaïeul – des troubles du comportement « graves » - en troubles psychiques.

En deux phrases, écrites dès le début de la mise en récit de la situation, les troubles du comportement de Glaïeul sont recodés en troubles d'origine psychique. En effet, le mandataire mentionne clairement des troubles du comportement et le fait qu'aucun centre médico-psychologique (CMP), service ambulatoire de psychiatrie publique, pour l'heure, ne suit la personne. Ces troubles du comportement, ainsi reliés au CMP, sont catégorisés comme des troubles psychiques, qui devraient relever d'une prise en charge par la psychiatrie.

Le professionnel précise également la difficulté qu'il rencontre avec le majeur protégé dont il a la charge : il n'est pas compliant aux soins.

Dans cette fiche de saisine, la situation est présentée très synthétiquement : des troubles du comportement – qui sont sans doute des troubles psychiques – non encore pris en charge par la psychiatrie et une personne qui en souffre et refuse d'aller vers les soins.

Par ailleurs, les termes permettant de saisir la psychiatrie sont mentionnés en toutes lettres : « des troubles du comportement importants avec mise en danger d'autrui ».

Le reste de la fiche à présent est là pour convaincre de l'importance, voire de l'urgence, de présenter cette situation devant les membres permanents du RESAD.

2. Des informations pour convaincre

Outre une présentation de la situation très claire, le mandataire qui saisit le RESAD fait mention à deux reprises du caractère grave et dangereux des troubles occasionnés : mise en danger d'autrui et des événements d'une gravité extrême. Il exprime par ailleurs clairement son inquiétude quant à d'éventuels passages à l'acte.

Il présente également un autre risque pour le majeur protégé – moins grave mais pour autant significatif : son manque d'autonomie (repas, toilette, etc.) et la situation de son proche aidant qui ne peut plus pourvoir à ses besoins. Le mandataire, en soulignant ce fait sous-entend que des solutions de relais doivent être trouvées rapidement.

Contrairement à la conseillère sociale du bailleur, le mandataire, à la manière succincte qu'il utilise pour décrire la situation et sa précision - il n'a pas besoin de dépeindre les faits avec

force détails -, montre davantage de confiance et de légitimité dans le rôle qu'il joue auprès du RESAD. Il est plus à l'aise dans le travail d'interprétation de la situation et dans le recodage des troubles du comportement que la conseillère sociale et la gravité des faits l'y aide certainement.

En sa qualité de mandataire judiciaire, il a pour mission de protéger le majeur vulnérable, ce qu'il fait en alertant sur les risques éventuels pour autrui et pour lui-même. La conseillère sociale, elle, n'a pas ce genre de prérogatives ; il est plus délicat pour elle de faire des suppositions ou de présenter les choses comme des interprétations, puisque sa mission n'est pas de protéger le locataire mais de neutraliser les troubles occasionnés pour permettre la jouissance paisible du bien loué par le plus grand nombre. Sa mission en passe par des actions d'ordre social visant notamment à réduire la dette locative et prévenir l'expulsion, ou encore par la mobilisation d'une équipe dédiée afin de résoudre ou tenter de résoudre les troubles d'origine psychique. Par ailleurs, la conseillère sociale est employée par le bailleur qui se trouve lui-même dérangé par les troubles psychiques de la personne à accompagner. Le mandataire quant à lui, doit protéger le majeur et prévenir ses troubles du comportement pouvant nuire aux autres et à lui-même. Il n'est pas lui-même impliqué dans ces troubles.

Les différences d'approche des deux professionnels dans la présentation de la situation se jouent donc sur ces facteurs. Néanmoins, annoncer d'éventuels passages à l'acte relève de la même stratégie que celle mise en œuvre par la conseillère sociale ; il s'agit en effet de convaincre le lecteur. Dans le cas présent, il s'agit moins de convaincre du caractère psychologique des troubles que de leur dangerosité et partant, de l'importance – voire l'urgence – d'intervenir.

Ici, le professionnel qui saisit le RESAD se donne la légitimité de recoder les troubles du comportement en troubles psychiques et c'est en soi la grande différence avec le travail qu'accomplit la conseillère sociale. Bien que le mandataire ait bénéficié, comme elle, d'une formation de travailleur social, il intervient dans un secteur tout à fait différent, celui de la protection des majeurs. Ses missions sont en adéquation avec ce type de préoccupations et partant la saisie d'instances en mesure de prendre en charge les troubles psychiques de son protégé. La conseillère sociale d'un bailleur, elle, a pour mission d'intervenir uniquement sur la dimension sociale de la personne, une dimension sociale regardée à l'aune du logement. La dimension biologique et psychique, par les aspects notamment médicaux, échappent aux prérogatives, aux missions du bailleur quant elles font partie des missions du délégué mandataire qui en assumant la charge de protection d'un majeur doit prendre en compte les différentes dimensions de la personne.

III. Le travail de recodage par la famille

Si le travail de recodage de troubles du comportement en troubles d'origine psychique présenté jusqu'ici est le fait de professionnels (comme le bailleur social ou le mandataire social), il s'avère revenir en premier lieu à la famille, lorsqu'elle est présente, ou aux proches des personnes souffrant de troubles psychiques lorsque ceux-ci en ont.

En effet, si l'entourage tel que le voisinage, ou encore des professionnels tels que les délégués mandataires, un bailleur social ou encore un médecin généraliste, peuvent effectuer ce travail de recodage, parce qu'ils ont à faire avec ces troubles du comportement venant déranger l'entourage, il n'est pas rare que le voisinage, la famille ou encore ceux qui partagent leur vie – leur espace, leur logement – avec ces personnes, effectuent ce travail de recodage.

Dans *Asiles* (1968), Erving Goffman rapporte les « mécanismes de l'internement » (*op. cit.*, p. 187). Il met au jour ce travail de « recodage » (ce n'est pas le terme utilisé par le sociologue) des « comportements scandaleux » du malade en troubles psychiatriques nécessitant l'hospitalisation de la personne.

« Les dossiers de la plupart des malades mentaux révèlent des comportements scandaleux dans leurs fréquentations sociales, soit dans leur foyer, soit dans leur lieux de travail, dans les services semi-publics, magasins ou églises, ou sur la voie publique, rue ou parc. Souvent on y retrouve consignée la déposition du « plaignant », c'est-à-dire du personnage qui a entrepris l'action ayant entraîné l'hospitalisation du délinquant. » (ibid., p. 187-188)

Goffman expose certaines « contingences de la carrière » des malades mentaux, c'est-à-dire les facteurs sociaux contribuant au recodage des comportements scandaleux en troubles psychiques (ce qui fait, au fond, que les personnes ayant « commis » ces comportements scandaleux sont hospitalisées et non arrêtées ou licenciées, etc.) :

« le statut socio-économique, le caractère spectaculaire du délit, la proximité d'un hôpital psychiatrique, l'importance des facilités de traitement offertes, le niveau d'information sur telle forme de traitement appliquée dans les hôpitaux accessibles, etc. » ((ibid., p. 188-189)

Il évoque également « les agents de l'internement », c'est-à-dire les personnes qui, ayant fait le travail de recodage, sont les instigateurs de la prise en charge par l'hôpital psychiatrique.

« En premier lieu, il y a le « proche-parent » (Next of relation). [...] Ce proche-parent est en général le père, la mère, l'époux ou l'épouse, mais pas nécessairement. [...] Le proche-parent [du malade] le presse d'aller discuter de son affaire avec un médecin, un psychiatre consultant, ou tout autre conseil. Se montre-t-il réticent, on le menace d'abandon, de désaveu, ou de quelque recours légal, ou au contraire on invoque la sympathie et le caractère purement exploratoire de la consultation. [...] Cela n'empêche pas toutefois le proche-parent d'avoir réglé les détails de l'entrevue en choisissant le spécialiste, en prenant rendez-vous avec lui, en lui exposant le cas, etc. Ce comportement tend à faire du parent le responsable de fait à qui la personnalité consultée peut faire les révélations nécessaires lorsque l'intéressé devient pour de bon le malade. [...] Dès l'arrivée au rendez-vous, le malade prend brutalement conscience que lui et son parent ne sont pas investis des mêmes rôles et que, selon toutes vraisemblances, il existe entre son accompagnateur et le spécialiste une entente préalable qui joue contre lui. » (ibid., p. 190-192)

Ayant maille à partir avec son proche et ses comportements scandaleux, le parent s'en remet à des professionnels notamment de la psychiatrie parce qu'il a recodé ces comportements en problème d'ordre psychique et qu'il ne parvient pas à les neutraliser et/ou à aider son proche. Le parent, comme dans *Asiles*, peut directement s'adresser à un psychiatre de l'hôpital – s'il existe un hôpital proximité, si le proche a déjà été en contact avec cet hôpital ou l'un de ses professionnels, si le parent est familier de ce type d'univers – ou alors s'adresser à d'autres intervenants permettant de faire le lien avec des équipes de psychiatrie, ou de psychologie, tels que les urgences de l'hôpital le plus proche, les urgences psychiatriques si elles existent à proximité, ou encore le coordinateur du CLSM – si le conseil local de santé mentale a été suffisamment bien désigné et fléché par les services communaux ou si un aiguillage a été réalisé par d'autres intervenants comme le médecin généraliste, un travailleur social communal ou départemental, ou encore un travailleur social ou un agent de terrain du bailleur social.

Quoi qu'il en soit, la famille a longtemps été celle qui alerte des troubles psychiques au sein du foyer. Au 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, les demandes d'admission à l'asile d'une personne sont majoritairement faites par un membre de la famille (ces demandes doivent être accompagnées d'un certificat médical attestant de l'aliénation).

« L'impuissance et la honte que suscitent les actes lubriques, les paroles amORAles ou les gestes menaçants d'une « folle » ont motivé plusieurs époux à faire interner leur femme à

Saint-Jean-de-Dieu. Bien souvent, c'est un appel à l'aide, un cri de désespoir, un découragement insurmontable que signifie la demande des « blancs » pour l'admission d'une aliénée. Mères méchantes, épouses violentes, elles ont été l'essence même d'un cauchemar pour leur époux, leurs enfants et inévitablement pour tout le voisinage. [...]

En feuilletant les dossiers (AHLHL, Dossiers médicaux, 1890-1906), nous avons appris que Margaret et Délia brisent tout ce qui leur tombe sous la main, qu'il s'agisse de vêtements, de meubles ou de vitres. Comme la majorité des épouses internées, elles dérangent, elles indignent, elles exaspèrent : « nous sommes à bout de force, nous ne pouvons plus la garder nous avons du trouble », écrivait Blanche au docteur Villeneuve, au sujet de sa mère tentant ainsi de décrire la situation chaotique dans laquelle sa mère plongeait toute la famille. Marie-Louise, Azilda et Emma ont tenté de se suicider. Céline, tout comme Lucie, menace de tuer son mari. La vie de ces familles est bouleversée. L'inattendu, l'incroyable, l'inimaginable font partie de leur quotidien. [...] Vivre avec Maria, c'est craindre les menaces de mort qu'elle vocifère nuit et jour ; avec Marie-Rose, c'est accepter de la suivre pas à pas, afin d'éviter qu'elle ne se blesse grièvement par les coups qu'elle s'inflige ; avec Flora, c'est protéger ses enfants qu'elle bat, tandis qu'avec Victorine, c'est l'empêcher de détruire et de brûler tout ce qui est autour d'elle. Les époux de ces aliénées sont aux aguets, à l'affût et à l'écoute du moindre signe de danger. Leur vie est un perpétuel combat contre l'atrocité éventuelle d'un geste malheureux. » (Thifault, 2010, p. 131)

Les familles subissant les troubles du comportement de leur proche font depuis longtemps⁷⁶ ce travail de recodage de leurs comportements comme relevant de troubles intérieurs, qu'ils soient d'ordre spirituel, moral ou psychique, et ont cherché à interpeller les institutions à même de neutraliser ces troubles, qu'elles les soulagent, d'une part, de la surveillance impossible de leurs proches, qui de fauteurs de troubles sont vus comme fous, aliénés ou malades, et, d'autre part, de la maîtrise des troubles du comportement qui peuvent présenter un danger pour chacun. A partir du 19^{ème} siècle, l'institution interpellée est la psychiatrie.

⁷⁶ Au fil de l'histoire de la folie, elle est vue comme une maladie de l'âme puis comme une maladie de l'esprit. Elle a connu par ailleurs toutes sortes de traitements – la psychiatrie n'apparaissant qu'au 19^{ème} siècle. Le recodage des troubles du comportement comme troubles psychiques est finalement récent (20^{ème} siècle) ; avant le 20^{ème} siècle, les troubles du comportement vus comme des maladies de l'âme n'impliquaient pas la médecine.

Outre la psychiatrie, les familles peuvent saisir le maire de leur commune pour faire une demande de soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) ou faire elles-mêmes une demande de Soins sans consentement sur décision d'un tiers (SDT). Ces demandes témoignent de ce travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique puisque l'institution convoquée est la psychiatrie (même si la demande peut être formulée à un intermédiaire qui alerte alors la psychiatrie, comme les Pompiers, les forces de l'ordre ou un intervenant à domicile, tel qu'une aide à domicile, un membre d'une équipe mobile, etc.).

C'est le cas notamment dans la situation d'Iris, locataire d'un logement social accompagné par l'équipe mobile associative.

« Après quelques mois de rendez-vous réguliers au domicile d'Iris, les intervenants de l'équipe mobile associative mobilisée par le bailleur social du foyer constatent que la situation de la famille est rendue difficile par les comportements de l'un des enfants de ce dernier, Arum. Il est agité, très agressif. Iris et lui, pourtant très proches, se bagarrent beaucoup.

Lors d'une visite des intervenants au domicile d'Iris, Arum déambule dans l'appartement en criant. La tension est grande. Iris est inquiet et agité. Il est sur le qui-vive, reste concentré sur les gestes et déplacements d'Arum. Alors que ce dernier s'éloigne, Iris confie dans un murmure à peine audible aux intervenants qu'il a essayé de l'étouffer avec un coussin. Il a très peur. Les intervenants reformulent ce qu'ils viennent d'entendre et demandent à Iris si Arum a essayé de le tuer dans son sommeil. Il répond « oui » sans hésitation et exprime également qu'il pense qu'Arum croit à des choses qui n'existent pas. Ce dernier arrive alors en trombes dans le salon, menace Iris et les intervenants, qui ne parviennent pas à le calmer, bien qu'il ne semble pas avoir entendu les confidences de son proche. Il finit par quitter l'appartement.

En sortant du domicile d'Iris, les intervenants se rendent directement au CMP où Arum a déjà été suivi (suivi interrompu à cette période-là). Le service de psychiatrie de secteur propose de l'hospitaliser et demande aux intervenants de faire une demande de SDT, ce qu'ils acceptent. Le lendemain, Arum est hospitalisé. »

(Personnes vivant dans un logement autonome - Observations réalisées entre septembre 2017 et juin 2018)

Iris, ici, malgré ses liens avec Arum, décide d'informer les intervenants de l'équipe d'appui du bailleur social du risque qu'il encoure et de l'état de son enfant. Bien qu'il présente lui-même des troubles psychiques, il se rend compte des troubles d'Arum et en fait part à des personnes à même d'intervenir pour les protéger tous les deux. Il a fait un travail de recodage des troubles du comportement d'Arum puisque, outre l'agression qu'il a subie, Iris laisse entendre qu'il est délirant.

S'il ne s'adresse pas directement à la psychiatrie, il utilise les intervenants de l'équipe mobile, mobilisés par son bailleur social du fait de ses propres troubles psychiques – ce dont il est parfaitement conscient – afin qu'Arum soit pris en charge. Il saisit donc un tiers, non pour recoder la nature des troubles mais pour mettre en œuvre une prise en charge.

Qu'il soit le fait d'un acteur social ou médico-social, d'un acteur du champ de la psychiatrie, d'un membre de la famille, ce travail de recodage est un préalable à la prise en charge des troubles psychiques et à l'entrée dans la relation de prise en charge. Il peut être fait par la personne elle-même, par un médecin généraliste, etc., toujours est-il qu'il entraîne une série d'actions, d'interactions, que nous devons détailler.

IV. L'intrication des différentes dimensions de la personne et de ses troubles

Avant de détailler les actions et interactions qui succèdent à cette entrée dans la relation de prise en charge initiée par le travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique, il faut s'arrêter sur la nature des troubles ainsi recodés, nature se référant ici à la dimension de la personne qui se trouve troublée. En effet, les troubles ainsi recodés comme psychiques ou d'origine psychique ont finalement une incidence sur d'autres dimensions de la personne, c'est-à-dire que la personne psychiquement troublée a ou peut avoir d'autres dimensions troublées, telles que sa dimension sociale ou sa dimension biologique.

Je pars ici de l'idée, développée par Karsenti (2011), de « l'Homme total », c'est-à-dire qu'une personne est constituée de différentes dimensions, dimensions intriquées les unes aux autres, telles la trame d'un tissu. C'est en effet par le tissage de ces dimensions que se construit la personne. Une fois ces dimensions tissées les unes aux autres, il est impossible de les désintriquer, de les désarticuler et pour une compréhension de la personne, il est nécessaire de regarder ce tissage et comment une dimension joue sur les autres, et *vice versa*. Cette trame, peut-on dire, est l'essence même de la personne, car une personne est tout à la fois une personne sociale, biologique et psychique. Il est impossible d'isoler une dimension sans tenir compte des deux autres, elles s'alimentent les unes et les autres et communiquent entre elles.

« C'est parce que la socialisation de l'individu s'exprime jusque dans son corps et sans ses usages, qu'est invalidé le recours aux paliers séparés à partir desquels s'organisait le raisonnement analogique, fondateur des séparations objectives et exclusivités disciplinaires. Ainsi se trouve frayée une voie nouvelle pour des études du type de celles sur « L'effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité » (Mauss, 2013) et sur « Les techniques du corps » (op. cit., 2013), études qui sollicitent aussi bien la physiologie et la psychologie individuelle [...] que la sociologie pour examiner le processus de socialisation qu'elles sont à même d'éclairer. [...]

Les facteurs organico-psychiques sont organiques et psychiques. Ils ne s'opposent pas, massivement et ensemble, sous la catégorie univoque de l'individuel, aux facteurs proprement sociaux, mais composent avec l'être social de l'homme une totalité complexe qui mérite d'être considérée sous l'angle différencié de chacun de ses aspects. L'Homme de Mauss a trois dimensions, et non deux, parce qu'il n'est pas scindé par la ligne de partage de l'individuel et du social. Totalement individuel, il est aussi totalement social, et

cette totalité unitaire est susceptible d'être lue sur trois registres aussi distinctes que solidaires. » (op. cit., 2011, p. 65-101)

C'est donc en tenant compte de la personne totale, du tissage en un tout des différentes dimensions, qu'il nous faut regarder ce recodage mais aussi, plus précisément les troubles requalifiés de psychiques et leurs incidences pour la personne qui en souffre. C'est en effet par cette analyse que les prises en charge sont – ou devraient être - mises en place.

J'ai montré plus avant comment les agents recodent des troubles du comportement, c'est-à-dire des troubles de l'habiter, des troubles du comportement, en troubles trouvant leur origine dans des troubles psychiques. Or, ces troubles bien que reliés à la dimension psychique de la personne (comme l'état supposé de dépression d'Amaryllis qui, selon la conseillère sociale du bailleur social, permet de comprendre tous les autres troubles – addiction, dettes, incurie, passivité, etc.) peuvent en fait être reliés à une autre dimension de la personne ou à plusieurs dimensions de la personne. Ainsi, les personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement diffus occasionnent par leurs comportements actifs et/ou passifs, par leur mode de vie, toutes sortes de troubles pour l'entourage. Ces troubles ont diverses répercussions sur elles, des répercussions à la fois sociales, psychiques et biologiques. Si bien que le travail de recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique n'est pas suffisant à la mise en place d'une relation de prise en charge car il s'agit aussi de comprendre les troubles en fonction de la dimension qu'ils impactent. Il s'agit en fin de compte de faire le voyage inverse tout en gardant en tête la dimension psychique (Cf. Encadré 5).

Recodage des troubles du comportement et évaluation des dimensions qu'ils impactent

Etape 1 : recodage des troubles du comportement en troubles d'origine psychique

Troubles du comportement + Recodage par un agent (famille, entourage, acteurs social, médico-social ou sanitaire) → Troubles d'origine psychique

Etape 2 : reconnaître l'impact des troubles psychiques sur les autres dimensions

Des troubles psychiques + Impact sur les différentes dimensions de la personne :

Troubles psychiques → Troubles sociaux

Troubles psychiques → Troubles physiques ou somatiques

Troubles psychiques → d'autres Troubles psychiques

Troubles psychiques → Troubles physiques et sociaux

Remarque : Tous les impacts peuvent également se combiner.

Encadré 5. Des troubles du comportement aux différentes dimensions impactées par les troubles psychiques

Le schéma ci-dessus n'est pas complet, il y a d'autres étapes que j'aborderai dans une section ultérieure. Il s'agira de présenter à l'aune de ces deux étapes quelles prises en charge sont mises en place. Pour l'heure, ayant déjà présenté la première étape de l'évaluation des dimensions affectées par les troubles « extérieurs » ou troubles du comportement, je souhaite ici proposer une présentation de la deuxième étape, soit l'étude plus détaillée de ces dimensions. Il convient de préciser au préalable que ce travail d'analyse de la situation n'est pas systématiquement réalisé. En effet, les intervenants peuvent en rester à la seule première étape et ne pas tenter de démêler les dimensions impactées par le trouble d'origine psychique.

Ils peuvent également, une fois que les troubles du comportement ont été recodés en troubles d'origine psychique, regarder quelle dimension est impactée chez la personne souffrant de troubles psychiques. Dans cette section, il s'agit de montrer cette intrication des dimensions à l'œuvre dans les troubles psychiques des personnes vivant dans un logement diffus, le tissage inextricable des différentes dimensions de la personne qui rend les situations des personnes « complexes » (Quintin, 2019a).

Des troubles psychiques aux problématiques sociales

Pour introduire mon propos, je prends un exemple : Lorsque le trouble du comportement se manifeste par une dette locative, c'est-à-dire qu'une personne trouble son entourage en ne payant pas son loyer, son bailleur social ou le propriétaire de son appartement donne l'alerte et entraîne un processus de prise en charge – qu'elle soit coercitive pour que la personne rembourse les sommes dues et/ou quitte l'appartement dont elle n'assume plus les frais, ou qu'elle soit thérapeutique s'il s'avère que la personne rencontre des difficultés d'ordre somatique ou psychique. Il fait l'objet dans certains cas d'un recodage, c'est-à-dire que la dette locative, vue dans un premier temps comme un trouble du comportement, un trouble de l'habiter, fait l'objet d'un travail de recodage pour être vue comme l'expression d'un trouble psychique. Il n'en demeure pas moins que cette dette locative a un impact sur la dimension sociale de la personne qui ne paie plus son loyer. Elle peut trouver une explication dans l'absence de revenus de la personne – une absence de revenus qui à son tour peut trouver une

explication dans des troubles sociaux – perte d’un emploi – mais également des troubles psychiques – entraînant notamment la non-ouverture de droits, l’incapacité à se maintenir dans l’emploi, etc. Elle peut également trouver une explication dans différents troubles de la personne, des troubles psychiques et/ou somatiques, ce qui ne lui permet plus de faire face à sa situation sociale. La dette locative, bien qu’identifiée par un travail de recodage comme trouvant son origine dans un trouble psychique qui ne permet donc pas à la personne de faire face, a néanmoins un impact sur sa vie sociale.

J’ai évoqué plus tôt la situation de Lavande. Cette dernière, dans un état de passivité extrême, proche de la catatonie, voit sa situation sociale se dégrader. Elle perd ses revenus, n’entame aucune démarche pour réouvrir ses droits sociaux – RSA, Active, allocation personnalisée au logement (APL) -, ni même pour percevoir une compensation du handicap que représente la passivité extrême dans laquelle elle se trouve. Ses troubles psychiques ont un impact tout à fait réel sur sa vie, sur ses dimension sociale et physique, puisqu’elle n’a plus aucun revenu, ne peut se nourrir correctement, ni conserver son logement. D’ailleurs, elle finit par perdre son logement un an après la prise en charge de cette situation par l’équipe mobile associative. Dans cette situation, l’intrication des différentes dimensions de la locataire met à mal à la fois les interventions des personnes mobilisées autour de la situation mais également la compréhension de la situation.

En effet, chaque intervenant dans la situation de Lavande a en charge une de ses dimensions. Le bailleur prend en charge une part de la dimension sociale de la locataire : celle du logement et celle des revenus (avec l’aide de travailleurs sociaux présents dans l’environnement). Le bailleur social raisonne à partir d’éléments sociaux bien qu’il accepte de recoder la situation à l’aune de troubles psychiques. Mais la passivité de la locataire face aux aides sociales proposées n’est pas supportable pour le bailleur social qui n’a pas à prendre en charge sa dimension psychique et qui externalise cette prise en charge en faisant appel à des acteurs compétents. Il reste néanmoins le maître d’œuvre de la prise en charge puisqu’il est celui qui sollicite un prestataire.

Or, la passivité de la locataire est du côté du trouble psychique. Les intervenants de l’équipe mobile sollicitée par le bailleur s’intéressent pour leur part à cette dimension. Ils comprennent cette passivité comme un symptôme des troubles psychiques de la locataire. Ils ne cherchent pas dans l’immédiat à résoudre les conséquences de la passivité mais à la comprendre et partant, à la désamorcer, à réanimer la personne et la rendre active.

La temporalité de cette démarche n'est pas celle des démarches sociales. En effet, les effets de l'intervention de l'équipe dédiée ne peuvent se prévoir, s'anticiper ; le processus « thérapeutique » a une temporalité tout à fait aléatoire, une temporalité qui diffère d'un sujet à l'autre, etc. En revanche, la temporalité des processus sociaux – demandes d'aides, délais de recours, etc. –, eux, sont davantage prévisibles.

Par ailleurs, la réussite de la démarche psychologique est elle-même aléatoire, son issue n'est pas certaine. Les soins ou l'accompagnement d'une personne souffrant de troubles psychiques n'ont pas de résultats assurés, mesurables et quantifiables tels que pourraient en avoir les interventions sociales (ouverture de dossiers de demande d'aides, interventions dans le logement, etc.). Ce qui rend l'intervention sur la dimension psychique longue et incertaines. Les problématiques sociales que les troubles psychiques engendrent peuvent du même coup s'aggraver si elles ne sont pas prises en charge en parallèle des troubles psychiques, c'est-à-dire malgré le non-investissement des personnes dans la résolution des différentes problématiques rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques.

En résumé, les troubles psychiques, mis au jour par des troubles du comportement, peuvent engendrer d'importantes problématiques d'ordre social (qui alertent sur la situation). Intervenir dans la situation suppose alors que l'on tienne compte de l'intrication des dimensions troublées et que l'on s'attache à résoudre les problématiques sociales, tout en tenant compte des troubles psychiques, et à accompagner et soulager les troubles psychiques.

Comme le montrait Jeannette Pols (2006), « faire à la place » des personnes peut garantir leur autonomie, si celle-ci est le fait de pouvoir continuer à faire des projets – dans le cas de Lavande, c'est par exemple de pouvoir continuer à vivre dans un logement autonome.

Dans d'autres situations, les troubles psychiques empêchent les personnes d'avoir recours aux soins et leur état somatique peut alors s'altérer, comme c'est le cas d'Hortensia, que nous avons déjà évoqué. Malgré une grave maladie somatique, son isolement, son retrait social, comportement directement en lien avec ses troubles psychiques, il n'a pas recours aux soins. Par ailleurs, sa situation sociale est elle-même dramatique, puisqu'il n'a plus de ressources. Son comportement passif, lié à ses troubles psychiques, a des conséquences sur toutes ses autres dimensions. Totalement intriquées, elles complexifient sa prise en charge à la fois somatique, sociale et psychique.

Comment prendre en charge une personne totale ? Comment, depuis le domicile, prendre en charge la personne présentant des troubles psychiques ?

On a vu jusqu'à présent comment les troubles du comportement actifs ou passifs – qu'il s'agisse de troubles de l'habiter, de troubles du voisinage, de nuisances en tout genre – découlent des troubles psychiques et d'un rapport brouillé aux règles d'interaction, aux règlements, aux limites territoriales de chacun, comment certains agents interprétaient ces comportements et leur donnaient une origine psychique. On a vu également que ces différents troubles du comportement pouvaient avoir des conséquences sur toutes les dimensions des personnes.

Ces différentes étapes sont un préliminaire à l'entrée dans la relation de prise en charge, qu'il est temps à présent d'analyser.

Conclusion

Afin de comprendre comment les personnes souffrant de troubles psychiques vivent hors-les-murs, j'ai retracé ici rapidement ce qu'habiter signifie et en quoi il s'agit d'une institution, c'est-à-dire de manières d'agir et de faire prescrites, et qu'il existe de ce fait des bonnes pratiques de l'usage d'un appartement que chacun doit apprendre et appliquer.

Dans ce cadre, les manières d'habiter un logement pour des personnes souffrant psychologiquement peuvent se trouver hors normes et partant peuvent déranger l'entourage de celles-ci, leurs voisins, leurs bailleurs, leurs proches.

Avant de développer la question précise des nuisances que leurs manières d'habiter peuvent engendrer, j'ai souhaité au préalable donner à voir la qualité et les modes de vie de ces personnes, montrant ainsi leur dénuement tant au niveau relationnel que financier mais également leur moindre recours aux soins (psychiques ou somatiques) comparativement à la population générale. Les modes de vie ainsi que la qualité de vie peuvent se voir améliorer lorsque les personnes bénéficient d'un suivi ou d'un accompagnement.

Pour introduire ensuite les prises en charge depuis le logement, j'ai montré comment les nuisances occasionnées dans le logement, c'est-à-dire autant de manières d'habiter s'écartant de la norme, peuvent être des alertes. En effet, c'est à partir de ces nuisances qu'une prise en charge peut parfois se mettre en place. Il faut, après le signalement des nuisances, que celles-ci soient « décodées » et perçues non plus comme des actes déviants mais comme des conséquences de troubles psychiques. Quand l'entourage perçoit que les nuisances sont en fait

l'extériorisation de troubles psychiques, alors peut démarrer leur prise en charge. C'est l'entrée dans la relation de prise en charge dont je vais dans la section suivante montrer l'ordre négocié.

Troisième partie : L'ordre négocié des prises en charge en santé mentale depuis le domicile

On passait toujours un bon moment quand on sortait. On voyait un film, c'était sympa. Après, j'ai réalisé... que je pouvais continuer à m'amuser. Ça m'a ouvert les yeux sur le fait qu'il y a autre chose à penser que la maladie mentale... J'ai réalisé que je pouvais sortir et m'amuser. La vie n'est pas une grande horreur !

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 185

Les personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans un logement diffus, par leurs interactions « dérangées », le non-respect des limites de la territorialité personnelle de leur entourage, par leurs relations aux autres et leurs comportements actifs ou passifs, occasionnent des troubles du voisinage ou des troubles de l'habiter qui donnent l'alerte. Un travail de relecture des troubles à l'aune de la santé mentale peut alors être effectué par certains agents, comme la famille, des acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, ce qui inaugure alors un autre travail, celui de la prise en charge.

Celle-ci, comme nous l'avons vu plus tôt, a connu de profondes transformations. Pour retracer très brièvement ces transformations, disons que l'on est passé d'une institution unique prenant en charge toutes les dimensions des personnes souffrant de maladies mentales, dans un lieu unique, c'est-à-dire l'institution psychiatrique qui soignait et hébergeait ses patients à l'hôpital, à une multitude d'institutions de différents secteurs prenant en charge une ou plusieurs dimensions des personnes, c'est-à-dire l'institution psychiatrique, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs sociaux, qui, à eux tous, prennent en charge la personne dans sa globalité à partir de son domicile.

Par ce transfert des missions vers plusieurs institutions, les modalités mais également les acteurs participant à la prise en charge ont évolué. L'ordre négocié de la santé mentale s'est transformé.

Livia Velpry, dans son ouvrage *Le Quotidien de la psychiatrie* (2008) centré sur le travail psychiatrique au sein d'un centre médico-psychologique, analyse en donne l'analyse.

Mon travail de recherche doit dépasser le seul univers psychiatrique et embrasser d'autres mondes sociaux, pour reprendre la terminologie utilisée par Isabelle Baszanger, qui propose pour sa part un travail sur l'ordre négocié de la maladie chronique (1986).

M'intéressant donc à l'organisation et partant à la transformation de l'organisation des prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile, la notion développée par Anselm Strauss (2016) d'ordre négocié, bien que dans un cadre différent, est une grille d'analyse qui me paraît intéressante.

Je propose avant de voir comment j'utilise cette notion dans le cadre des prises en charge de la santé mentale à domicile, de l'explicitier au travers des écrits de Strauss mais également d'autres sociologues qui l'ont utilisée.

« Comment, face aux changements inévitables (alimentés à des sources tant externes qu'internes à l'organisation) se maintient une part d'ordre ? [...] les accords conclus, les contrats en vigueur – qui constituent les fondements d'un bon ordre, prévu sans surprise,

assuré, bien réglé – ne le sont aucunement pour l'éternité. [...] Bref, les bases d'une action concertée (l'ordre social – Social Order) doivent être continuellement reconstituées, ou, [...] « travaillées ». Pareilles considérations nous ont amenés à mettre l'accent sur l'importance de la négociation – les processus de donnant-donnant, de diplomatie, de marchandage – qui caractérise la vie d'une organisation. » (op. cit., p. 87-88)

Le sociologue utilise ce concept pour analyser le fonctionnement d'un hôpital psychiatrique au sein duquel il voit, d'une part, une négociation permanente des soignants sur

« les règles qui régissent les activités des divers professionnels, tandis qu'ils accomplissent leurs tâches, [qui] sont loin d'être exhaustives, ou clairement établies, ou clairement contraignantes [et, d'autre part,] des négociations entre l'équipe soignante et les patients et leurs familles – des négociations menées au-delà des limites de l'hôpital lui-même. » (ibid., p. 92-95)

Selon, lui, l'organisation et la négociation de son ordre reposent sur un objectif commun qui permet la collaboration de tous :

« rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme. [...] Cet objectif est le ciment symbolique grâce auquel, en termes métaphoriques, l'organisation se maintient : le symbole auquel le personnel peut, confortablement et fréquemment se référer. [...] Bien que ce symbole [...] masque des désaccords et des divergences d'objectifs considérables, il constitue un mandat généralisé sous lequel l'hôpital peut fonctionner – l'oriflamme public sous lequel tous peuvent travailler de concert. » (ibid., p. 95)

Toutefois, cet oriflamme (que le patient aille mieux) prend des sens (des significations) très différents

« en fonction de l'expérience professionnelle et de la connaissance du malade mais aussi en fonction du concept même de « mieux être » accepté par les différentes catégories [de professionnels]. » (ibid., p. 96)

L'objectif commun à tous n'empêche pas, en outre, « la multiplicité des objectifs rencontrés à l'hôpital » (ibid., p. 97).

En résumé, pour reprendre l'analyse de Livia Velpry (2008),

« le point de départ de l'analyse de Strauss est qu'en appliquant les règles, les personnes doivent constamment exercer leur jugement sur leur opportunité dans une situation particulière. De plus, toutes les personnes qui participent de ce fonctionnement, qu'elles soient professionnelles ou profanes, poursuivent leurs propres objectifs. Le fonctionnement de l'hôpital résulte alors de la collaboration de ces personnes dans la définition et l'application des règles, et dans la réalisation de leurs objectifs. Cette collaboration constitue l'ordre négocié de l'hôpital, qui n'est pas un ordre immuable, statique, [mais] un ordre changeant, auquel tous les acteurs participent (ibid., p. 31). L'ambition de Strauss est d'étendre cette notion à d'autres formes d'organisation que l'hôpital. » (op. cit., 2008, p. 133)

Dans l'étude menée par la sociologue dans un CMP, l'analyse de l'ordre négocié se fait au sein d'une même institution, la psychiatrie, dans laquelle elle peut regarder le travail médical, ou plus précisément le travail psychiatrique. Elle rend très justement compte de ce travail qui se compose des interventions thérapeutiques, « support des rapports des patients avec la psychiatrie » (ibid., p. 134), et qui consiste à gérer la maladie mentale (l'objectif commun à l'ensemble des acteurs).

Le travail psychiatrique est défini par Albert Ogien (1989) dans *Le raisonnement psychiatrique*.

« Les indications modernes du savoir psychiatrique [...] posent que le caractère thérapeutique d'une prise en charge est assuré par la collaboration, active et ordonnée, entre diverses catégories de personnel soignant. Puisqu'est reconnue, à chacune d'entre elles, une aire de compétence spécifique [une dimension de la personne par exemple], la complémentarité de leurs différentes approches est présentée comme une nécessité dans la cure du patient [...].

On dit que l'intervention en psychiatrie est un travail, c'est-à-dire une activité qui réunit, dans l'obligation d'effectuer une même tâche, un ensemble de professionnels détenant une part inégale de responsabilité dans son accomplissement. » (op. cit., 1989, p. 39-40)

Ce travail se place sous un objectif commun – porté dans le travail psychiatrique hospitalier par le médecin-chef.

« Pour parvenir à des progrès thérapeutiques significatifs avec les patients en adoptant ce modèle d'exercice du travail de la psychiatrie, il convient que tous les membres du personnel soignant adhèrent pleinement à ce projet commun. » (ibid., p. 55-56)

Il en va de même dans les interventions qu'Ogden appelle extra-hospitalières – ce ne sont pas des interventions menées par les équipes ambulatoires du secteur mais par l'équipe hospitalière qui délègue une part de ses responsabilités et de ses actions à des intervenants de droit commun (médecin généraliste et assistant de service social local). Comme pour le travail accompli dans l'hôpital, il s'agit de négocier un objectif commun.

« A cette fin, [les soignants hospitaliers] doivent mobiliser une série d'intervenants extérieurs, tout en supervisant leurs interventions de telle sorte qu'elles s'insèrent dans le projet thérapeutique qu'ils ont fixé. L'accomplissement de ce projet repose donc, généralement, sur l'instauration d'une collaboration active avec des praticiens étrangers à la logique de l'activité psychiatrique. » (ibid., p. 190)

Dans ce travail de thèse, puisqu'il s'agit de mettre au jour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile, il convient d'élargir cette notion de travail – au-delà du travail psychiatrique – et de prendre en compte les autres mondes sociaux – l'univers médical étant bien trop restrictif puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, la psychiatrie n'a plus la primauté ou le monopole de cette prise en charge. D'autres acteurs interviennent dans cette prise en charge, et ainsi d'autres mondes sociaux, d'autres univers. Par ailleurs, les soins et l'accompagnement ne couvrent pas l'intégralité de la vie des personnes.

De la même manière, on ne peut restreindre l'analyse au seul travail médical ou psychiatrique. Le travail de prise en charge s'élargit au-delà des interventions thérapeutiques proposées par la psychiatrie. Il y a d'autres interventions thérapeutiques (dispensées hors de l'univers psychiatrique – en effet d'autres professionnels dans d'autres mondes sociaux revendiquent le fait de pratiquer des interventions thérapeutiques), il y a des interventions d'ordre social ou éducatif, des interventions purement biologiques (sur les corps), des interventions de soutien (émotionnel, affectif, etc.). Le travail à analyser ici est pluriel, ce qui renforce l'idée de négociation. En effet, l'ordre, dans les prises en charge pluri-institutionnelles (sur différentes dimensions, avec des équipes pluridisciplinaires, pluri-institutionnelles et même plurisectorielles) est encore davantage l'objet de négociation.

La nécessité de négocier un objectif commun est également davantage criante, tout comme la gestion de la dimension temporelle et l'incertitude du schéma de prise en charge.

Comprendre et analyser l'ordre négocié des prises en charge pluri-institutionnelles et plurisectorielles, ainsi que la division du travail entre chacun semble tout à fait pertinent pour comprendre l'organisation des prises en charge depuis le domicile des personnes, et c'est précisément ce que je me propose de réaliser à présent.

Enfin, les deux notions, ordre négocié et travail médical (ou psychiatrique), « *permettent d'analyser les activités médicales comme une négociation située, qui implique patients et professionnels* » (*op. cit.*, p. 134). Ainsi, réfléchir la prise en charge par le prisme de son ordre négocié me permet de la regarder, ainsi que je le propose dans ce travail, comme un fait relationnel, puisqu'il s'agit bien de considérer chaque personne engagée en son sein comme une personne, comme un acteur. En effet, comme le souligne Isabelle Baszanger, le malade, dans les travaux de Strauss, par une analyse en termes de négociation et de travail, est un acteur du travail médical⁷⁷. Il est inscrit, au même titre que la personne qui le prend en charge dans une relation interne, c'est-à-dire une relation qui les définissent l'un par rapport à l'autre ; ils sont des agents relatifs (Ehrenberg, 2011). Sans l'un, l'autre n'a plus le rôle que lui donne cette relation et la relation n'est pas. Ainsi, regarder la personne vivant avec des troubles psychiques et la personne qui la prend en charge comme deux personnes réalisant un travail et inscrit dans une organisation dont ils négocient l'ordre me permet de décrire la relation de prise en charge, la place et le rôle de chacun dans cette relation et la manière dont ils se négocient.

Ces notions me permettent également de réfléchir aux relations qui unissent les différentes institutions, parties-prenantes des prises en charge depuis le domicile. Car, l'une des caractéristiques des prises en charge depuis le domicile aujourd'hui, du fait des transformations institutionnelles déjà évoquées mais également du déplacement du lieu de prise en charge (le domicile), est sa dimension pluri-institutionnelle (voire même plurisectorielle). Ainsi, il ne s'agit pas seulement d'une relation de prise en charge unissant deux agents et une chose échangée. On peut se trouver face à plusieurs relations, ne s'inter-mêlant pas, avec différentes choses échangées. Le point commun de ces relations est la personne vivant avec des troubles

⁷⁷ Ce dernier peut par ailleurs avoir différents types de travail médical, tel que « répondre aux demandes des soignants », « se maîtriser » et ainsi permettre un examen, accomplir un travail qui se substitue à celui de l'équipe, donner des informations qu'il est seul à détenir (l'anamnèse par exemple) ou encore effectuer un travail qu'il pense nécessaire (Strauss, 2016, p. 34).

psychiques qui se trouve être l'agent engagé dans chacune de ces relations – hormis dans certaines situations où la personne souffrant de troubles psychiques n'est justement pas en relation avec la personne désireuse de prendre en charge un aspect de ses troubles. Mais on peut se trouver également face à une relation mêlant cette fois la personne vivant avec des troubles psychiques et un agent faisant le lien, ou représentant d'autres agents. Il n'y aura alors qu'une chose échangée mais elle aura de multiples caractéristiques.

La chose échangée, par ailleurs, est en partie la négociation elle-même (« donnant-donnant, diplomatie ou encore marchandage » comme l'évoquait Strauss).

Pour faire l'analyse de l'ordre négocié au cœur des relations de prise en charge mais également la division du travail entre chaque acteur impliqué, je propose de partir de deux situations observées durant mon terrain de thèse. Cette analyse me permettra de montrer que l'ordre négocié est situé et dépend de facteurs sociaux qu'il me faut mettre au jour. Les rapports de force entre les acteurs, la position et l'engagement des acteurs dans la situation y jouent un rôle important, comme nous allons le voir à présent.

Chapitre 1 : Description des relations de prise en charge pluri-institutionnelle et de leurs acteurs

« Participant : Je suis vraiment désolé de digresser aujourd'hui.... Les gens pensent que je suis malade mentale et que je ne connais pas mes faiblesses, mais j'en ai conscience. Vous savez, je ne suis pas stupide.

Enquêteur : De quelles faiblesses parlez-vous ?

Participant : Du fait de digresser, de parler de choses dont les autres personnes ne parlent pas à ce moment-là

Enquêteur : Pensez vous que les autres croient que vous n'êtes pas conscient de ce que vous faites ?

Participant : Exactement et même de ce que je dis. Je ne suis même pas conscient de ce que je dis parfois. Ils se demandent des choses comme, comment tenir une conversation avec une personne qu'on ne peut pas comprendre ? Je suis conscient de ça. Je me connais et je sais que je ne suis pas bien en ce moment même. Je ne sais pas pourquoi ça m'arrive à moi, je ne sais vraiment pas. Ça me donne vraiment le vertige. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 132

Je propose donc d'explorer différentes organisations de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile.

Avant cela, je souhaite préciser la particularité de cette organisation de prise en charge et partant la mise en œuvre de la relation de prise en charge, du fait même des troubles psychiques. En effet, la présence de ces troubles qui distordent « la réalité » différencie la prise en charge depuis leur domicile de personnes vivant avec des troubles psychiques, d'autres prises en charge où les troubles que rencontrent les personnes n'ont pas un tel impact sur l'interaction, sur le respect des règles des institutions et sur les limites territoriales de chacun.

En effet, ces prises en charge particulières nécessitent un travail d'interprétation comme le montre Livia Velpry (2009).

« Dans la discussion qui suit, à propos d'Oscar, il s'agit de décider si une façon de s'exprimer s'inscrit ou non dans un processus d'acceptation de sa maladie qui pourrait l'amener à mieux la « gérer » : « hier [en réunion] Oscar parlait beaucoup en référence aux choses qu'il pouvait faire avant, comme le ménage par exemple. » (Bérénice, psychologue.)

Imogène (infirmière) commente : « C'est vrai, mais il idéalise ces choses aussi, il dit "je suis malade", et cela lui fait un rempart. »

Bérénice répond : « Cela le tient d'idéaliser ces choses, c'est une étape. Pendant longtemps, il était dans l'annulation de la maladie, il disait que tout allait bien, maintenant il n'est plus là-dedans. »

Ici, Bérénice et Imogène diffèrent quant à leur interprétation clinique des paroles d'Oscar. Pour l'une, ces paroles montrent qu'il cherche à éviter de se confronter à ses difficultés (en l'occurrence, celle de faire le ménage) en arguant du fait qu'il est malade. Pour l'autre au contraire, ces mêmes paroles sont le signe qu'il est engagé dans une évolution, qui passe par la reconnaissance de sa maladie, et qui est susceptible de l'amener à surmonter ses difficultés actuelles. » (Velpry, 2009, p. 182)

Ce passage, issu d'une recherche qualitative effectuée par Livia Velpry dans des appartements thérapeutiques, montre ce travail lié aux troubles psychiques eux-mêmes. Comme ils distordent la réalité, ils nécessitent une interprétation des paroles, des actions, des manières d'agir des personnes. Leurs comportements, une fois les troubles psychiques évoqués, sont interprétés à l'aune de ces derniers : ils introduisent un doute quand aux intentions des personnes et demandent questionnements et ajustements non forcément nécessaires dans d'autres situations où les troubles psychiques sont absents.

Par ailleurs, ils s'invitent dans les pratiques des acteurs – de la personne qui en souffrent aux professionnels qui interviennent dans la relation de prise en charge. En effet, on suppose qu'il faut en tenir compte dans les pratiques et non pas calquer les procédures sociales telles qu'elles sont appliquées ordinairement comme l'illustre Paul Brodwin (2013).

« La procédure formelle [la procédure écrite qui permet aux usagers (consumers) de contrôler leurs finances] est utilisée uniquement pour les cas les plus complexes. [...] Marcus [un usager] correspond à ce profil.

[...] Chaque tactique pourrait réussir à court terme, mais Marcus n'oublie jamais que son « tuteur » [representative payee] détient son argent. [...] Marcus Howard, continue de rejeter tout ce que les services d'Eastside lui offrent. [...] Il continue de refuser le contrôle de l'agence sur sa médication et son argent, l'échange qui définit fondamentalement la relation entre le tuteur et l'usager. [...]

Il est alors proposé une issue à cette impasse : briser son délire en établissant une relation basée sur l'honnêteté et la transparence. Comme indiqué, le case manager montre à Marcus un résumé détaillé de ses dépenses.

[...] Le budget est la pierre angulaire de la réalité, destinée à contrebalancer les peurs paranoïaques de Marcus. C'est un outil d'« engagement » qui mettra en sourdine son hostilité et le persuadera d'accepter les services de l'agence. [...]

Ensuite, le Dr Young [le psychiatre des services d'Eastside] explique, en présence de Marcus, les règles simples du budget à l'équipe. [...]

Néanmoins, voir son budget noir sur blanc n'a pas émoussé la colère de Marcus. [...] Marcus n'est pas convaincu. Il reste persuadé que son argent légitime lui est en quelque sorte volé. » (op. cit., 2013, p. 137-141)⁷⁸

Au sein du service d'aide social d'Eastside, composé d'un psychiatre, le Dr Young, et de plusieurs *case managers*, ces derniers ont pour mission d'accompagner leurs clients ou usagers (des personnes souffrant de troubles psychiques) en se rendant très régulièrement à leur domicile. Cette visite à domicile, outre le fait qu'elle sert à évaluer l'état de la personne (au travers d'indicateurs tels que l'hygiène de l'appartement et son investissement, l'apparence de la personne), permet de mettre en place un échange : la prise de leur traitement et un comportement correct dans l'appartement et l'espace public (pas de nuisance, pas de prise de drogues, prise du traitement, entretien de soi et de son appartement, gestion des troubles du comportement) contre l'argent budgété pour la semaine à venir (ou les jours à venir, en fonction du budget qui a été décidé en équipe). En effet, les allocations allouées aux usagers sont directement perçues par le service d'aide sociale qui alors organise la redistribution vers les personnes. L'argent social – ainsi remis aux services d'aide social – est distribué tel une monnaie d'échange avec les personnes ; il devient un levier de l'accompagnement.

Il n'existe pas de service équivalent en France, où les services de tutelle ou de protection des majeurs sont distincts des services de soin ou d'hébergement, par ailleurs, l'argent des usagers n'est pas utilisé comme un levier thérapeutique, en tous les cas pas en ces termes.

⁷⁸ Traduit du texte original par moi-même

Il arrive que des échanges existent dans les hôpitaux psychiatriques ou encore les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) tels que je l'ai observé durant mon terrain de thèse. Un échange de quelques cigarettes contre une certaine compliance peut se mettre en place, mais cet échange n'est pas le levier principal de l'accompagnement des personnes.

Ce type d'échange finalement pourrait s'apparenter à un service de protection des majeurs, excepté que l'argent des majeurs protégés n'est pas utilisé à des fins cliniques – si tant est que ces pratiques soient cliniques - et ne fait pas l'objet de « marchandage ».

A *Eastside*, la gestion de l'argent par les représentants des bénéficiaires (ou « tuteur »), la gestion des budgets et des dépenses, permettent de contrôler les comportements addictifs notamment des usagers (les personnes vivant avec des troubles psychiques et bénéficiaires de l'aide sociale), d'éviter les ruptures de soins et d'apprendre aux personnes la gestion de leur budget, la notion d'argent et de coût de la vie. Par la méthode « paternaliste » - revendiquée par le Dr Young – les personnes, à défaut d'apprendre à gérer leurs dépenses, peuvent s'avérer compliantes, car elles sont tout à fait dépendantes du service pour la satisfaction de leurs besoins (elles ne perçoivent en effet pas directement leurs revenus et attendent la venue du *case manager* pour recevoir leur argent hebdomadaire).

En outre, comme le montre l'extrait proposé ci-dessus, la méthode repose sur un raisonnement rationnel. C'est-à-dire qu'elle sous-entend que les personnes ont un contrôle sur leurs agissements, leurs comportements ou leurs troubles et, de ce fait, peuvent, en échange de leurs revenus, ne plus manifester leurs troubles. La situation relatée ci-dessus montre combien l'utilisation de la rationalité peut être infructueuse. En effet, l'une des caractéristiques principales des troubles psychiques est de distordre la réalité. La personne qui en souffre voit sa perception de la réalité altérée – ou du moins modifiée. Les arguments – aussi rationnels qu'ils puissent être – n'entament pas son illusion, dans le cas de Marcus, de persécution. La preuve qui semble au psychiatre « noir sur blanc » ne l'est pas forcément pour l'utilisateur et, par ailleurs, n'est pas obligatoirement un gage de retour à la réalité pour la personne qui délire.

C'est pourquoi les prises en charge depuis le domicile des personnes souffrant de troubles psychiques, qu'elles soient sociales, somatiques ou psychiques, ne peuvent faire l'économie d'une prise en compte de la dimension psychique des personnes, ce qui rend leur organisation particulière et différente de l'organisation d'autres prises en charge dans lesquelles on ne note pas de troubles psychiques.

Pour mettre au jour cette organisation, je propose d'analyser les prises en charge de deux personnes que j'ai rencontrées et même accompagnées durant mon terrain de thèse. Afin de garantir l'anonymat de celles-ci, j'ai masqué volontairement certaines caractéristiques des personnes et de leur travail dans les situations, des caractéristiques non pertinentes dans l'analyse de leur ordre négocié.

Pour rendre le récit plus compréhensible, je n'utilise pas dans cette description le pronom personnel Je. Je fais le choix de me nommer, tout le long de la description, Badiane, cheffe de service de l'équipe mobile associative⁷⁹.

Je rappelle, en outre, que toutes les personnes, dont les noms sont modifiés, ont été informées de ma position de doctorante en sociologie ainsi que de mon travail de recherche et ont accepté d'y contribuer.

Les analyses qui vont suivre ont été réalisées à partir de l'organisation des prises en charge⁸⁰ de Lavande et de Myosotis, deux personnes souffrant de troubles psychiques⁸¹ et vivant dans un logement diffus. Ces situations me permettent de mettre au jour la négociation à l'œuvre dans l'organisation de prises en charge pluri-institutionnelles, une organisation qui peut d'ailleurs ne pas être efficiente dans le sens où les actions des acteurs peuvent ne pas s'articuler, ces derniers n'adhérant pas à un objectif commun et gardant les objectifs propres à leur secteur ou institution – on peut voir alors plusieurs ordres négociés propres aux institutions en présence, mais pas d'organisation (ni son ordre négocié) inter-institutionnelle - ce qui entrave, d'une part, un travail de prise en charge et de relation et, d'autre part, l'élaboration et la mise en œuvre d'un schéma de prise en charge logique répondant à un objectif commun et à une division du travail claire.

La relation de prise en charge idéale depuis le domicile est celle où un ordre négocié peut émerger autour d'un objectif commun permettant aux différents acteurs impliqués de travailler – c'est-à-dire d'échanger par des pratiques, des manières d'agir, un échange permettant d'atteindre cet objectif commun.

⁷⁹ En effet, il ne s'agit pas là de présenter mon travail mais de mettre en avant les relations entre les différents acteurs impliqués dans la situation. Dans la quatrième partie de ce travail, en revanche, je proposerai l'étude du travail de relation que j'ai accompli. L'analyse étant réalisée à partir d'un matériau expérimentiel, j'utiliserai alors le pronom personnel « je » afin de rendre compte de la part enactive de ce travail.

⁸⁰ J'ai très largement participé à ces deux prises en charge, soit en accompagnant directement la personne depuis son domicile, soit en coordonnant et en tentant d'organiser la prise en charge.

⁸¹ Comme je l'ai précédemment mentionné, je choisis de définir les personnes souffrant de troubles psychiques en fonction des prises en charge qui ont été mises en place et suite à un travail de recodage de leurs troubles du comportement en troubles ayant une origine psychique.

Dans la pratique, différents facteurs permettent d'aboutir à l'organisation d'une prise en charge pluri-institutionnelle et son ordre négocié, comme notamment la coopération entre les acteurs, une hiérarchie symbolique située entre eux propice à la négociation d'un objectif commun et d'un schéma de prise en charge partagé, à la division des tâches et à la distribution des responsabilités. Il me faudra comprendre, à travers cette description détaillée des prises en charge, comment se construit cette coopération et cette hiérarchie symbolique entre les institutions, quels facteurs sont à la base de leur fondement, pour ensuite pouvoir regarder leur impact sur la négociation de l'organisation de la prise en charge.

Mais avant de déterminer quels sont les facteurs de cet ordre négocié, les facteurs permettant l'organisation d'une prise en charge pluri-institutionnelle depuis le domicile des personnes, il faut regarder en détail les relations entre les différents acteurs impliqués dans les prises en charge. En étudiant les relations de plusieurs situations – dont l'organisation diffère, soit qu'aucun objectif commun n'ait pu être trouvé, soit qu'un ordre négocié ait permis d'organiser la prise en charge -, je pourrai alors comprendre ce qui permet la négociation de cette organisation.

Afin d'explorer ces différents points (les facteurs d'organisation d'une prise en charge pluri-institutionnelle que sont l'objectif commun, la coopération, la hiérarchie symbolique située entre les différents acteurs, le schéma de prise en charge), je choisis de proposer dans un premier temps une situation dans laquelle un ordre négocié a pu se mettre en place, dans laquelle un objectif commun a pu être défini et un schéma de prise en charge s'est mis en place permettant la relation de prise en charge de la personne. Dans un second temps, je propose une situation dans laquelle la prise en charge des troubles psychiques n'a pas été possible, dans laquelle plusieurs ordres négociés - ceux des différentes institutions impliquées – ont continué à co-exister.

I. Un ordre négocié autour d'un objectif commun

Myosotis⁸², dont j'évoquais la situation dans des sections précédentes, vit dans un logement social. Ses comportements actifs – nuisances sonores, olfactives et par infestation de nuisibles – ont donné l'alerte et permis que soient pris en compte ses troubles psychiques. Si l'on reprend la chronologie des actions menées auprès du locataire, on observe dans un premier temps, l'action du bailleur social quant aux différents troubles occasionnés par Myosotis. Le bailleur a tout d'abord choisi la voie légale et coercitive saisissant la justice pour tenter de faire expulser le locataire. N'y étant pas parvenu, il a, dans un second temps, cherché d'autres moyens de gérer ses comportements actifs venant troubler la quiétude des autres locataires et la jouissance paisible de leur logement. Il a, alors, pratiqué un recodage des troubles du comportement de Myosotis suivant le processus que j'ai détaillé dans la section précédente, c'est-à-dire qu'il a adopté une nouvelle grille de lecture lui permettant d'envisager l'origine psychique de ces troubles et partant, de mobiliser un nouvel acteur dans la relation, une équipe mobile associative, prestataire du bailleur. C'est alors l'entrée dans une relation de prise en charge du locataire à partir de son logement.

Dans cette situation, la relation contractuelle entre un propriétaire et son locataire - par l'intermédiaire d'un contrat signé par les deux parties qui échangent un appartement contre un loyer et des droits et des devoirs pour chacun – permet d'amorcer cette relation nouvelle de prise en charge entre l'intervenant de l'équipe mobile associative et le locataire, une relation non plus contractuelle (entre le locataire et les intervenants de l'équipe mobile, la relation n'est pas contractuelle. En revanche, elle l'est entre l'équipe mobile et le bailleur, dont elle est le prestataire), mais néanmoins initiée par le bailleur qui souhaite voir les troubles dont il pâtit maîtrisés (à défaut d'être neutralisés).

Comme je l'ai montré dans une section précédente, le bailleur saisit l'équipe mobile par l'intermédiaire d'une fiche de saisine dans laquelle il propose un récit permettant de convaincre son destinataire de l'origine psychique des troubles du comportement du locataire. Ce récit rapporte l'histoire locative, sociale, voire sanitaire, du locataire ainsi que des éléments dont dispose le bailleur et susceptibles de permettre aux intervenants psychosociaux d'évaluer la situation puis de l'orienter vers les services *ad hoc*.

⁸² Vous pouvez vous reporter p. 157 pour retrouver la présentation de la situation de Myosotis

Ensuite, sont rapportées les relations déjà en place entre le locataire et d'autres institutions (tels que les services sociaux municipaux ou départementaux, les services des soins somatiques ou psychiatriques, les services de tutelle, etc.).

Puis enfin, le bailleur indique à l'équipe d'appui, son prestataire, ses attentes quant à ses interventions et aux résultats de celles-ci.

Dans la situation de Myosotis, à l'arrivée des intervenants de l'équipe mobile, de nombreux acteurs sont déjà en relation avec le locataire et interviennent auprès de lui.

Je propose ci-dessous un schéma⁸³ représentant les acteurs et leurs liens.

⁸³ Ce schéma a été réalisé à partir d'un tableau reprenant tous les acteurs, leurs relations et leurs objectifs impliqués dans la relation de prise en charge des troubles de Myosotis et d'un graphique « processuel » se trouvant tous deux en Annexe (cf. Annexe 8, p. 607-608)

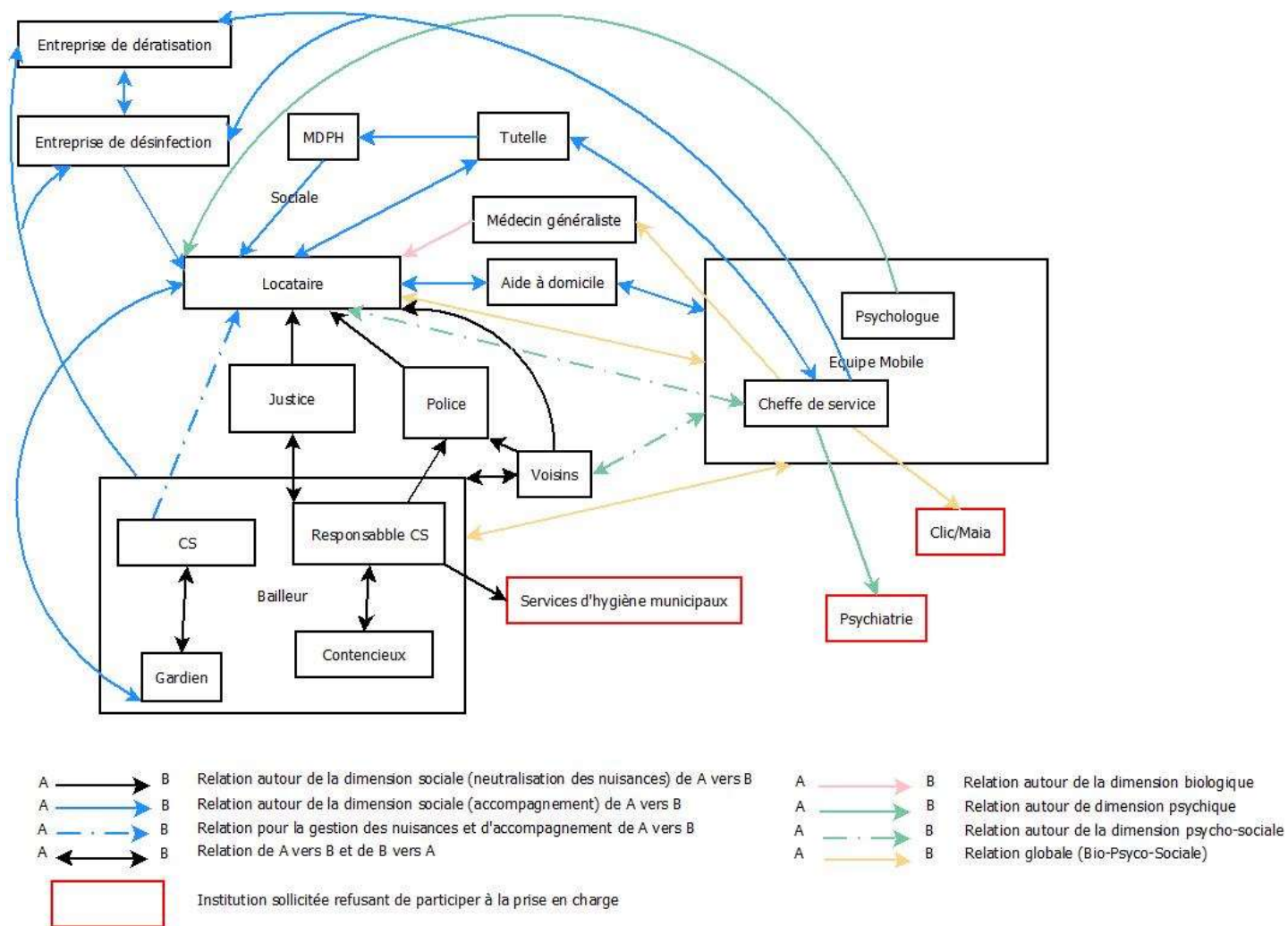


Figure 2. Les acteurs impliqués dans la relation de prise en charge de Myosotis et leurs liens

L'un des désavantages majeurs de cette représentation des acteurs et de leurs liens est l'impossibilité de mettre en lumière l'aspect dynamique de ces différentes relations, c'est-à-dire à la fois l'ordre chronologique mettant au jour l'enchaînement des relations et des interventions (qui donne une indication quant au parcours, au processus de prise en charge) et l'ordre qui se négocie au sein de cette organisation, c'est-à-dire l'ordre permettant de comprendre comment se négocie cette organisation. En effet, au fil d'un suivi, les relations ne sont pas immuables, elles bougent, elles arrivent dans un ordre qui n'est pas déterminé à l'avance, mais qui se négocie, qui s'invente au fil du parcours de la personne. Ainsi certains acteurs se retirent, d'autres reviennent, d'autres apparaissent. Le locataire, suivant ses besoins, son état de santé, interpelle, tolère ou au contraire rejette certains d'entre eux. Ces relations ne sont pas figées mais bien au contraire vivantes et partant instables. Elles sont situées en cela qu'il n'existe pas une réponse unique mais bien des réponses plurielles qui se créent, qui se négocient en fonction des ressources dans l'environnement, mais également du travail engagé par les différents acteurs présents dans la prise en charge.

Je précise donc que ce schéma est une image récapitulative et cumulative des liens entre les institutions et personnes ayant contribué à cette relation de prise en charge sur toute la période de mon observation, soit de septembre 2017 à juin 2018. La dynamique de ces relations, c'est-à-dire une représentation du parcours de prise en charge ou encore de l'organisation de cette prise en charge est proposée sous forme d'un graphique processuel détaillé en annexe (*cf.* Annexe 8, p. 607-608) mais également détaillée dans les descriptions qui vont suivre.

Autre désavantage de ce schéma, il ne permet pas de visualiser les informations qualitatives quant aux liens qu'il représente (demande du locataire, à qui revient l'initiative de la relation, etc.).

A présent que les représentations graphiques de la relation ont été présentées, tentons d'analyser les liens entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de Myosotis et de leurs liens.

Cette lecture peut se faire de manière générale tout d'abord.

On peut voir, d'après le schéma proposé ici, que pas moins de treize institutions interviennent ou ont été sollicitées à intervenir plus ou moins directement dans la situation de Myosotis et que près de neuf personnes sont en lien avec lui. Parmi ces institutions (ou personnes dépendant de ces institutions), certaines sont directement en relation avec ce dernier, d'autres le sont après avoir été sollicitées par une autre institution déjà en relation avec lui, d'autres encore ne

participent pas directement à sa prise en charge mais interviennent auprès d'une institution qui les sollicite et d'autres enfin ont été sollicitées mais refusent de participer à la prise en charge.

Ces treize institutions ont chacune un – ou plusieurs – objectif spécifique répondant à leur mission et interviennent à leur niveau sur une des problématiques de la personne.

Afin de faire apparaître cet objectif et partant la signification du lien au locataire, j'en ai identifié deux principaux, représenté de manière distincte dans le schéma : l'accompagnement représenté par les flèches colorées (bleues, vertes, jaunes et roses) d'une part, qu'il soit relatif aux soins, au quotidien, aux démarches sociales, etc., et, d'autre part, la gestion (voire la neutralisation) des nuisances pour autrui, représentée par une flèche noire.

On voit alors que sept des neuf personnes en lien direct avec le locataire ont pour objectif d'accompagner le locataire dans ses diverses difficultés (la conseillère sociale du bailleur – pour une part de son intervention -, le gardien d'immeubles, les deux intervenants de l'équipe mobile, le médecin généraliste, la tutelle et l'aide à domicile). En revanche, trois d'entre elles rencontrent le locataire dans l'objectif de neutraliser les nuisances qu'il occasionne, les voisins du locataire, la conseillère sociale – sur une autre part de son activité -, et la Police. La conseillère sociale, qui doit assurer le traitement social des locataires en difficulté mais aussi répondre aux attentes du bailleur (faire cesser les nuisances), a une position ambivalente, puisqu'elle remplit – ou tente de remplir – les deux objectifs, des objectifs pouvant être inconciliables sans quelques compromis.

Par ailleurs, on observe que certaines institutions font un travail exclusivement d'accompagnement – sept d'entre elles – et d'autres un travail exclusivement de neutralisation des nuisances – quatre d'entre elles (la Justice, les services d'hygiène, la police et les voisins). Une institution a la particularité de faire les deux, un travail d'accompagnement et un travail de neutralisation : le bailleur social. Cette particularité n'est pas sans impact sur ses actions, comme nous le verrons.

Les objectifs des institutions qui rentrent en relation (accompagnement ou neutralisation des nuisances) sont détaillés par ailleurs par l'indication de la dimension qu'elles, ou les personnes qui y œuvrent, tentent de prendre en charge. Ainsi pour certaines institutions, comme la MDPH, la mandataire judiciaire (tutelle), ou encore l'aide à domicile, ces relations ont pour but de traiter les problématiques sociales. D'autres institutions (ou personnes y œuvrant), quant à elles, ont pour objectif la prise en charge des problématiques psychiques, c'est le cas de Saule, le psychologue de l'équipe mobile ou encore la psychiatrie publique. D'autres encore proposent

une approche globale, en se préoccupant de toutes les dimensions de la personne comme la plateforme intégrée qu'est le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) ou encore l'équipe mobile. D'autres institutions enfin tentent de traiter des problématiques au sein desquelles les dimensions intrinsèques de la personne sont enchevêtrées les unes avec les autres ; c'est le cas notamment de Badiane, la cheffe de service de l'équipe mobile, qui tente d'aborder les problématiques psychosociales, c'est-à-dire les problématiques au sein desquelles il est impératif de comprendre le tissage en une trame solide des problèmes sociaux et des problèmes psychiques.

Jean Furtos (2015) propose une définition du terme psychosocial qui illustre parfaitement le positionnement de Badiane.

« Le sens du terme « psychosocial ». Il ne s'agit pas d'un quantitatif culinaire : vous mettez 50 % de psychologique et 50 % de social, et le tour est joué ; non, c'est 100 % de psychologique et 100 % de social. [...] il y a des niveaux de vécu ou le psychique et le social (le micro et le macro-groupal) sont au départ indéterminés mais non identiques, hétérogènes, la détermination étant corrélée à la situation. [...] Le psychosocial est une affaire transversale que l'on peut prendre d'un côté ou d'un autre, avec un besoin de réseaux à intervenants complémentaires et d'une théorie de la pratique métissée. [...] Apparaît ainsi un champ de santé mentale ou la maladie dument authentifiée reste un critère important par rapport à l'accès à des soins appropriés, mais sans pertinence exclusive vis-à-vis d'une clinique justement appelée psychosociale. » (op. cit., 2015, p. 57)

Cette approche psychosociale s'appuie sur l'idée que la personne est à la fois un être totalement social et un être totalement psychique, comme l'explique par ailleurs Bruno Karsenti (2011). Les dimensions de la personne, psychique, sociale, mais aussi biologique, comme je le disais plus avant, sont entrelacées, tissées entre elles. La personne est le résultat de ce tissage, de cette trame. C'est l'*Homme total* (*ibid.*, 2011).

Plus concrètement, il s'agit donc pour cet acteur de comprendre que la souffrance psychique peut avoir une origine sociale et qu'à l'inverse une problématique sociale peut avoir une origine psychique et qu'en outre, l'une alimente l'autre. Par cette compréhension, l'intervenant, dont l'objectif est de traiter de la dimension psychosociale des personnes, peut désintriquer les problématiques en comprenant la chaîne causale, en y répondant dans un enchaînement

logique d'actions adéquates, et, par ailleurs, par une compréhension des problématiques psychiques, aborder les personnes et leurs problématiques sociales.

Comme l'explique Albert Ogien,

« Le déroulement et l'aboutissement d'une action sociale dépendent de l'enchaînement des séquences d'échange qui la composent, et son contenu pratique résulte de l'activité conceptuelle déployée par les acteurs impliqués dans cette action afin de donner un sens à ce qu'ils font. » (op. cit., 1989, p. 27)

Concernant la dimension biologique à présent, dans la situation de Myosotis, représentée par le schéma ci-dessus, on remarque qu'un seul acteur traite cette dimension du locataire. La plateforme CLIC/MAIA⁸⁴ a bien pour mission d'apporter des réponses décroisées et adaptées aux personnes de plus de 60 ans, telles que l'organisation et la mise en place de soins. Toutefois, bien que sollicitée, la plateforme n'a apporté aucune réponse. Seul le médecin généraliste, sollicité par les intervenants de l'équipe mobile, pose son regard sur la santé somatique de Myosotis.

De la même manière, la santé psychique de Myosotis, bien qu'identifiée comme étant à l'origine des troubles occasionnés et finalement des différentes problématiques que connaît Myosotis – défaut d'hygiène, exclusion et auto-exclusion, incurie, troubles du comportement – ne fait l'objet que d'une prise en charge par le psychologue de l'équipe mobile, Saule. Ce dernier cependant, en sa qualité de psychologue, n'est pas autorisé – et d'ailleurs n'a pas la formation – pour prescrire un traitement. Il apporte un regard clinique sur les troubles du locataire et tente d'atténuer ses angoisses et ses troubles par une « thérapie par la parole ». Ces guillemets matérialisent le malaise éprouvé par Saule face à une personne qui n'a pas fait le choix d'entamer une thérapie, une personne qui, en effet, n'a formulé aucune demande à cet égard. Cette « thérapie par la parole » se définit plutôt par des manières d'intervenir – écoute, accueil des émotions de l'autre, bienveillance - visant surtout à apporter du mieux-être à cette personne, à la reconnaître comme faisant partie intégrante de la commune humanité, on y reviendra dans

⁸⁴ Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et Méthode d'Action Intégration Autonomie (MAIA)

une prochaine section. Il s'agit de créer un lien, de rentrer en relation avec elle pour que puissent s'échanger ce mieux-être et cette reconnaissance.

Tout comme la plateforme intégrée CLIC/MAIA, qui intègre plusieurs services destinés aux personnes âgées et aux professionnels (Ankri, Buyck, Gazou, de Montgolfier, de Stampa, Thorez et Vedel, 2013), la psychiatrie publique, sollicitée par Badiane, ne répond pas à sa demande d'entrée dans la relation de prise en charge.

Aucun soin psychique ne peut être mis en place bien qu'il soit requis pour apaiser les troubles du locataire. Jean Furtos (2015) constate qu'en effet certaines personnes échappent en effet aux prises en charge psychiatriques.

« J'ai remarqué depuis une dizaine d'années qu'il y a des patients trop malades pour être hospitalisés en psychiatrie : trop cas sociaux, trop violents, trop hors cadre, pas assez compliants. Je fais allusion à ces usagers d'accueil de jour ou de nuit pour gens de la rue qui ont le plus grand mal à être hospitalisés ou à le rester, même s'il y a un soin sous contrainte. Les équipes mobiles psychiatrie précarité ne sont pas en cause, elles font leur travail, mais on dirait que l'hôpital général de l'ancien régime où étaient regroupés et reclus tous les marginaux, quel que soit leur état de santé, est en train de se reconstituer sous nos yeux, mais ailleurs. De plus, comme les personnes malades accueillies dans les centres de jour ou de nuit pour gens de la rue (malades selon les critères psychopathologiques) sont peu ou pas soignées, on peut observer à nouveau des pathologies décrites autrefois dans les livres des anciens auteurs avant l'apparition des neuroleptiques, et que je n'ai pas rencontrées dans les hôpitaux. » (op. cit., 2015, p. 55)

Myosotis, bien que ne vivant pas à la rue, est l'une de ces personnes : « trop cas social, trop violent, trop hors cadre, pas assez compliant ». On reviendra ultérieurement sur la question des soins psychiques qui n'ont pu être délivrés ici, soit que la demande n'émane pas du bon interlocuteur – ici Badiane, la cheffe de service de l'équipe mobile qui n'est pas psychologue et a peu d'expérience dans ce travail⁸⁵ -, soit que le patient ne puisse lui-même être pris en charge par la psychiatrie.

⁸⁵ Pour resituer, Badiane est de formation sociologue, doctorante en sociologie. C'est son premier poste de cheffe de service dans le médico-social.

Mais pour l'heure, en posant un regard général sur la situation du locataire, adressé par son bailleur social, on voit que la dimension psychique est très peu prise en compte.

En revanche, la dimension sociale est très fortement prise en charge, et ce dans deux directions tout à fait différentes – voire opposées – que ce soit pour l'accompagnement de la personne ou la neutralisation des troubles qu'elle occasionne.

Pas moins de huit intervenants, en relation directe avec le locataire, ont à faire avec ses problématiques sociales, cinq pour l'accompagner et trois pour neutraliser les nuisances.

De façon plus générale encore, si, dans cette situation, une seule institution a pour mission de prendre en charge la dimension psychique de la personne, et deux ont pour mission de prendre en compte la dimension psychique parmi les autres (approche globale ou psychosociale), sept institutions ont des missions sociales – que cette mission soit d'accompagner ou au contraire de contraindre. Il existe un réel déséquilibre dans la prise en charge de Myosotis, ce qui s'échange étant – comme le montre la seule lecture du schéma – bien davantage des actions, des mesures, des procédures sociales, que du soin, qu'il soit somatique ou psychique. Ce déséquilibre a un impact sur la relation de prise en charge comme je le montrerai ultérieurement et sur ses effets dans le suivi et l'accompagnement du locataire.

Outre les institutions et personnes impliquées dans la relation de prise en charge, ainsi que leurs objectifs, le schéma permet également de représenter le sens de la relation, c'est-à-dire de comprendre de qui elle émane et à qui elle est destinée, d'aller du demandeur de la relation à celui qui est sollicité. C'est donc le sens des flèches, dans le schéma, qui tente de rendre compte de l'endroit d'où part la demande et à qui elle est adressée (de l'émetteur de la demande à celui qui la reçoit).

En outre, on distingue parmi les personnes ou institutions qui reçoivent une demande, celles qui répondent et agissent à leur tour (sans pour autant solliciter à nouveau l'émetteur de la demande, comme c'est le cas du médecin généraliste) de celles qui refusent la demande et sortent directement de la prise en charge, comme c'est le cas de trois institutions : la psychiatrie, la plateforme CLIC/MAIA et les services d'hygiène municipaux. Bien que sollicitées par Badiane ou le bailleur, elles ne participent néanmoins pas à la prise en charge. Il nous faudra tenter d'en déterminer les raisons ou du moins proposer des hypothèses.

Maintenant que les généralités se dégagent de la lecture du schéma sont posées, voyons le détail des relations de chaque acteur en partant des trois principaux dans cette situation (le locataire, le bailleur social et enfin l'équipe mobile associative).

1. Les relations du locataire

Le locataire, pour sa part, n'a sollicité que deux des neuf personnes avec qui il est en relation directe : le service de tutelle et le gardien de l'immeuble. Comme nous le disions plus tôt, Myosotis a en effet sollicité sa mise sous tutelle, c'est une relation qu'il a choisie après en avoir ressenti le besoin. Pensant ne plus être en mesure d'assumer la responsabilité de son budget et de ses démarches administratives, il a fait une demande de mise sous protection judiciaire plusieurs dizaine d'années avant la période où j'observe sa situation.

Outre la relation avec le service de protection des majeurs, il a sollicité à plusieurs reprises le gardien de son immeuble, une manière pour lui de communiquer avec son bailleur et donc à la fois d'expliquer les difficultés qu'il rencontre dans son logement (infestation de nuisibles par exemple) et de faire la demande d'un relogement.

Il n'a pas sollicité les autres personnes avec qui il est en relation toutefois il les reçoit, que ce soient les intervenants de l'équipe mobile, l'aide à domicile, la police ou encore de manière plus ponctuelle le médecin généraliste.

On peut cependant distinguer la relation directe qu'il connaît, d'une part, avec la Police ou la conseillère sociale et, d'autre part, avec les intervenants de l'équipe mobile ou encore l'aide à domicile. En effet, les deux premières – police et bailleur – exercent une certaine coercition sur le locataire et possèdent l'autorité de mettre en œuvre la relation, la police en tant que force de l'ordre et sa possibilité de verbalisation, le bailleur en tant que celui qui loge et pouvant demander l'expulsion du locataire. L'équipe mobile, si sa mission est d'évaluer la situation – et partant, les besoins du locataire – et de trouver les ressources dans l'environnement du locataire pour le prendre en charge en fonction de ses besoins -, a une position, comme la conseillère sociale, quelque peu ambiguë vis-à-vis du locataire, puisqu'elle est prestataire du bailleur et que ce dernier a des attendus quant à ses actions, attendus (précisé ci-dessous) transmis par la fiche de saisine.

« *[Le locataire] doit cesser les nuisances et s'engager dans un suivi médical* »

Sans parler pour l'instant du fond de ces deux attendus, les attentes, bien que n'ayant rien d'obligatoires - en effet, elles ne se rapportent pas forcément au contrat qui unit le bailleur et

l'équipe d'appui (c'est-à-dire les missions contractuellement prévues de l'équipe d'appui : évaluer les situations et les orienter vers les services à même de les prendre en charge) - ont un caractère officieusement impératif, « commercialement » au moins. En effet, du résultat de l'équipe mobile dans la situation et sa capacité à répondre aux attentes de son client, dépend sa survie. En effet, si le bailleur n'est pas satisfait des résultats obtenus par l'équipe d'appui, il peut décider de ne pas reconduire le contrat qui les lie⁸⁶. De ce fait, l'existence même de l'équipe – et partant les emplois qu'elle permet -, en dépend également. Les subsides de l'équipe mobile ne proviennent que des contrats de prestation conclus avec les bailleurs. Celle-ci n'ayant pas de subventions propres pour sa mission au domicile des personnes souffrant de troubles psychiques⁸⁷, l'équipe mobile associative est en situation de dépendance face aux bailleurs sociaux, qui sont ses clients. En conséquence, l'équipe associative peut être tentée de répondre aux attentes du bailleur pour pouvoir continuer à œuvrer, bien que les attentes de ce dernier ne correspondent pas forcément à ce que son expertise en matière d'évaluation de ce type de situation lui intime de faire.

En outre, comme je le disais plus avant, les associations ont besoin des bailleurs en cela qu'ils peuvent leur fournir des logements pour les personnes qu'elles accompagnent. Il est donc doublement difficile pour l'équipe mobile – dont l'association gestionnaire est bien engagée auprès des bailleurs – de ne pas répondre aux attentes. Cela place l'équipe mobile et ses intervenants, comme je le disais, dans une situation ambivalente, à la fois du côté de l'accompagnement, par ses missions et la formation même de ses intervenants, et de la neutralisation, en tant que prestataire du bailleur.

Cette ambivalence n'échappe pas au locataire, qui doute par moment des intentions de Saule et Badiane, sollicités par le bailleur. Dans la pratique, la confiance entre le locataire et les intervenants de l'équipe mobile – que ce soit Saule, psychologue clinicien, ou Badiane qui occupe la place d'un intervenant psychosocial – est sans cesse à travailler. Elle est fragile, voire jamais réellement acquise.

⁸⁶ Lors de mon terrain, j'ai été témoin de la non reconduite d'un contrat entre un bailleur social francilien et l'équipe mobile, ce qui a eu pour conséquence la réduction du nombre d'équivalents temps plein en son sein et l'arrêt brutal des suivis des locataires.

⁸⁷ Pour rappel, les subventions gouvernementales sont directement distribuées aux bailleurs, charge à eux ensuite de financer les actions permettant de maintenir dans leur logement les personnes vulnérables. Il n'existe pas de financement – par exemple par l'ARS ou le département – de ces équipes mobiles – qui pourraient alors œuvrer également au sein des habitats privés.

Finalement, outre la mandataire judiciaire – qui a fait l’objet d’une demande de la part de son usager - seule l’aide à domicile est un interlocuteur de confiance pour le locataire, bien que non choisie, parce que c’est lui, qui, directement la finance. Par ailleurs, elle lui apporte une aide concrète et immédiate.

Outre le fait que Myosotis sollicite ou accepte des relations non sollicitées, on remarque que parmi les relations qu’il connaît, il en existe auxquelles il ne répond pas en retour. Il s’agit de la police et des voisins – deux institutions face auxquelles il est démuné en termes de possibilités d’action et auprès de qui il ne peut pas formuler de demande – et de la conseillère sociale. Pour les demandes qu’il pourrait formuler à son endroit, il en passe par d’autres personnes ou institutions, comme le gardien d’immeubles, d’une part, et les intervenants de l’équipe mobile – il a tout à fait identifié les liens entre eux et le bailleur et sait s’en saisir à certains moments – d’autre part.

Par ailleurs, il est en mesure d’accepter une relation médiée par un acteur avec qui il est en lien, sans pour autant réellement s’impliquer dans la relation. C’est le cas lors de sa rencontre avec le médecin généraliste.

Alors que l’équipe mobile parvient à le mettre en lien avec un médecin généraliste, il ne parvient pas à formuler de demandes, ni même à exprimer ses besoins d’ordre à la fois somatique ou psychique, bien qu’il exprime à Badiane des angoisses fortes, des désordres psychiques importants et de violents vertiges qui ne lui permettent plus de sortir de son domicile. Il n’a pas été en mesure d’accepter une rencontre « en chair et en os » - autre effet de ses troubles, lui rendant la rencontre d’inconnus difficile à anticiper et à vivre – mais une rencontre médiée par la présence de Badiane et par visio-conférence, ce qui a limité l’anamnèse et les possibilités d’auscultation.

Toutefois, malgré la retenue de Myosotis, un échange a pu s’effectuer dans cette relation. En effet, il s’est échangé du soin somatique entre lui et le médecin généraliste et de l’accompagnement entre lui et Badiane – et l’équipe mobile –, qui, par cette démarche, souhaite répondre à une préoccupation du locataire et lui montrer la valeur qu’a sa santé. Cette téléconsultation a permis également de répondre à la propre préoccupation de Badiane quant à la santé du locataire. Il s’agit en outre de renforcer la relation entre les intervenants de l’équipe mobile et Myosotis, qui reste pourtant sur ses gardes.

Par ailleurs, dans le cadre de sa seconde mission – l’orientation des personnes vers les services adaptés à leurs besoins -, l’équipe mobile tente de réorienter le locataire vers les acteurs à même

de le prendre en charge de manière pérenne : un médecin traitant est une possibilité très intéressante pour les personnes vivant à domicile.

En outre, les compétences médicales ne se trouvent pas au sein de l'équipe mobile. Néanmoins, cette dernière, par sa cheffe de service, a la capacité de mettre en lien la personne et les acteurs qu'elle mobilise en fonction de l'évaluation que les psychologues composant l'équipe ont pu faire de la situation. En sollicitant le médecin, les intervenants souhaitent permettre une mise en relation durable avec celui-ci, ce qui ne fonctionne pas toujours.

Le médecin généraliste pour sa part, a accepté de s'intéresser à cette situation, toutefois elle est bien trop chronophage pour lui et le fonctionnement de son cabinet de ville. En effet, créer un lien avec Myosotis demande plusieurs tentatives et déplacements. Les intervenants de l'équipe mobile, pour leur part, se sont rendus plusieurs fois au domicile de Myosotis sans que celui-ci n'accepte de leur ouvrir. Il a fallu parler derrière la porte, laisser des courriers pour prévenir de leur prochaine venue, etc., avant que la porte ne s'ouvre et que la rencontre soit permise.

Ensuite, si le lien s'instaure et que la porte s'ouvre, commence alors une nouvelle étape dans la création du lien, la mise en confiance.

Pour les consultations médicales, il faut que celles-ci soient médiées dans un premier temps – et qu'un intervenant « de confiance » soit présent pour faciliter la mise en relation. Par ailleurs, les actes médicaux sont rendus particulièrement difficiles par les troubles. En effet, Myosotis ne veut pas être touché. L'idée même d'une prise de sang lui est insupportable. Cela laisse supposer qu'il faut du temps avant d'envisager une consultation médicale non médiée durant laquelle le médecin peut pratiquer des soins. Or, dans les conditions de son exercice de la médecine, ce médecin généraliste ne pouvait offrir tout cela. Bien qu'étant le seul à avoir accepté de rencontrer Myosotis dans les conditions que celui-ci avait posées, il ne s'avère pas être le bon intervenant pour lui.

Comme je l'indiquais déjà dans une section sur la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques, quelques articles (Lemogne, 2014 ; Lorabi, Samali et Llorca, 2010 ; Bazin, 2007) mais également le Rapport de la Fédération de Psychiatrie (2015) évoquent le faible recours aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

« Au-delà des symptômes qui les caractérisent, les troubles mentaux sont associés à une diminution de l'espérance de vie pouvant aller jusqu'à 25 ans chez les patients atteints de schizophrénie. Contrairement à une croyance répandue, cette surmortalité n'est que

partiellement expliquée par un risque accru de suicides et d'accidents, mais relève essentiellement de causes somatiques.

[...] Il est cependant vraisemblable que ces patients souffrent d'une véritable perte de chances en matière de soins somatiques, non seulement en raison d'un moindre accès aux soins mais également en raison de soins de moindre qualité : négligence de points d'appel somatiques, moindre recours au dépistage, retard au diagnostic des cancers, traitement insuffisant de la maladie coronarienne, etc. Les causes de cette perte de chances sont liées au patient lui-même et notamment au handicap psychique associé aux troubles mentaux, mais également à la représentation de ces troubles chez les professionnels de santé et à l'organisation du système de soins, notamment au cloisonnement persistant entre soins psychiatriques et soins somatiques. » (op. cit., 2014)

Pour pallier les problématiques énoncées à la fin de cet extrait – les causes liées aux patients et leurs troubles, aux représentations de ces troubles chez les professionnels de santé et à l'organisation cloisonnée des soins -, certains territoires ont mis en place des dispositifs à même à d'y répondre. C'est le cas notamment dans le département des Yvelines où, au sein du Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale Yvelines sud (RPSMYS), des consultations conjointes – médecine générale et médecine psychiatrique – ont été mises en place.

« Face à ces difficultés [l'accès aux soins des personnes souffrant de schizophrénie], la stratégie la plus adaptée apparaît autour de la mise en place d'un réel partenariat entre les différents intervenants potentiels, en favorisant le décroisonnement : un vrai travail de soins partagés qui permettrait d'augmenter l'interface entre les psychiatres et les médecins généralistes. [...] Nous avons mis en place la Consultation d'Avis Spécialisée et de Suivi Conjoint (CASSC) au Centre Hospitalier de Versailles. [...] Après ces quelques années de fonctionnement nous notons que la demande d'avis est importante [...] très appréciée, reconnue et identifiée par les médecins généralistes [...]. Nous notons aussi que le principal responsable de la prise en charge, pour les patients suivis à la CASSC, est le médecin généraliste dans les trois quarts des cas [...]. » (op. cit., 2007, p. 34)

Dans la situation de Myosotis, un tel dispositif n'a pas été déployé ni même proposé. La plateforme CLIC/MAIA, dont les missions sont d'informer et d'orienter les personnes de plus de 60 ans qui les sollicitent vers les ressources permettant de les accompagner et de répondre à

leurs besoins (sociaux, somatiques ou psychiques), a pourtant bien été sollicitée, par l'intermédiaire d'une fiche de saisine présentant la situation de Myosotis dans sa globalité. La plateforme n'a toutefois proposé aucune solution que ce soit pour répondre aux problèmes de santé de Myosotis ou encore à ses problèmes de logement (risque d'expulsion et infestation de nuisibles).

Peut-être n'existe-t-il pas de dispositifs permettant l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques sur le territoire où vit Myosotis. Il est vrai que l'offre de soins n'est pas la même sur tous les territoires, certains se trouvant mieux dotés que d'autres. Si la ville dans laquelle réside Myosotis présente une offre de soins assez conséquente, ses ressources en termes de santé mentale en revanche restent classiques (psychiatrie publique et psychiatrie de ville). On ne compte aucun dispositif comme celui présenté par le Dr Bazin.

C'est également une autre particularité des prises en charge des troubles psychiques. Outre les troubles, qui, comme on vient de le voir avec Myosotis, compliquent la prise en charge ou du moins accroissent la nécessité de créer du lien, les prises en charge ne peuvent être les mêmes d'une personne à l'autre, mais aussi d'un territoire à l'autre. La psychiatrie publique est organisée – depuis la circulaire de mars 1960, puis concrètement depuis la loi du 31 décembre 1985 – en secteurs répartissant les structures de soins. L'article 4 ter de la loi de 1985 précise que

« chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci. »⁸⁸

Ainsi chaque secteur est différent des autres, les structures le composant relevant du choix fait par les soignants au regard des besoins du territoire et de la population, des structures psychiatriques existantes avant 1985, de l'offre de soins globale du territoire, de la répartition des soignants sur le territoire national et de leurs orientations théoriques et paradigmatiques.

⁸⁸ Art. 4 Ter de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

« [...] si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques, la variabilité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire – notamment dans le développement du travail en équipe pluridisciplinaire, des liens avec la communauté et des alternatives à l'hospitalisation temps plein –, comme la disparité des moyens (humains, matériels et financiers) mis à la disposition des secteurs psychiatriques, font de la sectorisation une politique territoriale de santé hétérogène. » (Coldefy, Le Fup, Lucas-Gabrielli et Mousquès, 2009, p. 198)

Ainsi que le montrent les auteurs de l'article proposé ci-dessus, les disparités portent sur le nombre de lits d'hospitalisation par habitant et les places en hospitalisation de jour ou de nuit, la présence sur le territoire de CATTP ou d'ateliers thérapeutiques, sur le nombre de personnel non médical mais également de psychiatres ou de professionnels spécialisés comme les psychologues, du développement de l'activité ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à temps complet ou à temps partiel).

Si cette manière d'équiper le territoire national en termes de soins psychiatriques a permis une riche inventivité des professionnels et un développement local répondant aux problématiques de son territoire, elle entraîne également des inégalités territoriales de santé.

A partir des données de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), on peut voir que le territoire où réside Myosotis se trouve plutôt mal doté en termes de psychiatrie publique⁸⁹, les ressources ambulatoires sont peu nombreuses alors que les ressources médicales (somatiques et psychiatriques) libérales sont, à l'inverse, plutôt conséquentes.

« Nous mettons en évidence un phénomène de substitution, dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que la médiane, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes. Nous avons également mis en évidence que cette substitution s'accompagnait d'un recours plus fréquent aux antipsychotiques, ce qui peut marquer la prise en charge de pathologies lourdes habituellement suivies dans les secteurs. » (op. cit., 2009, p. 205)

⁸⁹ La région Île-de-France est en général très bien dotée en termes de psychiatrie publique. Plus finement, on observe que Paris et les communes de la proche banlieue sont les mieux loties de France avec quelques secteurs éparpillés sur le territoire. Toutefois la commune où réside Myosotis, est, quant à elle, très mal dotée.

Mais, dans la situation qui nous occupe, la réponse libérale n'est pas évidente à mobiliser. Le locataire a besoin de temps avant de pouvoir amorcer une relation avec un interlocuteur, d'autant plus dans une situation où le rapport aux autres, comme c'est le cas ici, est très dégradé. Un travail d'accroche pour les intervenants et un travail de confiance et de réassurance pour le locataire doivent être fournis afin que la rencontre, la relation soit possible. Ce que l'exercice en libéral ne permet pas toujours.

Si je parle de travail d'accroche de la part des professionnels qui rentrent en relation avec Myosotis, c'est que, comme je l'ai déjà évoqué, les troubles psychiques, en distordant la réalité, perturbent les relations aux autres, les interactions, les perceptions, etc. Pour « accrocher » la relation, les personnes qui s'y impliquent doivent adopter, outre une attitude bienveillante visant à ne pas nuire à la personne, une certaine transparence permettant d'établir un lien de confiance. Ils doivent également trouver des leviers permettant la rencontre. Pour le dire autrement, outre ce travail d'accroche ou de réassurance, la relation est rendue possible également par ce qu'elle peut apporter aux personnes.

De manière extrême, Paul Brodwin (2013)⁹⁰ et Jerry Floersch (2002)⁹¹, dans leurs travaux, montrent comment l'argent – « la dépendance à l'argent » des usagers des services sociaux vivant avec des troubles psychiques sévères – est un levier pour amener ces personnes vers des comportements moins déviants. Les *case managers*, qui peuvent avoir également le rôle de mandataire judiciaire ou tuteur (*Representative payee*), gèrent les dépenses des adultes qu'ils prennent en charge. Ils ont un regard sur leurs diverses consommations, mais également sur leurs comportements. Ce rapport de dépendance qui s'instaure entre les deux personnes, le *case manager* et son client ou usager, mais également entre l'argent et les comportements, permet au premier d'induire des comportements plus compliants chez le second, comme la prise du traitement ou encore les consommations addictives.

Comme le montrent les deux auteurs, le levier de l'argent peut être mobilisé de deux façons différentes, de manière très directe d'une part, et de manière plus subtile, d'autre part. Ainsi, il peut exister, notamment au sein des *Assertive Community Treatment* (ACT) un échange entre

⁹⁰ L'auteur met au jour l'éthique dans les décisions quotidiennes des *case managers* d'un service social du Wisconsin (*Assertive Community Treatment Model* ou le traitement communautaire dynamique)

⁹¹ L'auteur présente le travail des *case managers* dans le Kansas, qu'il ne résume pas à des agents de contrôle mais à des professionnels « qui font la différence par leur travail quotidien en produisant des ressources soutenant la désinstitutionnalisation » (*op. cit.*, 2002, p. 26)

la mise à disposition d'argent⁹² et la prise de traitement ainsi que des comportements jugés moraux (se couper les cheveux, ranger son appartement, ne plus dépenser son argent de manière irrationnelle, chercher du travail, stopper une consommation de stupéfiants, faire ses courses et ne plus consommer de *Fast Food*, etc.). L'idée est d'apprendre aux personnes par la « punition » (si la personne refuse de se faire couper les cheveux, on ne lui remet pas l'argent ou moins d'argent que ce que prévoyait le budget) ou en tous les cas par une contrainte exercée sur leurs besoins, à contrôler leurs troubles et à se comporter de manière à pouvoir vivre dans un appartement de façon autonome.

Il peut exister, en outre, un échange moins direct entre l'argent et les comportements jugés normaux. Jerry Floersch, en décrivant les interactions entre les *case managers* et leurs *consumers* dans le cadre du programme *Strength Case Management* (la gestion des cas basée sur les points forts) une utilisation plus subtile de l'argent comme levier. Le programme d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères dans leur appartement dispose d'un fonds « d'urgence », une somme d'argent permettant d'octroyer à certains usagers une somme d'argent pouvant éviter un surendettement ou encore une expulsion. Comme le montre l'auteur, l'utilisation de ce fonds n'échappe pas à une transaction dans laquelle l'argent est une contrepartie à un comportement attendu. Il peut être vu comme « un prêt » en échange d'un engagement de l'utilisateur dans le programme. Pour autant ce programme refuse l'échange direct d'argent (l'argent des usagers qui leur serait confié dans le cadre d'une mise sous tutelle) contre des comportements.

L'équipe mobile, sollicitée par le bailleur social, n'a pas le double rôle d'intervenant et de tuteur. Ses intervenants ne peuvent utiliser l'argent comme levier. Toutefois, des petites dépendances peuvent être utilisées pour renforcer la relation – la rendre plus indispensable en quelque sorte. Le locataire, qui comprend tout à fait les enjeux de la relation, peut lui aussi utiliser la relation à ses fins, c'est-à-dire obtenir en échange d'une certaine complaisance ce dont il a besoin. Ici, Myosotis souhaite que le bailleur traite son logement ou lui en donne un autre dans lequel il n'y a pas de nuisibles, ni de voisins en colère. Ayant compris la relation unissant les intervenants de l'équipe mobile et le bailleur, ainsi que la position qu'ils occupent dans cette relation – Badiane comme Saule, bien que dépendants des attentes du bailleur, sont « du côté du locataire » en cela qu'ils souhaitent éviter son expulsion et l'aider à résoudre sa situation

⁹² L'argent de l'utilisateur (issu de l'allocation qu'il perçoit) géré par le *case manager* qui est également son tuteur (*representative payee*)

vis-à-vis du voisinage -, il accepte les rencontres hebdomadaires et les règles qu'établissent les intervenants lors de ces rencontres.

Myosotis fournit lui aussi un travail, qui consiste à comprendre comment les uns et les autres peuvent soutenir certains de ses besoins. Outre l'écoute qu'il trouve en la personne des intervenants de l'équipe mobile, il comprend également qu'ils peuvent l'aider dans son rapport à son bailleur social, mais également à ses voisins ; il teste d'ailleurs à plusieurs reprises la relation, sa solidité et la confiance qu'il peut lui conférer. Il voit également, après le départ de sa fille, leur implication dans l'aide concrète qu'ils lui apportent. C'est par cet autre travail, de compréhension et de test, qu'il peut à son tour solliciter des institutions auxquelles il n'a au préalable fait aucune demande.

Nous verrons plus tard ce travail plus en détail, pour l'heure il s'agit d'analyser les liens entre les différents acteurs. Pour le locataire, on peut dire qu'il est en lien direct avec des acteurs qui, soit peuvent lui apporter quelque chose au regard de ses besoins, soit exercent une certaine autorité sur lui. Ses troubles psychiques, s'ils brouillent ses rapports aux autres, aux institutions, s'ils brouillent également les limites, ne l'empêchent pas de comprendre certains enjeux et notamment les besoins importants non pourvus qu'il peut avoir.

D'ailleurs, les troubles psychiques de Myosotis ne disparaissent pas au fil de la relation avec ces différents acteurs. C'est plutôt une part inhérente du travail des acteurs que de composer avec eux, une spécificité même du travail avec les personnes souffrant de troubles psychiques.

Par ailleurs, pour Myosotis, toutes ces interactions, comme je le mentionnais déjà plus haut, sont difficiles à vivre, à engager et à maintenir. Il est sans cesse tiraillé entre, d'une part, l'inquiétude qu'on cherche à le dépouiller de ses quelques biens, qu'on lui veut du mal, etc. et, d'autre part, ses besoins bien réels auxquels il ne peut pourvoir seul.

Maintenant que nous avons décrit les relations directes que connaît le locataire avec des institutions, ou personnes œuvrant dans ces institutions, qui prennent en charge sa situation depuis son domicile, il nous faut décrire les relations que le bailleur entretient avec ces institutions. Le bailleur social est en effet un acteur central dans cette prise en charge puisqu'il est celui qui met au jour les troubles d'origine psychique et « convoque » les autres acteurs qu'il finance – par l'intermédiaire de subventions fléchées – parfois (comme les intervenants de l'équipe mobile).

2. Les relations du bailleur

Pour le bailleur, on compte six institutions avec qui il est en relation, dont cinq à son initiative (le schéma ne rend pas compte du sens de la relation du bailleur avec les voisins de Myosotis. Ici la relation – en ce qui concerne les nuisances qu'ils rencontrent – est initiée par les voisins et le bailleur y répond). Deux de ces six relations sont uni-directionnelles c'est-à-dire que les acteurs sollicités par le bailleur ne lui répondent pas et ne le sollicitent pas en retour. Il s'agit de la police et des Services d'hygiène municipaux.

Le lien entre le bailleur et les voisins de Myosotis n'est pas identifiable par la proposition de représentation (schéma) faite ici, il nous faut l'éclaircir. Plus précisément, les voisins sollicitent le bailleur par l'intermédiaire de pétitions et de courriels répétés. Ils tiennent en partie le bailleur pour responsable des nuisances qu'ils subissent, puisqu'il est de sa responsabilité de permettre à ses locataires « la jouissance paisible » du logement qu'ils louent. Or, il n'y parvient pas car aucune de ses initiatives ne permet de neutraliser les nuisances. Il fait appel à la police qui ne peut faire grand-chose contre Myosotis. Il fait même un recours en justice pour expulser le locataire, ce qui n'aboutit pas, la Justice faisant le choix de maintenir Myosotis dans son logement – il ne présente aucune dette, n'a bénéficié d'aucune aide jusqu'ici et les nuisances ne sont pas jugées suffisantes pour procéder à une expulsion.

C'est donc dans ce contexte, dans sa difficulté à répondre aux voisins de Myosotis, dans l'inquiétude qu'il a pour son bien, mais également suite à un travail de recodage des troubles du comportement du locataire en troubles d'origine psychique, qu'il choisit de faire appel à une équipe d'appui, l'équipe mobile associative.

Par ailleurs, au sein de l'institution « bailleur social », plusieurs professionnels avec des rôles différents interviennent dans la situation de Myosotis.

Il s'agit, d'une part, d'offrir au locataire une « *propédeutique de l'habitation normale* » (Breviglieri, 2006, p. 90-104), c'est-à-dire un accompagnement éducatif lui permettant de s'approprier les « bonnes manières d'habiter », et, d'autre part, de neutraliser les effets des « mauvaises manières d'habiter » du locataire par une action coercitive, en se saisissant notamment des us et coutumes du locataire⁹³ – soit les coutumes (ou routines) du locataire dans

⁹³ L'une (la coutume) des trois figures des manières d'habiter un logement mis au jour par Marc Breviglieri (2006) que sont : l'utilisation, la consommation et la coutume.

les manières d’habiter son logement qui provoquent nuisances sonores, nuisances olfactives et nuisances par infestation de nuisibles – pour parvenir à une intervention immédiate. En mobilisant l’urgence liée notamment à l’invasion de punaises de lit – susceptibles de « contaminer » tout l’immeuble – le bailleur souhaite éviter la temporalité de la propédeutique de l’habitation, la temporalité du travail éducatif – et même psychique – et pouvoir agir directement sur les nuisances.

Dans ce même objectif, il sollicite les services d’hygiène municipaux afin d’obtenir la possibilité d’intervenir rapidement dans le logement.

« Lorsque le logement représente un danger imminent pour la santé et/ou la sécurité de son habitant et/ou de son environnement, les autorités publiques sont tenues d’intervenir dans le cadre de prérogatives en matière de santé et de sécurité publiques (La prise en charge des logements insalubres s’opère en accord avec le Code de la santé publique, appliqué dans le cadre des pouvoirs de police préfectoraux (article L.1311-4 du Code de la santé publique) ou du Règlement sanitaire départemental, appliqué par les communes). » (Sorba, 2018, p. 16)

Or, les services d’hygiène municipaux, avec les préconisations de la DIHAL, mettent en place « des formes d’interventions partenariales entre les champs sanitaire et social » (op. cit., 2018).

« On observe que les techniciens sanitaires privilégient le recours à des « stratégies parallèles », telles qu’un ajustement de leur posture professionnelle ou le recours à des personnes ressources de confiance pour accéder au logement, en sollicitant des entreprises de nettoyage ayant fait preuve de compétences relationnelles dans l’activité de débarrassage et de tri... » (ibid., p. 16)

Les services d’hygiène mobilisés par le bailleur, tout comme la justice, n’ont pas souhaité intervenir dans la situation de Myosotis avant qu’un intervenant spécialisé dans les troubles psychiques ne soit convié à participer à la prise en charge. C’est ainsi que le bailleur, dépourvu de solutions immédiates pour neutraliser les troubles engendrés par son locataire, mobilise l’équipe mobile, son prestataire dédié aux problématiques psychiques dans le logement.

Il mobilise également d'autres services au sein de l'institution, car, en effet, il a deux manières d'envisager la problématique de Myosotis : la coercition ou la propédeutique de l'habitation normale. La coercition ne lui étant pas permise, il invite alors le pôle social à intervenir.

On peut voir alors que la responsable des conseillères sociales, tout comme le service contentieux, assurent un accompagnement social visant à neutraliser les troubles, quand la conseillère sociale, pour sa part, bien que soumise à l'injonction de faire disparaître les troubles, essaie d'accompagner le locataire, notamment par un lien resserré avec l'équipe mobile. Le gardien, quant à lui, accompagne le locataire dans ses gestes du quotidien.

Comme je le disais, le schéma relationnel que je propose ici ne rend pas compte de la dynamique des relations qu'il représente. Il ne donne pas à voir les différentes temporalités, l'arrivée des acteurs dans la prise en charge, etc. Il faut alors rendre compte de la chronologie des interventions. Chez le bailleur notamment, le service contentieux (ayant reçu les plaintes des autres locataires et les pétitions) intervient le premier dans la situation. En parallèle, le gardien d'immeubles est aux prises avec la situation sur le terrain. Il est invité à réagir par le voisinage, par les troubles du locataire. Il exerce alors une coercition par confrontation directe avec le locataire, vu comme un fauteur de troubles. Lorsque les actions mises en œuvre par les deux acteurs mentionnés échouent, intervient alors la responsable des conseillères sociales (qui elle-même est sous les ordres du directeur du pôle social) et la conseillère sociale. La responsable reste en lien étroit avec le contentieux. Elle ne déplace pas ses attentes : il faut que les troubles cessent. En revanche, la conseillère sociale, elle, par un travail de terrain tout d'abord, puis un travail de réseau avec une équipe dédiée ensuite, s'attache à recoder les troubles et à en montrer l'origine psychique. Elle met alors en place un accompagnement visant à permettre une habitation normale du logement, dans une tout autre temporalité. Le gardien, pour sa part, d'abord très en colère après le locataire qui cause tant de troubles dans la résidence, prend une nouvelle place dans la prise en charge de Myosotis, en lui apportant un soutien. Ce sont les différentes discussions avec les intervenants de l'équipe mobile, mais aussi avec la conseillère sociale mobilisée sur la situation, qui lui ont permis de changer d'opinion et d'adhérer à la proposition d'un objectif défini par l'équipe mobile, un objectif auquel la conseillère sociale adhère rapidement également.

De plus, le schéma ne permet pas non plus de mettre en évidence le fait que Myosotis, jusqu'en novembre 2017, vivait avec sa fille. Après son départ, sa situation s'est largement dégradée puisque, n'étant pas en mesure de sortir de son domicile du fait de ses vertiges, il n'est pas en mesure de faire ses courses, d'aller chercher son courrier, etc. Après plusieurs rencontres avec

les intervenants de l'équipe mobile et encouragé par la conseillère sociale, le gardien d'immeubles, dès le mois de décembre, entreprend d'accompagner Myosotis pour faire quelques pas dehors pour lutter contre ses vertiges et pour regagner de l'autonomie. Il a par ailleurs accepté à plusieurs reprises de faire quelques courses pour lui et de lui apporter son courrier.

Outre les relations qu'il entretient avec ses locataires, qu'il s'agisse de Myosotis ou de ses voisins, avec les services d'hygiène, la justice, etc., le bailleur social entreprend donc de mobiliser une équipe d'appui, l'équipe mobile associative avec qui il a contractualisé pour intervenir au domicile de personnes souffrant de troubles psychiques. La relation est donc contractuelle, le bailleur étant le client de l'équipe mobile, son prestataire. C'est le bailleur qui mobilise l'équipe et qui adresse les situations qu'il juge relever des prérogatives de l'équipe et du contrat qui les lie.

Par ailleurs, la relation avec l'équipe mobile n'est pas unique ; en effet, le pôle contentieux n'entretient pas les mêmes rapports avec l'équipe mobile que les conseillères sociales, le gardien d'immeubles ou la responsable des conseillères sociales. Les unes s'appuyant sur l'expertise des intervenants de l'équipe pour soulager leurs interventions sur le terrain, les autres tentant de ne pas répondre aux demandes du locataire formulées par l'équipe mobile.

Intervenir auprès des personnes dont les problématiques s'opérationnalisent dans les troubles de l'habiter, les troubles du comportement, comme le précise Mathilde Sorba (2018), c'est souvent intervenir auprès de personnes qui ne demandent rien et qui pourtant ont « besoin de tout » :

« L'identification d'un syndrome d'auto-exclusion décrit comme « mécanisme psychique de désobjectivation, intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède », permet ainsi d'interpréter l'abolition de la demande ou la récusation de l'aide comme la manifestation de ce symptôme. Dans cette perspective, la non-demande de la personne s'autonomise : elle est non seulement le signe d'un mécanisme de « désobjectivation », plaçant l'individu dans l'incapacité à formuler une aide, alors qu'il « aurait besoin de tout », mais devient aussi l'enjeu de la pratique professionnelle [...] l'objet de l'accompagnement et du soin devient la mise en relation : celle-ci n'est plus subordonnée à une demande préalable ou à une objectivation de la personne. La demande se construit et s'éprouve dans la mise en relation, elle est constitutive de l'apparition et d'une instauration du sujet. L'émergence de la demande soigne et autorise. » (ibid., p. 16)

Et c'est le travail que vont tâcher de faire les intervenants de l'équipe mobile, faire émerger une demande, soit qu'ils répercuteront au bailleur, soit qui leur permettra d'intervenir auprès de la personne et selon ses besoins.

Pris dans les logiques de son activité, le bailleur qui ne peut se muer en soignant, n'a pas la volonté d'accorder aux auteurs de troubles, quand bien même sont-ils malades, ce qu'ils demandent (comme un relogement, une intervention de désinfection, une réunion avec les locataires pour apaiser les relations entre le locataire et son voisinage, etc.). Cette ambiguïté, palpable dans l'institution, l'est également parmi ses acteurs qui sont traversés par des injonctions et des missions parfois opposées.

Par ailleurs, du fait même de ses prérogatives, de son mandat, il n'a pas la possibilité d'amener ses locataires vers les soins, alors même qu'il en fait très souvent la demande à l'équipe dédiée. C'est en effet, l'une des attentes classiques du bailleur, qui voit en l'intervention médicale, la clé de résolution des troubles du locataire. Il est intéressant de se pencher sur cette certitude, et nous le ferons, mais pour l'heure, il s'agit de revenir aux missions du bailleur, qui, en aucun cas, ne lui permettent d'amener une personne à consulter un service de soins. C'est par l'intermédiaire de l'équipe mobile associative qu'il peut espérer voir cette action menée à bien, même si cette équipe elle-même, bien que composée de psychologues cliniciens, n'est pas non plus nécessairement à même de solliciter la psychiatrie publique du fait, par exemple, de l'étendue de son territoire (toute l'Île-de-France)⁹⁴.

En outre, comme nous le verrons ultérieurement, bien que central dans la relation de prise en charge avec le locataire – il est en effet à l'origine de la relation de prise en charge, de la coordination des différents acteurs intervenant déjà de manière isolée dans la situation du locataire –, le bailleur social, dont les recours en justice n'ont pas permis l'expulsion du auteur de troubles, ne peut imposer sa définition ni de la situation, ni du locataire. Il doit faire avec la définition de son prestataire, l'équipe mobile, et une partie de ses salariés, qui par ailleurs parviennent à créer un lien avec le locataire et même à réduire l'intensité des troubles.

Le bailleur n'est pas en mesure non plus d'imposer son objectif d'intervention aux autres acteurs impliqués dans la relation (la neutralisation des nuisances) – il doit en effet accepter

⁹⁴ En effet, l'étendu du territoire de l'équipe mobile l'amène à rencontrer un grand nombre de secteurs psychiatriques. Du fait même de ce nombre, il lui est impossible d'entretenir des liens partenariaux fluides et efficaces avec tous. Les services de psychiatrie, par ailleurs, ne comprennent pas nécessairement les missions de l'équipe et ne lui accordent pas toujours de légitimité.

l'objectif d'accompagner la personne vulnérable dans son logement pour garantir son maintien –, ni son schéma de prise en charge, c'est-à-dire l'organisation et l'enchaînement des interventions (Ogien, 1989). Il doit, en effet, tenir compte de la temporalité psychique du locataire. Il doit, du fait de sa position dans la relation entre les différents acteurs, accepter le traitement de la dimension psychique du locataire et non pas seulement sa dimension sociale.

Telles sont donc les relations que le bailleur entretient avec les autres acteurs impliqués dans la prise en charge des troubles psychiques de Myosotis. Il nous reste encore à décrire les relations des intervenants de l'équipe mobile avec le locataire et les autres acteurs impliqués dans sa situation.

3. Les relations de l'équipe mobile

Dans la situation de Myosotis, l'équipe mobile mobilise deux personnes, un psychologue, Saule, dans un premier temps, puis Badiane, la cheffe de service dans un second temps.

Pour retracer un historique des relations, il convient de préciser que Saule se rendait au domicile de Myosotis depuis quelques mois avec un autre psychologue de l'équipe, qui a choisi en septembre 2017 de quitter ses fonctions. Seul, Saule ne parvenait pas à renouer le contact avec le locataire, sa porte restait close. Par ailleurs, selon le psychologue, l'approche par la dimension psychique seule ne semblait pas fonctionner.

Lors d'une réunion de service, il est donc décidé en équipe que Badiane accompagne Saule car il semble qu'une approche plus globale, une approche psychosociale décrite plus haut, ainsi qu'une position symbolique de représentation de l'institution « équipe mobile », pourraient permettre de rentrer en relation avec Myosotis.

C'est ainsi qu'en septembre 2017, Saule et Badiane, dans des rôles distincts, s'impliquent dans la relation de prise en charge du locataire, à la demande du bailleur social mais également au regard des difficultés qu'il rencontre.

D'un point de vue global, l'équipe mobile est en relation avec huit des treize institutions (elle y compris) impliquées dans la situation de Myosotis.

Elle est en premier lieu en relation avec le bailleur social, son client, qui lui adresse les situations. Dans la situation présentée ci-dessus, l'équipe mobile est interpellée par le bailleur alors que les nuisances engendrées par les troubles psychiques de Myosotis durent depuis des

années. Différentes procédures ont été engagées contre/pour lui, mais aucune n'a permis de trouver une solution. Les nuisances perdurent et le voisinage est toujours plus en colère.

Pour certains agents du bailleur, le recours à cette équipe d'appui se fait à défaut de pouvoir expulser le locataire et leur participation au travail entrepris par les intervenants de l'équipe mobile n'a rien d'évident. Les voisins de la même manière n'acceptent que très difficilement cette intervention. Ils ont le sentiment que l'on vient en aide au fauteur de troubles et non à ceux qui les subissent.

Il s'agit en effet pour l'équipe mobile d'aider le locataire, mais par voie de conséquence de les aider également. Autrement dit : il s'agit de permettre à Myosotis de se sentir mieux, ce qui permettra alors une diminution de ses troubles et partant des nuisances qu'il occasionne. Les intervenants doivent alors nouer une relation avec le voisinage afin d'expliquer davantage la situation. C'est ce qu'ils entreprennent afin de calmer leur colère et ainsi rompre une partie du cercle vicieux qui s'est enclenché autour de Myosotis.

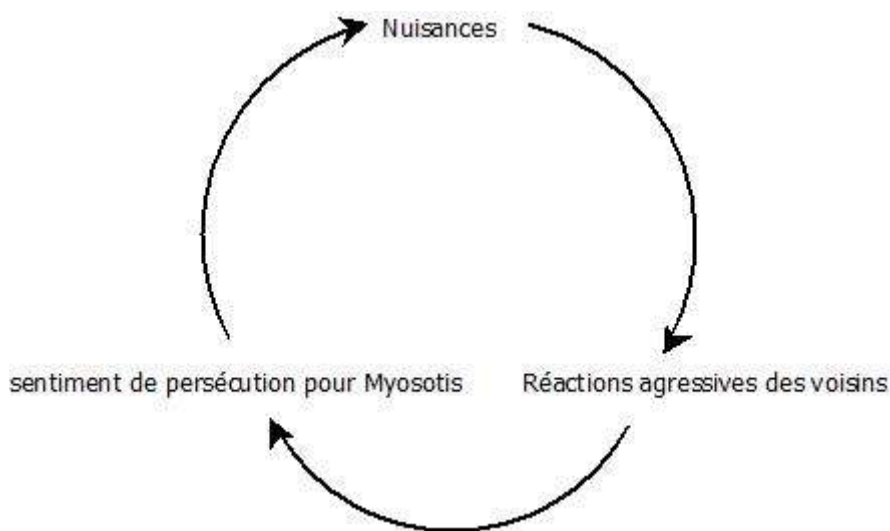


Figure 3. Cercle vicieux des réactions dans la situation de Myosotis

Les relations que les intervenants ont avec le bailleur et ses différents acteurs sont donc complexes, puisqu'il y a, à la fois, une grande attente autour de leurs interventions : on attend en effet un arrêt « comme par magie » des nuisances et partant la disparition de la folie de la personne, une disparition permise par l'accès aux soins), et une grande défiance par rapport à ce qu'ils mettent en place.

Ainsi, il n'est pas rare que la responsable des conseillères sociales ou le directeur des politiques sociales et/ou du pôle contentieux estiment que l'équipe mobile, alors qu'elle est financée par le bailleur, est « du côté du locataire ». Ce sentiment est souvent exprimé aux intervenants de l'équipe mobile lors des points d'étape durant lesquels l'ensemble des situations est abordé afin d'en évaluer l'avancement. Le travail de relation entrepris par les intervenants de l'équipe mobile avec les locataires, que l'on développera plus amplement dans une nouvelle section, renvoie le sentiment aux agents du bailleur d'être trahis par leur prestataire qui semble prendre fait et cause pour le fauteur de troubles.

En effet, même si le travail de recodage des troubles occasionnés par le locataire, entrepris par les agents du bailleur, a mis au jour leur origine psychique, ils n'abandonnent jamais complètement la déviance comme explication de la situation. En outre, même si les intervenants de l'équipe mobile le répètent régulièrement, la relation qui est engagée avec le locataire a pour but de faire émerger une demande, ce qui rendra la relation bien plus opérante et permettra de l'aider dans ses démarches sociales, etc., ce n'est pas satisfaisant pour le bailleur. En effet, abandonner la définition de fauteur de troubles pour celle de personne « malade » ou souffrant de troubles psychiques entraîne l'obligation de faire des compromis, l'obligation d'abandonner une intervention orientée davantage vers la neutralisation des nuisances que vers la gestion des troubles psychiques.

L'intervention coercitive et l'intervention sociale sont des actions dont le processus est écrit à l'avance. L'intervention psychique, quant à elle, est constituée d'actes thérapeutiques (comme les prises de rendez-vous, l'aide concrète dans le quotidien, l'accompagnement, etc.), d'« actes de passages » par opposition aux « passages à l'acte » (Polack et Sivadon, 1991, p. 96), c'est-à-dire des interventions du thérapeute indiquant « un changement de direction, un mouvement de possible séparation », « l'agi joint au dit ». Ces actes ont une autre temporalité et une autre portée, le temps de construire une autre façon de vivre. Ils sont soutenus par des raisons cliniques, thérapeutiques.

« Souvent un long travail est requis pour qu'un interstice autorise un écart, une ouverture, un pas de côté. Transformer le fermé en potentiel, l'attente en devenir. La question n'est pas de savoir pourquoi, mais d'étudier comment une transformation peut intervenir. » (op. cit., 1991, p. 96)

Les psychologues se gardent des passages à l'acte (comme vider – sans préalable, sans verbalisation, l'appartement d'une personne qui accumule par exemple), mais agissent pour la gestion des troubles psychiques (leur atténuation, leur contournement, etc.). Ces interventions s'inscrivant sur un temps long, puisque co-construit avec la personne, peuvent être frustrantes pour le bailleur, qui, pour sa part, réagit aux événements, voudrait agir rapidement, faire réagir.

Les intervenants de l'équipe mobile doivent lutter contre cette incompréhension et cette envie d'actions rapides qui semblent pouvoir régler la situation.

Les agents du bailleur de Myosotis, comme les conseillères sociales, peuvent osciller d'une adhésion à l'intervention de l'équipe mobile à une incompréhension. Pour d'autres, comme le responsable du pôle contentieux ou encore le directeur des politiques sociales, les interventions de l'équipe mobile ne sont pas compréhensibles. Bien qu'ils ne puissent faire autrement, la justice n'ayant pas permis l'expulsion du locataire et les interventions des agents de terrain du bailleur n'ayant pas permis la diminution des nuisances, ils n'adhèrent pas aux interventions de l'équipe mobile ni à sa vision des problématiques des locataires qu'on leur adresse. Le directeur des politiques sociales a d'ailleurs confié à Badiane et Saule que, selon lui, les conseillères sociales faisant appel à une équipe d'appui – comme l'équipe mobile associative – sont « les conseillères sociales les plus paresseuses »⁹⁵. Le travail fait par les intervenants des équipes d'appui relève, pour ce dernier, du champ des conseillères sociales. Au-delà même des injonctions paradoxales qu'il induit pour cette catégorie de professionnelles – à qui il propose une équipe d'appui mais qu'il déconsidère lorsqu'elles l'utilisent -, on peut s'interroger quant à ses motivations à contractualiser avec des équipes d'appui.

Les bailleurs sociaux, pour certains d'entre eux, sont extrêmement déçus des interventions des équipes d'appui car leurs attentes sont réellement du côté de la neutralisation des nuisances, même lorsqu'elles sont engendrées par des troubles psychiques.

En outre, une croyance ou plutôt l'attribution d'un pouvoir – quasi magique - aux équipes de soins psychiatriques les amènent à croire en la disparition possible des troubles psychiques.

⁹⁵ Le sentiment de certains bailleurs – ou plutôt des directeurs du pôle contentieux ou encore du pôle social (que l'on peut appeler dans certaines institutions directeur des politiques sociales) - à l'égard des interventions de l'équipe mobile m'est apparu lors de rendez-vous avec ces agents de bailleurs au moment notamment de négocier à nouveau les contrats de prestation. Pour la moitié d'entre eux, les interventions des membres de l'équipe mobile étaient décevantes. Deux bailleurs, *a contrario*, étaient très satisfaits des interventions de l'équipe mobile. Ces deux bailleurs ont un pôle social totalement distinct du pôle contentieux et une direction générale pour qui il est impératif de tenir compte de la santé mentale des locataires.

Lors de mon terrain, j'ai pu observer une situation dans laquelle la psychiatrie publique (plusieurs dispositifs d'une même équipe de psychiatrie de secteur : le centre médico-psychologique (CMP) de secteur et son Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) ainsi que l'hôpital psychiatrique) était très impliquée. Aster, une personne de 20 ans, souffrant de troubles psychiques sévères, était suivie par l'équipe de secteur, bien qu'il n'adhère qu'un minimum à ce qui lui était proposé car il voulait surtout obtenir une reconnaissance MDPH et bénéficier de l'AAH. Il a cessé de se rendre au CMP dès qu'il les a obtenues. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises suite à des épisodes de grande agitation, il a bénéficié de rendez-vous réguliers avec un psychiatre au CMP alliés à des activités thérapeutiques au sein du CATTP et il a, en outre, été sollicité pour bénéficier d'un projet d'hébergement en foyer de vie afin de pouvoir quitter le domicile parental. Mais Aster ne pouvait se résoudre à lâcher ses rêves de vie ordinaire. Malgré l'investissement de toute l'équipe de secteur, il a rompu les liens et a refusé tous les soins proposés.

Impliquer la psychiatrie peut apparaître, pour les bailleurs sociaux notamment, comme la solution aux troubles psychiques. Ses savoirs, réels et incontestables, sont fantasmés comme des pouvoirs sur les personnes malades, sa simple présence permettant de calmer la situation. Ce fantasme est puissant et peut tenir également au pouvoir médico-légal de cette médecine. Mais les conditions de soins sous contrainte sont restreintes et précises. On ne peut contraindre une personne à prendre un traitement, bien qu'elle soit délirante. La notion de péril imminent – soit un danger vital pour la personne ou son entourage – est majeure dans les procédures de Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) ou de Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE). Par ailleurs, les exemples ne manquent pas pour montrer que l'intervention de la psychiatrie, si elle est essentielle dans la gestion des troubles psychiques sévères, n'est pas magique et ne fonctionne pas du simple fait de sa présence.

Néanmoins, les équipes de soins psychiatriques ou même les équipes d'appui – du type de l'équipe mobile associative - peuvent parvenir à minorer les troubles occasionnés par les personnes du fait de leurs troubles psychiques – c'est-à-dire qu'elles peuvent faire diminuer les symptômes des personnes souffrant de troubles psychiques sévères (tels que l'investissement particulier de leur logement, la consommation de stupéfiants, les troubles du comportement, le retrait social, le sentiment de persécution, etc.), mais elles ne peuvent pas les faire simplement disparaître. L'horizon aujourd'hui pour ces personnes est le rétablissement.

« Cela signifie pour ces personnes la possibilité d'envisager un devenir favorable, de s'affranchir de l'identité de « malade mental », de se réengager dans une vie active et sociale, et de retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie, sans que cela soit conditionné à une rémission complète de la maladie. [...] »

Le but n'est plus seulement de réduire les troubles et d'éviter les rechutes, il est désormais le réengagement dans une vie active et sociale choisie. » (Koenig, 2017, p. 9-11)

Ce qui s'avère bien insuffisant pour les bailleurs sociaux, qui, en creux, comprennent que la situation stabilisée ne pourra l'être que pour un temps et que les interventions auprès des locataires vivant avec ces troubles, quant à elles, doivent se pérenniser.

C'est dans ce climat, d'ailleurs, qu'au cours de l'année 2017, certains bailleurs ont interrompu leur contrat avec l'équipe mobile associative, malgré des résultats certains en matière de lutte contre les expulsions et le recouvrement des dettes locatives – et par voie de conséquence des résultats financiers certains. Toutefois, le décalage entre les cultures professionnelles et les manières d'intervenir – pour certains bailleurs –, les attentes quant aux pouvoirs magiques des intervenants sur la psyché, mais également le manque de pluridisciplinarité au sein de l'équipe mobile et ses nombreuses faiblesses, n'ont pas toujours permis de pérenniser les différents partenariats.

En outre, du fait de cette ambivalence des bailleurs sociaux, mais aussi de leurs espoirs déçus, les intervenants de l'équipe mobile, au même titre que les conseillères sociales, se trouvent pris dans des contradictions qui ont un impact sur les suivis des locataires. L'ambivalence et la déception se retrouvent notamment dans les points d'étape réguliers où l'on « juge » alors l'activité de l'équipe mobile à l'aune des attentes prescrites par le bailleur, des attentes parfois irréalistes, voire même impossibles, et souvent hors du cadre du contrat passé entre les deux institutions.

Pour l'équipe mobile, le lien avec le bailleur est donc assez complexe et ne permet pas à ses intervenants de travailler aussi librement que s'ils étaient indépendants - et partant non des prestataires au service des bailleurs. Une première caractéristique de cette contractualisation, qui met à mal les suivis et leurs modalités, est la durée des interventions, une durée qui appartient au bailleur. Il peut, en effet, décider qu'il convient de stopper le suivi, contre l'avis même de ceux qui le mettent en œuvre. En outre, autre caractéristique pouvant mettre à mal les suivis de l'équipe mobile, les différentes actions entreprises par ses intervenants pouvant faire

l'objet d'un jugement de la part du bailleur. Il peut demander que ces actions cessent, et peut également peser sur l'organisation de la prise en charge et ne pas valider l'ordre chronologique des interventions (tenant compte de la temporalité psychique du locataire notamment) préconisé par l'équipe d'appui.

Au fond, bien qu'il sollicite l'équipe mobile, il ne facilite pas son travail, voire même le complexifie ou lui retire sa singularité – et partant son efficacité - en intervenant à contre-courant de ce que les psychologues souhaitent produire ou mettre en œuvre.

Dans la situation de Myosotis, le fait que la justice, la police mais également les services d'hygiène municipaux, n'entreprennent pas d'intervenir de façon coercitive à l'encontre du locataire, mais au contraire prônent le travail en partenariat pour permettre la prise en charge de ses troubles psychiques, entraîne une possibilité d'interférence moindre pour le bailleur dans le suivi proposé par l'équipe mobile. Le bailleur est sommé par la situation elle-même de respecter les interventions psychiques et psychosociales s'il souhaite voir les nuisances s'atténuer. Cela permet à l'équipe mobile de négocier un ordre avec le bailleur, de négocier un objectif qui puisse être partagé par tous les acteurs : atténuer les troubles psychiques du locataire, améliorer sa situation psychique et globale pour garantir son maintien dans le logement, ce qui nécessite de pouvoir y effectuer une désinsectisation puis une désinfection.

Cette complexité des relations avec le bailleur et ses différents agents a un impact direct sur la relation que l'équipe mobile associative entretient avec le locataire qui, comme je l'ai dit plus avant, en est tout à fait conscient. Les intervenants de l'équipe mobile, s'ils veulent pouvoir intervenir dans la situation, doivent en premier lieu créer un lien, rentrer en relation avec le locataire. Celui-ci n'y est pas toujours favorable dans un premier élan. En effet, l'arrivée de professionnels dans son domicile n'est pas accueillie de bon gré. Il faut alors trouver des leviers – propres à chaque situation - pour créer cette relation.

Le levier, dans la situation de Myosotis, est le logement, mais aussi son état de santé somatique ressenti. Ce n'est pas une entrée par l'état de santé psychique qui permet la création du lien.

Pour créer la relation, Badiane saisit la demande formulée très rapidement par le locataire par rapport à son logement. En effet, bien qu'il en ait un usage dysfonctionnel, il vit mal l'infestation de punaises de lit. Il réclame un nettoyage de l'appartement. Il se peut qu'il fasse le lien entre l'incurie et l'infestation, car il exprime une certaine honte de voir son appartement dans cet état, toutefois il est en demande d'un meilleur confort dans son logement. L'entrée dans la relation de prise en charge (entre le locataire et l'équipe mobile) se fait donc autour de

la demande que Myosotis adresse à Badiane autour de son logement. Badiane et Saule, durant plusieurs mois, viennent donc toutes les semaines au domicile de Myosotis, afin de nouer une relation avec lui, de pouvoir évaluer sa situation et enfin de dénouer les différentes problématiques qu'il rencontre et qui entraînent de nombreuses nuisances.

C'est le nouage de cette relation avec le locataire qui est tout à fait central dans le travail entamé par les deux intervenants de l'équipe mobile puisque d'elle découle la possibilité d'intervenir et de tisser ensuite d'autres relations avec les institutions en capacité d'intervenir.

En effet, cette relation entre les deux intervenants de l'équipe mobile et Myosotis permet de comprendre les différentes problématiques du locataire, mais également d'imaginer avec lui des solutions permettant d'atteindre l'objectif de cette prise en charge, c'est-à-dire finalement son maintien dans le logement par la réduction des nuisances qu'il engendre. Son adhésion est essentielle à la réussite des différentes interventions, puisque, vivant de façon autonome dans son logement, et en l'absence d'institutions pouvant le contraindre – telles que la police ou la justice, mais également la psychiatrie publique – c'est avec son accord que les choses peuvent se mettre en place. Il s'agit donc de tisser une relation avec le locataire qui permette de trouver des solutions qui conviennent à tous, lui compris. Il doit être à la fois acteur et co-auteur des solutions à mettre en œuvre.

Cette relation connaît différents moments, elle n'est pas linéaire et, tout au long de la prise en charge, reste fragile. Si le bailleur peut ressentir et exprimer un sentiment de trahison à l'endroit de l'équipe mobile, il en va de même pour le locataire. Le lien contractuel entre l'équipe mobile et le bailleur entache le lien entre l'équipe mobile et le locataire. Pour des personnes dont le sentiment de persécution peut être tout à fait symptomatique, le fait que l'équipe mobile « travaille pour » le bailleur crée en soi une source de suspicions qui ne peut être tout à fait levée.

En revanche, par l'accord sur un objectif commun, le nettoyage de l'appartement, la relation, permet de mettre en œuvre un certain nombre d'interventions avec le consentement du locataire, malgré le manque de confiance parfois.

C'est sur la base de cet objectif commun, avec l'accord de Myosotis, que l'équipe mobile entreprend de nouer des relations avec bon nombre d'institutions. Comme le montre le schéma (Figure 2 p. 261), elle est en relation avec toutes les institutions susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement du locataire, que l'intervention relève du soin (somatique ou psychique), d'un accompagnement social (accès aux droits, tout ce qui a trait au logement) ou d'un

accompagnement psychosocial (accompagnement dans la vie quotidienne notamment). Elle en est, par ailleurs, dans la majorité des cas, à l'origine.

C'est l'équipe mobile associative, en effet, qui permet, d'une part, la sollicitation d'institutions ou de professionnels tels que la psychiatrie publique ou le médecin généraliste et, d'autre part, la relation avec la mandataire judiciaire qui assure la protection de Myosotis et peut permettre le recours à des professionnels du droit commun pour accompagner le locataire.

Le bailleur social peut avoir un lien, lui-même, avec la tutelle, au niveau du règlement des loyers notamment. Or, comme Myosotis n'a aucune dette locative, la relation n'est pas « active ». Dans les faits, la tutelle honore les différentes factures du locataire – loyer, factures d'eau ou d'électricité, etc. – mais la situation économique du locataire ne représente pas un risque, ni pour lui-même ni pour le bailleur. Il est en effet – au moment de mon observation - à la retraite et à une reconnaissance de handicap, il perçoit des revenus et la mandataire judiciaire gère ses dépenses et la satisfaction de ses différents besoins.

Les intervenants de l'équipe mobile, quant à eux, sollicitent la mandataire pour trouver des solutions aux problématiques d'incurie ou encore d'infestation. C'est d'ailleurs en sollicitant des entreprises privées de désinsectisation et de désinfection qu'une solution a pu être trouvée, j'y reviendrai.

En revanche, l'équipe mobile n'est pas en relation avec la police, la justice ni les services d'hygiène municipaux, c'est-à-dire les institutions dont les missions sont la gestion des troubles par la coercition ou la neutralisation. Ils ont été mobilisés par le bailleur mais n'ont pas donné suite.

L'équipe mobile est néanmoins au cœur de l'accompagnement de Myosotis – le bailleur a été au centre de la situation jusqu'à l'arrivée de son équipe d'appui - et prend une place tout à fait singulière dans cette prise en charge. C'est, en effet, elle qui assure la relation directe avec le locataire et assure la relation avec les différents intervenants – soit qu'elle les mobilise, soit qu'elle interagisse avec eux. Cette place centrale lui octroie, outre la possibilité de penser la manière d'intervenir, la responsabilité et la plus grosse charge de travail dans cette relation. Mais ces points seront traités ultérieurement.

Avant d'étudier la position de l'équipe mobile dans la prise en charge de Myosotis, on peut étudier de façon plus détaillée les relations de l'équipe mobile avec les autres acteurs. Outre une vision globale de l'institution « équipe mobile », on peut également adopter un regard plus approfondi sur les relations – qui ne sont pas de même nature – de chacun des intervenants de

l'équipe. En effet, Saule et Badiane n'ont pas le même statut ni le même rôle dans la situation ou encore dans leur institution.

Badiane est cheffe de service, elle a un lien hiérarchique avec Saule. Mais elle est peu expérimentée, c'est en effet son premier poste dans le secteur médico-social. En thèse de sociologie sur la prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile, et ex-coordinatrice d'un conseil local en santé mentale, elle n'a jamais dirigé d'équipe de thérapeutes. Elle n'est, par ailleurs, pas psychologue et ne peut pas donner de direction au travail psychique. C'est d'ailleurs l'une des faiblesses de l'équipe : n'ayant pas de médecin psychiatre, elle n'a pas de réelle direction des soins.

La précédente cheffe de service de l'équipe mobile n'était pas non plus psychologue mais diplômée en Economie et Gestion de la Santé. Dans le secteur médico-social, hormis de rares dispositifs (tels que le Centre d'Actions Médico-Sociales Précoces qui possède une double direction : administrative et médicale), la direction des établissements ou la chefferie de service ne revient pas à des médecins, la dimension purement médicale faisant l'objet de partenariat avec d'autres institutions. Dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) par exemple, les médecins travaillent à temps partiel et assurent avant tout une surveillance médicale. Les soins médicaux sont effectués dans des établissements de soins ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD) qui permet alors de déployer spécifiquement des personnels médicaux.

Dans les services de psychiatrie publique, la division des tâches et les positions hiérarchiques sont assez claires. La direction générale administrative est assurée par des personnels administratifs. Les services de santé, en revanche, sont pilotés par des médecins. Le psychiatre est directeur des soins. Sous son autorité, on trouve le cadre de santé ou le cadre socio-éducatif, puis les infirmières, les assistantes de service social et les aides soignantes ou les aides médico-psychologiques. Les psychologues sont hors hiérarchie mais entretiennent des liens avec les médecins psychiatres et travaillent avec eux.

Au sein de l'équipe mobile, il n'y a pas de direction des soins. La cheffe de service a une fonction hiérarchique mais qui est perçue comme administrative par les psychologues. Elle n'est pas en mesure, pour eux, d'orienter ou réorienter leur travail. Ils agissent donc selon leur perception de la situation, selon leur formation. Toutefois, lors de la réunion d'équipe hebdomadaire organisée par l'institution, Badiane tente de ramener les interventions des psychologues dans le cadre des missions de l'équipe mobile et d'introduire la notion d'approche psychosociale. Elle tente également, au regard de son savoir universitaire mais également

d'expériences personnelles, d'influencer leurs pratiques (en dehors de la clinique psychanalytique) : relations avec les partenaires, définition d'un objectif commun, prise de conscience des rapports entre les acteurs et des leviers permettant d'agir en faveur du mieux-être du locataire, approche psychosociale et globale, etc.

Outre ces réunions hebdomadaires, les psychologues bénéficient d'une séance de supervision avec un psychanalyste organisée une fois par mois au sein du service. Cette supervision doit leur permettre d'analyser leurs pratiques et d'intervenir au mieux auprès des locataires.

Dans la situation de Myosotis, les relations entre Badiane et les psychologues ont joué un rôle, puisque Saule s'en est remis à elle lorsqu'il a fallu prendre des décisions. Toutefois, entre Saule et Badiane, les liens sont assez symétriques, même si la relation hiérarchique existe de fait.

Vis-à-vis du locataire, Badiane est à la fois la cheffe de service de l'équipe mobile associative, intervenante psychosociale et doctorante en sociologie. Ces trois positions interviennent dans la relation qu'elle noue avec Myosotis. Ce dernier la voit, en effet, comme la personne qui fait le lien avec le bailleur, la personne qui fait le lien avec les autres institutions. Elle est également à la fois plus proche et menaçante que Saule. En effet, ses positions de doctorante ou cheffe de service induisent chez le locataire l'idée qu'elle peut le persécuter, en manipulant sa tutrice, en l'espionnant, etc., ce qu'il verbalise d'ailleurs régulièrement.

Néanmoins, l'approche psychosociale adoptée par Badiane permet, outre cette position menaçante, de lui conférer la place de celle qui « prend soin ». En effet, la position d'intervenant psychosocial, *a contrario* de celle de psychologue clinicien d'orientation psychanalytique qu'occupe Saule, permet à Badiane d'intervenir sur les problématiques de logement (changer une ampoule, faire les courses, aller chercher le courrier, trouver une solution d'hébergement pour permettre le travail de désinsectisation et de désinfection dans le logement, trouver des solutions d'aide à domicile, etc.) que rencontre Myosotis et notamment l'invasion de punaises de lit qui le dérange énormément. Ces actions « concrètes » sont précisément ce qui permet d'« accrocher » la relation et de faire émerger d'autres demandes (des demandes elles-mêmes moins concrètes).

Pour Saule, en revanche, le lien au locataire est différent. Il est jeune psychologue et n'a pas d'expérience de clinique à domicile. Il a bénéficié d'une formation de psychologue clinicien (d'orientation psychanalytique) et intervient auprès des locataires avec les outils de la psychanalyse. Il parfait sa formation avec de nombreuses lectures sur la clinique « sans

divan »⁹⁶, sur la psychiatrie publique qui a mis en œuvre des dispositifs, tels que les appartements associatifs, mais n'est pas à l'aise, au moins en ce qui concerne la situation de Myosotis, avec ses propres outils ; c'est d'ailleurs ce qui amène Badiane à l'accompagner dans le suivi du locataire.

Outre son lien avec le locataire, les relations que Saule noue avec les autres partenaires sont différentes de celles nouées par Badiane. Il est en effet vu et repéré comme psychologue, il est davantage légitime avec les partenaires du soin, en revanche moins légitime avec les partenaires sociaux.

La division des tâches au sein du binôme, Badiane-Saule, est alors celle-ci : Saule effectue un travail psychique et thérapeutique avec le locataire ; Badiane fait le travail partenarial, un travail psychosocial réfléchi cliniquement avec le locataire et les partenaires et le travail avec le bailleur (un travail difficile à définir : commercial-partenarial avec une approche d'acculturation).

Du point de vue du locataire, ce dernier accepte, tout comme ses voisins d'ailleurs, assez mal la venue des deux intervenants à son domicile. Sa seule demande vis-à-vis du bailleur est une intervention dans son logement pour qu'on le débarrasse des nuisibles qui l'envahissent (punaises de lit et cafards). C'est donc à partir du logement et de la demande du locataire que, pour Badiane, une relation peut se nouer entre l'équipe mobile et lui.

L'équipe mobile a pour mission d'évaluer la situation afin d'interpeler les institutions nécessaires à la prise en charge. A partir de cette évaluation, Badiane établit donc une revue des acteurs à mobiliser et un ordre logique de leurs interventions, soit une organisation de leurs différentes interventions, car leur coopération nécessite qu'une certaine chronologie, qu'un enchaînement des actions, qu'une division des tâches à la fois entre les partenaires mais également dans le temps se mettent en place. Il faut en effet pouvoir proposer des soins (psychiques et somatiques) et réussir à désinfecter le logement, actions qui permettront de réduire au moins deux nuisances pour les voisins mais aussi, et ce point est essentiel, de répondre à la demande de la personne auprès de qui l'équipe intervient.

En effet, sans demande comment rentrer en lien ? Ce point fera l'objet d'une analyse détaillée quant à la nature du travail engagé par les acteurs inscrits dans la relation, que ce soit celui du locataire ou celui des intervenants « professionnels », mais on peut d'ores et déjà dire que cette

⁹⁶ En référence à un auteur que nous avons beaucoup lu (Racamier, 2008)

demande peut être « introduite » dans l'objectif commun que doivent trouver les acteurs engagés dans une relation de prise en charge pluri-institutionnelle. C'est le choix que fait Badiane d'ailleurs, qui voit dans la demande du locataire, la possibilité de prendre en compte différentes attentes (les attentes ou objectifs des institutions présentes).

Si l'équipe mobile a pour objectif de permettre au locataire d'être pris en charge par les services adaptés à ses besoins, mais également de satisfaire la demande du bailleur, la désinsectisation et la désinfection de l'appartement semblent être un bon compromis puisque d'une part, cette opération permet de réduire les nuisances olfactives et par infestation de nuisibles, et, d'autre part, elle permet de répondre à une demande du locataire et partant de créer une relation de confiance, qui, éventuellement permettra de l'aider à soigner (pas nécessairement au sens de guérir) ses troubles psychiques.

Pour le bailleur, pour la tutrice, pour le locataire, pour les voisins et pour les intervenants de l'équipe mobile, cet objectif semble convenir car, en creux, il répond aux objectifs spécifiques de chacun.

La sollicitation des différentes institutions permettant d'accompagner Myosotis est un travail qu'entreprend Badiane. Parallèlement au travail engagé pour la désinsectisation et la désinfection du logement – une attente à la fois du locataire, du voisinage et du bailleur -, elle cherche à interpeller la psychiatrie de secteur. Saule, pour sa part, a amorcé ce travail avant l'arrivée de Badiane dans la situation. En tant que psychologue, il est légitime auprès de cet acteur et, par le suivi d'autres locataires, a déjà des contacts avec cette équipe de secteur. Cette dernière connaît le locataire et suit même sa fille. Elle se refuse cependant à intervenir pour Myosotis, le refus de ce dernier de venir au CMP et surtout la présence de nuisibles dans l'appartement justifiant cette position. Les différentes démarches auprès du secteur de psychiatrie, entreprises par Saule et par Badiane, se sont toutes soldées par un refus.

Tout comme la psychiatrie publique, Badiane sollicite la plateforme CLIC/MAIA. Cette dernière ne peut offrir un relai à l'équipe mobile dont la mission, outre l'évaluation de la situation, est d'orienter la situation vers les services permettant de soutenir la prise en charge dans le temps.

Badiane, souhaitant trouver un médecin généraliste à même de prendre en charge à la fois sa santé somatique et psychique, fait appel à la plateforme CLIC/MAIA. Au regard de ses

différentes mission⁹⁷, cette dernière semble pouvoir aider à la prise en charge de Myosotis. La cheffe de service espère la désignation d'un gestionnaire de cas MAIA qui pourra alors interpeler la psychiatrie publique, solliciter les services permettant de désinsectiser et désinfecter le logement du locataire et l'y maintenir.

Une synthèse, organisée par Badiane dans les locaux de la plateforme, a permis de réunir une psychologue de ce service intégré, une assistante de service social du secteur (service départemental), la mandataire judiciaire de Myosotis, la conseillère sociale en charge de la situation de Myosotis, Saule et Badiane. La situation et les besoins évalués par les intervenants de l'équipe mobile ont été clairement exposés.

Néanmoins, la présence de nuisibles dans l'appartement est apparue insurmontable et a rendu impossible toute proposition. En effet, les professionnels de la MAIA ont refusé d'effectuer des visites à domicile. Ils se sont également opposés à la venue d'un médecin généraliste et de la psychiatrie à domicile, bien que Myosotis ne soit plus en mesure de sortir de son domicile.

Par ailleurs, toute proposition temporaire de relogement afin de pouvoir procéder à la désinsectisation et à la désinfection, a été repoussée à la fois par la MAIA et le bailleur du fait là-encore de la présence de ces nuisibles et de la peur de la contamination potentielle d'autres structures.

On pouvait envisager, en première solution, de trouver une place temporaire dans un foyer d'hébergement. Ces derniers possèdent en effet des places permettant d'accueillir sur un temps court les personnes orientées⁹⁸ - pour cela, la mandataire sociale en lien avec la MDPH, s'est

⁹⁷Les missions du CLIC sont détaillées dans la Circulaire du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : « Le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître de tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement permettant d'apporter des réponses préventives et opérationnelles en ce qui concerne tant le passage à la retraite, l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la qualité et le confort de vie, l'aménagement du territoire que la vie sociale, culturelle et sportive et par conséquent la citoyenneté. L'objectif, le cœur de la démarche auquel il faut sans cesse revenir, c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées. » Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001.

Les missions de la MAIA sont détaillées dans le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 : « MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont : la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire) ; la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas ; le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations) » CNSA, Février 2015.

⁹⁸ « L'accueil temporaire permet à des personnes en situation de handicap de tous âges d'être accueillies dans un établissement pour une durée limitée avec ou sans hébergement. Pour y être admis, il faut en faire la demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Une participation aux frais d'accueil est parfois exigée. » Direction de l'information légale et administrative, Avril 2020.

proposée de faire rapidement une demande d'orientation pour Myosotis qui disposait déjà d'une reconnaissance de handicap et de mesures de compensation. La deuxième solution était de proposer un autre logement le temps que les entreprises de désinsectisation et de désinfection puissent œuvrer dans l'appartement.

La discussion lors de la réunion de synthèse porte au départ sur la situation globale du locataire, sa situation locative et les différents troubles qu'il occasionne – par son mauvais usage du logement (excréments et ordures au sol, tapage, alcoolisation). Ces faits sont relatés par la conseillère sociale. Ensuite Badiane et Saule exposent les problèmes de santé de Myosotis et l'absence d'aide à domicile pour ses courses notamment, c'est-à-dire les différents points qui entravent son maintien dans son logement et son accès à un mieux-être et aux soins. Puis la discussion entre les partenaires durant cette synthèse a été réorientée par les professionnels de la plateforme autour de la présence des nuisibles (qui vont alors être nommés par le terme de « vermine ») dans le logement et la recherche de solutions adéquates pour résoudre ce problème au vu des troubles psychiques du locataire.

La mandataire judiciaire et les deux intervenants sont les acteurs qui connaissent le plus intimement Myosotis et son logement, dans lequel ils se sont rendus à plusieurs reprises. Ils ont été amenés à le ranger, à le désencombrer partiellement, à trier quelques documents administratifs, à changer une ampoule, etc. Ils ont pu constater son état, qui est problématique, tout comme peut l'être souvent d'ailleurs le logement de personnes vivant avec des troubles psychiques sévères – en effet, l'état du logement, la manière que le locataire a de l'investir est un symptôme, une extériorisation des troubles. En revanche, les trois acteurs se réjouissent de l'expression par le locataire de ses difficultés dans le quotidien, et de la demande qu'il a su formuler quant à ses difficultés et son logement.

Alors qu'ils perçoivent tous trois cette demande du locataire comme un levier pour prendre en charge son état de santé à la fois somatique et psychique, la peur de la contamination, la peur de voir la « vermine » sortir de l'appartement - par ses vêtements, ses cheveux, ses effets personnels -, saisit les acteurs de la MAIA qui, quant à eux, ne se sont jamais rendus à domicile. Cette peur finit même par prendre le pas sur la recherche de solutions quant aux troubles du locataire pour se concentrer uniquement sur les solutions permettant la désinsectisation.

Cette peur de la contamination - exprimée par les professionnels les plus éloignés du locataire et empêchant toute intervention -, une contamination matérialisée par les punaises de lit, la

vermine, peut répondre à une autre peur de contagion, comme le propose Augusto Palmonari et Guiseppina Speltini (2008) :

« Les anthropologues se sont souvent occupés des problèmes de contamination et de purification [...] »

Dans son ouvrage Folies et représentations sociales (1989), Jodelet montre admirablement que, dans l'expérience du placement familial des malades mentaux qu'elle décrit, au cœur des rapports entre les gens du village et les pensionnaires malades psychiques, il y a la crainte de la contagion de la folie par les liquides du corps, ce qui entraîne une série de mesures protectrices qui sont baptisées « mesures d'hygiène », mais qui sont en réalité « des pratiques socialement signifiantes dont le sens dévoile des dimensions fondamentales de la représentation collective de la folie... » (p. 315). Parmi ces mesures d'hygiène il y a des techniques de nettoyage qui visent à tenir séparés la vaisselle, le linge et les vêtements des malades de ceux de la famille hospitalière. Dans cette opération de séparation, de distinction un principe de purification est clairement visible, qui [...] est central dans toute construction et défense d'une identité de groupe (dans ce cas, les malades et les sains) et dans l'affrontement de l'étrangeté (l'étrangeté de la folie). Cet admirable travail de Denise Jodelet montre que les représentations sont une nécessité surtout face aux phénomènes étranges pour avoir « un guide pour les actions et échanges quotidiens » et qu'elles s'étaient sur des savoirs antérieurs réactivés par une situation sociale particulière » (Jodelet, 1989, p. 35). » (op. cit., 2008, p. 203-204)

Dans le cas des acteurs présents lors de la réunion de synthèse, cette peur de la contamination – de la folie ? je ne saurais l'affirmer – ne passe pas par les fluides de Myosotis mais par la vermine, les nuisibles qui « peuplent » son logement. Les mesures d'hygiène convoquées sont à la fois le feu – brûler ses vêtements, ses affaires – et la tonte de ses cheveux, tels des rituels de purification visant à permettre ensuite la rencontre avec le locataire.

L'impur de la situation, ce qu'elle fait « fantasmer » chez ces personnes qui n'ont pas vu le logement de Myosotis, qui n'ont d'ailleurs jamais rencontré Myosotis – une personne qui a par ailleurs de magnifiques cheveux blancs mais aussi une attitude « archaïque » - se matérialise dans les punaises de lit, les cafards, de la « vermine » qui vient, dans l'imaginaire des intervenants, se loger jusque sur lui, dans ses cheveux. L'impur, ainsi désigné, nécessite une entreprise de purification – par le feu, par la tonte des cheveux – mais en l'état, il rend

impossible toute intervention sanitaire ou d'accompagnement de Myosotis à domicile. Si la présence des nuisibles matérialise l'impur et permet de distinguer les « sains » du malade, elle permet également le retrait et le refus d'affronter l'étrangeté, le refus de prise en charge.

Cette réunion de synthèse ainsi que la saisine de la plateforme n'ont donc pas abouti, aucun gestionnaire de cas n'a été proposé. La condition de la désinsectisation et de la désinfection de l'appartement a été posée comme condition à la prise en charge du locataire. Du côté de la psychiatrie, le discours a été le même. La présence des nuisibles ne permet pas les visites à domicile des professionnels.

Le bailleur, quant à lui, pose comme condition l'accès aux soins, notamment psychiques, du locataire avant d'envisager une quelconque solution pour l'hébergement temporaire de celui-ci durant la désinsectisation et la désinfection de son logement.

Ce qui met la prise en charge de la situation de Myosotis dans l'impasse.

En outre, ce qui n'était pas verbalisé jusque-là, prend forme dans des échanges que Badiane a avec les deux institutions : la psychiatrie comme la plateforme CLIC/MAIA préconisent un hébergement médicalisé durable et pérenne pour Myosotis, ce qui implique qu'il quitte son logement, solution qui ne manque pas de séduire le bailleur social, bien que rien ne leur permette de mettre en œuvre une telle solution.

A ce stade de la prise en charge, les intervenants de l'équipe mobile sont très isolés avec le locataire. L'objectif jusque-là commun est à renégocier car un nouvel objectif s'est dessiné pour deux institutions. Par ailleurs, les relais imaginés par l'équipe mobile pour la gestion de la situation sont à repenser. Les partenaires vers lesquels elle souhaitait « transférer » la situation ne répondent pas favorablement à ses sollicitations, repartant même avec des injonctions paradoxales qui risquent de mettre à mal la prise en charge.

Pour en sortir, l'équipe mobile fait le choix de ne plus compter sur la psychiatrie publique, ni sur la plateforme CLIC/MAIA, et ainsi de revenir à l'objectif qu'elle s'était fixée consistant au nettoyage de l'appartement et à l'instauration d'une aide quotidienne à domicile. Cet objectif établi par les acteurs impliqués dans la situation - le locataire y compris -, sert de cap à maintenir dans le schéma d'intervention, même si les modalités de ses interventions sont à repenser, à réinventer. Il faut alors penser à un nouveau schéma d'intervention sans la psychiatrie, sans l'aide du bailleur social – avec l'octroi temporaire d'un logement à Myosotis afin de pratiquer la désinsectisation et la désinfection de son propre logement – permettant malgré tout de tenir l'objectif fixé.

Parallèlement à ces différentes relations tissées avec les voisins, le bailleur, la psychiatrie ou encore la plateforme CLIC/MAIA, Badiane et Saule poursuivent leurs rencontres régulières avec le locataire, ils poursuivent l'accompagnement du quotidien mais également l'accompagnement psychique, alors mené uniquement par le psychologue de l'équipe mobile. Saule permet par le dialogue qui s'instaure entre lui et le locataire de faire émerger des demandes. Au fil des rencontres, Myosotis change d'attitude. D'une défiance, voire d'une agressivité manifeste, il passe à une attente de la venue des deux intervenants. Par ailleurs, Saule et sa grille de lecture psychologique permettent notamment à Badiane de comprendre les réactions de Myosotis et de trouver un positionnement qui convienne.

Entre autres demandes, Myosotis formule des inquiétudes quant à son état de santé somatique et psychique. En effet, ce dernier exprime rapidement une forte angoisse, des pleurs réguliers liés à sa solitude mais également l'impression de ne rien pouvoir gérer. Il exprime également des vertiges qui l'empêchent de sortir et une peur grandissante de voir sa mâchoire se déboîter et se décrocher de sa boîte crânienne. Il n'est pas rare qu'il accueille Badiane et Saule avec un linge de cuisine noué autour de son crâne pour empêcher ce démembrement.

Badiane lui propose alors plusieurs choses afin de répondre à ses plaintes. Outre le fait que la prise en compte de ces demandes permet de renforcer le lien et la confiance entre eux, elle permet également de s'assurer de son état de santé et de trouver peut-être une solution à ses fortes angoisses et ses vertiges qui l'invalident. La psychiatrie ne souhaitant pas participer à la prise en charge de Myosotis avant la désinfection – qui ne peut être envisagée dans un délai court puisqu'il reste tout un ensemble de chose à travailler encore : solliciter les institutions nécessaires à sa réalisation, obtenir l'adhésion de Myosotis, caler les différents intervenants pour que la désinfection puisse avoir lieu en même temps que l'évacuation des meubles et literie et le nettoyage de l'appartement, trouver une solution d'hébergement temporaire pour le locataire) - d'autres solutions doivent être envisagées. C'est vers le droit commun que Badiane se tourne.

Avec le consentement du locataire, travaillé lors des multiples rencontres à domicile – ses « actes de passages » - Badiane sollicite plusieurs médecins susceptibles d'accepter une visite à domicile ou une consultation en visio-conférence afin de respecter la distance voulue par Myosotis. Un seul donne son accord. Il faut plusieurs semaines pour qu'est lieu cette consultation et qu'ainsi un professionnel médical écoute les douleurs et les maux de Myosotis.

Badiane sollicite également, toujours avec le consentement du locataire et celui de sa mandataire judiciaire, des entreprises spécialisées dans la désinsectisation et la désinfection de logements.

Une fois amorcées les relations visant à permettre la prise en charge, d'une part, de l'appartement et, d'autre part, de l'état de santé du locataire, Badiane et Saule réfléchissent à des solutions permettant d'étayer Myosotis dans son quotidien. En effet, après le départ de sa fille, Myosotis ne parvient plus à satisfaire seul ses besoins. Ne pouvant sortir de chez lui du fait de ses vertiges, il ne peut plus faire ses courses. Le gardien de l'immeuble, par la relation que l'équipe mobile a tissé avec lui, aide dans la mesure du possible, Myosotis, en faisant quelques courses d'appoint, en appelant Badiane si nécessaire.

Pour le reste, c'est la cheffe de service de l'équipe mobile associative qui prend en charge le ravitaillement en victuailles et autres de Myosotis. Elle fait ses courses de manière hebdomadaire avec l'accord de la tutrice qui autorise les dépenses engagées. Elle fait en effet appel à la mandataire judiciaire pour l'informer du retrait d'argent – qui était auparavant réalisé par la fille du majeur protégé – et des dépenses.

Le plus difficile est finalement d'obtenir le consentement du locataire qui suspecte des actes malveillants à son égard. Bien que l'intervention d'un médecin généraliste ou encore les différentes actions pour la désinsectisation et la désinfection de son logement aient plutôt renforcé le lien entre les intervenants et lui, la confiance n'est pas toujours là et les questions d'argent peuvent tout à fait la mettre à mal. C'est par obligation, n'ayant aucune autre solution, qu'il accepte que l'équipe mobile se mette en lien avec sa tutrice, récupère son argent – auparavant géré par sa fille – et dépense cet argent pour satisfaire ses besoins quotidiens, tels qu'un téléphone dont il faut lui apprendre la manipulation.

Avant qu'il ne se retrouve seul à domicile, Myosotis acceptait les visites – bon gré mal gré - de l'équipe mobile mais demandait peu, par l'intermédiaire de la plainte. Du moment où sa situation a changé, il a commencé alors à exprimer des demandes concernant notamment sa vie quotidienne et sa santé.

Toutefois, si ces aides apportées à Myosotis permettent de renforcer le lien entre lui et l'équipe mobile, elles ne peuvent être pérennes. L'équipe mobile n'a pas vocation à assurer ce type de service dans la durée.

Comme je le disais plus avant, la rencontre avec la plateforme CLIC/MAIA n'ayant pas permis de trouver une solution, Badiane choisit de regarder du côté du droit commun et sollicite un

service d'aide à domicile géré par une association reconnue d'utilité publique. Elle entreprend dans le même temps d'obtenir le consentement à la fois du locataire et de sa tutelle, puisque les frais de l'aide à domicile seront à la charge de Myosotis – en attendant qu'une aide sociale soit octroyée. Dans un premier temps, c'est donc le locataire, dont les revenus le permettent, qui finance ce service, ce qui d'ailleurs satisfait Myosotis, qui a le sentiment de contrôler la relation et de ne pas être redevable (en effet, lorsque Badiane fait ses courses, une dette se crée et Myosotis se sent alors vulnérable vis-à-vis de la cheffe de service, de l'équipe mobile et indirectement de son bailleur social) : il ne dépend plus de Badiane, ni par conséquent, de son bailleur social.

Outre la sollicitation du service d'aide à domicile, Badiane et Saule informent et expliquent la situation de Myosotis à l'association gestionnaire et présentent l'aide à domicile au locataire, ce qui permet, d'une part, d'installer la relation entre eux deux et, d'autre part, à l'aide à domicile d'appréhender son étrangeté.

Afin d'acter les différentes avancées dans la prise en charge de la situation de Myosotis, d'expliquer les différentes démarches amorcées, Badiane organise ensuite une réunion de synthèse – pour laquelle Myosotis a donné son accord - dans les locaux du bailleur social, en présence de la mandataire judiciaire, de Saule et Badiane, de la conseillère sociale et de sa responsable. L'objectif de la réunion est à la fois de valider à nouveau l'objectif commun des interventions, mais également de donner un rôle au bailleur dans les différentes démarches à réaliser.

La cheffe de service revient sur l'injonction paradoxale ayant mis le suivi dans l'impasse : le bailleur qui attend l'intervention de la psychiatrie pour intervenir dans le logement et la psychiatrie qui attend l'intervention dans le logement pour intervenir. Sans aucun compromis de la part des deux institutions, la gestion des nuisances a été totalement empêchée. Badiane propose alors son schéma d'intervention : l'aide à domicile – qui permet la gestion du quotidien et la gestion de l'entretien de l'appartement lorsque celui-ci aura été nettoyé -, les entreprises privées assurant le nettoyage, l'hôtel pour les trois jours nécessaires à l'opération.

Elle demande au bailleur une participation financière, un moyen à la fois de convaincre le locataire de l'intérêt du bailleur pour sa situation et de contourner le paradoxe dans lequel il enferme le suivi de la situation, et de faire porter au bailleur le coût de l'entretien de son logement. Les frais des désinsectisations sont en effet très majoritairement pris en charge par les bailleurs sociaux. Si ces coûts ne doivent pas obligatoirement être supportés par les bailleurs

seuls – si l’infestation résulte notamment d’un état de saleté⁹⁹ dû au manque d’entretien par le locataire –, la désinsectisation, en soi, des logements incombe au bailleur¹⁰⁰. L’équipe mobile propose néanmoins, afin de responsabiliser le locataire sur l’état de son logement et d’éviter qu’une autre dette¹⁰¹ s’installe entre le bailleur et le locataire, que ce dernier participe à ce coût. La discussion entre les acteurs présents lors de la synthèse permet le déblocage de la situation et de trouver un schéma d’intervention qui soit accepté de tous. C’est par le droit commun qu’une issue est trouvée, la présence des nuisibles faisant barrage aux institutions spécialisées dans les troubles psychiques ou le maintien à domicile des personnes âgées. C’est également par ce schéma d’intervention, puis les interventions elles-mêmes, que le maintien de Myosotis dans son logement est rendu pensable. Il prévoit même des solutions pérennes - au-delà de la seule gestion de la crise liée aux nuisibles et à l’état d’incurie extrême de l’appartement.

En guise de conclusion sur les différentes relations que les acteurs nouent entre eux, on peut dire que ce long descriptif des relations est essentiel à la compréhension des prises en charge pluri-institutionnelles hors-les-murs. Cela nous montre, ici, que l’équipe mobile associative, par sa cheffe de service et son psychologue, porte la relation de prise en charge. Ils permettent en effet la relation entre les acteurs et l’échange entre eux. Ils sont également les « instigateurs », d’une part, d’ordres chronologique et « hiérarchique » situés qu’ils négocient tout au long de la prise en charge avec les acteurs en présence et, d’autre part, d’un objectif commun qui permet cet ordre négocié. Mais une réelle négociation est à l’œuvre dans la mise en œuvre de la prise en charge entre tous les acteurs.

Par ce descriptif, on a vu se dessiner cet ordre négocié, c'est-à-dire la définition d’un objectif commun, une négociation d’une certaine division des tâches, d’une distribution des responsabilités, d’un schéma d’intervention (c'est-à-dire d’une certaine organisation de la prise en charge), mais également la négociation d’une hiérarchie symbolique située entre les différents acteurs présents.

Je souhaite proposer, après ce travail de description, une étude plus analytique de cet ordre négocié afin de comprendre l’organisation même de cette prise en charge. Cela nous permettra

⁹⁹ Cours d’Appel de Chambéry, 2^{ème} Chambre, 28 octobre 2010, n°10/00527

¹⁰⁰ Annexe au décret n°87-712 du 26 août 1987 pris en application de l'article 7 de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 tendant à favoriser l'investissement locatif, l'accession à la propriété de logements sociaux et le développement de l'offre foncière et relatif aux réparations locatives.

¹⁰¹ Financière mais aussi symbolique

également de comprendre ce qui s'échange dans cette relation de prise en charge à plusieurs acteurs. Mais avant cela, voici la description d'une seconde situation, celle de Lavande, qui donne à voir une autre négociation d'organisation de prise en charge et met au jour d'autres facteurs de l'ordre négocié.

II. Une négociation d'organisation inter-institutionnelle dans l'impasse

La deuxième situation que je souhaite analyser à présent est différente de la précédente bien que les institutions centrales présentes soient les mêmes. Pour autant, la hiérarchie symbolique et le travail de coopération entre ces institutions et acteurs qui y œuvrent ne sont pas les mêmes et la négociation s'en trouve très différente, et partant l'objectif de la prise en charge et son schéma d'intervention.

In Fine, l'analyse de ces similitudes et différences nous permettent, d'une part, de prendre la mesure du caractère situé de l'organisation d'une prise en charge depuis le domicile et, d'autre part, de comprendre cette organisation et sa mise en œuvre, la négociation dont elle est issue et partant les facteurs de cette négociation.

Cette deuxième situation est celle de Lavande¹⁰², une locataire d'un logement social, que j'ai déjà évoquée. Lavande présente des troubles psychiques sévères qui impactent très fortement sa manière d'habiter son logement. Elle a une importante dette locative, ce qui constitue la plus importante nuisance pour le bailleur. Par ailleurs, son logement est insalubre, du fait de son incurie - la locataire ne jette pas ses poubelles et est dans l'incapacité d'entretenir son appartement, ainsi qu'elle-même.

Voici le schéma des liens entre les acteurs présents dans la situation de Lavande¹⁰³ :

¹⁰² Pour rappel, le genre de la personne n'est pas forcément celui du nom commun utilisé comme pseudonyme. Je choisis de genrer la situation par rapport au nom commun utilisé – et non pas par rapport au genre de la personne dont on retrace ici la situation. Ainsi, pour Lavande, je parlerai de ce locataire au féminin, ce qui ne donne pas le genre de la personne.

¹⁰³ Vous pouvez vous reporter p. 171 et p. 192-193 pour retrouver la présentation de la situation de Lavande.

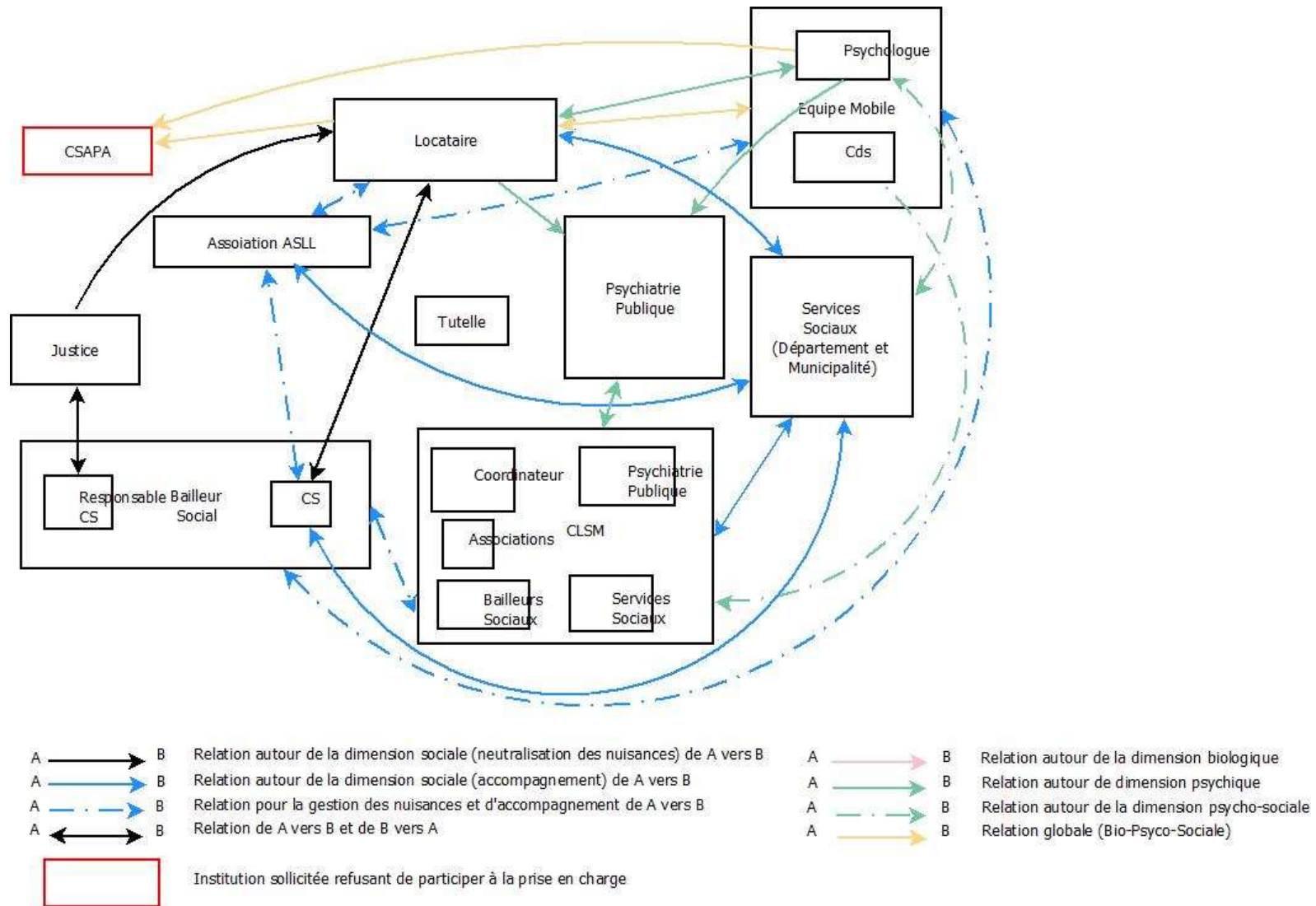


Figure 4. Les acteurs impliqués dans la relation de prise en charge de Lavande et leurs liens

Par l'analyse du schéma ci-dessus, on observe, d'un point de vue général, neuf institutions ou acteurs – plus ou moins - impliqués dans cette situation, dont une seule à la demande de la locataire : le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Tout comme dans la situation présentée plus tôt, le bailleur social est là-encore à l'origine de la relation de prise en charge en donnant l'alerte. Lui même alerté par les nuisances occasionnées par Lavande, il a procédé à un recodage de celles-ci. Il définit en effet ces nuisances comme étant les conséquences de troubles psychiques dont souffre la locataire et interpelle alors des acteurs en mesure de les prendre en charge.

Toutefois, à la différence du bailleur de Myosotis, ce dernier n'est pas organisé de la même manière. L'organigramme n'est pas le même ainsi que la chaîne hiérarchique : il n'existe pas de pôle social. Si, chez le premier bailleur, la responsable des conseillères sociales subissait une forte pression de la part du pôle contentieux, elle en était malgré tout éloignée n'appartenant pas au même service. Pour ce qui est du bailleur de Lavande, il n'existe aucune distinction entre le pôle social et le pôle contentieux, il y a partant entre les litiges et les problématiques sociales. Elles se confondent et sont traitées par les mêmes acteurs, selon un ensemble de procédures à leur disposition.

Pour le personnel de terrain, ces distinctions sont fortes car, dans le cas du bailleur de Myosotis, les conseillères sociales du pôle social ne traitent que d'actions sociales visant à permettre le maintien dans le logement des locataires alors que, dans le cas du bailleur de Lavande, les conseillères sociales traitent tous les dossiers qu'ils relèvent du contentieux ou de problématiques sociales.

Malgré cette distinction de taille entre les deux situations, pour Lavande, le bailleur social est, là-encore, le premier à intervenir – la chronologie n'est pas apparente dans le schéma ci-dessus mais vous pouvez vous référer au graphique processuel proposé en Annexe 8 (p. 607-608).

Le premier acteur qu'il convoque est la justice. Dans un second temps, alors qu'il a réalisé un travail de recodage lui permettant de considérer l'origine psychique des nuisances, il sollicite l'équipe mobile associative, un prestataire à qui il adresse les situations dont les troubles lui semblent relever de la dimension psychique.

En étudiant l'ensemble des acteurs et leurs missions, tout comme pour Myosotis, on distingue les différents objectifs des interventions. Certaines interventions visent à neutraliser les nuisances (sans tenir compte du recodage et donc de l'origine psychique des troubles de la personne) - elles sont représentées par des flèches noires dans la figure - et d'autres visent plutôt

à accompagner la locataire autour de ses différentes problématiques (en lien avec ses troubles psychiques) – elles sont représentées par des flèches de couleur (bleues, vertes, roses ou jaunes), chaque couleur représentant une dimension de la personne (ou une combinaison de dimensions : le jaune représente l’approche globale).

Les institutions visant à neutraliser les nuisances sont peu nombreuses ici : la justice et le bailleur par l’intermédiaire de la responsable des Conseillères sociales du bailleur social (et son service contentieux) et la conseillère sociale elle-même, Aubépine. Les autres institutions, soit sept au total, visent à accompagner la locataire en délivrant soit un accompagnement social, soit des soins, soit un accompagnement psychosocial ou global.

Contrairement à la situation précédente, il n’y a que trois institutions dont les missions sont du côté de l’accompagnement social – les services sociaux, le service d’accompagnement social lié au logement (ASLL) et le bailleur social, par l’intermédiaire de la conseillère sociale qui notamment peut instruire les demandes au Fonds Solidarité Logement (FSL) et faire intervenir les services sociaux et l’équipe mobile.

Les institutions « spécialisées », quant à elles, sont au nombre de quatre, elles ont toutes vocation à intervenir sur la dimension psychique du locataire ; deux en effet relèvent de la seule dimension psychique (la psychiatrie publique et le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)) et deux ont une approche globale ou psychosociale.

S’il existe un meilleur équilibre des « spécialités » des acteurs présents – par rapport à la situation précédente -, puisque trois institutions traitent de la dimension sociale et quatre de la dimension psychique (psychosociale pour une et bio-psycho-sociale pour une autre), la dimension sociale est toujours plus fortement représentée que les autres dimensions. Par ailleurs, la dimension biologique est peu représentée, alors même qu’elle fait l’objet d’une demande de la locataire – elle a demandé une prise en charge de ses addictions¹⁰⁴ et a même proposé une institution en mesure de l’aider et de proposer un accompagnement global. Néanmoins, cette demande n’aboutit pas à une prise en charge par un CSAPA, j’en montrerai les conséquences.

Après cette vue globale des acteurs présents et de leurs relations dans la situation, voyons plus en détail les relations de la locataire, du bailleur social puis de l’équipe mobile associative.

¹⁰⁴ On peut classer les problématiques d’addiction comme relevant de traitements (ou même thérapeutiques) des dimensions biologiques, psychiques et sociales, avec une prédominance des dimensions biologiques et psychiques.

1. Les relations de la locataire

Comme je le disais à l'instant, Lavande, qui est en relation avec sept institutions¹⁰⁵, n'en a cependant sollicité qu'une seule : le CSAPA. C'est pourtant l'institution avec qui la relation n'a pas pu se mettre en place - on reviendra sur ce point qui permet d'éclairer la manière dont a évolué la situation de la locataire dont l'unique demande n'a pas été entendue. Elle est donc en relation avec des institutions auprès de qui elle n'a formulé aucune demande. On observe alors qu'elle adopte deux comportements que nous allons montrer ici : soit elle accepte la rencontre sans pour autant adhérer à la relation, soit elle accepte la relation bien qu'elle n'ait rien demandé.

D'un côté, en effet, elle subit les relations imposées. C'est le cas avec le bailleur social, et plus précisément avec Aubépine, la conseillère sociale qui travaille sur cette situation, mais également avec la justice et les services sociaux. Les institutions, telles que le bailleur social ou la justice, sont en mesure d'exercer un certain pouvoir sur elle, un pouvoir ne lui permettant pas de se dégager ou de refuser catégoriquement la relation (la justice par sa capacité à contraindre par jugement ; le bailleur par la possibilité de l'expulser). Toutefois, comme je le montrerai, elle ne s'y implique pas. La relation avec les services sociaux, quant à elle, n'est pas coercitive en soi, c'est dans la relation triangulaire avec le bailleur social qu'elle le devient. Pour autant, elle n'y adhère pas et ne s'y implique qu'en surface.

D'un autre côté, elle se saisit de l'intervention de Tilleul, le psychologue de l'équipe mobile et dans une certaine mesure de celle d'Epicéa, la conseillère en économie sociale et familiale (CESF) de l'ASLL, dont elle ne peut, malgré tout, réellement profiter. Elle accepte cependant la relation.

Pour rappel, la locataire a un comportement extrêmement passif, proche de la catatonie, elle n'est pas en mesure de s'activer, ni concernant sa santé ou l'entretien d'elle-même (son corps, son hygiène, sa santé somatique et psychique, etc.), ni concernant son appartement ou sa situation sociale. Les services sociaux, comme le bailleur – et dans une moindre mesure, la

¹⁰⁵ Comme je l'indiquais dans la description de la situation de Myosotis, ces relations ne sont pas figées. Elles évoluent, s'activent, s'interrompent, reprennent, ... La dynamique des relations est représentée dans le schéma processuel en annexe 8. La figure 4 ci-dessus (p. 306) propose donc une représentation de l'ensemble des relations ayant pu être observées entre février 2018 et juin 2018.

CESF de l'ASLL – tentent vainement de l'activer, de la rendre actrice de son parcours social. Quand, en revanche, elle en est l'autrice – notamment en évoquant son désir d'être prise en charge par un CSAPA - elle n'est pas suffisamment soutenue.

Quoi qu'il en soit, elle n'a pas les ressources suffisantes pour être actrice de son parcours, elle ne parvient pas à s'activer et sa situation ne fait qu'empirer.

Sans revenu, elle ne paie pas son loyer, ni ses différentes charges, elle se nourrit à peine, ne sort pas, ne va pas vers les soins, n'entretient pas son logement et n'entreprend pas de démarches vis-à-vis de sa situation sociale. Elle est par ailleurs expulsée de son logement peu de temps après la fin de mon observation.

Outre sa situation concrète, les troubles psychiques impactent également très fortement ses interactions, non pas, comme nous l'avons vu avec Myosotis, en créant un sentiment de persécution, mais en ne lui permettant pas de s'investir, de s'activer. On observe donc dans cette situation, bien qu'il y ait des rencontres, la mise en place de relations dans lesquelles la locataire ne s'investit pas et qui, par conséquent, ne sont pas des relations de prise en charge, au sens que je choisis de donner dans ce travail à ces relations (Ehrenberg, 2011) – deux personnes, ayant chacune un rôle dans la relation de prise en charge, l'une étant celle qui prend en charge et l'autre étant celle qui est prise en charge. Cela implique, d'une part, que celle qui prend en charge mette en œuvre, en action, l'échange en prenant tout ou une partie de la responsabilité que l'autre lui donne et en exerçant un certain travail permettant de transformer la situation de l'autre, d'autre part, que celle qui est prise en charge – contrairement à ce que sous-tend la forme grammaticale passive – donne, confie à l'autre une part de ses problématiques et se saisisse de ce qu'on lui propose.

Au regard de cette remarque, on peut dire que, premièrement, du fait du non-investissement de Lavande dans la relation proposée par les acteurs sociaux, et notamment le bailleur social, et deuxièmement, du fait que ce qui s'échange finalement n'est pas une prise en charge des troubles psychiques, la relation qui unit les acteurs sociaux et la locataire n'est pas une relation de prise en charge de ses troubles mais une relation d'une autre nature, voire même une rencontre que l'on ne peut qualifier de relation.

a. La non-adhésion à la relation proposée et les relations sans prise en charge

Pour expliquer la non-adhésion de Lavande à certaines relations non sollicitées – autrement dit, les relations proposées dans lesquelles la locataire n'entre pas –, j'ai identifié trois facteurs distincts : l'exigence du travail prescrit par la relation ; la non prise en compte des troubles psychiques dans l'échange ; la position des agents dans la relation et leur statut.

Le premier facteur permettant d'expliquer la non-adhésion de Lavande à la relation de prise en charge proposée par les acteurs sociaux, et plus particulièrement par Aubépine, est le travail qu'exige cette relation. Le travail demandé par les intervenants dont la mission regarde la dimension psychique des personnes semble accessible et possible. En effet, lors d'approches par sa dimension psychique – par « *des moyens psychiques : pensée et paroles, représentations et affects* » (Kapsambelis et Kecskeméti, 2013, p. 127) -, elle ouvre sa porte et entre dans la relation, c'est-à-dire qu'elle s'active pour faire du lien avec des personnes qui lui proposent un échange basé sur la parole. En revanche, le travail demandé par les intervenants dont la mission regarde sa dimension sociale lui est tout à fait inaccessible. En effet, lors d'approche par sa dimension sociale, dimension qui est en grande partie le siège de ses symptômes, c'est-à-dire que les conséquences de ses troubles psychiques se portent surtout sur des questions sociales, elle n'est pas en mesure de s'activer ou de se mobiliser pour accomplir le travail demandé. Elle reste tout à fait passive, bien qu'elle soit contrainte d'ouvrir sa porte, et n'entre pas dans la relation proposée. Elle doit répondre à des attentes de la part des travailleurs sociaux, s'activer, devenir actrice de son parcours social, ce qui justement fait symptôme pour elle et reste impossible.

Ces distinctions notées, je me propose à présent de détailler davantage le travail exigé par la relation de prise en charge des problématiques sociales en comparaison à celui exigé dans la relation de prise en charge des troubles psychiques.

Dans le cadre de la prise en charge des problématiques sociales de Lavande, on peut voir l'impossibilité pour elle d'entrer dans la relation proposée, du fait, précisément, de son incapacité à fournir le travail demandé, c'est-à-dire devenir actrice de son parcours social.

L'échange dans ces relations traitant de la dimension sociale est très exigeant : en échange de l'accompagnement des travailleurs sociaux, elle doit elle-même fournir un travail sur son parcours social, c'est-à-dire s'activer, adhérer aux demandes qui lui sont faites, mais également accomplir des tâches concrètes, comme rassembler des documents administratifs, remplir des formulaires, se rendre à des rendez-vous et expliquer sa situation, un ensemble de tâches concrètes et identitaires qu'elle est précisément incapable de faire. Elle est mise en situation

d'échec, puisque son symptôme est précisément ce sur quoi le travailleur social lui demande d'agir – son activation.

Ce travail restant inaccessible pour elle, Lavande ne devient pas actrice de son parcours social, malgré les injonctions, les visites à domicile, les diverses rencontres avec la conseillère sociale. Cela se manifeste notamment par une non-participation aux dossiers sociaux « montés » par les travailleurs sociaux en vue de lui ouvrir des droits sociaux, par une impossibilité à se rendre aux rendez-vous nécessaires à la réalisation de ces dossiers, mais également par une impossibilité de s'impliquer dans la relation. En effet, bien qu'acceptant la relation en apparence, elle est dans l'incapacité de répondre à ce qui lui est demandé, à ce que l'on attend d'elle. Elle reçoit donc les personnes à son domicile, sans pour autant s'impliquer. Il n'y a pas, de sa part, d'adhésion active à la relation.

Dans la prise en charge de ses troubles psychiques, avec Tilleul, en revanche, on peut noter son adhésion à la relation, du fait même qu'elle peut elle-même appeler le psychologue pour demander à le rencontrer, ou encore pour décaler un rendez-vous. Elle peut également appeler lorsqu'elle en ressent le besoin. Il semble que le travail d'adhésion ainsi que le travail qu'on lui demande soient à sa portée. En effet, d'une part, elle adhère à la relation, elle y contribue activement, et, d'autre part, elle met en récit et partage avec le psychologue ses états d'âme, son quotidien, ses sentiments. Elle peut pleurer, crier ou parler, elle peut même refuser une rencontre.

Par la comparaison des deux types de prise en charge – par le psychologue pour la prise en charge de sa dimension psychique et par les travailleurs sociaux pour sa dimension sociale –, on peut légitimement s'interroger sur la nature du travail autour de la dimension sociale de Lavande. Peut-on parler de relation ? De relation de prise en charge des troubles psychiques de Lavande ?

Comme nous l'évoquions au préalable, et comme le propose Alain Ehrenberg (2011), une relation implique deux personnes qui échangent quelque chose, deux personnes, c'est-à-dire deux agents pouvant occuper toutes les places du discours. Une relation de prise en charge des troubles psychiques implique donc que s'échange entre les deux agents – donc deux personnes - une « chose » relative aux troubles psychiques et leur gestion ou leur accompagnement.

On observe d'ores et déjà dans la relation entre Lavande et les travailleurs sociaux (à la fois la conseillère sociale et sa responsable et la CESF de l'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL)) que ce qui s'échange n'est pas une prise en charge, la locataire n'acceptant pas de leur

« céder » une part de responsabilité quant à sa situation sociale. Peut-être, du fait même de sa passivité, aurait-elle pu accepter de céder la totalité de sa responsabilité quant à sa situation sociale à un acteur, mais elle n'est pas en mesure d'en assumer une part, ni même sans doute d'effectuer le transfert de cette responsabilité. Cela impliquerait de prendre en charge les problématiques sociales à l'aune des troubles psychiques de Lavande. On y reviendra.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux impliqués dans la situation ne souhaitent pas assumer cette responsabilité complètement, il faut qu'elle s'active.

Par conséquent, si l'on étudie la relation du point de vue des places occupées dans le discours et du décalage entre la demande formulée (une prise en charge par un CSAPA) par la personne et l'action entreprise par les acteurs de la prise en charge, on constate que, dans la prise en charge qu'Aubépine souhaite mettre en place, la locataire n'accède pas à la position du « Je ». En effet, elle n'a aucune demande concernant les actions que la conseillère sociale entreprend et ne s'y investit pas. Elle n'est ni autrice, ni actrice, ni agent, elle est dans une position passive, subissant la relation sans fournir un travail permettant de prendre place dans l'échange.

En outre, et c'est un point crucial, l'échange, du point de vue du bailleur cette fois, n'est pas relatif aux troubles psychiques de la locataire, ce que je disais plus tôt. En effet, le travail demandé par Aubépine, mais également par les autres travailleurs sociaux présents (la CESF de l'ASLL, les services sociaux départementaux) ne tient pas compte des troubles de Lavande et n'est donc pas exécutable en ces termes. Autrement dit, la présence de troubles psychiques ne modifie pas les attentes des travailleurs sociaux à l'égard de la locataire, ce qui a alors pour effet de condamner la relation de prise en charge. En effet, cette non-prise en compte des troubles psychiques de la personne est le deuxième facteur expliquant la non-adhésion de Lavande à la relation de prise en charge proposée, car, pour qu'une relation de prise en charge puisse se mettre en place entre Lavande et son bailleur, il faut prendre en compte sa passivité. Il faut un échange autour des troubles psychiques et non de la dette, un échange ne plaçant pas l'un des agents, la locataire en l'occurrence, dans la seule position de débiteur¹⁰⁶, le statut que lui confère sa dette locative ainsi que l'ordonnance de résiliation du bail délivrée par le juge.

Or, l'observation détaillée de la situation de Lavande et des différentes actions mises en œuvre par les acteurs impliqués m'ont donné à voir que ce qui s'échange entre le bailleur et elle,

¹⁰⁶ La prise en charge par la conseillère sociale se met en place du fait notamment d'une importante dette locative, ce qui place la locataire dans une position, un statut de débiteur.

premièrement, reste tourné vers le remboursement de la dette ou une réparation de celle-ci et, deuxièmement, place la locataire dans des positions relatives à cette dette.

Pour qu'une relation de prise en charge des troubles psychiques se mette en place, il faut pouvoir donner à chaque agent des places – toutes les places du discours - relatives aux troubles psychiques et à leur éventuelle gestion – et non pas de la dette. Une prise en charge relative aux troubles psychiques de la locataire aurait permis, soit de les voir comme une circonstance atténuante et partant, une bonne raison d'apurer la dette ou de mettre en place un échéancier de remboursement raisonnable avec un soutien psychique pour la maintenir dans son logement, soit d'utiliser la dette comme levier pour l'activer – le bailleur peut se saisir de la dette du locataire pour l'activer, c'est-à-dire qu'il peut proposer d'échanger son activation contre un « apurement » de la dette et partant le maintien dans le logement¹⁰⁷.

Or, Lavande ne se voit pas attribuer de circonstances atténuantes et la dette n'est pas utilisée comme un levier pour l'activer, la dette reste le motif de la relation au détriment des troubles psychiques. Il ne s'agit pas, en effet, pour le bailleur d'activer la locataire pour qu'elle sorte de son état catatonique en utilisant la dette – ce qui ferait glisser les statuts de la locataire de débiteur à personne souffrant de troubles psychiques -, mais il s'agit de lui permettre cesser ses nuisances. Elle conserve son statut de débiteur et ne prend pas celui de personne souffrant de troubles psychiques.

Ce qui m'amène à dire que la relation mise en place par les différents acteurs présents dans la situation n'est pas une relation de prise en charge des troubles psychiques de Lavande. En effet, le bailleur social garde une position surplombante vis-à-vis de la locataire ainsi que des autres partenaires et notamment de l'équipe mobile, qu'il a pourtant lui-même sollicitée dans la situation. Il impose sa manière de faire, c'est-à-dire la gestion de la dette et non des troubles psychiques, ce qui ne permet pas de déployer une relation d'une autre nature que celle engagée par Aubépine. La prise en charge des troubles psychiques par la relation notamment avec le

¹⁰⁷ Bien que ça ne soit pas la manière d'intervenir des psychologues de l'équipe mobile (ils sont de formation et d'orientation psychanalytique), certains thérapeutes en santé mentale peuvent utiliser des transactions basées sur la dette ou l'échange financier comme levier, pour obtenir des personnes la gestion de leurs troubles, comme nous l'avons vu plus tôt. Au sein du programme *Strength Case Management* (Floersch, 2002) ou encore des *Assertive Community Treatment* (ACT) (Brodwin, 2013), une relation de prise en charge basée sur l'échange d'argent contre de la compliance prend place. Mais dans les deux cas, l'argent sert précisément de levier et non de motif. L'échange peut également se faire autour de demandes de la personne – parfois non, ce qui amène une transaction utilitariste et non soignante. Il ne s'agit pas d'obtenir le paiement d'une dette mais d'échanger de l'argent contre un comportement. Il ne s'agit pas de sommes dues, de dons (ou de prêts : Jerry Floersch présente une situation où un service qui octroie une somme d'argent (un fonds « de secours ») afin de faire face à une difficulté. Ce don peut alors être pensé comme un prêt, c'est-à-dire qu'il implique l'attente d'une adhésion de l'utilisateur aux services du travailleur social) de la part du service.

psychologue ne parvient pas à s'imposer comme principale dans la relation entre la locataire et l'ensemble des partenaires impliqués dans sa situation et ne reste le fait que d'un seul acteur. Le remboursement de la dette reste l'objectif de la prise en charge mise en place par la majorité des acteurs. C'est une différence notable par rapport à la situation de Myosotis où l'équipe mobile est en mesure d'imposer une relation de prise en charge des troubles psychiques du locataire.

Toutefois, je ne dis pas que l'attitude prise par le bailleur, notamment vis-à-vis du psychologue de l'équipe mobile, est liée à un rejet conscient de la démarche engagée par celui-ci. Il me semble qu'elle relève plutôt d'une méconnaissance des troubles psychiques et de ce qu'ils entraînent et une attitude circonspecte face à l'« agir thérapeutique » du psychologue, un agir qui s'éloigne des méthodes de la conseillère.

Dans l'idéal, l'« agir thérapeutique » du psychologue tient compte des demandes de la personne avec qui il est en relation. Les actions entreprises sont autour du nouage de la relation, des demandes et désirs de la personne. Elles sont aussi et surtout dans l'aptitude à abriter en soi ce que la personne confie, prendre vraiment part à la relation et à ce qu'elle représente pour la personne chez qui le psychologue s'invite. Dans la clinique psychosociale, les actes thérapeutiques mis en œuvre par les psychologues peuvent être portés par des actions à caractère social, médiées par des actions de la vie quotidienne. Au sein de l'équipe mobile, ce qu'est le travail du psychologue a pu faire débat et ne faisait pas consensus – chaque psychologue, suivant sa formation pouvant avoir des modalités de travail différentes. Pour Tilleul, ce travail se compose de différents actes, des « *actes thérapeutiques* » (*op. cit.*, 2013, p. 127) portant sur la dimension psychique des locataires, tels que des rencontres rapprochées dans un colloque singulier, l'écoute active de la personne, de ses demandes, « *la transformation de la maladie en souffrance* » (*ibid.*, p. 122) et la proposition de « *représentations verbales* » (*ibid.*, p. 128).

Ne comprenant pas cet « agir thérapeutique » et le trouvant même inefficace¹⁰⁸, Aubépine a, tout au long de l'accompagnement de Lavande par Tilleul, tenu à garder le contrôle de la relation entre la locataire et les autres acteurs, faisant irruption dans la clinique du psychologue et souvent même écran à ses actes thérapeutiques.

¹⁰⁸ Lors de points d'étape, la cheffe de service ainsi que Tilleul ont expliqué les actions entreprises par l'équipe mobile et leurs objectifs. Ils ne sont pas parvenus à la convaincre de leur expertise dans ce type de prise en charge ni du bien fondé de leur approche.

L'attitude du bailleur, ne prenant pas en compte les troubles psychiques a donc eu pour effet de ne pas permettre la mise en place d'une relation avec Lavande et, par ailleurs, de brouiller la relation entre cette dernière et d'autres acteurs.

Autre élément résultant de la non prise en compte des troubles psychiques de la locataire, ayant mis à mal la relation de prise en charge : la temporalité. En effet, outre la non prise en compte des troubles psychiques, ce qui entraîne un objectif de prise en charge tourné vers le remboursement de la dette, une position et un statut de débitrice dans la relation et l'impossibilité pour cette dernière de s'impliquer dans la relation, la non prise en compte de la temporalité psychique dans la situation ne permet pas la mise en place d'une prise en charge des troubles psychiques.

En effet, les effets du travail psychologique ou psychiatrique ne relèvent pas d'une procédure dans laquelle la durée est écrite. C'est le temps de la psyché, propre à chacun. Les procédures sociales, et notamment les procédures d'expulsion, quant à elles, connaissent une temporalité inscrite dans les procédures elles-mêmes. Elles sont, en outre, rythmées par le temps de traitement des dossiers par les services administratifs. Cette temporalité peut être plus ou moins contrôlée, alors que la temporalité liée au travail psychique ne peut l'être et encore moins par un agent extérieur au colloque qui permet la rencontre thérapeutique. Elle appartient au « *travail psychique partagé* » (*ibid.*, 2013) engagé par le thérapeute et la personne souffrant de troubles psychiques. La non prise en compte de cette temporalité n'a pas laissé suffisamment de temps au psychologue de gérer les troubles psychiques ou du moins de trouver les services *ad hoc*.

En outre, par l'approche utilisée par les travailleurs sociaux dans cette situation, la dette, qui fait symptôme, n'est pas traitée comme relevant des troubles psychiques mais plutôt d'un problème moral - puisqu'il suffit à la débitrice de s'activer - et social - puisqu'il s'agit d'ouvrir des droits sociaux. L'amoralité dont on habille la dette et donc l'action morale de son remboursement ne permet pas de prendre en charge les troubles psychiques de Lavande, voire même les renforce. En outre, le statut de débiteur, qui, dans les représentations, renvoie à celui de mauvais payeur, à un comportement moralement répréhensible, confère à celui qui l'endosse une responsabilité dans la dette, une responsabilité morale, celle de s'activer. Ne pas s'activer pour s'acquitter de cette dette auprès de son créateur est là encore moralement répréhensible : devoir et ne pas rendre sont moralement répréhensibles. Ce statut de débiteur, socialement marqué et entaché par son amoralité supposée, est difficilement conciliable avec une relation de prise en charge des troubles psychiques. Le locataire ne peut être à la fois le débiteur et

l'usager de son créancier et le bailleur ne peut être à la fois le créancier et celui qui prend en charge les troubles psychiques.

Dans la situation de Lavande, cette représentation d'amoralité s'ajoute au poids même de la dette et renforce le sentiment de culpabilité de la locataire ainsi que la méfiance du bailleur à son égard. Le statut de débiteur – celui d'une personne qui doit quelque chose – est difficilement compatible avec celui qui demande une prise en charge. La première dette non remboursable ne permet pas d'en contracter une nouvelle. Par ailleurs, le créancier n'est pas exactement la personne à qui l'on peut formuler cette demande.

D'une part, c'est donc autant l'asymétrie de la relation qui compromet l'adhésion de Lavande à la relation de prise en charge avec son bailleur, que sa position de débiteur, son statut de mauvais payeur – que matérialise la procédure d'expulsion en cours et l'ordonnance de résiliation de bail – et l'incompatibilité de ce statut avec celui de personne qui demande de l'aide – demande qui est finalement princeps de toute prise en charge pour pouvoir devenir un agent de la relation.

D'autre part, accepter une relation de prise en charge équivaut finalement à accroître sa dette envers son bailleur et créancier.

Ces éléments nous permettent de comprendre la démarche d'Aubépine, sous-tendue à la fois par la volonté de garder le contrôle sur l' « agir thérapeutique » du psychologue de l'équipe mobile qu'elle pense inefficace, et par une logique propre à sa vision du travail social visant l'autonomisation de l'usager tout en niant les troubles psychiques et leurs effets. C'est là une manière de penser le trouble qui ne s'accorde pas avec ce qu'ils sont et leur gestion possible, puisqu'ils ne sont ni des problèmes moraux – il n'y a pas d'intention à être un mauvais payeur – ni des problèmes sociaux, du moins à l'origine - ce qu'ils deviennent somme toute.

Ainsi, Lavande bénéficie par l'intervention d'Aubépine, une CESF de formation, en charge notamment de la gestion sociale des impayés et du « traitement social » des locataires en difficulté, de la mise en œuvre de diverses mesures sociales en vue de régler les différents problèmes rencontrés par les locataires, chacune requérant une action de sa part. Ces mesures sociales sont choisies, d'une part, à partir d'un savoir, c'est-à-dire de sa connaissance de dispositifs comme le Fonds de Solidarité Logement (FSL) qui peut permettre recouvrir la dette locative, ou l'ouverture de droits sociaux, etc., et, d'autre part, à partir d'un savoir être, c'est-à-dire de pratiques permettant d'impliquer l'usager dans chacune des démarches. Ces dispositifs et ces pratiques s'inscrivent dans le cadre de politiques sociales que décrit Isabelle Astier :

« L'autonomie est devenue une norme sociale déterminante [...] [Les institutions] ont pour maîtres mots autonomie et responsabilité. Elles prônent une solidarité responsable et dessinent les contours d'un Etat social actif dont les objectifs sont désormais d'activer, de rendre utile, de se rapprocher, de personnaliser, d'accompagner, en un mot de responsabiliser. [...] Il ne s'agit plus seulement d'assurer un revenu minimum [dans le cas de la politique sociale du RMA en 2005] mais aussi d'augmenter les possibilités de participation sociale, de façon à accroître le nombre de personnes actives dans la société. » (op. cit., 2007, p. 15-18)

Outre le renversement de la dette sociale au cours du 20^{ème} siècle qu'évoquait Nicolas Duvoux (2009, 2014), c'est-à-dire que le contrat social n'est plus porté par l'ensemble de la société mais par l'individu, devenu seul responsable de sa situation,

« Ce retournement de la dette sociale engage une nouvelle morale. On n'exige plus de l'allocataire du RMI ou du jeune en difficulté qu'il aime la société, non plus qu'il se soumette à elle de manière passive. Loin s'en faut. Ce que l'on attend de lui, c'est qu'il soit dans la mesure de ses possibilités, autonome, responsable et trouve en lui-même les raisons d'adhérer à la société. Il s'agit [...] de prouver expressément que l'on veut adhérer à la société. » (ibid., 2007, p. 12)

C'est un pas supplémentaire de franchi. Outre l'autonomie et la responsabilisation des personnes, les usagers (de prestations sociales) doivent également trouver en-eux le désir et « les motifs de cette participation » (ibid., p. 12), ils doivent pouvoir adhérer à la société, ce que précisément Lavande n'est pas en mesure de faire.

« Dans une société de souveraineté de l'individu, la liberté agit en supposant un effort de la part des individus et un double mouvement pour se perpétuer. On prie l'individu de désirer, on sollicite de sa part une démarche et une action, une candidature, une prétention, une envie, voire une exigence à l'égard de l'autre lointain. » (Laé, 1996, p.23-25)

C'est à partir du référentiel de ces « nouvelles règles du social » (op. cit., 2007) que la conseillère sociale aborde la situation de Lavande, une personne qui doit se ré-activer pour participer à nouveau à la société.

Ces éléments nous permettent de comprendre également l'attitude de Lavande. Elle souffre de troubles psychiques sévères qui distordent son rapport à la réalité et s'accompagnent pour elle d'un comportement très passif. Par ailleurs, elle est précisément dans l'incapacité de désirer, ou plutôt la seule chose qu'elle parvient à désirer n'est pas entendue (une prise en charge par un CSAPA, institution qu'elle a par ailleurs identifiée). Elle est dans une situation de retrait social qui ne lui permet pas de se mobiliser, quand bien même elle le souhaiterait, et de participer aux différents dispositifs sociaux qui lui sont proposés, bien qu'elle en comprenne l'utilité. La force de son inertie, qui n'a pas à voir avec sa volonté ou sa morale, ne peut être brisée par l'échange que propose la conseillère sociale, c'est-à-dire un échange rationnel, responsable, basée sur l'autonomie, un échange ne prenant pas en compte les troubles psychiques et la passivité.

Outre l'exigence de travail prescrit par la rencontre avec les travailleurs sociaux et la non prise en compte des troubles psychiques dans l'échange – ce qui a des conséquences en termes d'exigence mais aussi de statut et d'orientation de la prise en charge -, il existe un dernier facteur expliquant la non-adhésion à une relation de prise en charge : la position des deux agents dans cette relation et le statut qu'ils occupent. J'ai abordé la question du statut dans la relation sommairement plus haut, mais il mérite qu'on s'y attarde.

Ce facteur est complexe et peut se décomposer lui même en plusieurs facteurs, tous subsumés dans la position et le statut des agents dans la relation. Pour le dire simplement, d'une part, l'asymétrie de la relation en faveur du bailleur peut dissimuler, voire occulter, la non-adhésion à la relation de prise en charge de la locataire, d'autre part, la personne déjà débitrice du bailleur voit sa dette s'accroître par la prise en charge proposée¹⁰⁹, une dette qu'il est impossible de rembourser. Et enfin, le statut de débiteur est entaché d'amoralité, comme je l'ai dit plus avant, un statut difficilement compatible avec celui de personne en demande d'une prise en charge – et avec la demande¹¹⁰ en elle-même.

Durant mon observation de la situation – de février 2018 à juin 2018 –, j'ai pu comprendre que, bien que souffrant de troubles psychiques, Lavande vit très mal les nuisances qu'elle

¹⁰⁹ A la dette financière s'ajoute une dette symbolique.

¹¹⁰ La demande peut être impulsée par le travail des intervenants, c'est-à-dire qu'il n'y a pas nécessairement de demande initialement – ces personnes étant souvent des personnes qui ne demandent rien – mais les intervenants s'attachent à « créer » cette demande (ce qui ne signifie pas que l'on impulse une demande concrète, sa forme et son contenu appartient à la personne. C'est la posture de demande qui est recherchée) ou plutôt à faire émerger une demande. C'est par cette demande que la personne « prise en charge » parvient au statut d'agent dans la relation, au « je ». Ainsi, dans une équipe de secteur ayant créé une association de logement – et dont j'ai déjà parlé plus tôt – un financement de projet a été prévu dans le budget afin de permettre aux personnes bénéficiant d'un logement associatif, de partir en vacances dans une chambre d'hôtel dans la ville même où elle loge, de partir à Venise lors du Carnaval pour présenter ses créations, de partir quelques jours dans sa famille, etc.

occasionne. Elle vit très mal son incapacité à s'activer, à s'entretenir, à entretenir son logement, mais également son incapacité à payer son loyer, ses factures. Elle exprime une honte et une forte culpabilité du fait de l'état de son appartement ou de son apparence, du fait également de sa dette envers le bailleur social. Elle sait lui être redevable et ne peut, de ce fait, avoir une position symétrique dans une relation à lui. Ses troubles psychiques n'ocultent ni sa dette, ni son sentiment de redevabilité, voire l'amplifie.

Ces sentiments et la dette en elle-même placent donc la locataire dans une position inférieure par rapport au bailleur et rend leur relation tout à fait asymétrique, ce qui ne l'aide d'ailleurs pas à endiguer ces deux sentiments très envahissants et écrasants et à sortir de sa catatonie.

La relation asymétrique finalement ne donne pas à voir les choses telles qu'elles sont. En effet, bien que Lavande ouvre sa porte, du fait même de la position de débiteur qui est la sienne, du fait de sa position inférieure dans la situation par rapport à son créancier, elle ne peut exprimer ce qu'elle souhaite, ou ne souhaite pas. Autrement dit, l'asymétrie dissimule, occulte, la non-adhésion de Lavande : elle peut tout à fait rester en marge, ne mettre rien en œuvre, ne devenant pas un sujet, un agent de la relation, restant en dehors sans s'impliquer, tout en acceptant en apparence le lien.

En effet, la relation de prise en charge des troubles psychiques, pour être une relation, doit permettre à chacun d'être un agent et offrir à chacun la possibilité d'occuper toutes les places du discours. Par ailleurs, les deux agents doivent être engagés dans la relation et échanger (même de manière contrainte¹¹¹).

Plus précisément, la relation interne qu'est la relation de prise en charge des troubles psychiques (Descombes, 1996 ; Ehrenberg, 2011), mais également la relation débiteur-créditeur, distribue et définit les rôles entre les deux agents. Si elle se trouve par trop asymétrique et reposant notamment sur une dette, elle met l'un des deux agents dans une position de dépendance vis-à-

¹¹¹ Comme l'ont montré Jerry Floersch (2002) et Paul Brodwin (2013), des relations de prise en charge des troubles psychiques peuvent user – à divers degrés de la contrainte – comme lorsqu'un usager du programme *Strength Case Management*, dont les cheveux sont très sales et hirsutes, accepte d'aller chez le coiffeur contre le versement de ses allocations (ibid., 2002). Ce type d'accompagnement fonctionne par marchandage/transaction, ce qu'Ann Lovell (1996) appelle du « volontarisme contraint » ou encore de « l'adhésion utilitariste ». Toutefois, il s'agit de gestion des troubles et non de soins ; le rétablissement des personnes n'étant alors pas l'horizon. Pour qu'une relation de prise en charge de ces troubles entendue au sens de soin puisse se développer, il faut pouvoir penser, alors, une relation intersubjective, une relation symétrique. Pour la personne, cela implique qu'elle soit, comme l'indique Maela Paul (2019) : « la seule personne habilitée à dire ce qu'il en est de son histoire ou de sa situation, car c'est cette prise de parole sur son vécu expérientiel qui peut être constructrice » (ibid., p. 270). C'est ainsi, par l'alliance thérapeutique – soit une rencontre intersubjective où chacun est un agent -, que les thérapeutes s'y prennent pour prendre en charge les troubles des personnes, c'est-à-dire pour les soigner (cure) ou tout du moins offrir du soin (care).

vis de l'autre. « *La sanction de l'obligation de rendre est l'esclavage pour dette* » (Mauss, 2012, p. 212). La relation de Lavande avec le bailleur la place dans une position qui finalement ne lui permet pas de refuser la relation en apparence, alors que justement, rentrer dans la relation de prise en charge renforcerait encore davantage sa dépendance et son sentiment de honte et de culpabilité, et en fin de compte sa dette vis-à-vis de son créancier.

Par conséquent, on peut faire l'hypothèse que Lavande n'accepte pas d'échanger – ou de transférer - une part de responsabilité quant à ses problématiques psychiques ou même sociales vers Aubépine, parce qu'elle lui est déjà par trop redevable. En outre, elle n'est pas en mesure d'accomplir le travail demandé par et dans la relation, ce dernier ne tenant pas compte de ses troubles psychiques et n'ayant pas pour objectif de les soigner ou de les gérer.

Du fait même de sa position et de son statut de débitrice vis-à-vis du bailleur social, elle ne peut accepter une nouvelle dette s'ajoutant à la précédente, un don¹¹² qu'elle n'est en mesure ni de recevoir ni, par ailleurs, de rendre. La relation entre Lavande et Aubépine ne peut se dégager de la dette, de la culpabilité, de la redevabilité.

Il ne s'agit pas d'un choix, comme on choisit de manière éclairée, il s'agit plutôt d'une manière d'être qui est le résultat des troubles psychiques, d'une non-demande au départ, d'une non-prise en compte de l'effet de ses troubles et d'une relation asymétrique qui ne lui permet pas de devenir un agent dans la relation.

Concernant Myosotis, la relation entre lui et son bailleur diffère en plusieurs points. D'une part, il n'est pas débiteur de son bailleur. Il est à jour dans le paiement de son loyer. D'autre part, les nuisances qu'il occasionne lui échappent. Il se sent lui-même persécuté par son voisinage et par les nuisibles qui ont envahi son logement. Les troubles psychiques mettent une distance entre ses comportements et les nuisances dont il ne s'estime pas responsable ni coupable. Il pense même que le bailleur lui doit un logement plus digne du fait même qu'il assume ses charges. Ses symptômes l'amènent finalement à penser que ses problèmes viennent de l'extérieur, ses problèmes sont extérieurs à lui. Lavande, quant à elle, vit ses troubles psychiques d'une tout autre manière. Ils renforcent une image fortement négative d'elle-même, les problèmes qu'elle rencontre sont perçus comme à l'intérieur d'elle.

La réalité, pour ces deux personnes, est pour autant tout aussi distordue, l'un ne percevant pas les nuisances qu'il occasionne, l'autre ne pouvant lutter contre cette force psychique qui

¹¹² C'est un don qui n'est pas dans une relation d'agapè. Le donneur attend qu'il soit reçu et rendu.

l'empêche de s'activer, ni de voir le caractère non moral de ses difficultés. Ses difficultés se logent bien dans son psychisme mais pas dans son sens moral. Cependant, l'amoralité de son comportement perçue par le bailleur et projetée sur elle, est admise par elle-même, ce qui ne lui permet pas d'accéder à un autre statut dans la relation qui les unit. Elle se considère elle-même comme débiteur et non pas comme une personne qui devrait être prise en charge.

En outre, la nouvelle dette que représenterait la prise en charge du bailleur vient appuyer davantage sur son amoralité et son attitude de mauvais payeur puisqu'elle est mise en place précisément du fait de la dette, ce qui, par un effet de vase communicant, donne au bailleur une position très surplombante. En position de créateur, ce dernier est en mesure d'exiger une réparation de la part de la locataire, alors même que c'est pour elle qu'on souhaite mettre en place une telle mesure.

Le bailleur ne peut occuper toutes les places, c'est-à-dire celle du créateur et celle du « soignant » ou du moins de celui qui prend en charge les troubles psychiques. Mais il peut, par l'intermédiaire d'une équipe d'appui et par la mise en attente de ses propres objectifs, contribuer à améliorer la situation psychique de ses locataires. Dans la situation de Lavande, ce n'est pas l'option qu'il choisit.

Dans cette situation particulière, les trois facteurs, que sont le travail impossible exigé par la relation, la position par trop asymétrique et de dépendance occupée par les agents ainsi que la non-prise en compte des troubles psychiques, obèrent les chances de pouvoir mettre en place une relation de prise en charge des troubles psychiques et plus précisément une prise en charge entendue comme soin – et non pas comme gestion. En effet, le bailleur social occupe une position surplombante dans la relation alors même qu'il ne prend pas en compte les troubles psychiques de Lavande et qu'il exige d'elle un travail qu'elle n'est absolument pas en mesure de faire.

La relation qui se dessine donc entre le bailleur (Aubépine notamment) et la locataire n'est pas une relation de prise en charge des troubles psychiques. C'est davantage la tentative d'instaurer une prise en charge sociale, à laquelle, quoi qu'il en soit, la locataire n'adhère pas, par trop en dette déjà, et avec des troubles psychiques qui ne lui permettent pas de s'y impliquer.

En effet, les troubles psychiques, par leurs particularités diverses – sur les relations, sur les interactions, sur les limites et sur l'investissement de l'espace et des choses - que j'ai déjà évoquées, nécessitent des prises en charge particulières, singulières, dans lesquelles le premier critère est de les prendre en compte et partant, d'adapter la prise en charge à ceux-ci. Un second

critère, moins évident que le premier, est la nécessaire adhésion de la personne¹¹³ à toute psychothérapie¹¹⁴, basée à minima sur « l’alliance au travail », terme qu’utilisait Sigmund Freud pour parler d’alliance thérapeutique¹¹⁵.

Or, comme je le disais, bien qu’un travail de réinterprétation des troubles du comportement ait été effectué - puisque les troubles psychiques sont perçus en premier lieu comme des nuisances occasionnées (perçues parfois même comme « commises ») par des auteurs de troubles, des nuisances qui perturbent l’environnement des personnes qui les occasionnent -, l’incompréhension face aux comportements hors-norme des personnes souffrant de troubles psychiques perdure, ainsi que l’expliquait Erving Goffman (1996). L’entourage, le voisinage, certains acteurs de prises en charge continuent de percevoir les troubles psychiques comme des nuisances sans accepter que ces dernières soient des symptômes ; ils continuent à percevoir ces personnes comme déviantes, ayant fait le choix de ne pas respecter les règles.

Cette incompréhension, doublée d’une méconnaissance des troubles psychiques, peuvent entraîner des prises en charge uni-dimensionnelles persistantes, ou pour le dire autrement, des situations où ne sont mises en œuvre que des actions sociales, alors même que d’autres dimensions devraient être prises en compte, comme la dimension psychique notamment.

L’ensemble des éléments présenté ici me permet de soutenir que la relation entre Lavande et un certain nombre d’acteurs – notamment sociaux - n’est pas une relation de prise en charge de ses troubles psychiques. En effet, Lavande a des relations qui restent fortement influencées par celle que met en place le bailleur social. C’est notamment le cas avec Epicéa, CESF intervenant dans le cadre de l’ASLL. Je précisais plus tôt que la relation avec Epicéa était de meilleure qualité que celle qui existe avec Aubépine. Néanmoins, Epicéa connaît elle aussi un fort contrôle de son travail par Aubépine, ce que perçoit Lavande et ce qui empêche la relation de prise en charge. C’est Aubépine qui a sollicité l’ASLL et c’est elle, également, qui ne demande pas sa prolongation, ne voyant pas la situation de la locataire évoluer (cette dernière est bien incapable de demander la prolongation de l’accompagnement et le psychologue ne l’exige pas).

¹¹³ L’adhésion de la personne dans les prises en charge de leurs troubles psychiques peut être interrogée notamment dans les soins sous contrainte. Il s’agit alors, soit d’hospitaliser la personne dans un service de psychiatrie ou un établissement spécialisé, soit de lui administrer un traitement chimique par injonction de soin. Sans adhésion, il s’agit alors de soigner jusqu’à faire émerger une adhésion lorsque la personne sort de l’épisode de crise.

¹¹⁴ Psychothérapie soit par la parole, soit par traitements chimiques, soit cognitivo-comportementaliste, soit psychodynamique, etc.

¹¹⁵ Au sein de l’équipe mobile dans laquelle j’ai occupé le poste de cheffe de service de juin 2017 à juillet 2018, les psychologues chargés d’accompagner les personnes depuis leur domicile, ont une formation de psychologue clinicien d’orientation psychanalytique, c’est pourquoi les références au travail qu’ils fournissent sont psychanalytiques.

Les visites d'Epicéa à Lavande sont systématiquement médiées par Aubépine qui demande à être présente, toutes les démarches entreprises restent sous son contrôle, ce qui, de fait, ne permet pas la mise en place d'une relation de prise en charge puisqu'elle n'échappe pas aux rapports à la dette, à l'idée qu'il faut « faire soi-même » et surtout à l'idée que les troubles sont davantage moraux que psychiques.

Finalement, l'interférence de la conseillère sociale dans les diverses rencontres pouvant se mettre en place avec la locataire, empêche les relations de s'établir mais également d'exploiter la pluridisciplinarité de l'équipe de partenaires inter-institutionnels. Tout le monde doit s'accorder avec la manière de faire, les pratiques, de la conseillère sociale. C'est en effet, l'objectif du bailleur qui prime.

Une relation échappe toutefois au bailleur, c'est celle avec l'équipe de psychiatrie de secteur (même s'il a tenté malgré tout d'interpeler la psychiatrie par l'intermédiaire du conseil local de santé mentale dont il est un membre permanent), avec qui Lavande est en lien. Elle rencontre, en effet, à plusieurs reprises les professionnels du centre médico-psychologique de son secteur. Cette relation, tout comme celle qui se met timidement en place avec Tilleul, est basée sur sa dimension psychique de Lavande. Il s'agit ici, et l'objectif de l'équipe de psychiatrie ne peut en aucune façon correspondre à celui du bailleur, d'apporter des soins, d'accomplir un travail psychiatrique en vue de gérer la maladie de Lavande. Les difficultés qu'elle rencontre par ailleurs avec son logement ou encore son bailleur ne sont regardées que comme des symptômes qu'il ne s'agit pas de neutraliser, mais de comprendre.

Or, l'équipe du CMP, du fait de sa file d'attente, n'a pas permis à Lavande de bénéficier de l'ensemble des soins qu'elle propose, des soins qui auraient peut-être entraîné l'adhésion de Lavande à la relation avec les soignants et finalement l'alliance de travail.

En outre, du point de vue de Lavande, cette relation n'échappe pas au bailleur, puisqu'il a formulé la demande d'un recours aux soins psychiatriques au CMP, d'une part, par l'intermédiaire de la fiche de saisine transmise à l'équipe mobile et, d'autre part, par des demandes explicites ainsi qu'un questionnement régulier d'Aubépine concernant ses rendez-vous au CMP. Ces rencontres au CMP n'échappent donc pas à l'interventionnisme d'Aubépine et par conséquent à la question de la dette, à la relation débiteur-créditeur qu'elle entretient avec sa locataire, ce qui nuit clairement à la relation de cette dernière avec les professionnels du CMP et ce qu'ils lui proposent – elle est dans l'attente d'un rendez-vous avec un psychiatre, faute de moyens suffisants.

En se rendant au CMP dans un premier temps, Lavande répond davantage au désir du bailleur qu'au sien propre – elle souhaite pour sa part voir ses addictions suivies par un CSAPA.

Pour l'ensemble de ces raisons – l'interférence du bailleur, une non-demande et le délai d'attente au CMP - la locataire, dont le symptôme principal est l'incapacité de s'activer, ne sollicite plus le CMP pour obtenir un rendez-vous. Rapidement, elle cesse tout contact avec le CMP et ne poursuit que ses appels à Tilleul.

Avec la psychiatrie publique, la relation de prise en charge ne s'active pas, aussi bien du fait des professionnels du CMP, de la triangulation de cette relation avec le bailleur, que de la locataire qui ne peut attendre un rendez-vous éventuel dans un délai incertain avec un psychologue, une infirmière ou un psychiatre. Les quelques rencontres au CMP ne suffisent pas à mettre en place une relation de prise en charge, d'une part parce que là-encore, il s'agit d'une injonction du bailleur et, d'autre part, parce que les modalités de rencontre avec les professionnels du CMP ne lui permettent pas de « tenir » la relation, qui par ailleurs ne prendra forme que dans l'avenir (quand une place sera disponible).

b. L'adhésion aux relations de prise en charge

Hors des relations auxquelles Lavande n'adhère pas – pour l'ensemble des raisons que je viens de traiter –, il s'en trouve certaines auxquelles elle parvient à adhérer, et ce, malgré ses troubles psychiques qui pourtant viennent empêcher l'adhésion et sa non-demande initiale.

Si une relation non sollicitée peut se solder par une non-relation de prise en charge (un rejet de la relation de la part d'un agent, ce qui annule la relation), la demande de la personne souffrant de troubles psychiques peut, en revanche, offrir plus de possibilités d'établir une relation de prise en charge et qui plus est, une relation de prise en charge qui s'apparente aux soins, à l'accompagnement, tel que le définit Maela Paul (2009), c'est-à-dire une relation entre deux sujets, l'un guidant l'autre avec un projet individuel (dans le travail social) ou un projet de soins (secteur de la santé), emmené par des compétences mais surtout une présence à l'autre et c'est là que la relation d'accompagnement, la relation de prise en charge peut se mettre en œuvre :

« Dans le travail social : l'« accompagnement » [c'est être] « impliqué dans la relation, l'accompagnant incite l'accompagné à passer d'une position de prise en charge à celle de sujet - acteur. [...] L'accompagnant travaille ainsi, peu ou prou, au guidage ou au

paramétrage d'autrui en tant que sujet capable de faire preuve d'autonomie en exerçant sa capacité à évoluer au sein de situations problématiques : le projet est l'outil de cette autonomisation. [...]

Avec l'accompagnement, glissons maintenant du [travail social] vers [le secteur] de la santé. [...] l'usage du mot apparaît dans le langage infirmier pour désigner un projet de soins et spécifier autant une attitude qu'une relation avec le malade, une conception du soin reposant sur la reconnaissance de la personne comme être humain à part entière. [...] l'accompagnement ne se réduit donc ni à la technicité d'actes de soin ni au soutien psychologique. Son efficacité réside en fait dans l'élaboration d'un projet coordonnant les différents dispositifs (écoute, analyse, négociation), favorisant une évaluation constante des options envisagées. Ce projet relève tant de la compétence que de la présence. » (Paul, 2009, p. 16-33)

Pour autant, la présence à l'autre - même si elle est effective physiquement - n'est pas toujours de mise et la relation peut ne pas se nouer comme nous l'avons vu notamment avec le bailleur social. La locataire, bien que physiquement présente, ne l'est pas psychiquement. Elle n'adhère pas au projet proposé et ne s'implique pas dans la relation.

Pour les relations que Lavande souhaite nouer en revanche, il est nécessaire, malgré son adhésion, de l'aider dans le tissage du lien. Il faut parfois la présence d'un tiers pour donner vie à la relation. L'accompagnement, s'il est à la fois compétences et présence à l'autre, doit permettre d'entendre le projet de la personne mais également de l'aider à le réaliser.

Dans la situation présentée ici, la locataire a exprimé une unique demande concernant la prise en charge de ses addictions, c'est-à-dire le transfert d'une part de ses problématiques vers un autre acteur. Elle exprime au psychologue de l'équipe mobile, Tilleul, son désir d'être prise en charge par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA), institution qu'elle a même repérée. Le psychologue se saisit de cette demande et prend contact avec le centre, prenant en compte la fragilité de la volition de Lavande.

Cependant, le CSAPA sollicité est débordé. Le temps d'attente est long avant que Lavande ne puisse espérer être prise en charge. Par ailleurs, la procédure d'admission exige que soit rempli au préalable de toute rencontre un dossier d'admission comportant un volet médical – qui doit être rempli par le médecin traitant - et un volet social.

Bien que volontaire à une prise en charge¹¹⁶ par ce centre de soins, la locataire n'est pas en mesure de réaliser les démarches permettant de construire ce dossier, la partie sociale la bloque ainsi que les démarches nécessaires pour trouver un médecin généraliste. Le travail exigé ici est encore une fois au-delà de ses possibilités et elle ne trouve pas, parmi les acteurs qui l'entourent, une personne pouvant le « faire avec » elle ou même le « faire à sa place ».

Comme l'indiquait Jeannette Pols dans son article « *Washing Citizen* » (2006), ces deux pratiques d'accompagnement peuvent être légitimées par un idéal de citoyenneté. L'autrice, à partir des pratiques de la toilette par des soignants et leurs justifications dans des maisons de retraite et divers services longs séjours d'hôpitaux psychiatriques néerlandais, en distingue quatre : « laisser faire », « faire avec », « faire faire » ou encore « faire à la place ».

Ainsi on peut laisser faire la personne selon ses préférences personnelles – c'est-à-dire que l'on n'intervient que lorsque la nuisance est trop intolérable pour les autres - c'est le « laisser faire ». On peut également considérer que la citoyenneté nécessite un répertoire de compétences basiques. Il faut donc que la personne apprenne à faire seule, c'est alors « faire avec » et « faire faire », c'est-à-dire le « faire soi-même ».

On peut encore voir la toilette comme un pré-requis à l'auto-réalisation, c'est-à-dire que le projet de la personne prime sur l'apprentissage des compétences de base. C'est le « faire à la place ».

« Deuxième répertoire : la toilette comme compétence basique

La toilette est présentée comme une compétence basique (basic skill). Comme telle, la toilette n'est pas renvoyée aux préférences personnelles. Le savoir-faire de la toilette (washing skills) relève de compétences générales qui doivent être apprises ou entraînées. [...] La manœuvre consiste, autant que faire se peut, à induire les patients à réaliser ces actes eux-mêmes. [...] Le faire soi-même sert aussi l'objectif de maintenir les compétences intactes, entraînées et en l'état.

Ce type de soin est associé à la réhabilitation. On suppose que l'individu souhaite être indépendant pour pouvoir vivre dans la communauté. Se laver soi-même participe à cet idéal d'une vie aussi peu dépendante que possible des professionnels : si vous apprenez à faire ce que vous êtes en mesure de faire par vous-même, vous serez moins dépendant du soutien des professionnels. [...]

¹¹⁶ Je rappelle que la prise en charge, bien qu'une formule grammaticalement passive, nécessite une/des action(s) de la part de celui qui est pris en charge, la première étant la volition ou l'adhésion.

Troisième répertoire : la toilette comme prérequis

Dans le soin qui vise l'auto-réalisation, l'autonomie renvoie au fait de se développer, de choisir, plutôt qu'au fait de faire des choses seul (compétences de base) ou d'être libre de décider de sa propre vie privée. La question des compétences à acquérir est laissée à la discrétion de chacun. Les infirmières ne poussent pas l'individu à apprendre ou à pratiquer des aptitudes spécifiques, comme c'est le cas dans une pratique de soin visant l'acquisition des compétences de base. Elles ne laissent pas non plus les individus décider seuls de leurs objectifs, mais elles s'engagent activement en les soutenant dans l'articulation de ces décisions et en les assistant dans la réalisation de leurs projets personnels. » (Pols, 2006, p. 85-90)

Dans le cas de Lavande, il semble que le troisième répertoire – appliquer non pas à la toilette mais à la réalisation de ce dossier d'admission - n'ait pas été retenu. Ne voyant aucune explication l'empêchant de le faire et de le faire seule, autre que ses troubles psychiques, les acteurs, y compris Tilleul, qui, en sa qualité de psychologue, ne s'est pas investi de cette mission, ont estimé la réalisation de ce dossier comme relevant du deuxième répertoire, c'est-à-dire des compétences basiques à avoir. Cela n'implique donc pas que l'on fasse à sa place, ni même que l'on fasse avec elle. On a *supposé*, comme le dit Jeannette Pols, que l'intérêt de Lavande était d'être indépendante.

Comme l'auteure le précise par ailleurs dans cet article, le fait de ne pas accomplir des compétences de base peut être interprété comme un refus, voire même du sabotage du soin. Pour ce qui est de Lavande, son attitude passive, en général et en particulier concernant la réalisation de ce dossier, n'échappe pas à cette lecture. Ce qui généralise parmi les acteurs la pratique du « faire faire » et de l'exigence de « faire soi-même ».

Comme je l'exprimais plus haut, la place surplombante du bailleur donne une « coloration » purement sociale à la relation – toutes négociations entre les différents acteurs et leurs missions étant rendues difficiles du fait même de la place qu'occupe le bailleur dans la relation. De ce fait, à l'exception de Tilleul, les autres acteurs, par l'intermédiaire du bailleur social sont prescripteurs d'un travail que la locataire ne peut accomplir, du « faire soi-même », ce qui est en accord avec les attentes et les injonctions à l'autonomie qui traversent les actions sociales (Astier, 2007 ; Duvoux, 2009).

Or, du fait des troubles psychiques de Lavande, le fait même que ses symptômes se logent précisément dans sa possibilité d'action, voire sa volition, le « faire avec », voire le « faire à la place » auraient pu être envisagés, de sorte que la prise en charge des troubles psychiques puisse se mettre en place, de sorte que sa demande soit le départ même de cette prise en charge.

Partant de la demande de la personne, on peut alors parler d'accompagnement et non plus de prise en charge. Toutefois, comme ce mode d'action n'est pas majoritaire dans le travail que je propose ici, j'ai fait le choix d'utiliser le vocable de « prise en charge », plus proche de ce que j'ai pu observer.

Dans la relation de prise en charge que l'on étudie ici, le CSAPA n'est donc pas intervenu alors même qu'il représentait une attente – la seule même – pour la personne, qui n'a pas pu mettre en œuvre les actions nécessaires pour cela. En effet, bien que la locataire souhaite être prise en charge par le CSAPA, elle n'est pas en mesure de faire seule les démarches pour y être admise. Dans l'accompagnement, un acteur aurait du sans doute faire à sa place ce dossier d'inscription, ce qui, il est vrai, n'aurait en rien de la réussite d'une telle prise en charge. Toutefois, dans la relation de prise en charge, la prise en compte de sa demande aurait certainement eu un effet dans la rencontre, dans le lien nécessaire à tout accompagnement.

Pour sa part, le psychologue de l'équipe mobile, s'il ne réalise pas le dossier avec la locataire, n'est pas dans l'injonction du « faire soi-même ». Hormis leurs rencontres, il n'exige pas d'actions concrètes, ce qui permet d'ailleurs à cette dernière d'adhérer et de rentrer dans la relation. Toutefois, il ne se saisit pas la demande de la locataire.

En ce qui concerne le CSAPA, il a entrepris cette démarche, mais n'a pas cru bon de la poursuivre. De plus, comme on le verra par la suite, il a été fortement parasité dans son suivi par le bailleur social qui n'a jamais permis à cet accompagnement de se déployer et, partant, de devenir opérant.

Pourtant, Lavande s'en est remis à Tilleul, investissant la relation, échangeant avec lui, lui ouvrant sa porte, l'appelant. Sa passivité, toujours présente – et peut-être réactivée par l'échec de la rencontre avec le CSAPA – la pousse tout de même à plusieurs reprises à ne pas répondre au téléphone ou à ne pas laisser le psychologue entrer bien qu'ils aient rendez-vous, bien qu'elle accepte d'échanger sur son vécu avec lui à d'autres moments.

Des mois peuvent s'écouler entre deux rencontres. Puis, les appels reprennent, les visites sont un peu plus animées. La relation, bien qu'effective, reste instable, au gré des ressources de Lavande, de Tilleul, mais aussi au gré des interventions d'Aubépine.

Le travail psychique entamé grâce à la relation est exigeant par nature, pour Lavande mais aussi Tilleul, c'est-à-dire qu'il demande une implication psychique, une présence, qui peut être par trop exigeante, même si ce n'est pas la même chose que remplir un dossier administratif.

En effet, le psychologue accepte une relation dans laquelle, d'une part, les comportements « étranges » de Lavande sont permis et, d'autre part, l'activation doit venir de lui. En effet, il tente lui-même de l'activer par des mouvements psychiques transférentiels induits par la relation qui les unit notamment. Toutefois, l'impossible activation, si on la regarde comme un symptôme des troubles psychiques, ne peut se résoudre simplement. Marie-Jean Sauret, psychanalyste et chercheur, explique la notion de symptôme – précisément pour la psychanalyse :

« Le symptôme psychanalytique lui-même présente une face pathologique et une face « fonctionnelle ». Cette double casquette [...] a été perçue par Freud, qui écrit, dans une note de L'interprétation des rêves datée de 1914, qu'« une partie du symptôme correspond à l'accomplissement du désir inconscient, une autre à la réaction contre celle-ci ». Il serait abusif d'identifier le « pathologique » du symptôme au versant défense, et sa « fonction » au versant désir, puisque c'est du conflit entre les deux pôles que souffre le sujet. Mais une partie du symptôme est bel et bien, dans cette conception, portée, par le désir, vers l'altérité à laquelle elle ouvre le sujet. » (Sauret, 2008, p. 238)

En psychanalyse, et donc pour Tilleul, le symptôme, dans le cas de Lavande, son inertie, sa massive passivité, relève donc à la fois d'une fonction, d'une défense. Lever le symptôme peut entraîner la personne dans une situation d'extrême souffrance. Il est important pour le psychologue de permettre à la personne de comprendre le désir sous-jacent et la réaction à ce désir. Ainsi dans la situation de Lavande, il s'agit pour Tilleul de comprendre quel désir et partant quelle réaction contre ce désir l'amène à se désactiver. Réactiver la personne sans comprendre le sens même du symptôme n'a pas de place dans la pratique du psychologue. Il ne s'agit en effet pas de réduire les nuisances, de neutraliser le symptôme, mais de le comprendre, de comprendre le mécanisme désir-réaction contre le désir afin d'aider la personne à aller mieux et peut-être finalement de s'activer.

Cette pratique, ici, se voit à la fois difficile à tenir dans la longueur pour le psychologue et parasitée par les interventions du bailleur, qui, pour sa part, pense que la manière d'intervenir est d'annihiler le symptôme, sans en comprendre le mécanisme. Comme je le montrerai plus

tard, la place occupée par le bailleur parmi les intervenants donne alors une prépondérance à sa pratique plutôt qu'à celle du psychologue.

Ce qui s'échange donc entre Tilleul et Lavande est réellement tourné autour des troubles psychiques de cette dernière, ils sont pris en compte et la relation a pour but de les soulager, ou du moins de soulager Lavande. Tilleul a perçu l'importance d'aborder la situation de Lavande non pas sous l'angle de sa dimension sociale, mais sous l'angle de sa dimension psychique, ce qui permet à Lavande de s'impliquer.

En outre, la relation est intersubjective, chacun à un rôle d'agent, occupant une place d'acteur. Le thérapeute donne du soin, basé sur l'écoute, la parole, et Lavande adhère à la relation, y entre et s'y investit. Elle reçoit le soin, la sollicitation, et rend une implication, dont l'intensité dans le temps peut être très variable.

En revanche, la place de Tilleul dans la prise en charge globale et parmi les acteurs impliqués est responsable en partie des distances que prend Lavande par moment. En effet, tout comme Myosotis, elle comprend les liens existant entre le bailleur et son prestataire, l'équipe mobile, ce qui entache leur relation.

Mais c'est d'une manière tout à fait différente de la situation précédente. Ainsi, si, avec Myosotis, la position de prestataire du bailleur nuit à la confiance que le locataire peut accorder aux psychologues ou encore à la cheffe de service, avec Lavande, il s'agit davantage de la très faible marge de manœuvre qu'a le psychologue, aux prises avec un bailleur désireux de contrôler les relations de la locataire avec tous les autres intervenants. Tilleul est mis en situation de faiblesse, il est même souvent mis, par le bailleur, à la même position que la locataire. Ses actes thérapeutiques n'ont pas la portée escomptée.

Par ailleurs, le caractère d'urgence de la situation du fait même que le bailleur s'est vu autorisé par le tribunal à résilier le bail – il n'a plus qu'à faire parvenir à la locataire un commandement de quitter les lieux au moment qu'il juge opportun – ne permet pas de déployer sereinement un accompagnement des troubles psychiques.

Ainsi, même si Lavande adhère à la relation que lui proposent l'équipe mobile et son psychologue, Tilleul, cela ne permet pas de mettre en place une relation de prise en charge de ses troubles psychiques. En effet, comme on peut le voir notamment avec les associations de

logement créées par les secteurs de psychiatrie, les prises en charge sont pluridimensionnelles¹¹⁷ – c'est-à-dire qu'elles permettent de prendre en compte les diverses problématiques rencontrées par les personnes au niveau social, biologique et psychique. Par ailleurs, l'équipe de soin - même si chaque acteur, au sein de l'équipe, a une mission spécifique - partage un objectif commun : permettre à la personne de gérer sa santé mentale et de vivre dans son logement.

Or, dans les prises en charge pluri-institutionnelles depuis le domicile, et dans le cas particulier de Lavande, la prise en charge n'est pas pluridimensionnelle. Afin que Tilleul puisse déployer son accompagnement psychique, il aurait fallu prendre en charge les problématiques sociales au regard des troubles psychiques. Ni lui, ni les acteurs sociaux n'ont pu le faire. En effet, la prise en charge proposée n'a jamais tenu compte de l'intrication des dimensions de la personne. Or, c'est bien ainsi qu'il aurait fallu concevoir la prise en charge. En effet, les problématiques sociales majeures de la locataire sont un véritable obstacle à sa vie en appartement, à la prise en charge de ses troubles psychiques – car, il est important de garder à l'esprit, que son accompagnement psychique avec Tilleul est dépendant de son maintien dans son logement. De surcroît, ses troubles psychiques sont un obstacle majeur à la prise en charge de ses problématiques psychiques. Différencier les deux accompagnements n'a pas été pertinent et n'a pas permis à la relation de prise en charge des troubles psychiques de se mettre en place.

En outre, par la description des relations de la locataire aux acteurs impliqués dans sa situation, on peut voir l'importance des enjeux de celles-ci. Bien que les acteurs soient présents et même actifs, cela n'implique pas pour autant que la prise en charge existe, que la relation de prise en charge soit en place. On remarque ici que la seule relation de prise en charge existante est celle qui unit Lavande et Tilleul. Toutefois, la non prise en compte de sa demande, la prise en compte d'une seule de ses dimensions, ainsi qu'une position de dépendance vis-à-vis du bailleur, ne permet pas à cette relation de se déployer et d'apporter à la personne un accompagnement suffisant.

Les autres relations ne sont pas des relations de prise en charge des troubles psychiques car ce qui s'échange n'est ni un accompagnement, ni du soin, au regard de ces troubles. Ce qui s'échange ne prend pas en compte les troubles, ce qui rend le travail exigé impossible à fournir.

¹¹⁷ J'ai proposé dans ce travail de thèse le récit de vie de Madame R., locataire d'un logement associatif que j'ai rencontré en mai 2016. Vous pouvez vous reporter en annexe 4 (p. 593-595) ou encore p. 160-161 pour comprendre sa situation et la prise en charge mise en place.

Lavande ne peut y jouer qu'un rôle passif, une passivité encore accentuée par la position de débiteur qui est la sienne.

Cela sous-tend, par une définition négative de la relation de prise en charge, que ce qui est proposé à Lavande ne convient pas à la prise en charge de ses troubles et que le travail fourni par les acteurs n'est pas un travail sur la santé mentale de la personne. Par conséquent, à partir de cette description, on peut se risquer à donner une définition positive de la relation de prise en charge des troubles psychiques : une relation dans laquelle les troubles psychiques et ce qu'ils entraînent sont pris en compte, une relation dans laquelle, d'une part, les agents ont une position qui leur permettent à tous deux d'être des acteurs – ils doivent tous deux être en mesure d'occuper toutes les places du discours – et, d'autre part, une demande est formulée de la part de la personnes *prise* en charge (c'est là même, le travail qu'elle a à accomplir) et par ailleurs, une relation dans laquelle le travail demandé aux acteurs est en mesure d'être fourni.

Les relations qu'entretient la locataire sont donc primordiales à la compréhension de la relation de prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile, tout comme les relations qu'entretiennent les autres intervenants entre eux.

Avant de décrire les relations de l'équipe mobile avec les partenaires présents dans la situation de Lavande, voyons tout d'abord les relations du bailleur social avec ceux-ci.

2. Les relations du bailleur social

Nous avons vu que malgré la présence autour de la locataire de nombreux acteurs, celle-ci n'est en relation effective qu'avec le psychologue qui, pour sa part, n'offre une prise en charge que de sa dimension psychique, alors même qu'une prise en charge psychosociale aurait sans doute permis de répondre à sa demande (prise en charge par le CSAPA) et de gérer davantage ses troubles psychiques. En outre, il semble que l'omnipotence du bailleur dans les diverses relations qui tentent de se nouer ait joué un rôle dans l'impossible mise en place d'une relation de prise en charge des troubles psychiques de la locataire.

Comme pour Myosotis, c'est le bailleur social qui initie la relation de prise en charge de Lavande et qui sollicite d'autres intervenants autour de la situation.

Les troubles psychiques s'opérationnalisent au travers d'une dette locative importante ce qui place le bailleur dans une position de créancier vis-à-vis du locataire qui lui est redevable et en

position de débiteur. Cette position, outre qu'elle donne un certain ascendant moral au bailleur, lui ouvre également des droits comme celui d'interpeler la justice afin d'obtenir réparation. Il peut également demander l'expulsion du locataire débiteur.

Dans la situation de Lavande, contrairement à la situation précédente, après avoir sollicité la justice, le bailleur obtient la possibilité de résilier le bail et donc de procéder à l'expulsion. Ce jugement en sa faveur, outre l'ascendant moral qu'il détient, lui donne également un ascendant juridique. Il est en capacité à tous moments de délivrer à la locataire le commandement à quitter les lieux, sorte de couperet suspendu au-dessus de celle-ci.

Pourtant, parallèlement à la procédure d'expulsion, le bailleur, par l'intermédiaire d'une conseillère sociale, Aubépine, demande également la présence de son équipe d'appui, l'équipe mobile associative. Ses attentes vis-à-vis d'elle sont le « soutien psychologique » de la locataire.

On peut de suite s'interroger sur les intentions du bailleur dans la situation et l'objectif qu'il poursuit.

Les relations de prises en charge des troubles psychiques depuis le domicile entreprises par les bailleurs sociaux ont des objectifs se situant dans un continuum entre la gestion de ces troubles permettant à la personne de mener une vie digne et autonome dans son logement et la neutralisation des nuisances engendrées permettant à la fois à l'ensemble des locataires de « jouir paisiblement » de leur logement, au bailleur de respecter ses missions envers ses locataires et de ne pas subir des pertes de revenus (non paiement des loyers) ou des dégradations de ses biens, mais également à la personne de se maintenir dans son logement. Cet objectif est ensuite renégocié entre les différents acteurs en présence, jusqu'à ce qu'un objectif commun puisse émerger et permettre l'organisation de la prise en charge. Ainsi l'objectif commun se situe plutôt du côté de la prise en charge de la personne et de ses troubles ou plutôt du côté de la prise en charge des nuisances, se centrant alors davantage sur l'entourage.

Dans la situation de Lavande, on peut s'interroger quant à l'objectif du bailleur social : s'il se situe dans ce continuum - entre la gestion des troubles psychiques et la neutralisation des nuisances engendrées par ceux-ci – ce dernier peut-il être d'expulser la locataire tout en lui offrant par la présence d'un psychologue de l'équipe mobile un soutien durant cette épreuve ? Ce qui alors n'est pas dans les missions de l'équipe mobile qui doit travailler au maintien dans le logement des personnes en évaluant leur situation et leurs besoins et en mettant en place les

accompagnements nécessaires à la réalisation de cet objectif (l'objectif visé étant la personne et ses troubles et non les nuisances).

La réponse à cette interrogation n'est certainement pas tranchée, manichéenne.

Elle se situe dans ce continuum et peut varier d'un acteur à l'autre dans l'institution « bailleur social ». En outre, trancher cette question relève d'une lecture de l'histoire *a posteriori*, de la fin vers son début, lorsque l'on connaît le résultat (ici l'expulsion). Il y a fort à parier que tout au long de l'accompagnement de cette situation, tout comme pour l'équipe mobile et ses intervenants, les opinions des intervenants du bailleur, leurs sentiments, leurs affects, vis-à-vis de la locataire, vis-à-vis de sa situation, ont évolué, se sont transformés, ont connu des revirements, au gré des réactions de Lavande et des réactions des intervenants à ses réactions (ce que les psychologues pourraient appeler le transfert et le contre-transfert).

L'ambiguïté du bailleur et son ambivalence quant à l'action à mener auprès de Lavande sont révélées par le fait que finalement il convoque à la fois l'équipe mobile et le FSL, c'est-à-dire une institution pour travailler sur les troubles psychiques de la personne et une autre sur un soutien au maintien dans le logement, alors même qu'il a entamé une procédure d'expulsion et qu'il a obtenu sa validation par le juge.

Les problèmes soulevés par l'attitude ambivalente du bailleur sont la non-transparence quant à ses intentions qui n'ont pas permis d'aider Lavande. S'il souhaitait dès le départ l'expulser, il aurait été plus utile de solliciter un service social travaillant sur les questions d'hébergement et de relogement, plutôt que l'équipe mobile dont les missions sont autres.

Durant mon terrain au sein de l'équipe mobile, j'ai pu constater à de nombreuses reprises un usage de l'équipe mobile par les bailleurs ne relevant pas de ses missions. Il a été pourtant régulièrement répété aux bailleurs – par la première cheffe de service de l'équipe mobile puis par moi-même - qu'il était impossible aux psychologues d'accomplir leur mission si l'expulsion du locataire était en cours, du fait même qu'il n'est alors plus possible de travailler au maintien de ce dernier dans son logement, et du fait également de la temporalité qui n'est pas en faveur d'un travail psychique.

On peut faire l'hypothèse qu'en de telles situations, le bailleur social tache de soulager sa propre culpabilité vis-à-vis des expulsions qu'il met en œuvre – les expulsions sont des moments délicats et culpabilisants notamment pour les agents du bailleur, comme les conseillères sociales ou les gardiens d'immeubles, qui se trouvent en lien direct avec les personnes.

En effet, si le psychologue peut soulager le locataire dans une situation dominée par « la peur » (Vincent, 2014)¹¹⁸, cela peut également donner au bailleur l'illusion d'avoir tenté d'agir en faveur du locataire, ce qui est sans doute l'usage le plus simple de l'équipe mobile dans ce cas de figure.

L'équipe mobile associative peut, en outre, porter cette culpabilité à la place du bailleur. Elle est effectivement mise en échec, d'une part, face aux attentes du bailleur, ne parvenant pas par exemple à amener la personne vers les soins et, d'autre part, face à ses propres attentes, comme soulager la « peur » du locataire ou encore trouver une solution d'hébergement après l'expulsion.

Il y a alors un transfert de responsabilité – et de culpabilité - de la part du bailleur vers les intervenants de l'équipe mobile. En effet, il s'en remet à elle pour trouver une solution de relogement – ce qui encore une fois transfère de culpabilité vers l'équipe mobile dont ce n'est pas la mission et qui ne parvient pas à trouver de solution.

En effet, l'hébergement ou le relogement des personnes ou familles expulsées aujourd'hui est organisé par des plateformes régionales, les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO). Même si l'équipe mobile associative est gérée par une association qui assure également la gestion de centres d'hébergement, de foyers de vie ou de logements accompagnés, elle ne peut s'adresser en interne pour trouver une place d'hébergement. Elle doit passer par le SIAO pour en obtenir une. Un dossier doit être déposé en vue d'une demande d'hébergement ou de logement, puis en fonction de l'urgence de la situation, des droits des personnes, de leurs revenus, mais également du nombre de places disponibles, une solution peut éventuellement être proposée. Ces plateformes ont pour but en partie de garantir davantage d'égalité entre les personnes en situation de grande précarité et d'éviter des arrangements tenant du réseau personnel des aidants (les associations ou les proches) ou des usagers.

Le SIAO a pour mission d'organiser les orientations, grâce notamment à sa vue d'ensemble du parc d'hébergement et du parc de logement de transition, de coordonner les acteurs locaux de l'hébergement et du logement, de soutenir un accompagnement personnalisé pour les personnes hébergées ou relogées et enfin l'observation de la situation globale.

¹¹⁸ « Les récits des personnes [qui connaissent une procédure d'expulsion] interrogées rendent aussi compte d'une profonde angoisse, l'emploi récurrent du mot « peur » en étant sans doute la plus forte représentation. » (Vincent, 2014, p. 45)

Un rapport de l'observatoire du Samu Social de Paris (Eberhard et Mengotti, 2016) indique que les chances d'hébergement sont moindres pour les personnes isolées (comparativement aux familles) et qu'en outre l'expulsion avérée – si elle n'est pas effectuée par les forces de l'ordre, ce qui ouvre un Droit de priorité pour quatorze nuitées en hôtel social - ne les améliore pas, tout comme le fait d'être accompagné par une association. Il existe en effet une pénurie d'hébergement en Île-de-France qui pousse le SIAO à être très sélectif quant à l'aide qu'il peut apporter.

Dans le cas de Lavande, personne isolée, sans aucun revenu et accompagnée par une association, les chances sont minces de trouver un hébergement à la suite de l'expulsion et même en anticipation de l'expulsion.

Par ailleurs, la question du relogement n'est pas une mission de l'équipe mobile, non dotée de travailleurs sociaux, qui voit de surcroît la situation lui être retirée dès l'expulsion avérée puisque ses interventions ne peuvent s'adresser qu'aux locataires des bailleurs.

Le bailleur, pour sa part, bien qu'ayant des travailleurs sociaux en son sein, ne peut faire la démarche auprès du SIAO étant celui qui est à l'origine de l'expulsion. Il faut alors trouver un acteur à même de le faire, tout en gardant en tête que la locataire ne sera pas prioritaire. Dans la situation présentée ici, c'est Badiane, la cheffe de service de l'équipe mobile, qui se charge de constituer une demande auprès du SIAO.

Outre le fait que l'équipe mobile n'est pas l'acteur adéquat pour traiter la question de l'hébergement ou du relogement de la locataire une fois expulsée, dans une telle situation, elle n'a pas le temps suffisant – le temps psychique n'est pas celui du temps social – pour mettre en place une prise en charge des troubles psychiques en réorientant la personne vers des dispositifs ou structures *ad hoc*¹¹⁹. En moyenne¹²⁰, un accompagnement par l'équipe mobile dure près d'un an.

Par ailleurs, elle est souvent démunie face à des personnes n'ayant formulé aucune demande à son endroit et se trouvant dans une situation sociale quasi-inextricable.

Dans les situations où la procédure d'expulsion est enclenchée et où le bailleur a reçu l'ordonnance de résiliation du bail de la part du juge, l'équipe mobile n'est pas en mesure de

¹¹⁹ Cela nécessite au préalable une évaluation de la situation globale, et pour cela une entrée en relation, puis une mise en lien – en transférant le lien créé avec la personne vers une structure ou un dispositif

¹²⁰ J'ai effectué le calcul de la durée moyenne des accompagnements de l'équipe mobile entre 2013 et 2017 (près d'un an)

renverser la situation et son intervention est vouée à l'échec. Elle peut alors endosser un part de la responsabilité de cette expulsion – en tant qu'acteur de proximité - et par voie de conséquence en dégager le bailleur.

Ce mécanisme n'est pas verbalisé. Le bailleur n'en est par ailleurs pas nécessairement conscient. Toutefois, c'est l'un des effets pervers du statut de prestataire de l'équipe mobile et de l'action des bailleurs en termes de santé mentale. C'est l'un des effets pervers de l'octroi aux bailleurs sociaux d'une mission sanitaire.

Néanmoins, il est important de distinguer les bailleurs sociaux entre eux. Ils ne sont pas une communauté homogène dont les pratiques seraient identiques. Pour certains d'entre eux, le travail social en leur sein est une mission à part entière, une mission importante mise en place par des personnes expérimentées et de formation variées (assistants de services sociaux, éducateurs spécialisés, chefs de services ou même directeurs d'établissements et services médico-sociaux (ESMS)). D'autres ont fait le choix de rattacher le pôle social au service contentieux (ou de se passer même de pôle social) et regardent le travail social au travers des questions de budget. Ces derniers préfèrent alors un chef de service, de type manager (et non issu des formations du médico-social par exemple) et des conseillères en économie sociale et familiale ou des mandataires judiciaires. Les approches diffèrent – moins du fait de la formation des personnes – que par le sens qu'on leur donne, comme l'expliquent les sociologues Carolyne Grimard et Martine Zwick-Monney :

« [la transaction entre le travailleur social et le destinataire] est une transaction imposée par l'institution au travailleur social [...] Les travailleurs sociaux se retrouvent souvent en porte-à-faux entre d'un côté les exigences des institutions en termes d'efficacité et d'efficience, et de l'autre la réalité des situations des destinataires pour lesquelles des solutions ne peuvent pas toujours être trouvées, notamment car les difficultés ne sont pas uniquement liées aux individus mais aussi à la structure même de la société. [...]

La prise en charge proposée est aujourd'hui une prestation de service avec des projets personnalisés discutés avec le destinataire et débouchant sur un contrat, ce qui transforme les modalités des transactions sociales. La relation se construit sur la base de l'objectif du dispositif. » (Grimard et Zwick Monney, 2016, p. 88-92)

C'est donc avant tout le sens que le bailleur social donne à ses transactions qui impacte le travail de relation avec la locataire, ce que la position de prestataire de l'équipe mobile ne peut contrebalancer.

Le bailleur social de Lavande n'a pas de pôle social, sa situation est confiée au service contentieux dont les actions visent davantage à réduire les nuisances qu'à prendre en charge ou participer à prendre en charge la santé mentale d'un de ses locataires.

Outre ce transfert de culpabilité vers l'équipe mobile, il existe un second effet pervers lié à la position du bailleur vis-à-vis de l'équipe mobile et son nouveau mandat quant à sa participation dans les questions sanitaires. En effet, cette relation et la politique sociale particulière de ce bailleur social rendent difficile, voire impossible, le refus par l'équipe mobile d'une situation qui lui est adressée par ce bailleur. Comme je le disais précédemment, l'existence même de l'équipe mobile dépend des contrats qu'elle signe avec les bailleurs, mais de ces contrats dépendent également l'octroi d'appartements par ce même bailleur à d'autres dispositifs de l'association gestionnaire de l'équipe mobile.

Dans la situation de Lavande, il aurait sans doute mieux valu refuser d'intervenir en mettant en avant l'inadéquation de cette dernière avec les missions de l'équipe d'appui. Or, la position de l'équipe mobile n'est pas favorable à ce refus, d'une part, et, d'autre part, cela met l'équipe et ses psychologues en tension car, lorsque la situation lui est adressée par la fiche de saisine, la tentation est grande de ne pas laisser la personne seule dans cette situation. En effet, une fois qu'elle est connue, il est difficile de ne pas s'impliquer dans la situation. Les intervenants peuvent avoir l'illusion qu'une solution pourra être trouvée, même dans l'entourage de la personne.

Ce type de décision revient à la cheffe de service qui doit pouvoir éviter à son équipe de se lancer dans un travail qui ne peut aboutir et qui est hors du cadre de l'institution. Cette décision n'a pas été prise ni par ma prédécesseure, ni par moi-même, pour les raisons évoquées ici, c'est-à-dire la dépendance vis-à-vis du bailleur et la sollicitude pour cette locataire, une fois son histoire connue.

Par ailleurs, la validation par le juge de l'expulsion de la locataire n'était pas connue, ce qui, de fait, a brouillé notre vision de la situation et nos possibilités d'action.

Le non-partage des informations nous donne à voir la qualité de la relation entre le client, ici le bailleur, et le prestataire, c'est-à-dire l'équipe mobile associative. Ce n'est pas une relation

partenariale, mettant les partenaires sur un même rang, c'est une relation asymétrique contractuelle entre un client et son prestataire.

La non-diffusion d'informations entre partenaires dans une relation de prise en charge impacte directement et fortement le travail réalisé, mais aussi et surtout l'usager. La circulation de l'information est un outil essentiel de ce travail coopératif entre partenaires, c'est d'ailleurs ce qui définit en partie le partenariat. Dans la situation de Lavande, plutôt qu'un partenariat et une relation de prise en charge des troubles psychiques d'un locataire, on assiste davantage à une commande entre un client et son prestataire, l'un commandant un ensemble d'actions à l'autre. C'est une relation commerciale dont l'objectif n'a peut-être pas été clairement énoncé comme étant de « soutenir psychologiquement » (sans que la forme de ce soutien soit clairement définie) la locataire durant son expulsion, et qui n'a jamais réussi à se tourner vers les troubles psychiques. Elle est restée du côté des nuisances malgré le recodage opéré par les agents du bailleur.

Dans la situation de Lavande, la rétention d'informations par le bailleur sur l'ordonnance de résiliation du bail délivrée par le juge conduit à dessiner deux *scenarii* possibles quant à ses intentions : soit garder, telle une botte secrète, l'ordonnance de résiliation du bail par devers lui, laissant malgré tout une chance à l'équipe mobile de « réactiver » la locataire en la soutenant psychologiquement et, par conséquent, de la maintenir dans le logement, soit laisser à l'équipe mobile le temps de préparer – psychologiquement et socialement avec l'aide de la conseillère sociale - la locataire à son expulsion avant d'envoyer le commandement à quitter les lieux.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, ce ne sont pas les troubles psychiques qui sont l'objectif de la prise en charge, mais bien le remboursement de la dette ou la neutralisation des nuisances que subit le bailleur.

En outre, le fait d'avoir obtenu cette ordonnance du juge et d'avoir le sentiment de maîtriser la prise en charge placent le bailleur, comme je l'ai déjà mentionné, dans une position dominante vis-à-vis des autres acteurs présents. Il n'a en effet pas été possible de négocier un objectif autre que le sien. Il n'adhère pas à l'objectif que propose l'équipe mobile, c'est-à-dire le travail autour de la santé mentale de la locataire pour lui permettre de se maintenir dans le logement, notamment. Il contrôle de surcroît la durée des interventions des autres acteurs, puisqu'il détient la possibilité d'expulser la locataire – ce qu'il fait au terme de la mesure ASLL, dont il a décidé le non-renouvellement.

Or, le temps est un facteur extrêmement important des prises en charge. Il y a d'une part le temps institutionnel et d'autre part, le temps du vécu, le temps psychique. Les personnes vulnérables, les personnes vivant avec des troubles psychiques nécessitent des prises en charge dont la durée varie d'une personne à l'autre. Il y a en premier lieu le temps de la demande – le temps pour la personne de pouvoir formuler une demande -, puis, en second lieu, le temps de la prise en charge – un temps là encore tout à fait variable. Comme je l'évoquais, certaines mesures voient leur durée inscrite dans les procédures qui permettent de les appliquer, d'autres voient leur durée soumise à leur temps de traitement par les administrations diverses. Dans les prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques, il y a non seulement ces différentes durées à prendre en compte (certains délais d'attente par exemple avant d'accéder à un service de soins, etc.), mais il y a également le temps de la personne ou « [notion] *appelée l'idiorythmie par Roland Barthes (2002), le rythme propre ou particulier de chacun* » (Simmat-Durand, 2007).

Or, par le fait de détenir cette validation d'expulsion, sans le mentionner aux autres acteurs, le bailleur contrôle cette durée. Les différents accompagnements étant liés au logement, avec la perte de celui-ci la locataire perd tous ses suivis (hormis éventuellement celui avec la psychiatrie).

« L'absence de concordance du temps institutionnalisé et du temps vécu a donc forcément un effet sur la qualité de la relation. Bouquet et Riffault (2013) parlent de « congruence du temps » pour parler de l'authenticité et de la présence nécessaires à la relation d'aide. Lorsque le temps manque, cette congruence ne peut s'opérer. Lorsqu'il s'agit de mieux comprendre l'intervention sociale auprès de certaines populations, comme les sans-abris, cette congruence prend toute son importance. En présentant une combinaison de problèmes sociaux, individuels et structurels (Laberge et al., 1995), les personnes sans-abri sont dans un processus social à contre-courant de la norme et contrairement à ce qui est parfois dit, n'importe qui ne peut pas « sombrer » dans le sans-abrisme (Laberge et al., 2000). Celles et ceux qui connaissent de telles périodes vivent des inégalités sociales parfois depuis l'enfance, en provenant souvent d'un milieu familial dysfonctionnel ou défavorisé et cumulant un ensemble de handicaps : une faible scolarité précarisant la situation professionnelle, un tissu relationnel offrant peu ou pas de support, une fragilité émotionnelle faisant obstacle à la demande d'aide. » (Op. Cit., 2016, p. 91)

Par ailleurs, au-delà de la « congruence du temps », dans le cas de Lavande, du fait même de la contractualisation entre le bailleur et l'équipe mobile, de la position que prend le bailleur dans cette situation, la durée de la prise en charge n'est entre les mains ni de la locataire, ni des acteurs l'accompagnant éventuellement, mais entre celles du bailleur qui peut à tout moment déclencher l'expulsion en envoyant le commandement à quitter les lieux. Ce non-contrôle de la durée des interventions amenuise leur efficacité.

Hormis avec le CSAPA et la psychiatrie publique donc, l'influence du bailleur dans l'ensemble relationnel est suffisamment forte pour se faire sentir sur chaque acteur présent, dans chacune des relations entreprises dans la situation. Elle impacte fortement les négociations autour d'un objectif commun et d'un schéma d'intervention. C'est le cas avec l'équipe mobile mais également avec les institutions d'aide autour du logement.

En outre, le bailleur social, qui peut opter pour une politique sociale centrée sur le pôle contentieux, qui loge la personne, qui peut avoir une position de créancier et partant peut être en capacité d'expulser les locataires et qui peut, comme nous l'avons vu, détenir de nombreuses informations les concernant, a également le pouvoir de mettre en place des aides pour maintenir les locataires dans le logement, notamment le Fonds Solidarité Logement (FSL) qu'il peut solliciter et auquel il participe en siégeant dans ses commissions. Il peut en retirer, là encore, une position ascendante vis-à-vis de ses locataires ou des autres acteurs sociaux pouvant intervenir auprès d'eux.

Camille François (2007) explique le déroulement de ces commissions :

« Le FSL soumet donc l'attribution de ses subsides à la fois à des conditions de ressources a priori (comme l'existence d'un « reste à vivre » minimal et maximal en deçà ou au-delà desquels la commission ne peut pas intervenir, et d'un plafond que le montant d'aide délivré ne peut excéder), à des conditions relatives au comportement des demandeurs (comme la sollicitation préalable des autres dispositifs ou la reprise préalable du paiement du loyer courant), et enfin à une délibération interinstitutionnelle et discrétionnaire des membres des commissions locales (Fassin, 2001 ; Hauchecorne et al., 2008 ; Weill, 2013). Ce dispositif peut ainsi être décrit comme une « magistrature sociale » (Bertrand, 2008), qui présente tous les attributs des politiques sociales contemporaines (territorialisation, individualisation, « conditionnalité comportementale », contractualisation, collégialité), et dont la distribution des aides oscille entre la « logique de guichet » et la « logique de

contrepartie », entre le « droit des statuts » et la « politique des situations » analysés par Robert Castel (2009) et Isabelle Astier (2000). » (François, 2017, p. 93)

Le comportement du demandeur¹²¹ et son interprétation ont une place prépondérante dans l'octroi de ce Fonds, une attribution qui se fait par ailleurs lors de commissions au sein desquelles siègent

« à l'échelle du département ou des communes, les membres du secrétariat FSL local, l'élue municipale chargée du logement, une représentante du conseil départemental, de la caisse d'allocations familiales, des bailleurs sociaux¹²², d'associations mandatées pour réaliser des mesures spécifiques d'accompagnement social (et plus rarement d'associations de locataires), et enfin les assistantes sociales rattachées au service social de secteur. » (op. cit., 2017, p. 92)

Lors de ces commissions, leurs membres prennent connaissance de la « *fiche de synthèse récapitulant la situation du locataire* [Sexe, composition familiale, liste des ressources et des charges permettant le calcul du reste à vivre, statut juridique et identité du bailleur, montant de la dette éventuelle et stade de l'éventuelle procédure d'expulsion, montant et forme de l'aide demandée, etc.] » et de « *l'évaluation sociale rédigée par le travailleur social ayant sollicité la commission* » (*ibid.*, p. 95), c'est-à-dire ici la conseillère sociale en charge de la situation. On peut alors y détailler les comportements du locataire, comme les comportements déviants, les comportements jugés amoraux. Ces informations une fois connues de tous permettent aux membres ainsi réunis de décider de l'attribution ou non de l'aide au locataire.

Comme le montre le sociologue Camille François ici, les critères de cette attribution et les pratiques d'instruction des dossiers ne sont pas les mêmes d'un territoire à l'autre, d'une commission à l'autre. Ainsi la place de l' élu au logement au sein de la commission, la manière de calculer le budget des ménages ou encore l'anonymisation des situations sont des différences fondamentales dans le fonctionnement même des commissions, différences qui tendent à expliquer les inégalités de traitement dans l'attribution des aides financières.

¹²¹ Le demandeur est le bailleur et non nécessairement le locataire. C'est en effet le bailleur qui sollicite le FSL et instruit le dossier.

¹²² Souligné par moi-même

Par ailleurs, ces inégalités se voient renforcées par d'autres mécanismes comme la place occupée par le locataire dans l'espace résidentiel et urbain, la volonté des élus de contrôler le peuplement de certains quartiers.

Ce traitement hétérogène de l'attribution de l'aide financière repose, outre ces mécanismes, sur la présentation de la situation sociale par le travailleur social soutenant la demande du locataire. Cela suppose une demande de la part du locataire et ensuite une mobilisation du travailleur social puisqu'il instruit le dossier. Or, ici, il s'agit en premier lieu d'une demande du bailleur qui a obtenu le consentement de la locataire. C'est également ce même travailleur social, ici la conseillère sociale, qui soutient la demande lors de la commission et présente la situation.

Ainsi, le bailleur social dans la situation de Lavande, impacté par la dette locative, maîtrise la demande de FSL de bout en bout. Il peut choisir entre différentes stratégies : soit « superviser le peuplement » de son parc locatif et partant, préférer l'expulsion du locataire, soit obtenir la résorption de la dette.

Ce point, outre l'ordonnance de résiliation du bail, permet au bailleur d'occuper une place très particulière dans l'accompagnement de Lavande puisqu'il a le pouvoir de débloquent – ou tout du moins de participer à débloquent – la situation sociale de la locataire ou de l'expulser.

Par le FSL, outre la résorption de la dette, la commission peut décider de la mise en place d'un Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) avec l'accord du locataire. C'est ce qu'a obtenu Lavande à l'issue de la commission FSL. C'est une opérationnalisation tout à fait concrète de l'ambition d'activation de la locataire par le bailleur et sa conseillère sociale pour qui l'attitude passive de la locataire prend une dimension morale. Alors que la commission aurait pu décider d'octroyer une somme d'argent permettant de recouvrer la dette de la locataire, son choix s'est porté sur une mesure d'accompagnement.

L'ASLL, qui exclut l'octroi de toute autre mesure liée au FSL, prend, dans le cas de Lavande, la forme donc d'un accompagnement par un travailleur social pour le maintien dans le logement des personnes. C'est ainsi qu'Epicéa, une conseillère en économie sociale et familiale (CESF), rentre en contact avec Lavande. Or, là encore, cette relation est médiée par le bailleur, qui est à l'origine de la mesure. Si Epicéa, par son écoute, sa volonté de nouer une relation avec la locataire en grande difficulté, son attention particulière aux troubles psychiques de cette dernière et sa bienveillance permet d'entrer en relation avec Lavande, le travail qu'elle attend de cette dernière – notamment sur sa situation sociale – est trop exigeant. Lavande est dans l'impossibilité de l'accomplir.

D'une part, la CESF, après une évaluation de la situation sociale de la locataire, souhaite lui permettre d'ouvrir des droits. Ainsi, elle aura des revenus et pourra reprendre le paiement de son loyer. Comme nous permet de le montrer le texte de Jeannette Pols, le répertoire choisi pour l'accompagnement, une fois encore, est « faire soi-même », ce que précisément la locataire ne peut réaliser.

D'autre part, Aubépine est omniprésente dans la relation entre Epicéa et Lavande, ce qui ne permet pas à la CESF d'éventuellement choisir un autre répertoire (comme « faire à la place »). Sans cette place surplombante du bailleur dans la relation de prise en charge de Lavande, un travail collaboratif (voire coopératif) aurait pu se mettre en place entre le travailleur social de l'ASLL et le psychologue de l'équipe mobile, ce qui aurait pu permettre à ce dernier d'impulser un autre registre d'intervention et à Epicéa de permettre l'élaboration, par un travail collaboratif avec Tilleul, de dossiers permettant l'ouverture de droits sociaux et son admission au CSAPA. Mais en l'occurrence, c'est le bailleur qui occupe la place « centrale » dans cette situation, c'est lui qui coordonne les différentes interventions, et partant le répertoire d'interventions.

Au bout des six premiers mois de la mesure ASLL, la locataire n'étant toujours pas actrice de son parcours, la locataire ne s'étant toujours pas « activée », le bailleur, sur les conseils d'Aubépine, fait le choix de ne pas reconduire la mesure. Epicéa quitte donc la relation de prise en charge. En effet, malgré des visites à domicile, la locataire n'a pas manifesté sa participation à la résolution de sa situation, elle ne s'est pas activée, n'a pas adhéré au projet de participation sociale qui était attendu d'elle.

On peut dire alors, comme je l'ai déjà énoncé, que la prise en charge en place autour de Lavande n'est pas une relation de prise en charge de ses troubles psychiques, ceux-ci n'étant pas pris en compte et Lavande n'étant pas actrice dans la relation. Ainsi, le travail prescrit par les différents intervenants (hormis le psychologue de l'équipe mobile) est en inadéquation avec une prise en charge des troubles psychiques, qui doit, au minimum, portée sur leur gestion.

En effet, le bailleur social, qui occupe une place dominante dans le suivi – du fait notamment de l'ordonnance de résiliation de bail obtenue par la justice, mais également de la possibilité de mobiliser des aides et de sa volonté de traiter les troubles par des mesures visant à activer la locataire – ne prend pas en compte l'état de santé mentale de Lavande. La relation qu'il tisse avec elle n'est pas fondée sur les troubles de cette dernière, il n'ajuste pas non plus le travail qu'il attend d'elle à ce qu'elle est en mesure de faire et ce qu'elle demande. La relation n'a pas vocation à échanger autour de la gestion des troubles psychiques, mais plutôt autour des

nuisances, soit la dette locative. Cette position influence par ailleurs les autres intervenants qui, même s'ils se multiplient, parviennent sur ce registre aux mêmes résultats qu'Aubépine.

Ce n'est donc pas une relation de prise en charge des troubles psychiques mais une relation d'une autre nature.

En comparaison, dans la situation précédente, le bailleur n'a pas du tout la même position. En effet, il n'a, d'une part, pas obtenu d'ordonnance de résiliation de bail, le juge n'ayant pas validé la demande d'expulsion. D'autre part, le locataire n'est pas en dette, il n'a donc pas la même position vis-à-vis de son locataire, qui n'a dès lors aucun sentiment de culpabilité vis-à-vis de lui. Tout juste a-t-il un sentiment de honte face à ceux qui pénètrent dans son intérieur. Et enfin, les situations des personnes vulnérables ou en difficulté sont prises en charge depuis le pôle social, qui se distingue du service contentieux, ce qui donne aux actions entreprises par les travailleurs sociaux une dimension différente. Il ne s'agit pas tant pour eux de neutraliser les nuisances (pour le bailleur ou le voisinage) que d'intervenir auprès de personnes fragilisées, comme ils le feraient s'ils travaillaient dans un service social.

Par conséquent, la négociation d'un objectif commun et d'un schéma d'intervention, malgré la position de client que le bailleur a vis-à-vis de l'équipe mobile notamment, sont possibles. L'échange entre le locataire et la conseillère sociale, mais également les autres acteurs, se fait autour des troubles psychiques – il est attendu du locataire qu'il puisse se soigner. Le travail qui est demandé à Myosotis tient compte de ses troubles et ne semble pas outrepasser ses capacités. La relation de prise en charge peut se mettre en place, ce qui n'est pas le cas dans la situation de Lavande, qui, pour sa part, est redevable à l'égard du bailleur.

En outre, dans cette dernière situation, le bailleur ayant obtenu la validation de l'expulsion de la locataire et cherchant davantage à neutraliser les nuisances qu'à intervenir auprès d'une personne en difficulté, occupe une position ascendante vis-à-vis des autres acteurs impliqués dans la situation, ce qui l'autorise à ne pas accepter de négocier un objectif commun de la prise en charge ni un schéma d'intervention (c'est-à-dire l'ordre logique et chronologique des interventions de chacun ainsi que leur temporalité).

Dans la pratique, la conseillère sociale, bien qu'ayant saisi l'équipe mobile, n'interrompt pas ses interventions et actions sociales et ne voit pas non plus la nécessité d'accorder ses interventions à celle du psychologue. Au contraire, elle dicte au psychologue ses attendus, ce qu'il doit entreprendre.

Concrètement, elle n'hésite pas à rappeler aussi bien à la locataire qu'au psychologue – qu'elle met d'une certaine manière sur le même plan – que l'équipe mobile est un prestataire de service, invitée dans la situation par elle-même et qu'elle peut de ce fait décider de ce qui se fait.

Certaines relations semblent toutefois échapper au bailleur social, comme celle avec la psychiatrie publique, bien qu'au final son positionnement vis-à-vis de la locataire influence malgré tout la relation de cette dernière avec le centre médico-psychologique. En effet, ce dernier incite avec ardeur la locataire à se rendre au CMP. Il incite également l'équipe mobile à faire le lien avec ce dernier.

Néanmoins, même si le bailleur peut aujourd'hui avoir un lien direct avec la psychiatrie, celui-ci n'est pas opérant sur la psychiatrie qui conserve son autonomie.

Le bailleur social de Lavande, comme le sont de plus en plus souvent les bailleurs sociaux, est un membre permanent du conseil local de santé mentale (CLSM) de sa commune et est régulièrement convoqué – ainsi que les autres membres – à siéger à la réunion mensuelle du Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD)¹²³. C'est l'occasion de présenter aux acteurs de santé mentale – au sens large – locaux¹²⁴, des situations complexes ne trouvant pas de solution. Par l'intermédiaire de ce réseau, il a donc déjà fait part de la situation de Lavande à la psychiatrie de secteur, elle-même membre permanent du CLSM et du RESAD et ainsi demander son intervention.

La situation de Lavande a d'ailleurs déjà fait l'objet d'une première réunion du RESAD qui n'a pas permis de trouver comment intervenir – là encore la décision sur l'expulsion de la locataire n'a pas été mentionnée. Le psychiatre et l'infirmière de secteur y participant n'ont pas estimé la demande du bailleur pertinente et ne sont donc pas entrés en contact avec la locataire. En effet, il est difficile pour la psychiatrie d'intervenir à domicile sur la demande du bailleur de la personne pour une question de dette locative, même si la locataire présente une dépression sévère. Et, par ailleurs, l'absence même de demande de la personne apparaît également comme un frein à leur intervention.

¹²³ Ce réseau et les réunions d'évaluation ne se nomment pas toujours RESAD. Ce nom provient d'une expérience menée à Aubervilliers (Arcella-Giroux et Quintin, 2019). Dans d'autres CLSM, on peut les nommer « cellules de cas complexes » ou « instances collectives d'analyse de situations complexes (Dujardin et Guézennec, 2019).

¹²⁴ Les services sociaux communaux ou départementaux, les bailleurs sociaux, la psychiatrie publique, un représentant des acteurs de santé libéraux, un représentant de la Police Nationale, l'élu municipal à la santé, les acteurs associatifs (médico-sociaux ou représentants des usagers), les familles et les usagers eux-mêmes, etc.

C'est à la suite de cette première réunion du RESAD, que le bailleur fait le choix d'adresser la situation à l'équipe mobile, avec comme consigne, on l'a vu, de soutenir la locataire psychologiquement, ce qui n'empêche pas Aubépine de régulièrement mentionner le CMP – comme solution aux différents problèmes de la locataire - et l'importance de l'y conduire.

L'influence du bailleur dans la prise en charge de la locataire par la psychiatrie publique n'est donc pas directe. Toutefois, son insistance auprès de la locataire quant à son recours à la psychiatrie publique et aux résultats que cela a sur elle, influence indirectement la relation entre la locataire et la psychiatrie. Avec l'arrivée de l'équipe mobile dans la situation, la psychiatrie publique – un acteur auquel l'équipe mobile a souvent recours dans les situations qu'on lui adresse puisqu'elle permet de prendre le relais de l'équipe mobile qui n'a pas vocation à rester impliquée dans les situations – est à nouveau interpellée. Sa mission après l'évaluation des situations est de les orienter vers les services *ad hoc*, à même de les prendre en charge, et la psychiatrie est l'un de ces services. Après l'évaluation de la situation de Lavande, Tilleul pense qu'il est tout à fait pertinent d'orienter cette personne vers un centre médico-psychologique, un centre de soins psychiatriques ambulatoires qui prend en charge gratuitement les personnes en souffrance psychique. Les personnes s'y rendent librement – ou sous contrainte pour les traitements sous contrainte (injections de neuroleptiques ou rencontres avec un psychiatre) – pour un accompagnement global : traitements par thérapie chimique et/ou psychologique par la parole, activités thérapeutiques, accompagnement social, etc. Les professionnels du CMP peuvent également se rendre au domicile des personnes qu'ils suivent, mais pour cela, une relation doit être engagée, la personne suivie ayant manifesté une certaine adhésion aux soins. Comme l'équipe mobile, ils peuvent également bien entendu travailler cette adhésion, l'alliance thérapeutique, mais – sans mesure de soins sous contrainte – n'interviennent qu'avec l'accord des personnes et non sur l'injonction d'un bailleur social.

Tilleul, le psychologue de l'équipe mobile à qui la situation a été attribuée, prend donc l'initiative d'interpeler la psychiatrie publique du secteur de Lavande et motive la locataire à s'y rendre. Cette initiative ne souhaite pas répondre à l'injonction faite par le bailleur mais aux besoins de la locataire. Celle-ci s'y rend donc, comme je l'ai dit précédemment, mais les délais d'attente avant de pouvoir rencontrer un psychologue ou un psychiatre et l'insistance du bailleur qui attend des retours quant à ses rencontres, finissent d'anéantir l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec la psychiatrie publique. Cette alliance thérapeutique ne se mettant pas en place, la psychiatrie n'insiste pas et la locataire stoppe complètement ses rencontres avec le CMP.

La relation de la locataire avec l'équipe du secteur de psychiatrie se range du côté des relations avec le bailleur, bien que ce dernier n'entretienne aucun lien direct avec l'équipe de secteur. Toutefois, il est important de souligner que l'équipe de psychiatrie de secteur n'adhère à aucun moment à l'objectif de prise en charge du bailleur. Elle garde le sien propre mais de ce fait ne devient à aucun moment également un acteur partenaire de cette relation de prise en charge et ne contribue à contrebalancer la position dominante du bailleur dans la négociation d'un ordre.

3. Les relations de l'équipe mobile

Si l'on regarde à présent les relations de l'équipe mobile avec les autres acteurs, on peut voir là encore la place centrale qu'occupe le bailleur dans la situation de Lavande, ce qui tranche considérablement avec la situation de Myosotis. On peut voir ici la difficulté que l'équipe mobile rencontre à peser dans la négociation d'un ordre.

Comme énoncé à l'instant, l'influence du bailleur dans cette situation est prégnante. Sa place auprès de chaque acteur, mais également auprès du locataire lui permet d'avoir une place prépondérante dans la négociation d'un objectif commun à toutes les institutions, mais également dans l'organisation de la prise en charge.

Comme pour les autres situations, l'équipe mobile a été sollicitée par le bailleur par l'intermédiaire d'une fiche de saisine présentant la situation de la locataire et les acteurs déjà présents. En réunion hebdomadaire, la situation a été acceptée par l'équipe, comme j'en faisais état plus haut. Elle a ensuite été attribuée à Tilleul, un psychologue clinicien.

Bien que souvent les équipes mobiles privilégient le binôme pour les suivis à domicile – ou dans les suivis dans l'espace public pour les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) – l'équipe mobile n'a pas les « moyens » d'en faire autant. Les contrats passés entre l'équipe mobile associative et les bailleurs sociaux fixent un tarif « à la situation », un tarif qui ne prévoit alors la participation que d'un seul intervenant.

A mon arrivée dans l'équipe, j'ai demandé une révision de ces tarifs, notamment par rapport au nombre de personnes à prendre en charge dans un foyer. En effet, il est arrivé que quatre psychologues soient mobilisés sur une situation – une situation comptant alors toutes les personnes vivant dans le foyer, puisque les quatre personnes nécessitaient un accompagnement.

Tilleul est donc seul sur la situation. La cheffe de service apporte son appui, comme dans les autres situations actives (soit près d'une centaine au 1^{er} janvier 2018), c'est-à-dire qu'outre ses missions budgétaires et concernant les ressources humaines, elle intervient auprès des bailleurs sociaux et mobilise le partenariat ou de mobiliser les CLSM ou autres instances de santé mentale. Alors que Badiane a pris une place active dans l'accompagnement de Myosotis, elle ne rencontre Lavande que deux fois, dans les locaux de l'équipe mobile afin d'apporter son appui à Tilleul en utilisant le statut de cheffe de service de l'équipe mobile. Ce statut peut parfois permettre des réactions chez les personnes accompagnées. Par ailleurs, des rencontres avec d'autres membres de l'équipe dans ses propres locaux permet parfois de mettre en place une relation différente avec un autre interlocuteur – ce que l'on peut appeler un transfert multi-référentiel¹²⁵.

Dans le cas de Lavande, ce type d'intervention est restée infructueuse car, outre le fait que l'objectif de ces deux rencontres soit resté peu défini, Badiane n'avait pas à sa disposition toutes les informations permettant à cette rencontre d'aboutir. En outre, le bailleur, en tant que client de l'équipe, n'était jamais absent durant ces rencontres.

Il faut préciser encore une fois que le dispositif même de l'équipe mobile présente des faiblesses importantes dans son organisation et sa conception. Alors que bien souvent les équipes mobiles associatives existantes – j'en ai rencontré une dans les Hauts-de-France et une dans le département des Yvelines – sont pluridisciplinaires, celle-ci a la particularité d'être composée uniquement de psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique (hormis sa cheffe de service¹²⁶). Elle ne compte pas de psychiatre, une personne pouvant légitimement donner une direction des soins. Les choix de la cheffe de service en matière de direction des soins ne sont pas nécessairement du goût des psychologues qui ne suivent alors pas ses indications. Par ailleurs, que ce soit la première cheffe de service ou Badiane, il s'agit de leur premier poste

¹²⁵ « Dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle, les psychiatres institutionnalistes postulent un transfert chez le sujet psychotique d'une nature différente de celle du transfert névrosé, relevant du délire, de la dissociation. C'est ce que Jean Oury a appelé « le transfert dissocié multi-référentiel » [Ce syntagme associe au transfert le processus de dissociation selon une proposition de Jean Oury (pour exprimer la dissociation du transfert schizophrénique) ainsi que l'aspect multi-référentiel mis en avant par François Tosquelles pour désigner les multiples points de référence du transfert psychotique], en cela qu'il se diffracte en plusieurs points de projection et/ou d'identification projective sur des humains, des non-humains, des lieux, des choses : ce qui se présente dans l'échange n'est pas toujours humain. Jean Oury parle ainsi des transferts multiples sur un médecin, un âne, le chien du coin, les infirmiers ou d'autres malades, et précise que : « C'est dans cette sorte de dispersion, c'est à ce niveau-là qu'on doit pouvoir obtenir quelque chose qui est de l'ordre [...] d'une problématique d'une recollection du corps » (Oury, 1980, p. 213) » (Lucas-Barnier (de), 2011)

¹²⁶ La première cheffe de service a suivi une formation d'économie et de gestion de la santé, la seconde – moi-même – une formation en sociologie.

dans le milieu associatif et dans le secteur de la santé mentale. Cela a une incidence sur les actions des psychologues qui peuvent se sentir sans appui dans leurs interventions.

Autre faiblesse également, l'absence même de vision globale des accompagnements proposés. Les psychologues, comme les deux cheffes de service qu'ils ont alors connues, débutent dans l'accompagnement psychologique à domicile. Pour la plupart, il s'agit de leur premier poste. Armés de leur formation psychanalytique, ils sont peu préparés à ce qu'ils rencontrent au fil de leurs accompagnements.

La particularité même de leur activité, par ailleurs, les isolent dans l'association gestionnaire même. Ils ont très peu de lien avec les autres services et établissements de l'association, ce qui renforce le manque de globalité dans les prises en charge.

Les psychologues cliniciens ne sont en outre pas formés à l'approche psychosociale déployée notamment par Jean Furtos. Des lectures leur sont proposées mais néanmoins, ils conservent une approche uni-dimensionnelle, c'est-à-dire prenant en compte la seule dimension psychique des personnes.

Son financement, comme je l'ai déjà mentionné, est une autre faiblesse de l'équipe. Elle se trouve en effet dans une position de dépendance aux bailleurs sociaux avec qui elle contractualise. Elle n'est pas en position, contrairement à celle qui existe dans les Yvelines, d'intervenir indépendamment des bailleurs sociaux.

L'équipe mobile associative que j'ai rencontrée dans les Yvelines fonctionne de manière très différente car elle a intégré à ses effectifs un psychiatre et une infirmière de l'équipe de psychiatrie de secteur. Son secteur d'intervention est très localisé et elle fonctionne en partenariat très étroit avec la psychiatrie publique.

A contrario, l'équipe mobile associative que je présente ici travaille sur l'ensemble de la région Île-de-France et donc sur un nombre important de secteurs de psychiatrie. Par ailleurs, elle n'a pas formalisé un partenariat aussi solide avec la psychiatrie publique. L'appui de la psychiatrie publique doit être travaillé de manière singulière pour chaque situation, il n'est, de fait, jamais assuré. Par ailleurs, l'intervention d'un médecin psychiatre est rarissime, ce qui pénalise finalement les actions menées par l'équipe mobile. Elle ne peut prescrire de traitements et ne peut permettre un travail systématique en lien avec la psychiatrie.

La présence de la psychiatrie publique au sein même de l'équipe mobile permet en outre à l'équipe Yvelinoise de contrebalancer le poids de la relation client-prestataire. En effet, la psychiatrie publique fonctionne avec des budgets nationaux publics et non avec les tarifs

contractualisés entre l'association et les bailleurs. Les travailleurs sociaux qu'embauche l'association gestionnaire de l'équipe mobile Yvelinoise sont rémunérés par l'association – qui, elle, perçoit un financement par les bailleurs « à la situation ». En revanche, le personnel émanant de la psychiatrie publique est financé par la psychiatrie (l'hôpital psychiatrique et son enveloppe globale lui permettant de financer ses différents services). Un temps de travail du médecin psychiatre et de l'infirmière est réservé à leurs activités au sein de l'équipe mobile et reste financé par la psychiatrie publique. Cela permet à l'équipe mobile de se dégager en grande partie de la dépendance des bailleurs sociaux que connaît l'équipe mobile associative accompagnant Lavande. Outre qu'elle bien plus indépendante, elle a également davantage de poids dans la négociation d'un objectif commun.

Par ailleurs, l'équipe mobile associative présentée ici souffre, comme je le disais, d'un tropisme psychologique, n'intégrant pas assez les autres dimensions des personnes à ses prises en charge. Ce choix de ne recourir qu'à des psychologues cliniciens pourtant n'excluait pas un travail sur les autres dimensions. L'idée était de dire que les acteurs sanitaires (somatiques ou psychiatriques) et les acteurs sociaux étaient d'ores et déjà présents dans l'environnement local des personnes, alors que les ressources en termes de prise en charge psychologique, elles, tendaient à manquer. Un travail partenarial des psychologues avec les acteurs locaux pouvait alors répondre aux besoins multi-dimensionnels des personnes. Force est de constater que l'étendue « immense » du territoire d'intervention de l'équipe mobile et le manque d'expérience des psychologues du travail partenarial, en réseau, et une position par trop unidimensionnelle (psychanalytique notamment) n'ont pas permis de développer le réseau attendu – tâche impossible il faut bien le dire.

Ces différentes faiblesses existent bel et bien et renforcent les difficultés que Tilleul rencontre dans la situation de Lavande. Sans l'appui d'un médecin psychiatre et de la psychiatrie publique, sans levier permettant de contrebalancer les décisions du bailleur, il n'est pas en mesure de maintenir Lavande dans son logement.

Pour autant, Tilleul parvient à nouer une relation avec Lavande, une relation basée sur la gestion de ses troubles psychiques. Lorsque la situation lui est adressée, au début de l'année 2017, il se rend au domicile de la locataire en compagnie d'Aubépine. Dans bon nombre de situations, c'est ainsi que le psychologue de l'équipe mobile est introduit auprès des locataires : une visite à domicile conjointe (équipe mobile et bailleur social) est organisée pour expliquer les raisons de l'« introduction » d'un nouvel acteur auprès de la personne. Alors qu'il a l'habitude de se coordonner avec la conseillère sociale avant un tel entretien, afin de s'accorder sur les raisons

de la venue d'un psychologue au domicile et du rejet qu'une telle intrusion peut produire sur les personnes, Tilleul ne parvient pas à parler à Aubépine avant le rendez-vous.

A l'arrivée au domicile, c'est Aubépine qui prend les choses en main et présente Tilleul comme une aide pour elle et non comme un intervenant, certes introduit par le bailleur, mais indépendant dans ses démarches. Aubépine n'entend pas laisser le psychologue prendre les rennes de la situation.

Aubépine s'adresse à Tilleul comme elle le fait avec Lavande, ce qui finalement crée une entente entre eux deux, une sorte de connivence, mais une connivence peu propice à une émancipation des vues du bailleur.

Tilleul parvient toutefois à rencontrer plusieurs fois Lavande sans Aubépine et la rencontre a vraiment lieu.

Comme je le disais plus tôt, Tilleul n'est pas exigeant dans la relation qui se noue avec la locataire, en ce sens où il la laisse aller à son rythme, il ne lui demande pas de fournir un travail inaccessible et ne la met pas en position de débiteur (d'un travail qu'elle devait fournir et dont elle ne s'est pas acquittée). Il met en place une relation où le lien peut supporter les absences de Lavande, sa passivité, sa consommation de stupéfiants. Lorsqu'il vient à sa rencontre, il arrive qu'elle n'ouvre pas sa porte ou qu'elle ouvre sa porte mais que son appartement soit dans un état d'insalubrité grandissant, qu'elle n'ait pas descendu ses ordures qui jonchent le sol. Tilleul n'en fait pas cas et, bien qu'il soit au domicile de Lavande, l'accueille comme elle est.

Cette inconditionnalité du lien permet de créer une relation de confiance suffisante pour que Lavande commence à se confier, à se raconter, bien qu'elle soit majoritairement confuse, en proie à de profondes angoisses.

Au fil des rencontres, elle parvient même à formuler une demande. Elle souhaite être prise en charge pour ses addictions et a même identifié un CSAPA vers lequel elle souhaite être orientée. Si elle reste passive dans les actes matériels – elle n'a toujours pas rassemblé les documents demandés par les travailleurs sociaux, elle n'a pas entrepris de démarches pour ouvrir ses droits et percevoir un revenu, ni commencé à payer un peu son loyer -, elle s'active du point de vue psychique et formule donc une demande de prise en charge à la seule personne lui proposant une relation de prise en charge de ses troubles psychiques. Un échange a lieu entre eux, et dans la relation, ils sont tous les deux acteurs, elle est même autrice.

Parallèlement à cette demande d'aide, Tilleul subit la relation avec Aubépine et se concentre pour sa part sur la psychiatrie publique. Il n'entend pas ou ne prend pas la mesure de la demande

formulée par Lavande et ne l'aide pas à remplir le dossier d'admission. Il cherche plutôt à introduire la psychiatrie dans la situation. Il prend contact avec le CMP et parvient à convaincre la locataire de s'y rendre.

Mais, comme je l'ai évoqué plus tôt, Lavande stoppe le lien avec le CMP, qui, de son côté, ne peut lui proposer rapidement de rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre.

Badiane propose alors vers mars 2018 d'interpeler le conseil local de santé mentale de la commune de Lavande afin de pouvoir dialoguer avec le bailleur et la psychiatrie publique. Plus que de tenter d'interpeler la psychiatrie, il s'agit, pense Badiane, de faire comprendre au bailleur son erreur d'interprétation quant à la situation de la locataire. Elle souhaite qu'Aubépine, et partant le bailleur social, entendent que la passivité de Lavande ne pourra être « levée », dépassée, par les injonctions ou les transactions autour de sa dette.

En février, Badiane a organisé avec Tilleul une synthèse, c'est-à-dire une réunion avec les différents acteurs présents dans la situation¹²⁷. Elle espère ainsi faire entendre au bailleur l'intérêt de laisser Tilleul travailler selon sa méthode, afin de gérer les troubles de la locataire et de lui permettre de se maintenir dans son logement. Elle espère également qu'après la mesure ASLL, une mesure visant l'apurement de la dette pourra se décider. Il faut pour cela que les droits sociaux de la locataire soient ouverts. Il est donc impératif de faire entendre que le « faire soi-même » n'est pas la solution dans une telle situation. L'autonomie – qui justement fait symptôme, c'est-à-dire qu'elle est entre le désir de ne pas être autonome et la réaction à ce désir - doit être travaillée, mais après la stabilisation de la situation et une amorce du processus de rétablissement de la locataire.

Durant cette réunion, dont la locataire était avertie et pour laquelle elle a donné son accord, le bailleur social, Aubépine en particulier, explique son incompréhension quant à l'attitude de la locataire. Cette incompréhension est partagée par les services sociaux départementaux.

Il suffit de faire ce dossier... Il suffit de remplir tel document, de fournir tel document... La locataire ne se montre pas raisonnable. Elle met à mal tout ce que l'on met en place. Elle est immature. Elle est passive. Elle n'est pas méritante.

¹²⁷ étaient alors présents à cette synthèse : le bailleur, Epicéa de l'ASLL, une assistante de service social départementale, le coordinateur du CLSM, Tilleul et Badiane

Sans une lecture de la situation à l'aune de la santé mentale, il est difficile pour Aubépine de regarder cette personne comme non déviante. Il est difficile pour Aubépine de ne pas émettre de jugement moral sur son attitude.

Si l'objectif de la réunion était de convaincre le bailleur social d'adopter un autre regard et par conséquent une autre manière d'intervenir – plus proche de celle de Tilleul -, c'est un échec. Bien que tous réunis pour cela, le bailleur finalement ne change pas d'avis ni de vision des choses. Lavande reste déviante à ses yeux et il faut la réactiver. Sinon, elle ne peut pas rester dans un logement autonome et doit être expulsée.

Cette réunion rend visible la place du bailleur dans la situation : alors qu'un certain nombre d'acteurs – la CESF de l'ASLL (Epicéa), le coordinateur du CLSM notamment - pensent qu'une intervention telle que la propose Tilleul est préférable et peut fonctionner, le bailleur social reste sur ses positions et l'impose même aux autres.

C'est pour contrebalancer la position du bailleur que Badiane propose de mobiliser à nouveau le CLSM, dans l'espoir que la psychiatrie et sa position particulière permettent de faire bouger le bailleur. En effet, comme je le disais plus avant, la psychiatrie ne peut adhérer à l'objectif que lui propose le bailleur. Elle est tout à fait indépendante du bailleur, de l'équipe mobile et tout autre acteur. Elle est plutôt en position d'imposer ses méthodes, sa vision, ses objectifs et son schéma d'intervention. En la faisant entrer dans la relation – pas tant auprès de la locataire mais comme conseil pendant une réunion de RESAD – il reste un espoir d'appréhender cette situation sous l'angle des troubles psychiques et non des nuisances – ces dernières étant une autre manière de regarder les premiers. Il y a la dette que l'on peut regarder comme relevant d'un trouble psychique et donc qu'il faut prendre en charge comme tel, ou bien alors comme une nuisance et qu'il faut traiter comme telle. Par sa position indépendante et le besoin que le bailleur peut avoir d'elle, la psychiatrie publique – par l'intermédiaire d'un médecin psychiatre participant au RESAD – peut faire le poids face au bailleur et le faire changer de position.

Une réunion de RESAD a lieu en mai 2018. Sont réunis la psychiatrie, le coordinateur du CLSM, une association médico-sociale intervenant dans la commune, une association de mandataires judiciaires, l'équipe mobile (Badiane et Tilleul s'y rendent) et l'ASLL (Epicéa). Le bailleur pour sa part est absent ce jour-là et ne l'annonce que le jour même.

La stratégie de Badiane ne peut se déployer. La réunion permet néanmoins d'échanger autour de la situation, notamment avec la psychiatrie de secteur qui déplore que la locataire ne vienne plus au CMP. Il n'est pas fait mention de la demande de la locataire d'être suivie par un CSAPA,

un oubli fâcheux de la part de Tilleul¹²⁸. Epicéa témoigne de sa difficulté à travailler avec la locataire qui ouvre sa porte mais finalement n'entre pas dans la relation. La relation ne se noue pas. C'est l'occasion pour Badiane et Tilleul de parler de l'omniprésence du bailleur dans les différentes prises en charge qui tentent de se mettre en place. Epicéa en a conscience mais ne peut pas ne pas référer au bailleur. En effet, la mesure touche à sa fin et elle appréhende que celle-ci ne soit pas prolongée.

C'est l'occasion également pour Badiane de proposer un autre répertoire d'intervention à tous les acteurs présents : le « faire à la place ». Elle ne parvient pas à convaincre, puisqu'à agir de la sorte, on court le risque que la locataire ne puisse s'autonomiser pour les uns (plutôt les travailleurs sociaux présents) ou que l'on soit trop interventionniste pour les autres (plutôt la psychiatrie publique).

Pour Badiane, l'impératif est de trouver une solution permettant à la locataire de rester dans son logement. Donc résoudre son problème d'ouverture de droits et de revenus, afin qu'elle puisse ensuite commencer à payer son loyer. Elle soutient une proposition postulant l'amortissement de la situation sociale afin, ensuite, de proposer un accompagnement, des soins, etc.

Le schéma d'intervention qu'elle propose et l'objectif qui est alors le sien est accepté par les autres acteurs, mais à condition que l'on fasse intervenir un nouvel acteur, la protection des majeurs. Pour la première fois est en effet évoquée l'idée de proposer à la locataire une mesure de protection (tutelle ou curatelle). Cette mesure permettrait de résoudre en partie la situation sociale de la locataire.

En revanche, l'absence du bailleur, qui est celui qui pèse le plus dans la négociation, ne permet pas de changer le cours des choses. Bien que tous s'accordent sur l'importance de la relation, une prise en charge tenant compte des troubles psychiques de la personne, la position du bailleur – ne souhaitant pas prendre le temps de la prise en charge des troubles psychiques – met en échec toutes ces propositions, dont la possibilité de proposer à Lavande une mesure de protection, ce qui la dégagerait pendant un temps des démarches administratives et sociales qu'elle ne peut accomplir.

C'est sur cette proposition que s'achève la réunion du RESAD. Pour Badiane, qui envisage le « faire à la place », cette idée n'est pas dénuée d'intérêt. En revanche, Tilleul y est défavorable.

¹²⁸ A ce moment du suivi, Badiane ne sait pas que Lavande a émis le souhait d'être accompagnée par un CSAPA, Tilleul ne lui en a jamais fait part et ses comptes-rendus ne le mentionnent pas.

Le bailleur, lui apprend-il, a déjà évoqué cette possibilité mais lui s'en défend au prétexte qu'une telle mesure renforcerait la passivité de la locataire.

Ici, le psychologue et sa cheffe de service ne partagent pas le même avis. Pour Badiane, il faut pouvoir permettre à la locataire une situation sociale tenable pour qu'elle puisse ensuite, à son rythme, se rétablir. Pour le dire autrement, il semble à la cheffe de service qu'il faut permettre à la locataire de s'en remettre à d'autres – qui la tiennent et la soutiennent alors – pour qu'elle puisse ensuite trouver la force, les ressources, le soutien, de s'activer à nouveau. Une situation sociale aussi angoissante que celle que Lavande traverse ne permet pas de se concentrer sur ses seuls problèmes psychiques. En effet, l'expulsion comme perspective n'est pas propice à un travail psychique ni à une alliance de travail. On ne peut en effet pas garantir la présence du psychologue, ni garantir une situation confortable pour la personne. L'angoisse de se retrouver à la rue fait de plus écran aux angoisses existentielles qui tiennent cette personne dans une passivité extrême. Tels sont les arguments de Badiane.

Pour le psychologue, au contraire, soutenir la locataire revient plutôt à lui donner une position d'adulte capable de faire des choix, à refuser de placer la locataire dans une position d'enfant, de « mineure ». Et donc, pour lui, la placer sous protection, c'est d'une part, aller dans le sens du bailleur social, et d'autre part, la mettre en position de mineure. C'est par ailleurs, selon lui, nier les capacités d'actions qu'elle possède.

Ces divergences d'opinion sont importantes dans la situation. Elles font partie de la négociation d'une organisation dans la prise en charge, d'un schéma de prise en charge, d'un objectif à atteindre et des moyens même pour y parvenir. Les prises en charge pluri-institutionnelles n'empêchent pas les négociations au sein même des institutions.

La mesure de protection n'est pas proposée à Lavande, Tilleul s'y refuse. Par ailleurs, la position du bailleur n'évolue pas dans la situation. Son absence lors de la réunion de RESAD n'a pas permis de lui faire voir une autre manière d'aborder la situation. Il annonce alors qu'il détient l'ordonnance de résiliation du bail et qu'il va procéder à l'expulsion. La proposition de mise sous tutelle ne permet pas non plus de le faire changer d'avis.

Badiane tente alors de solliciter en juin 2018 le SIAO afin de trouver une solution mais pour les raisons indiquées plus hauts, cette sollicitation reste sans effet d'autant que la réalisation du dossier SIAO doit être instruit par un travailleur social.

Las de l'inaction de la locataire et de l'absence de signes évolutifs, le bailleur, en juillet, fait parvenir à la locataire un commandement de quitter les lieux. Elle quitte l'appartement à la suite

de cela sans l'intervention des forces de l'ordre – et ne bénéficie alors pas des quatorze nuitées en hôtel social. Le suivi de Tilleul s'interrompt puisqu'il existait du fait de la qualité de locataire de la personne.

Bien que huit institutions se soient mobilisées autour de cette situation, que plusieurs réunions de synthèse aient été organisées, que la psychiatrie et un psychologue soient intervenus, il n'a pas été possible de négocier un ordre et partant de mettre en place une relation de prise en charge des troubles psychiques de la locataire. Il n'a par ailleurs pas été possible de maintenir Lavande dans son logement et d'éviter l'expulsion.

L'étude détaillée des relations entre les différents acteurs impliqués que je viens de proposer permet d'en comprendre quelques raisons (comme la position des acteurs les uns par rapport aux autres ; le non-partage des informations ; les objectifs très différents d'un acteur à l'autre, l'absence d'un ordre négocié).

A présent que deux situations de prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent, ainsi que les relations qui unissent - ou non – les intervenants, ont pu être décrites de manière détaillée, il est temps d'exposer les différents facteurs permettant l'organisation des prises en charge entre les différents acteurs impliqués, les facteurs de l'ordre négocié permettant de définir un objectif commun à tous et un schéma d'intervention. En effet, comme le montrent les situations de Lavande et de Myosotis, l'organisation des prises en charge pluri-institutionnelles fait l'objet de négociations entre les acteurs, des négociations déterminées par des facteurs « situés ».

Chapitre 2 : Les modalités de la relation de prise en charge et leur ordre négocié

« A la maison, tu n'as à écouter personne, juste toi-même. Quand tu vas à l'hôpital, c'est différent. Il y a un tas de personnes qui prennent soin de toi.

Il y a un numéro... ça m'aide de savoir que je peux appeler et parler à quelqu'un si j'ai des problèmes. C'est une chose très importante. Parfois j'ai juste besoin de parler à quelqu'un. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 178

Les prises en charge depuis le domicile et les transformations institutionnelles à l'œuvre dans la prise en charge de la santé mentale, comme je le disais plus avant, nécessitent, outre de déplacer le lieu de soins, le lieu de l'accompagnement, de distribuer les responsabilités entre les différents intervenants d'une autre manière. Là où, avec les appartements associatifs dont la gestion est assurée par une équipe du secteur de psychiatrie, une seule institution intervient et s'occupe du prendre soin et de l'accompagnement social des personnes vivant avec des troubles psychiques, dans les situations proposées dans ce travail, plusieurs institutions relevant de secteurs différents (secteur social, secteur médico-social et secteur sanitaire) interviennent auprès de ces personnes avec notamment les dispositifs de logements accompagnés (dispositifs appartenant au secteur médico-social) ou encore dans l'habitat diffus (dans le droit commun). Elles doivent trouver un mode d'organisation afin d'offrir un accompagnement global aux personnes vivant avec des troubles psychiques et dont les symptômes ont des répercussions sur l'ensemble de leurs dimensions.

Comme le précisait Isabelle Baszanger, « *les organisations doivent être conceptualisées comme des systèmes de négociations permanentes* » (*ibid.*, 2016, p. 33). En effet, même avec une seule institution, l'organisation de la prise en charge se négocie entre les différentes personnes impliquées, que sont la personne qui est prise en charge, ses proches, l'infirmière, l'assistante de service social, le médecin psychiatre, le médecin traitant, le psychologue, etc. Et cette négociation est permanente. Ainsi, il faut négocier un objectif commun puis un schéma d'intervention permettant d'organiser la prise en charge. La hiérarchie entre les professionnels impliqués aide à trancher certains points de désaccord, mais elle n'est pas absolue et d'autres

logiques « situées » prévalent créant des zones d'incertitudes abritant des initiatives défiant la hiérarchie, des stratégies permettant de déjouer cette hiérarchie.

Cependant, l'organisation intra-institutionnelle peut bénéficier – ou pâtir parfois – d'une certaine routine ou habitude de travail, facilitant la négociation. Par ailleurs, si chacun des professionnels d'une même institution a ses propres missions (l'assistante de service social à l'hôpital par exemple a pour mission d'aider la personne hospitalisée dans ses démarches afin de préparer son retour à domicile, quand l'infirmière, elle, a pour mission d'exécuter les prescriptions médicales et d'assurer les soins de confort et de bien-être des personnes hospitalisées, les soins permettant de maintenir ou de restaurer leur santé), dans une même institution, l'objectif général est le même pour tous les professionnels (à l'hôpital, il s'agit de gérer la maladie des personnes hospitalisées afin de leur permettre un retour à domicile). Pour le *Ridgehaven Hospital*, Robert Barrett (1998) explique :

« L'objectif général du traitement hospitalier est donc de ramener le patient dans le monde de l'interaction sociale quotidienne, pour que sa propre personnalité soit perçue comme allant de soi – où le patient soit traité comme « n'importe qui » d'autre. » (op. cit., 1998, p. 293)

Il donne à voir le processus de négociation d'un schéma d'intervention – ses différentes étapes – au sein de l'hôpital dans lequel il exerce les fonctions de médecin psychiatre.

L'objectif général de l'ensemble du personnel y est de « ramener le patient dans le monde de l'interaction sociale quotidienne ». Chaque service a, bien entendu, un objectif plus précis mais, de manière générale, l'institution tend à ramener les patients vers l'ordinaire. Définir un objectif commun est de ce fait plus aisé lorsque les prises en charge sont assurées par une seule et même institution.

Outre l'objectif commun, le schéma d'intervention se négocie, au sein d'une même équipe, de manière plus aisée. Premièrement, la méthode utilisée pour négocier ce schéma existe au préalable. Elle suit un processus connu de tous les acteurs - hormis le patient, venu pour la première fois, qui doit en être informé -, elle se décompose en plusieurs étapes qui s'enchaînent.

« La première est la « présentation de cas ». Généralement donnée par un interne en psychiatrie, son objectif est de présenter l'histoire du cas du patient à la mini-équipe. Son format se rapproche étroitement de celui de l'histoire écrite du cas, et les internes lisent directement le dossier. La « discussion de cas » est une autre forme reconnaissable de

discours. [...] Son objectif est de forger une « définition d'équipe » consensuelle du patient, qui présume la troisième forme de discours sur le cas, la « gestion de planning ». [...] C'est généralement le psychiatre qui « tire les fils » d'une discussion de cas en vue d'établir un plan de gestion, les décisions finales étant entrées dans le dossier sous une forme abrégée par l'un des autres membres de l'équipe. » (ibid., p. 105)

Lors de ces réunions de cas, se décident donc la division des tâches entre les membres de l'équipe, le plan de gestion du cas, sous l'égide du médecin psychiatre, qui préside ces réunions et amène l'équipe à élaborer conjointement une définition du cas, puis un schéma d'intervention commun. Robert Barrett fait mention de conflits possibles au sein de l'équipe, mais précise qu'il s'agit plutôt « d'un individu identifié comme source des problèmes », conflit réglé alors en se séparant de la personne identifiée. Les conflits peuvent également trouver une résolution par l'influence du psychiatre qui tranche et impose finalement une vision du cas.

En effet, par

« des activités quotidiennes telles qu'ouvrir et fermer les discussions de cas, donner inconsciemment le ton de la conversation des réunions, poser les questions pertinentes, rédiger par routine la première et la dernière entrée d'un dossier de cas, et enfin résumer et synthétiser un cas, [il peut] dominer l'équipe et susciter une adhésion au leader » (ibid., p. 120).

Le médecin psychiatre est à même d'entériner et de mettre en place un plan de gestion du cas qui sera alors suivi par chacun des membres de l'équipe.

La chaîne hiérarchique claire de l'hôpital permet donc dans les prises en charge menées par cette seule institution d'établir un objectif commun et un schéma d'intervention de façon « simple » au sens où les instances et les manières de faire existent au préalable.

De plus, la cohésion, « une conformité d'attitudes, une stabilité du système et un équilibre correcteur » (ibid., p. 88) s'ajoutent aux avantages déjà cités des prises en charge par une seule institution par rapport aux prises en charge pluri-institutionnelles que j'ai pu décrire plus tôt.

En effet, dans les situations présentées plus avant, on peut voir que la définition d'un objectif commun est rendue complexe par la multitude des objectifs présents, soit un objectif « général » par institution. Par ailleurs, les « chaînes hiérarchiques » n'existent pas entre les institutions, l'une ne pouvant pas forcément commander à l'autre, ou trancher un conflit ; de même que les

instances de négociations qu'il faut parfois créer, tout comme la personne qui « tire les fils des discussions » qu'il faut désigner ou légitimer. De la même manière, il faut créer une cohésion, une culture commune alors même qu'il en existe autant qu'il y a d'institutions présentes dans la situation.

Les prises en charge pluri-institutionnelles sont donc intrinsèquement plus complexes à mettre en place et l'ordre y est d'autant plus complexe à négocier.

Toutefois, il convient de nuancer cette comparaison par trop contrastée, tranchée. En effet, bien que plus simple à organiser, les prises en charge par une seule et même institution, notamment en santé mentale, peuvent être le fait d'institutions totales telles que l'asile, comme l'a décrit Goffman (1968).

Par ailleurs, ces prises en charge ne se sont pas toujours limitées à une seule institution. En effet, une fois l'asile dépassé et le secteur instauré – après 1985 en France –, les équipes de secteur ont pour certaines cherché à travailler avec d'autres institutions – les institutions locales de droit commun – tel que le proposait notamment Lucien Bonnafé (1957, 1991) avec « l'implantation préalable ».

« La visée du secteur est alors de renverser la logique ségrégative asilaire, notamment en construisant une équipe unique impliquée à la fois dans les structures intra et extrahospitalières. Dans ce contexte, Lucien Bonnafé [...] se démarque d'une logique hospitalo-centrée, où c'est le patient qui doit s'adapter à l'offre de soin. Il commence par travailler avec l'environnement social avant de créer les institutions. C'est « l'implantation préalable », qui a pour objectif de créer des dispositifs afin d'analyser la demande sans réponse normée préalable. » (de Seguin, 2014, p. 135)

Ainsi, dans le secteur psychiatrique de Bonnafé, des ponts sont construits entre les services sociaux de la ville et leurs assistantes de service social et le personnel psychiatrique (Bretécher et Rolfe, 2019). Ainsi, les prises en charge se construisent entre les deux institutions, qui ont su créer des instances permettant de négocier l'organisation des prises en charge. Mais ces instances inter-institutionnelles, finalement informelles, ont cessé à l'arrivée d'une nouvelle chaîne hiérarchique. Cela nous permet tout de même de nuancer la différence entre les prises en charge du secteur de psychiatrie et les prises en charge plurisectorielles, en indiquant qu'un effort de travail partenarial en rhizome a déjà été mis en œuvre par la psychiatrie publique.

Toujours dans l'idée de nuancer les avantages en termes d'organisation que représentent les prises en charge par une seule institution, on remarque que les instances formelles de l'hôpital permettant de négocier un plan de gestion du cas ne sont pas toujours si simples à organiser et à tenir. Lorsque je rencontre le Dr Mathieu Bellahsen en novembre 2015, il m'explique qu'au sein de son secteur, il y a « des trous dans la raquette », c'est-à-dire que les réunions de synthèse, ces instances formelles de négociation d'un ordre pour chaque patient, ne peuvent se tenir comme elles le devraient. Les professionnels les désertent, le temps manque pour les organiser, ce qui entrave la segmentation puis définition commune du cas, la définition d'un objectif des interventions auprès de la personne et du schéma d'intervention.

Il convient donc de garder à l'esprit que les avantages des prises en charge mono-institutionnelles, notamment celles proposées par les associations de logement (ces associations émanant des équipes de secteur qui prennent en charge la gestion locative de leurs patients) par rapport aux prises en charge plurisectorielles méritent d'être nuancés, bien que ces dernières présentent malgré tout des complexités intrinsèques - ne serait-ce que par la mobilisation des différentes institutions qu'il faut connaître ou à défaut identifier - indépendamment des difficultés propres à chaque institution.

La première difficulté des prises en charge pluri-institutionnelles, en effet, est de mobiliser les institutions à même de répondre aux besoins identifiés – travail essentiel au préalable.

Ensuite, deuxième difficulté, il convient – et c'est un élément majeur de l'ordre négocié – de définir un objectif commun, l'oriflamme permettant d'organiser la prise en charge. Cet objectif commun peut être par exemple de « contrôler la maladie ». Or, toutes les institutions ou acteurs impliqués dans une prise en charge n'ont pas le même objectif général, et par ailleurs n'ont pas un objectif général tourné vers la santé des personnes. En effet, le bailleur social, pour sa part, a pour objectif de permettre à ses locataires « la jouissance paisible du bien » qu'ils louent, d'entretenir son parc immobilier, de percevoir les loyers, etc. Le locataire qui vit avec des troubles psychiques peut avoir comme objectif de vivre selon ses propres règles et modes d'habiter, d'être aidé socialement ou psychiquement, etc. Le voisinage a pour objectif de ne plus subir de nuisances. Les services sociaux ont pour objectif d'ouvrir les droits des personnes, et partant, de contrôler les statuts et situations des bénéficiaires, etc. La psychiatrie publique a pour objectif de « contrôler la maladie », d'apaiser la personne, de permettre son rétablissement, etc. Les services médico-sociaux ont pour objectif de permettre à la personne de vivre « de manière autonome » dans son logement, de permettre à la personne d'accéder à ses droits sociaux, aux soins, éventuellement à un emploi ou des activités, etc. Ces objectifs différents et

peuvent ne pas être compatibles. Il est nécessaire, dans le cas où l'ensemble de ces acteurs interviennent dans une situation, qu'une négociation ait lieu pour définir un objectif commun, « l'oriflamme » sous lequel les interventions des uns et des autres pourront s'organiser dans le temps et dans les différents contextes.

En effet, les prises en charge pluri-institutionnelles nécessitent une négociation entre plusieurs mondes sociaux, des mondes sociaux n'ayant pas les mêmes règles d'organisation, des contextes structurels différents. Cette négociation doit alors porter sur l'élaboration d'un objectif commun permettant ensuite au schéma de prise en charge évolutif et situé de se mettre en œuvre, une division et une organisation du travail médical, social et médico-social entre les différents acteurs.

Des facteurs sociaux président cette négociation, l'influencent et la modèlent. Pour permettre une compréhension de la construction de cette négociation d'un ordre inter-institutionnel, j'ai décrit finement pour deux situations les relations entre les acteurs impliqués ce qui me permet à présent d'étudier les différents facteurs permettant d'organiser les interventions de chacun.

Dans cette section, je montrerai donc dans un premier temps, la nécessaire mobilisation d'institutions permettant la gestion des troubles psychiques des personnes vivant chez elles et les éléments indispensables à cette étape. Dans un deuxième temps, je montrerai les facteurs sociaux situés permettant la négociation d'un objectif commun puis d'un schéma d'intervention, ce qui m'amènera à montrer comment peut se négocier une hiérarchie située entre les différentes institutions impliquées. Dans un troisième temps, je montrerai enfin comment se construit une relation de prise en charge des troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent.

I. Identifier et mobiliser des institutions dans une situation

Si la négociation d'une organisation est la base même des relations de prise en charge pluri-institutionnelle des troubles psychiques, il faut au préalable que des institutions permettant cette prise en charge soient mobilisées par celle qui a su donner l'alerte. En effet, comme je le montre dans les deux situations présentées plus avant, chronologiquement, il a fallu en premier lieu que les troubles et nuisances soient interprétés comme des troubles d'origine psychique puis que le « donneur d'alerte », ici le bailleur social, mobilise d'autres institutions à même d'intervenir. Les prises en charge pluri-institutionnelles nécessitent au préalable que l'institution qui subit la première les troubles puisse en mobiliser d'autres à même de répondre aux besoins des personnes.

Cette étape existe également dans les prises en charge mono-institutionnelles. En effet, il n'est pas rare qu'une première institution – la famille, les proches, les voisins, etc. – donne l'alerte quant aux troubles dont souffre une personne de leur entourage, pour que cette même personne se voit prise en charge par la psychiatrie, par exemple. Ce « donneur d'alerte » peut également solliciter soit les forces de l'ordre, soit un élu municipal, soit les pompiers.

Toutefois, il arrive que la psychiatrie publique se mobilise directement autour d'une situation qu'elle a elle-même repérée (comme c'est le cas souvent des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) qui vont à la rencontre des personnes souffrant de troubles psychiques dans l'espace public).

Madame R., patiente-locataire avec qui je me suis entretenue en mai 2016, avant d'être prise en charge par la psychiatrie de secteur, vivait dans des cartons le long d'un fleuve francilien. L'équipe de secteur l'avait repérée et avait commencé à prendre contact avec elle. Réticente, elle n'adhérait pas au lien qui était proposé. Par une nuit d'hiver très froide, l'équipe de secteur a tenté de la persuader de la suivre pour l'abriter à l'hôpital. Madame R. refusant, son hospitalisation a nécessité l'intervention des pompiers. Dans ce cas, la psychiatrie de secteur a directement identifié la personne et la nature de ses troubles. Sa non-demande, son refus même, a toutefois nécessité l'usage de la contrainte pour lui donner refuge.

Par suite d'une hospitalisation de plusieurs mois, durant lesquels une alliance thérapeutique a pu se mettre en place, l'état de santé psychique et physique de Madame R. s'est amélioré. Les soignants du secteur ont alors pu lui proposer un appartement associatif, ce qu'elle a accepté.

Elle n'a plus jamais connu d'hospitalisation et a fini ses jours dans son logement, vivant de manière autonome et accompagnée par les soignants.

Dans les situations présentées plus tôt, comme je le disais précédemment, c'est le bailleur social qui a, le premier, été confronté – tout comme les voisins - aux troubles psychiques des personnes, des troubles psychiques qui s'expriment alors par des troubles du comportement, des troubles de l'habiter.

Les premières mesures mises en place sont d'ordre social, c'est-à-dire que dans un premier élan, les troubles sont appréhendés comme des nuisances (dettes, nuisances sonores, olfactives ou encore par infestation de nuisibles) qu'il convient de neutraliser. Devant l'échec des mesures entreprises, demande d'expulsion pour l'un ou sollicitation répétée pour l'autre, le bailleur social doit trouver d'autres solutions pour répondre à ses engagements vis-à-vis de ses locataires. Il doit donc, comme je l'ai montré dans une autre section, décoder, c'est-à-dire réinterpréter, les nuisances à l'aune des troubles psychiques dont souffre la personne qui perturbe son environnement. Ces étapes demandent de la part du bailleur une connaissance, un certain savoir, qu'il doit avoir acquis au préalable.

Dans les deux situations présentées, on remarque que les bailleurs sociaux ne fonctionnent pas de la même manière ; ils ont deux organisations différentes. On peut faire l'hypothèse qu'ils ne sont pas au même moment de leur acculturation aux problématiques de santé mentale, l'un étant plus en avance que l'autre.

Les connaissances du bailleur en termes de santé mentale – mais également sa volonté d'œuvrer pour une meilleure santé mentale - doivent lui permettre, outre de recoder les nuisances en troubles psychiques, de mobiliser les institutions *ad hoc* et donc à même d'évaluer et de répondre aux différents besoins des personnes. C'est un préambule aux prises en charge que j'ai présentées.

Durant mon terrain de thèse, j'ai rencontré d'autres modes d'organisation, c'est-à-dire que la situation n'est pas « révélée » par le bailleur social de la personne souffrant de troubles psychiques mais, par exemple, par une assistante de service social d'un centre socio-culturel, par une famille, par un service municipal d'hygiène. L'absence d'équipe d'appui, telle que l'équipe mobile associative, implique ensuite de mobiliser une autre instance, qu'il s'agit alors d'identifier.

Ces « donneurs d'alerte » - le bailleur, l'assistante de service social, la famille, etc. - peuvent s'adresser directement à la psychiatrie publique et entamer une procédure de SDT ou Soins à la

Demande d'un Tiers. Ils peuvent également s'adresser à d'autres instances, s'ils les connaissent, telles que le conseil local de santé mentale (CLSM) ou un élu municipal, qui peut alors s'adresser à la psychiatrie publique et entamer une procédure de SDRE ou Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat.

Ces organisations dépendent alors à la fois de la connaissance des personnes en termes d'offre de santé mentale, mais également de l'offre elle-même.

1. Emergence de dispositifs d'appui aux problématiques de santé mentale

Un des enjeux majeurs des prises en charge de la santé mentale hors-les-murs est l'identification et la connaissance des ressources ambulatoires et mobiles sur un territoire donné afin de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

C'était d'ailleurs l'un des objectifs de « l'implantation préalable » promue par le désaliénisme de Lucien Bonnafé. Comment prendre soin des personnes depuis leur domicile, dans leur environnement ? Quelles sont les ressources dans l'environnement pouvant étayer la personne ? Comme je l'ai déjà mentionné dans ce travail, les territoires ont apporté chacun des réponses singulières à ces problèmes.

Les uns ont développé un secteur psychiatrique tourné essentiellement vers l'ambulatoire et proposant une grande variété de prises en charge, comme c'est le cas notamment dans le secteur de psychiatrie que j'ai pu observer durant l'année 2015. Au sein de ce secteur, l'équipe soignante pluridisciplinaire a créé un centre médico-psychologique (CMP) qui intervient au domicile de ses patients, une association de logements, une association de création artistique, une entreprise d'insertion et un centre d'accueil et de crise (CAC)¹²⁹, un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et une unité d'hospitalisation. Cette pluralité de réponses constitue une offre de soins claire et identifiée par les partenaires libéraux ou médico-sociaux travaillant également sur le territoire et que l'équipe de soins a pris la peine de rencontrer. Ce service de psychiatrie publique travaille, par ailleurs, avec un bailleur social de

¹²⁹ L'entreprise d'insertion et le CAC ont tous deux fermé leurs portes.

la commune et d'autres services municipaux, ce qui permet aux acteurs sociaux et médico-sociaux de saisir la psychiatrie si nécessaire.

Toutefois, aujourd'hui, les solutions de logement de l'association sont moindres. Il n'est plus possible à l'association de signer de nouveaux baux, faute de personnels pour les gérer¹³⁰. Le secteur de psychiatrie, d'une part, a vu son personnel se réduire et d'autre part, les nouveaux professionnels ne souhaitent pas s'engager dans la gestion de cette association (outre les missions sanitaires – VAD et consultations des locataires au CMP -, il faut en effet assumer les fonctions de présidence et de trésorerie ainsi que les nombreuses tâches administratives requises à la gestion locative).

En outre, comme je le mentionnais, l'entreprise d'insertion a fermé ses portes, faute de soutien de la municipalité. Il faut à présent nouer des partenariats avec le secteur médico-social ou le secteur « ordinaire » pour trouver à employer les patients du secteur lorsqu'ils désirent travailler.

Si, pendant près de trente ans, ce secteur a permis une prise en charge globale de ses patients, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les prises en charge tendent aujourd'hui à être, là aussi, pluri-institutionnelles, sans que des instances – même informelles – existent pour autant.

Les autres développent des partenariats ou des instances permettant de mettre en relation les différents acteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) d'un territoire. Ils ont par exemple laissé l'ambulatoire et la prise en charge sociale des patients de la psychiatrie à d'autres professionnels ou secteurs, ce qui nécessite alors des instances permettant de mettre en relation

¹³⁰ En 2021, la situation tend à s'arranger – bien qu'il ne soit pas envisagé de louer et sous-louer davantage de logements. De récents recrutements ont permis de renouveler le personnel s'occupant de la gestion de l'association de logements

tous ces acteurs. On peut évoquer notamment le cas de la Ville d'Aubervilliers¹³¹ (Arcella-Giroux et Quintin, 2019), commune qui a mis en place un RESAD, instance qui aujourd'hui est majoritairement intégrée aux CLSM.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM), et leur RESAD ou instances collectives d'analyse de situations complexes, sont des instances mobilisables par les acteurs sociaux et les citoyens afin de créer un réseau de partenaires s'impliquant dans les situations des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant à domicile. Comme je l'indiquais précédemment, le CLSM est « *une instance de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.* »¹³²

Il prend place dans les projets territoriaux de santé mentale et permet de constituer une équipe locale, pluri-institutionnelle, plurisectorielle, qui tente de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans l'une des situations présentées, celle de Lavande, le CLSM local est sollicité à plusieurs reprises. Outre le fait qu'il peut permettre de mobiliser directement certaines institutions telles

¹³¹ « Certaines communes ont cherché des moyens de prendre en charge les personnes vulnérables sur leur territoire et ont mis en place des dynamiques de réseau entre les acteurs. C'est le cas de la Ville d'Aubervilliers, qui, en 2001, expérimente une réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD) animée par un médecin de santé publique.

Ce médecin, en charge alors d'un diagnostic participatif en santé de la commune dans le cadre de l'ASV (Atelier Santé Ville), interroge les différents acteurs sanitaires et sociaux de la ville et voit alors émerger une préoccupation principale : la santé mentale des citoyens. Cette problématique, elle-même, est traversée par un conflit de point de vue, opposant la psychiatrie aux travailleurs sociaux, chacun pensant l'autre inefficace. La psychiatrie est confrontée aux expulsions des patients ; les services sociaux sont confrontés au secret médical empêchant les collaborations, à la non prise en charge par la psychiatrie de certaines personnes du fait de la non-demande par exemple.

À partir de ce diagnostic, les acteurs consultés ont l'idée de mettre en place des réunions sous le modèle des réunions pluriprofessionnelles (RPP) qui existent par ailleurs et fonctionnent en protection de l'enfance avec la Protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance (ASE). C'est ainsi que naît la RESAD, bien que la psychiatrie se positionne contre par préoccupation éthique notamment. Une jeune psychiatre de secteur responsable du centre d'accueil et de crise (CAC), malgré tout, y croit et veut siéger à la RESAD. Elle souhaite mettre au travail ces questions éthiques et créer une méthodologie permettant de présenter les situations.

La commune d'Aubervilliers lance donc une RESAD en expérimentation pour 6 mois avec Pilar Arcella-Giroux, médecin recrutée par la ville et formée à la méthode de santé communautaire (donc participative). » (op. cit., 2019, p. 17-18)

¹³² <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>

que la psychiatrie publique ou des établissements ou services médico-sociaux, il peut également jouer le rôle de « réunions de cas » ou réunions de synthèse. C'est un moyen d'exposer la situation dans toute sa complexité – dans toutes ses dimensions – et de parvenir par son intermédiaire à négocier un objectif commun à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge qui tente de se mettre en place.

Les CLSM, comme je l'indiquais, permettent en outre de faire un diagnostic territorial – en termes de besoins de la population et de ressources – et de repérer les partenaires et acteurs de la santé mentale sur un territoire. Ils permettent alors de donner des informations quant aux réponses possibles aux problèmes rencontrés. Dans le cas de Lavande, cela permet notamment d'impliquer la psychiatrie et d'acculturer les différents intervenants à la santé mentale et aux divers problèmes qu'elle engendre. En effet, la cheffe de service de l'équipe mobile tente de faire se rencontrer la psychiatrie publique et le bailleur social afin de faire entendre à ce dernier les besoins de la locataire et les solutions envisageables pour sa prise en charge. C'est, outre le fait de convoquer des institutions, une autre manière d'utiliser le CLSM.

Durant mon terrain, j'ai participé à de nombreuses réunions de RESAD – en tant que cheffe de service de l'équipe mobile, en tant que coordinatrice de CLSM ou encore en tant que chargée de mission pour une grande association médico-sociale –, j'ai constaté que le CLSM est un excellent outil permettant de constituer une équipe autour d'une situation complexe, c'est-à-dire qu'il permet de mettre en lien des acteurs – tels que des groupes d'entraide mutuelle (GEM), l'UNAFAM, des établissements et services médico-sociaux (ESMS), la psychiatrie de secteur, les services sociaux, les services associatifs de mandataires judiciaires à la protection des majeurs, les plateformes du type MAIA, la police, etc.

Ainsi dans la situation d'Éillet, un homme âgé¹³³ vivant seul dans sa maison, le CLSM est-il sollicité, car ce dernier occasionne de nombreuses nuisances pour le voisinage, notamment par l'encombrement de son jardin et de la rue. Il semble qu'il souffre de troubles psychiques. Il est propriétaire de sa maison et aucune institution n'est habilitée à entrer dans son domicile – à l'inverse des personnes vivant dans un logement social qui se doivent de permettre l'accès de leur domicile aux techniciens du bailleur social.

¹³³ Situation observée entre février et mai 2017

La première réunion du RESAD - qui se déroule en février 2017 au sein d'un CLSM francilien -, durant laquelle le nom de la personne n'est pas communiqué¹³⁴ du fait qu'il n'a pas pu être contacté et n'a donc pas donné son consentement - permet de mettre en lien le demandeur – ici les services d'hygiène municipaux – et la MAIA, les services sociaux et la psychiatrie.

Au terme de la réunion, il est décidé – tous les acteurs se mettent d'accord – de missionner un gestionnaire de cas de la MAIA¹³⁵ pour rentrer en contact avec la personne afin d'évaluer la situation et ses besoins, après que les services d'hygiène municipaux ont donné l'identité de la personne. Une nouvelle réunion est programmée trois mois plus tard.

Lors de la seconde réunion – qui se déroule en mai 2017 -, tous les acteurs présents lors de la première réunion siègent. Une gestionnaire de cas de la plateforme MAIA s'est rendue au domicile de la personne et a pu rentrer en lien avec Œillet, malgré ses réticences. Il semble dans le plus grand dénuement physique et social, il semble également très troublé psychologiquement, incohérent. Une rencontre avec le voisinage indique qu'il est veuf depuis quelques années et semble amoindri depuis quelques mois. Il a des enfants adultes.

De leur côté, les services sociaux, qui avaient reconnu la situation bien que le nom de la personne ne leur ait pas été communiqué, ont pu rentrer en contact avec la famille proche, les enfants, qui voulaient se renseigner sur les procédures de protection des majeurs. Profitant de leur venue, les assistantes de service social les informent des démarches du CLSM et de la MAIA. Ils choisissent immédiatement de collaborer au travail débuté depuis la première réunion du RESAD, car ils se sentent dépasser par la situation. Leur parent ne souhaite pas les rencontrer, les reconnaît à peine. Ils ne savent pas comment intervenir.

Au courant de la prochaine réunion du RESAD, ils communiquent leurs questions et attentes : ils désirent pouvoir lancer une mesure de protection pour Œillet et ensuite l'aider à intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette fois, la situation est présentée lors de la réunion – en mai 2017 - sans anonymisation, le consentement des enfants ayant été donné à défaut de celui de la personne concernée qui a cependant été informée de la réunion. Il est décidé à l'issue de cette deuxième réunion de lancer

¹³⁴ Malgré l'anonymisation de la situation, la personne est identifiée par plusieurs partenaires qui connaissent la maison en question.

¹³⁵ Les gestionnaires de cas MAIA ont pour mission d'accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. Ils coordonnent les interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe, c'est-à-dire que leurs problématiques touchent deux ou toutes leurs dimensions (psychique, biologique et sociale). Ces professionnels ont une formation initiale soit de travailleur social, soit d'infirmier, soit de psychologue ou ergothérapeute, complétée parfois par une formation spécifique (liée notamment au grand âge).

les démarches de mise sous tutelle ou curatelle de la personne et de travailler conjointement avec les enfants pour pouvoir trouver une structure d'hébergement médicalisée. La gestionnaire de cas MAIA poursuit la coordination de ce suivi et l'accompagnement avec les enfants. Il est prévu de faire un point sur cette situation en RESAD dans six mois.

Je n'ai pas assisté à la troisième réunion du RESAD, mais j'ai pu suivre l'évolution de la situation jusqu'en juillet de la même année. Les enfants sont parvenus à mettre en place une rencontre entre Céillet et un médecin permettant de lancer la procédure de protection des majeurs et la mise sous tutelle était en bonne voie. Par ailleurs, avec l'aide de la gestionnaire de cas, une place en hébergement a pu être trouvée, la situation sociale d'œillet s'est améliorée et son jardin a été en partie désencombré. Son état de santé s'est amélioré également grâce aux courses alimentaires et au soutien qu'il a pu recevoir de la part de ses proches.

Cette situation est une présentation presque idéal-typique de la réunion du RESAD dans le sens où le CLSM a vraiment permis d'alerter autour d'une situation complexe. Son réseau partenarial constitué a permis aux différents acteurs de s'impliquer et de trouver des solutions aux différentes problématiques que rencontrait la personne. Le CLSM en résumé a permis ici à la fois de mobiliser des acteurs et de les coordonner jusqu'à ce qu'une autre instance prenne cette charge – ici la MAIA.

Dans d'autres situations, le CLSM permet soit de mobiliser des acteurs ou institutions afin qu'ils interviennent dans des situations qui lui sont présentées, soit de coordonner des acteurs déjà mobilisés.

Quoi qu'il en soit, il est un maillon important de l'organisation de certaines situations puisque, d'une part, il met en contact des acteurs très différents tout en tenant compte du consentement des personnes, et, d'autre part, il permet d'instaurer un dialogue entre ces acteurs : il peut être un lieu de négociation de l'organisation des prises en charge, un lieu permettant d'instaurer une certaine hiérarchie symbolique située qui met en avant les acteurs préoccupés particulièrement par la santé mentale des personnes dont les situations sont examinées.

Comme on l'a vu pour Lavande, la préoccupation du bailleur n'est pas à proprement parler sa santé mentale. Il cherche un moyen de neutraliser les nuisances occasionnées par les troubles de la locataire. Si cela passe par une prise en charge des troubles, cela ne pose pas de problème. L'objectif du bailleur peut être mis en pause, le temps d'organiser la prise en charge de la personne.

Mais, dans le cas de Lavande, le bailleur n'accorde – n'articule - pas sa prise en charge à celle des autres acteurs et ne prend pas en compte les troubles dans son accompagnement ou sa prise en charge. En outre, il ne met pas en pause son objectif premier qui est de neutraliser les nuisances.

Le CLSM et sa réunion de RESAD – demandée par Badiane - avait pour but de le faire dialoguer avec la psychiatrie, légitime sur les sujets de santé mentale, et de lui faire comprendre l'inefficacité de son action au regard de l'ampleur des troubles psychiques de la locataire. La réunion du RESAD avait pour objectif de négocier avec le bailleur un délai et son adhésion au moins ponctuelle à l'objectif de l'équipe mobile associative et de la psychiatrie, c'est-à-dire d'intervenir autour des troubles psychiques de la locataire – et partant de suspendre le risque d'expulsion.

Dans cette situation, le bailleur social a fait le choix de ne pas venir à la réunion du RESAD, ne souhaitant visiblement pas aborder la situation sous l'angle de la santé mentale. La réunion du RESAD n'a donc pas eu les effets attendus, bien qu'elle ait permis une rencontre entre plusieurs partenaires.

En outre, le CLSM a été l'un des partenaires sollicités par un acteur impliqué d'ores et déjà dans la situation, c'est-à-dire l'équipe mobile et même le bailleur en première instance. Dans la situation d'Éillet, en revanche, il n'y a ni bailleur social, ni équipe mobile se rendant au domicile de la personne. En effet, il est propriétaire de sa maison. Dans ce cas de figure, il faut alors pouvoir trouver un intervenant se rendant à domicile pour évaluer la situation mais surtout pour rentrer en relation avec la personne. C'est le CLSM et sa réunion du RESAD qui a permis que soit trouvé cet intervenant - dans cette situation, le gestionnaire de cas MAIA. Qu'en est-il lorsqu'il ne s'agit pas d'une personne âgée ? Qui se rend à domicile pour évaluer la situation en l'absence d'équipe mobile ?

J'ai pu observer diverses solutions singulières.

Dans une commune d'Île-de-France, depuis la mise en place du CLSM et des réunions du RESAD mensuelles, l'équipe soignante du secteur psychiatrie a modifié ses pratiques à plusieurs niveaux. D'une part, l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) – qui d'ordinaire intervient auprès des personnes dans l'espace public – a élargi sa notion de précarité et peut considérer comme relevant de ses missions d'intervenir au domicile d'une personne dont la situation à plusieurs endroits est précaire (socialement, économiquement). D'autre part, les soignants du centre médico-psychologique (CMP) se rendent au domicile de personnes qu'ils

n'ont pas rencontrées au préalable. En effet, les équipes de secteur, en général, n'interviennent au domicile que pour leurs patients, c'est-à-dire des personnes déjà venues en consultation au CMP et si la visite à domicile se justifie par un accompagnement dans les tâches quotidiennes. Ici, l'équipe soignante, devant les besoins répétés d'interventions à domicile, a fait le choix d'effectuer des visites à domicile pour les personnes adressées notamment par l'intermédiaire des réunions du RESAD. Ces changements de pratique ont permis de débiter plus rapidement certaines prises en charge et d'améliorer les suivis sans rupture. Mais il faut que le secteur ne se trouve pas en sous-effectif et parvienne à remplir toutes ses missions.

C'est donc ici la psychiatrie publique de secteur qui fait le travail de mise en relation et fait le lien avec les autres acteurs tout en refusant cependant, et c'est un point très important, de rendre compte ensuite des accompagnements et protocole de soins qu'elle met en place. En effet, si la psychiatrie publique dans ce secteur francilien, qui est très impliquée dans le CLSM, a accepté de changer ses pratiques pour répondre aux besoins de la population, elle ne souhaite pas se voir dicter sa conduite par le CLSM et souhaite garder son autonomie. Cette autonomie est rendue difficile, les réunions du RESAD pouvant donner lieu à des demandes de divers acteurs – notamment les élus – sur l'avancement de la situation, ce qui est fait, mis en place, etc.

Dans d'autres situations, ce peut être le coordinateur du CLSM qui accomplisse cette tâche, bien que cela ne rentre pas dans ses missions. J'ai fait un entretien, en avril 2018, avec un coordinateur de CLSM qui assurait les visites à domicile et la relation avec la personne qui lui était adressée pour une réunion du RESAD. Se désolant de ne pas avoir dans chaque situation une personne assurant cette mission primordiale - rencontre de la personne et mise en relation -, alors même qu'il ne lui appartenait pas de le faire, il s'en chargeait. Il n'occupe plus aujourd'hui cette fonction mais celle de chargé de mission pour la commune et poursuit son travail de relation avec les personnes en grande difficulté, un poste à part entière.

Il peut arriver également que personne n'assume cette mission. Dans ce cas de figure, il est difficile d'intervenir. Ainsi, dans la situation de Narcisse, une personne vivant dans les parties communes d'un immeuble dans lequel il a vécu étant enfant, sans domicile, le bailleur ne parvient pas à lui faire quitter l'immeuble. Il est impossible de l'expulser puisqu'il n'a pas de logement, et à chaque fois qu'on le déloge, il revient le jour même. Il entrepose ses quelques biens dans la cage d'escalier, y dort, s'y alimente et y fait ses besoins. La situation est difficile pour le voisinage.

Pour pallier cette situation, le bailleur social a fait appel à un service médico-social et une mesure d'accompagnement de 6 mois vers des appartements de coordination thérapeutique (ACT) se met en place. Une psychologue de cette association noue une relation avec Narcisse, une relation à laquelle il adhère pleinement. Elle fait un travail d'accompagnement social et psychique avec Narcisse, l'amenant à accepter un ACT. Au moment où un appartement lui est trouvé, Narcisse ne se rend pas au rendez-vous lui permettant de signer son bail.

C'est à ce moment-là que le bailleur, membre du CLSM, sollicite le RESAD afin de trouver une solution au problème d'occupation des parties communes par Narcisse. Lors de la réunion qui a lieu en mars 2017, il s'avère que la psychologue, la seule personne ayant noué une relation avec Narcisse qui devait l'accompagner au rendez-vous pour la signature de son bail, est malade. En arrêt longue maladie, elle est dans l'incapacité de l'accompagner. Il ne s'y rend pas seul.

La réunion permet d'identifier ce qui empêche la résolution de la situation, c'est-à-dire l'absence de la seule personne ayant réussi à nouer une relation avec Narcisse. L'association d'accompagnement vers les ACT propose de mobiliser un autre membre de l'équipe afin de prendre le relai du travail amorcé par la psychologue, en sachant que le service n'est pas en mesure d'assurer le remplacement de la psychologue et que les rencontres avec Narcisse viendront en supplément des visites et accompagnements réalisés par un autre professionnel.

En l'absence de relation nouée avec les personnes dont il faut organiser les prises en charge, il s'avère en fait très difficile de rendre effective cette prise en charge, la relation en étant la clef. Sans relation, la prise en charge n'est pas efficiente, voire n'existe pas.

Le CLSM peut permettre d'identifier une personne à même d'assumer cette fonction, même si ce rôle ou cette fonction ne fait pas partie des missions des professionnels. En effet, à défaut d'une personne clairement identifiée ou dont les missions sont clairement d'établir un lien avec la personne, il est parfois bien difficile d'assurer les prises en charge. En effet, lorsqu'il n'y a ni équipe mobile associative, ni gestionnaire de cas, que la psychiatrie ou l'EMPP n'assurent pas les VAD des personnes, soit qu'elles n'ont pas été rencontrées au préalable, soit parce qu'elles ont un domicile (les EMPP ont en effet vocation à rencontrer les personnes en grande précarité, c'est-à-dire sans logement), les prises en charge ne peuvent se mettre réellement en place. La personne souffrant de troubles psychiques, bien qu'on puisse, par courrier, la convoquer à un rendez-vous ou qu'on puisse lui proposer une rencontre, soit avec un professionnel du CMP, soit avec une assistante de service social des services sociaux ..., peut

ne pas s'y rendre. Du fait même de leurs troubles psychiques, les personnes peuvent, en effet, comme j'ai pu le montrer au début de la première partie de ce travail, ne pas être en mesure de se mobiliser pour de telles démarches, ne pas reconnaître le bien fondé de ces propositions, vivre même ces propositions comme des agressions. Il est nécessaire que ces propositions soient faites par une personne ayant amorcé un lien, une relation permettant ensuite de mettre en place une prise en charge.

2. La Trame : un tissage de relations entre différents partenaires

C'est précisément dans cette optique que quatre professionnels, deux psychologues cliniciens, également animateurs d'un groupe d'entraide mutuelle, dont l'un d'entre eux travaille à mi-temps également dans un Service d'Aide à la vie Sociale (SAVS), une animatrice d'un GEM et une éducatrice spécialisée travaillant dans le même SAVS que le psychologue, ont décidé de créer un dispositif, La Trame (Monsaingeon, Mugnier, Sabatier et Vaillant, 2018)¹³⁶, permettant de nouer des relations avec les personnes souffrant de troubles psychiques et ainsi de les accompagner sur le temps long.

Ce dispositif, outre ses quatre professionnels, réunit également les institutions avec lesquelles ils travaillent. Ainsi deux GEM et un SAVS travaillent conjointement afin de permettre une prise en charge globale des personnes souffrant de troubles psychiques. Il permet, en couvrant un territoire situé entre les locaux des deux GEM et du SAVS et reliés par deux lignes de

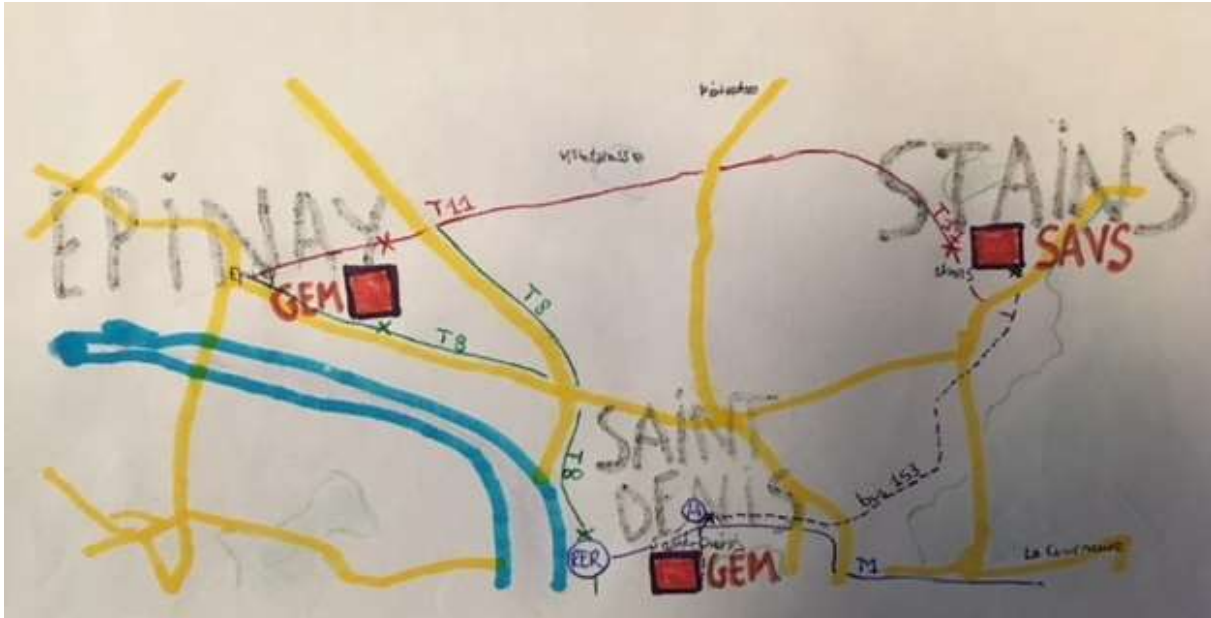
¹³⁶ « Le choix du mot trame prend tout son sens quand il vise à proposer un accueil inconditionnel pour les personnes en difficulté psychique dans le département de Seine-Saint-Denis. Dans le prolongement des GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), La Trame assume une continuité entre le sanitaire, le médico-social et le social. Pour dépasser les obstacles rencontrés, la créativité s'avère indispensable. Elle permet une continue ouverture sur le monde. Ainsi se dessine la mise en œuvre effective d'une psychiatrie citoyenne sans méconnaître la fragilité des personnes. [...]

Nous nous situons donc au cœur d'une micro-géographie où circulent les personnes avec lesquelles nous travaillons. [...]

La Plateforme souhaite répondre aux enjeux suivants :

- Apporter une réponse aux besoins des personnes touchées par des troubles psychiques, qu'elles soient reconnues en situation de handicap ou non, par l'identification, l'actualisation, la communication, l'appropriation et l'accompagnement vers les différentes ressources mobilisables du territoire ;
- Accompagner et contribuer à la coordination de la prise en charge des cas les plus complexes (accès aux droits, accès aux soins) ;
- Participer à la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques auprès du grand public en proposant des actions collectives de communication et de formation ;
- Salarier et associer des « pairs aidants » à la mise en œuvre du projet de Plateforme. » (op. cit., 2018, p. 37-39)

tramway et un bus, d'accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques et de faire le lien entre le sanitaire, le médico-social et le social. En effet, les professionnels, mais également les usagers, connaissent les institutions existant sur ce territoire et sont à même d'y accompagner les personnes dans le besoin.



Carte 1. Territoire de la Trame tracé avec les adhérents du GEM d'Epinay-sur-Seine

Par ailleurs, ce dispositif a formalisé un partenariat avec la Clinique La Borde, clinique fondée par le médecin psychiatre Jean Oury en 1953 et organisée selon le principe de la psychothérapie institutionnelle, et organise des hospitalisations lorsque cela est nécessaire.

Avant de créer ce dispositif, les animateurs des GEM, mais également les éducateurs spécialisés du SAVS, garantissaient ce travail d'accompagnement des personnes qui avaient déjà réussi à pousser la porte du groupe. Les animateurs faisaient un travail de coordination important pour permettre aux GEMeurs de pouvoir ouvrir des droits sociaux, de se faire soigner, de trouver où se loger, voire où s'employer.

Après une recherche-action autour de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune qui a donné lieu à la publication d'un rapport « Entre la ville et Nous » (Molinier, Mugnier, Sabatier et Vaillant, 2016), les animateurs des GEM et l'éducatrice spécialisée du SAVS ont proposé à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) la création de la Trame, projet qui a été retenu et a bénéficié d'un

financement. C'est donc à partir de ce dispositif que se font aujourd'hui les accompagnements et ce travail de coordination des prises en charge.

« Clarisse Monsaingeon : On voit bien que depuis quelques années autour du GEM de Saint-Denis, il y a tout un étayage qui s'est mis en place. Un ou deux référents prenaient soin de beaucoup de personnes, et aujourd'hui il y en a bien plus : le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), le GEM avec ses générations d'animateurs, La Trame, les autres GEM autour - des liens très forts. A l'inverse, on voit d'autant plus quand quelqu'un est vraiment isolé. [...]

Or c'est différent de savoir que pour telle personne, il y a trois professionnels ou un étayage familial et social, ou bien que telles personnes n'avaient que le GEM ou que le SAVS – ça modifie la façon de travailler.

Christophe Mugnier : La Trame est aussi née du constat qu'il y avait beaucoup de gens qui fréquentaient les GEM qui étaient en rupture de soins et en rupture de droits. Que notre mission première c'est de restaurer une forme d'accompagnement, de veille pour des gens très isolés. » (Céméa, 2020)

Concrètement, les personnes en souffrance psychique, venant au GEM (de Saint-Denis ou d'Epina-sur-Seine) se voient aider dans leur parcours par les animateurs qui peuvent faire du lien avec le SAVS situé non loin et qui peut proposer un étayage à domicile pour les personnes en ayant besoin. Les animateurs du GEM sont en relation directe avec les personnes et peuvent les orienter vers les services pouvant les soutenir et les aider dans leurs démarches.

Par le dispositif de la Trame, ces professionnels ont constitué une réelle connaissance des différents acteurs présents sur le territoire – représentés ci-dessus – et peuvent par conséquent coordonner les prises en charge, respectant la congruence des temps (temps des prises en charge et temps du vécu des personnes), les demandes des personnes et leurs besoins.

C'est une autre forme de coordination qui, à la différence du CLSM, propose un accompagnement, une relation avec les personnes dont il s'agit de coordonner les prises en charge. En effet, ici, la coordination est basée sur la relation nouée avec les personnes, ce lien inconditionnel créé dans les GEM mais aussi le SAVS, qui propose un accueil toutes les semaines à toutes et tous sans orientation préalable de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ou encore durant les temps d'activités réalisées avec les deux autres

institutions. Cette relation nouée permet, outre l'accompagnement, de lutter contre les ruptures de soins et les difficultés sociales pouvant compromettre l'accompagnement.

Durant mon terrain de thèse, j'ai suivi quelques activités organisées par la Trame, notamment la projection de films au L'Abominable, un laboratoire cinématographique partagé. Alors que l'un des animateurs de GEM, les GEMeurs et moi-même étions dans le tramway vers L'Abominable à La Courneuve, un jeune homme se rapproche de l'animateur qui le reconnaît. Il vient régulièrement dans les locaux des deux GEM et à l'accueil du SAVS. Il a par ailleurs bénéficié par la coordination que propose la Trame d'une hospitalisation au sein de la clinique de La Borde. Après s'être rétabli, il est revenu en Île-de-France. Mais aujourd'hui, il semble à nouveau en proie à une grande souffrance psychique. L'animateur et lui discutent tout au long du trajet qui nous conduit à la Courneuve. Le premier propose au second d'aller dans les locaux du GEM le plus proche, où un animateur (du GEM et de la Trame) va pouvoir l'aider et l'orienter. Il souhaite retourner à La Borde.

Cette rencontre fortuite dans le tramway permet tout de suite de venir en aide à ce jeune homme, qui accepte de se rendre au GEM. Il n'est pas rare que les rencontres avec les usagers se fassent ainsi, le long de cette ligne de tramway ou encore dans le centre-ville de Saint-Denis.

La coordination des prises en charge démarre-là, de la relation qui est nouée entre l'animateur et l'usager, ou entre un usager et un autre usager. En effet, les GEM sont, comme leur nom l'indique, des groupes d'entraide mutuelle, entraide entre pairs avec l'appui d'un animateur. Et cette entraide fonctionne et permet l'une des toutes premières orientations de la personne vers le GEM (ou le SAVS) puis vers la Trame.

La Trame est un dispositif qui, à l'instar des CLSM, a la volonté de coordonner des ressources afin de permettre aux personnes en souffrance psychique de trouver un soutien, du soin, un accompagnement. En revanche, comme je le disais, la méthode et l'approche diffèrent considérablement, puisqu'ici, il s'agit de travailler à partir d'une relation nouée avec les personnes. La coordination des prises en charge ne saurait faire sans cette relation nouée au préalable.

Néanmoins, pour ces instances – le CLSM, la Trame, le RESAD, etc. –, il s'agit, autour des situations, d'identifier, de mobiliser puis de coordonner des institutions qui répondront aux différents besoins sociaux, médico-sociaux et sanitaires des personnes.

Une fois cette étape engagée, les institutions une fois mobilisées dans un travail de prise en charge, doivent négocier un ordre, une organisation afin d'intervenir auprès et avec la personne, dont le temps du vécu rythme – ou devrait rythmer – les prises en charge proposées.

II. Négociation d'un objectif commun et d'un schéma d'intervention

Une fois identifiées et mobilisées, comme on l'a vu dans les situations proposées au début de ce chapitre, ces institutions peuvent être : l'équipe mobile associative, le CLSM, la psychiatrie publique, les services sociaux, un CSAPA (des ESMS), un GEM ou un dispositif particulier à un territoire comme la Trame, les services d'hygiène municipaux, des services de droit commun, comme une aide à domicile, un service de dératisation ou de désinsectisation, des soignants libéraux, mais également la justice, les forces de l'ordre, etc. Il s'agit pour elles de trouver une organisation leur permettant d'intervenir auprès de la personne.

Soit ces institutions interviennent en fonction de leur objectif général propre, sans aucune négociation avec les autres ou en passant un accord obtenu sans négociation, soit elles négocient un objectif commun qui leur permet d'articuler leurs interventions et de parvenir à accompagner la personne en souffrance psychique.

Dans l'une des situations proposées, pour Myosotis, malgré des objectifs généraux divers, les institutions parviennent à négocier un objectif commun leur permettant d'articuler leurs interventions et permettant également une intervention avec une certaine efficacité. Dans la seconde situation, en revanche, bien qu'il y ait une négociation, une institution choisit d'imposer son objectif et son schéma d'interventions aux autres institutions et ainsi « *d'affecter le cours de la négociation* » (Strauss et Baszanger, 2016, p. 261).

Afin d'analyser la négociation dans les relations de prises en charge depuis le domicile de personnes souffrant de troubles psychiques, je souhaite tout d'abord donner quelques éclaircissements sur ce concept et les questions qu'il me permet de soulever à partir des travaux d'Anselm Strauss.

En premier lieu, la négociation, qui a plusieurs synonymes, « *marchandage, combines, compromis, marché, accords après des désaccords, ententes tacites, médiation, tractation, troc, échange et collision* » (*op. cit.*, 2016, p. 245), est

« *un moyen pour obtenir que les choses se fassent. Elle est utilisée pour que se fasse ce qu'un acteur (personne, groupe, organisation, nation, etc.) souhaite voir accompli. [...]*
D'autres acteurs sont nécessairement engagés dans de telles entreprises. [...]

Lorsque l'on parle de négociation [...], on entend bien sûr par qui, avec quoi, à propos de quoi, avec quels enjeux et impliquant quels types de processus secondaires de négociation.

Dans certains ordres sociaux, les conditions structurelles sont telles que certains types de négociation sont impossibles ou improbables. » (ibid., p. 246-253)

Ce sont donc un ensemble de questions à se poser pour comprendre les négociations qui interviennent entre les différents acteurs des prises en charge des personnes souffrant psychologiquement.

Par la suite, l'auteur propose un schéma analytique des négociations. Dans un premier temps, il invite à la description des négociations qui inclue alors une description des acteurs, leurs stratégies, mais aussi les conséquences des négociations (*ibid.*, p. 259).

Dans un deuxième temps, il s'agit de présenter le contexte structurel des négociations, c'est-à-dire les « propriétés structurelles pesant sur les négociations » telles que, dans le cas de négociations à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique américain,

« les propriétés du système de soins américains, les sous-spécialités psychiatriques, la spécialisation parmi les professions de soins et les divisions du travail propres aux hôpitaux psychiatriques. » (ibid., p. 260)

Dans un troisième temps il convient de présenter le contexte de négociation (nombre de négociateurs, rythme des négociations, l'équilibre de pouvoir trouvé, etc.) qui se distingue du contexte structurel bien que l'un influence l'autre et *vice versa* (*ibid.*, p. 260).

L'analyse des différentes options dans la négociation permet alors d'en comprendre le déroulement et les tactiques utilisées telles que la persuasion la manipulation d'évènements - comme c'est le cas notamment dans la situation de Lavande que j'ai présentée plus avant -, des tactiques dont on doit analyser les conséquences sur la négociation (*ibid.*, p. 261).

Ensuite un ensemble de questions doivent être posées sur la représentativité des parties prenant part à la négociation – ou à l'accord sans négociation (*ibid.*, p. 265-266). En effet, il faut comprendre qui le négociateur, impliqué dans la relation de prise en charge, représente ? L'usager, lui-même, un autre acteur ?

A la lecture de ces différents points soulevés par Anselme Strauss, on voit immédiatement les différents facteurs situés (le contexte de négociation) de la négociation mais également l'influence de l'ordre social (le contexte structurel) sur ces facteurs. La réponse à ces questions nous amène à appréhender la négociation de l'organisation d'une prise en charge particulière.

« Une attention soutenue au contexte structurel ainsi qu'au contexte de négociation et à leurs propriétés respectives, accroît la probabilité de situer précisément l'analyse des déroulements particuliers de négociation « à l'intérieur » de la structure sociale plus large. » (ibid., p. 262)

Ayant précisé le cadre théorique auquel je me réfère, je souhaite présenter à présent une analyse de l'ordre négocié des prises en charge de personnes souffrant de troubles psychiques à partir de leur domicile. Je montrerai, dans un premier temps, les acteurs de ces négociations, qui ils sont, leurs stratégies et les conséquences sur la négociation. Dans un deuxième temps, je tenterai d'analyser comment le contexte structurel intervient dans la négociation, c'est-à-dire les systèmes dans lesquels sont pris ces acteurs, leurs missions et attributs, la division des tâches entre eux. Dans un troisième et dernier temps, je proposerai une analyse du contexte de négociation « situé » en présentant les négociateurs, qui ils représentent et comment, les liens qui existent entre eux, leurs interactions, le rythme des négociations et enfin l'équilibre relatif de pouvoir.

1. Les acteurs de la négociation

Les négociations interviennent entre différents acteurs impliqués dans une situation donnée. En décrivant les relations entre les acteurs de deux relations de prise en charge à domicile¹³⁷, je les ai déjà présentés, mais je n'ai pas encore évoqué leur représentativité et les stratégies qu'ils déploient.

Comme je le précisais, étant donné le caractère pluri-institutionnel des prises en charge présentées, ces acteurs n'appartiennent ni à la même institution, ni au même secteur. Certains relèvent du sanitaire – public ou privé -, d'autres sont des citoyens qui peuvent être réunis en association – comme les amicales de locataires -, d'autres sont des acteurs sociaux tels que les bailleurs sociaux, les services municipaux, les services sociaux, les forces de police, la justice, d'autres enfin sont des acteurs du secteur médico-social – souvent regroupés et régis par des

¹³⁷ (locataire, famille, voisinage, bailleur social, psychiatrie publique, équipe mobile associative – prestataire du bailleur et appartenant au secteur médico-social -, CLSM, ESMS, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, services sociaux, justice, forces de police, services municipaux, etc.)

associations de loi 1901 et d'utilité publique. Cela implique que ces acteurs répondent à des organisations, des règles et des valeurs différentes. Leurs objectifs et missions sont également différents.

S'ils peuvent accompagner une même personne, elle ne sera pas désignée de la même manière. Ainsi pour le secteur sanitaire (qu'il s'agisse de soins somatiques ou de soins psychiatriques ou psychiques), la personne est un patient – ou un client. Pour le secteur social et médico-social, il s'agit d'un usager mais il existe des variantes à l'intérieur de ces secteurs en fonctions du service dont bénéficie la personne. Elle peut être un allocataire, un majeur protégé, un résident, un locataire, etc. Ce sont donc bien à chaque fois une dimension particulière de la personne qui est prise en compte et non sa globalité.

Cela a un effet indéniable sur les négociations qui interviennent lors de l'organisation de leurs prises en charge puisque le statut de la personne souffrant psychiquement n'est pas le même pour tous.

En effet, comme le montre les schémas (respectivement p. 261 et p. 306) des deux situations présentées antérieurement, les acteurs prennent en charge l'une ou l'autre des trois dimensions de la personne : soit la dimension sociale de la personne – en neutralisant les nuisances qu'elle occasionne dans son environnement ou en accompagnant la personne vers ses droits et dans sa vie quotidienne ou les deux, ce qui n'est pas sans créer des injonctions paradoxales -, soit sa dimension somatique, soit sa dimension psychique, soit plusieurs de ses dimensions (psychosociale ou les trois dimensions : accompagnement global). Cela entraîne des manières de faire, des approches et des enjeux également différents.

Ainsi si l'on s'intéresse aux acteurs dont les missions sont soit de neutraliser les nuisances, soit d'accompagner les personnes, on remarque que, d'une part, ils ont des missions différentes et partant, ils ne représentent pas les mêmes personnes, groupes de personnes ou institutions et, d'autre part, ils mettent en œuvre des stratégies et des actions différentes.

Les premiers n'ont pas les mêmes missions que les seconds en cela qu'ils ne cherchent ni à accompagner la personne dans sa vie quotidienne, ni à pallier la situation que les troubles psychiques impactent, alors que les seconds, pour leur part, cherchent à stabiliser la personne dans sa vie quotidienne. Leur mission est directement tournée vers la personne qui souffre de troubles psychiques alors que pour les premiers, il s'agit avant tout de stabiliser l'ordre et la vie quotidienne de l'entourage. Ces acteurs ne représentent pas les mêmes personnes, les uns représentant le voisinage, l'entourage, la société, les autres représentant les personnes souffrant

psychiquement. On a pu voir la position souvent délicate de l'équipe mobile associative, prestataire des bailleurs sociaux qui représente dans la négociation la personne vivant avec des troubles psychiques, mais qui peut être soupçonnée par le bailleur de trahison en ne le représentant pas lui. Les liens entre cette équipe associative et le bailleur n'empêchent en effet pas ce genre de glissement. Le personnel de l'équipe mobile doit donc toujours réaffirmer sa représentation du locataire auprès du bailleur mais également des autres intervenants comme la psychiatrie publique qui ne souhaite pas se voir dicter sa conduite par le bailleur de ses patients. Lorsque la prise en charge de la santé mentale est l'affaire de la psychiatrie, de la même manière, on peut se demander qui est la personne représentée par les différents acteurs présents (proches, élus – parfois -, CLSM, etc.). Si l'on pense par exemple aux proche-parents, « agents de l'internement », décrits par Goffman (1968, p. 189), lorsqu'ils mènent leur proche en consultation, on ne peut savoir qui ils représentent réellement. Ils peuvent tout à fait se représenter eux-mêmes, épuisés par les comportements de leur proche et désireux de le voir pris en charge par d'autres. Ce qui n'exclut pas la volonté de voir leur proche soigné par la psychiatrie. Pour sa part, *a priori*, la psychiatrie représente la personne vivant avec des troubles psychiques, son objectif général étant de permettre à cette dernière de se rétablir ou au moins de voir son état se stabiliser. Avant l'internement de la personne ou sa prise en charge en ambulatoire par la psychiatrie, il se peut qu'une négociation avec des institutions, telles que la justice ou les forces de l'ordre, se mette en place. Ainsi sont représentés les proches, la société, l'entourage, le voisinage, perturbés par la personne touchée. Néanmoins, une fois que la personne accède aux soins, les négociations d'organisation de la prise en charge se font au nom de la personne. Il existe une exception à ce principe, une exception invoquée lorsque l'on donne un caractère dangereux pour autrui au comportement du patient. Cette notion de dangerosité peut amener la psychiatrie à représenter non plus seulement la personne dont elle a la charge, mais également la société ou l'entourage, éventuellement menacés par la personne.

Dans le cadre de prises en charge pluri-institutionnelles telles que je les ai décrites, on voit, en revanche, que, même dans les situations qui ne représentent pas un danger pour l'entourage, les négociateurs ne représentent pas toujours la personne qui souffre psychiquement. Dans la situation de Lavande, par exemple, bien que cette locataire ne représente pas un danger pour autrui – mais bien plus pour elle-même –, la négociation de sa prise en charge ne se fait pas seulement par rapport à elle. Les négociateurs en effet ne représentent pas forcément la personne souffrant psychiquement. Ainsi son bailleur social représente-t-il avant tout ses propres intérêts – remboursement de la dette, état de son bien.

Dans la situation de Myosotis, le bailleur représente au départ les voisins et ses propres intérêts. Mais au cours de l'organisation de la prise en charge et de sa mise en œuvre, il interrompt ses démarches et cesse de se représenter pour laisser l'équipe mobile associative qu'il mobilise intervenir.

Pour certaines institutions participant aux négociations de l'organisation de la prise en charge, à moins de faire un pas de côté et de mettre en pause leur propre objectif, elles représentent, en effet, les intérêts d'autres personnes, groupes de personnes ou institutions ou d'elles-mêmes. Toutefois elles peuvent, comme je viens de le dire, en mettant en pause leurs propres intérêts, adhérer aux objectifs orientés vers la personne. Cette adhésion peut être le résultat d'un rapport de force qui s'instaure ensuite entre les acteurs. Si les représentants de la personne parviennent à peser dans la négociation face aux représentants d'autres intérêts, alors une prise en charge organisée autour la personne souffrant de troubles psychiques peut se mettre en place. A l'inverse, si les seconds pèsent plus lourd dans la négociation que les premiers, alors la prise en charge pourra être organisée pour ceux qui en subissent les nuisances.

La représentativité des négociateurs est donc un élément fondamental de la compréhension de l'ordre négocié des prises en charge.

Outre leurs missions, ils déploient également des stratégies différentes qui dépendent précisément de ces missions. En effet, les acteurs cherchant à réduire ou neutraliser les nuisances ne s'attachent pas à obtenir le consentement de la personne, ni son adhésion au projet. La stratégie utilisée peut être une négociation, cependant le processus secondaire utilisé n'est pas la négociation d'un accord mais davantage un marchandage mettant dans la balance l'arrêt de la nuisance ou l'expulsion, par exemple. En effet, ces acteurs ne représentent pas la personne souffrant de troubles psychiques mais plutôt les « victimes » des nuisances qu'elle occasionne. Pour les acteurs cherchant à négocier un accord sur un objectif orienté vers la personne souffrant psychologiquement, la stratégie est tout autre. Il s'agit en effet, d'obtenir l'accord de la personne qu'ils représentent, c'est-à-dire la personne malade. En effet, si le négociateur représente la personne souffrant psychologiquement, il doit pouvoir travailler avec elle et partant obtenir son adhésion. Dans le travail mis en place avec Myosotis, Badiane cherche à obtenir une alliance de travail avec le locataire afin qu'il devienne acteur de cette prise en charge. Si l'on organise une prise en charge sans cette adhésion, il y a fort à parier que celle-ci ne pourra se mettre en œuvre. En effet, le travail du locataire ou de la personne souffrant psychologiquement, dans le cadre de prise en charge depuis le domicile, est immense. Il doit accueillir la relation et se saisir des

propositions qui lui sont faites. Que l'on repense à cet homme prêt à signer le bail d'un ACT mais qui ne se rend pas au rendez-vous car la personne qui l'accompagne et avec qui il est en lien, en relation, tombe malade. Quelles qu'en soient les raisons, la personne prise en charge peut être très dépendante de la personne qui a noué avec elle une relation, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur cette personne pour avoir confiance dans les autres partenaires, pour affronter le monde extérieur, pour se rendre logistiquement à un rendez-vous, etc.

Il est donc important pour les institutions et les acteurs représentant la personne souffrant psychologiquement de mettre en œuvre des stratégies permettant de nouer une relation avec la personne et de travailler son adhésion aux propositions qui lui sont faites en acceptant notamment de faire des compromis et de faire des propositions tenant compte des attentes de la personne, de ses désirs. Outre une place d'acteur, l'utilisateur doit être auteur ou plutôt co-auteur de ces propositions.

Ainsi, dans la situation de Myosotis, il a été important de nouer une relation avec lui et de partir de ses attentes, bien que ses comportements soient difficiles à supporter pour son entourage. Ses attentes finalement étaient les mêmes que celles du bailleur, c'est-à-dire une intervention dans l'appartement pour le désinsectiser et le nettoyer. Cet objectif commun, bien qu'il ait fallu supprimer le caractère moral de la situation – c'est-à-dire qu'il a fallu que le bailleur accepte de mettre de côté la responsabilité du locataire dans l'état même de l'appartement, de même que son jugement moral vis-à-vis des agissements de ce dernier -, a permis ensuite de mettre en place un schéma d'intervention et partant une prise en charge de la situation globale.

En définitive, dans les prises en charge depuis le domicile, la représentativité des acteurs est un élément fondamental pour comprendre leur ordre négocié, tout comme les actions et stratégies déployées.

Outre les acteurs, et avec eux leur représentativité, leurs missions et stratégies pour les accomplir, les négociations des prises en charge depuis le domicile prennent place dans un contexte structurel qu'il convient d'analyser pour comprendre le contexte de négociation et les rapports de pouvoir entre les acteurs ou ce que j'ai appelé la hiérarchie symbolique située.

2. Le contexte structurel de la négociation

Dans le cadre de prises en charge par la psychiatrie ou du moins la médecine, comme l'indique Anselm Strauss (1991), le contexte structurel est le système de santé. Dans le cadre des prises en charge pluri-institutionnelles, le contexte structurel se voit complexifié par le chevauchement de différents contextes structurels, différents systèmes, secteurs, réglementations : le système de santé, la démocratie sanitaire, le droit de l'action sociale et des familles, le droit commun (au sens très large, englobant les règles de l'habitat – public ou privé -, les lois, les règles et les valeurs de la société).

Pour les dispositifs que j'ai analysés plus haut, permettant de mobiliser d'autres acteurs et de coordonner l'organisation de la prise en charge – tels que les CLSM, la Trame, les équipes d'appui -, le contexte structurel comprend celui du système de santé et partant, les droits de l'utilisateur (cf. Annexe 2, p. 571-577), les obligations en matière de circulation d'informations, des droits et des obligations souvent reprises dans des chartes éthiques que les membres et usagers co-signent, ce qui permet d'éviter notamment qu'un acteur ne fasse pas circuler les informations ou au contraire délivre des informations non pertinentes au suivi de la situation.

Finalement le contexte structurel, dans le cadre de ces prises en charge pluri-institutionnelles, permet d'apprécier les ressources institutionnelles ou légales dont disposent les acteurs impliqués dans la situation, ressources qui leur permettent de peser plus ou moins dans la négociation de l'organisation de la prise en charge.

Dans les situations détaillées plus avant, on remarque que certaines institutions ont à leur disposition des ressources leur permettant d'une part de neutraliser les nuisances occasionnées par la personne vivant avec des troubles psychiques et d'autre part d'accompagner les personnes.

a. Les ressources permettant de neutraliser les nuisances

Parmi les institutions qui ont pour mission de neutraliser les nuisances, on trouve le bailleur social, la justice ou encore les forces de l'ordre. Le bailleur social peut, pour sa part, solliciter la justice afin d'obtenir l'ordonnance de résiliation du bail, qui devient une ressource très puissante dans la négociation de l'organisation de la prise en charge de la personne. J'ai montré que ce point peut avoir un caractère tout à fait décisif dans la négociation de l'organisation des

prises en charge. En effet, lorsque le bailleur social, qui loge la personne souffrant psychologiquement, détient cette ordonnance et ne met pas en pause son objectif personnel – qui peut être d’être remboursé d’une dette locative, de se séparer d’un locataire mauvais-payeur, de faire cesser des nuisances sonores, olfactives ou par infestation -, il est en mesure de peser suffisamment dans les négociations pour imposer son objectif aux autres acteurs ainsi que son schéma d’intervention. En revanche, lorsque la justice ne délivre pas l’ordonnance de résiliation du bail, le bailleur n’a pas cette ressource pour peser dans les négociations. Il a la possibilité alors de faire appel à une équipe d’appui, ayant reçu des financements fléchés pour ce type de services.

Outre cette possibilité de mobiliser la justice, le bailleur social a également toute une palette de recours possibles, qui peuvent également être à l’avantage du locataire parfois. Il peut en effet obtenir le recours, comme on l’a vu, du Fonds de Solidarité Logement ou encore de l’Accompagnement Social lié au Logement. Ces avantages sont à la frontière entre les ressources permettant de réduire les nuisances, voire les neutraliser, et l’accompagnement, puisqu’ils permettent de résorber une dette locative mais également d’accompagner le locataire socialement pour lui permettre de se maintenir dans le logement.

Les forces de l’ordre, de leur côté, ont la possibilité de verbaliser les personnes troublant l’ordre public ou commettant des infractions. Cela leur permet également de peser dans les négociations.

D’autres acteurs dont ce n’est pas la mission, peuvent également choisir de neutraliser les nuisances. C’est le cas dans la situation de Myosotis de la plateforme CLIC-MAIA qui tente de trouver comment résoudre le problème d’infestation que rencontre le locataire. Néanmoins, structurellement, cette plateforme ne détient pas de ressources pour peser dans les négociations, hormis peut-être le barrage à certaines ressources qu’elle n’aide pas à mobiliser.

Ces empêchements ou ces barrages aux ressources sont un élément important du contexte de négociation car ils ont un impact direct sur l’organisation des prises en charge. C’est d’ailleurs une ressource que détiennent les acteurs, on y reviendra.

Ces différentes ressources sont des ressources contraignantes, des ressources qui permettent d’imposer une démarche, un suivi, une action à la personne vivant avec des troubles psychiques. En effet, elle peut se voir expulser de son logement, verbaliser pour désordre ou infraction ou encore imposer des prises en charge qu’elle ne souhaite pas. Or, pour les acteurs cités, hormis la plateforme CLIC-MAIA, la personne occasionnant des nuisances, ne peut se soustraire à une

verbalisation ou à un commandement de quitter les lieux. Elle peut néanmoins faire valoir certains droits du fait de statut qu'on lui aura attribué, comme celui de majeur protégé ou de personne non responsable de ses actes notamment.

Ces ressources contraignantes sont un atout indéniable dans les négociations de l'organisation des prises en charge même si elles peuvent soit ne pas être mobilisées par ceux qui les détiennent, soit contrecarrées par d'autres ressources liées cette fois à l'accompagnement.

b. Les ressources de l'accompagnement

Dans le cadre des accompagnements, on voit également que les institutions, suivant leur secteur, leurs règles, disposent plus ou moins de ressources leur permettant de peser dans les négociations d'organisation des prises en charge.

En premier lieu, il y a celles qui détiennent la capacité à rentrer en relation avec la personne souffrant de troubles psychiques, mais également avec d'autres acteurs. Les structures mobiles ont à leur disposition cette ressource qui permet de rendre les prises en charge concrètes, de les mettre en œuvre. Dans les situations abordées, c'est l'équipe mobile associative qui dispose de cette ressource. Dans d'autres situations, comme je l'ai mentionné rapidement plus avant, ce peut être le coordinateur du CLSM – qui, bien que cela ne soit pas l'une de ses missions, fait les visites à domicile et évalue lui-même les besoins dans la situation – des équipes d'appui, l'EMPP, la Trame, etc.

Cependant cette ressource ne permet pas toujours de peser dans les négociations. Si elle est indispensable à toutes prises en charge, la relation d'un acteur avec la personne souffrant psychologiquement peut être instrumentalisée par d'autres acteurs. On le voit dans la situation de Lavande, au sein de laquelle seul le psychologue de l'équipe mobile est en relation avec le locataire. Cela ne lui permet toutefois pas d'empêcher le bailleur social d'imposer aux autres son objectif et d'expulser la personne.

En revanche, dans la situation de Myosotis, cette ressource est un atout majeur puisqu'elle permet de mettre en place les différentes interventions négociées et répondant à l'objectif commun. La relation avec le locataire est ici la pierre angulaire de la prise en charge et donne un avantage à l'équipe mobile dans la négociation avec les autres acteurs – le locataire y compris. Finalement, dans cette situation, le locataire a obtenu un certain poids dans la négociation par le refus de la justice de l'expulser. On voit par ailleurs, par cette ressource précisément, que le contexte structurel des prises en charge plurisectorielles est bien davantage

un contexte situé, c'est-à-dire qu'il est singulier, propre aux situations et aux acteurs impliqués. Bien sûr, les acteurs interviennent dans un cadre institutionnel et légal. Néanmoins, l'enchevêtrement des contextes structurels induit un caractère situé.

Dans l'accompagnement, outre la ressource de la mobilité que plusieurs acteurs peuvent détenir, la psychiatrie, comparativement aux autres acteurs et institutions, a un avantage qui lui est propre. Elle a, en effet, la possibilité de contraindre, avantage que d'autres acteurs, comme les acteurs médico-sociaux, n'ont pas. En effet, chacun doit tenir compte du consentement de la personne pour pouvoir l'accompagner. Que l'on se souvienne de Marcus Howard (Brodwin, 2013) dans le service d'*Eastside* (qui pense que le dispositif d'accompagnement le vole). Il n'est pas possible de le faire changer d'avis, il n'est pas possible de le contraindre à adhérer au dispositif qu'on lui propose. Les équipes doivent trouver des stratégies pour permettre cette adhésion. C'est là que joue à plein la ressource qu'est la mobilité, la relation. C'est en effet par la relation établie avec la personne qu'on pourra l'amener à faire confiance aux intervenants.

Pour revenir à la psychiatrie et à la contrainte comme ressource à sa disposition, celle-ci est tout de même très encadrée. On ne peut contraindre par exemple une personne à ouvrir sa porte et à recevoir un soignant dans son domicile, à moins que la personne représente un danger (un « péril imminent » dit la loi du 5 juillet 2011¹³⁸) pour autrui ou pour elle-même.

En outre, et c'est important de le noter, bien qu'ayant la capacité médico-légale de contraindre, la psychiatrie, comme les acteurs médico-sociaux, cherche d'autres manières d'aborder les personnes et de les accompagner. Elle détient également la ressource de la mobilité et peut se rendre au domicile des personnes pour nouer des relations qui permettront alors l'alliance thérapeutique. Elle a également d'autres ressources – qui s'avèrent moins importantes aujourd'hui – notamment celles de pouvoir s'organiser en association pour proposer à ses patients des dispositifs tels que les logements associatifs. En effet, avec sa dotation globale, la psychiatrie de secteur « choisit » les dispositifs qu'elle entend offrir à la population¹³⁹.

¹³⁸ Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

¹³⁹ Cette ressource est à nuancer aujourd'hui. Ainsi, lors de la Journée de l'ACCompagnement et de l'action médico-sociale du 11^{ème} congrès de psychiatrie se déroulant à Nantes en 2018, journée à laquelle j'ai assisté, un chef de pôle d'un secteur de psychiatrie a témoigné d'une anecdote qui montre que la capacité des secteurs à s'auto-organiser n'est plus tout à fait effective. Souhaitant développer ses ressources ambulatoires, ce secteur a fait le choix l'année précédente de projeter la fermeture de son hôpital de jour et, avec l'argent économisé, de se doter d'une équipe mobile psychiatrie précarité. Or, une fois l'hôpital de jour fermé, le secteur de psychiatrie a vu son budget, son enveloppe globale de fonctionnement, se réduire du montant que représentait l'hôpital de jour. Il n'a donc pas été en mesure de créer une EMPP et par ailleurs a perdu son hôpital de jour.

Dans le cadre des associations de logement, contrairement au logement diffus, la psychiatrie de secteur se dote également de la possibilité de pouvoir visiter ses patients-locataires par l'intermédiaire de contrats ou de règlements intérieurs. Ainsi, pour pouvoir signer leur bail, les patients-locataires certifient qu'ils sont d'accord pour suivre leur traitement, mais également pour recevoir chez eux les soignants du CMP et de l'association de logement. C'est une garantie, une ressource, permettant d'intervenir et d'accompagner les personnes. C'est une ressource également pour les personnes qui ont un étayage dans leur quotidien, un logement et des soins. Par ailleurs, cette ressource est le fruit d'une alliance thérapeutique qui n'a rien à voir avec la capacité médico-légale de contraindre.

Outre cette capacité médico-légale, la psychiatrie détient une autre ressource qui lui est propre, celle du savoir médical et partant de la capacité à prescrire. Elle peut en effet évaluer, diagnostiquer et soigner les troubles psychiques.

Dans les situations que j'ai détaillées plus tôt, on remarque que l'on ne peut contraindre la psychiatrie à intervenir (ce qui est plus délicat pour l'équipe mobile associative par exemple, qui est en situation de dépendance par rapport au bailleur social). Pour Myosotis, comme pour Lavande, elle fait le choix d'intervenir ou non et surtout des modalités d'interventions. Si elle ne pèse pas toujours dans la négociation de l'organisation des prises en charge, en revanche, elle reste maîtresse de ses actions qui ne peuvent être prescrites par d'autres (hormis la justice qui peut signifier des soins sous contrainte, ce qui n'empêchera pas la psychiatrie de choisir les modalités d'intervention). Le contrôle qui s'exerce sur la psychiatrie est celui des juges des libertés et de la détention, qui surveillent l'application des lois en matière de contrainte justement.

Lors de mon terrain, j'ai assisté à une situation qui peut venir nuancer cette indépendance de la psychiatrie (hormis le contrôle exercé par le juge des libertés et de la détention). En effet, j'ai pu constater que les réunions du Réseau d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD) impliquaient une certaine surveillance des acteurs de la santé mentale. Ainsi les RESAD peuvent devenir des agents prescripteurs pour la psychiatrie. Sans obligations réelles, la psychiatrie peut se voir reprocher son absence notamment dans une situation donnée. Par ailleurs, les membres du RESAD peuvent émettre des injonctions à intervenir auxquelles elle ne parvient pas à renoncer. C'est le contexte de négociation qui alors fera la différence.

De manière plus collaborative – pour regarder l'influence des RESAD sur la psychiatrie non plus en termes d'injonctions mais de collaboration -, j'ai déjà évoqué ce secteur de psychiatrie

qui, en devenant partie prenante du RESAD, a choisi de faire évoluer ses pratiques, notamment en se rendant au domicile de personnes qu'il ne comptait pas parmi ses patients ou encore en permettant aux membres de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de se rendre à domicile, alors que d'ordinaire ces équipes interviennent dans la rue. C'est la collaboration avec les membres du CLSM et du RESAD, mais également une volonté de rendre service à la population en répondant à ses besoins, qui a permis les évolutions auxquelles ce secteur a consenti.

Pour la psychiatrie, ces différentes ressources que sont sa capacité médico-légale, sa mission diagnostique et de prescription de traitement, son savoir médical, mais également son indépendance, sa créativité et son engagement (dans des associations notamment) sont autant de moyens de peser dans la négociation. C'est ensuite le contexte de négociation qui leur accorde un certain poids ou non. Les ressources de la psychiatrie, qui lui donnent l'occasion de peser dans les négociations, permettent aux autres acteurs de l'accompagnement d'obtenir un objectif commun. C'est ensuite à partir de ce même objectif que se met en place la relation de prise en charge de la personne souffrant des troubles psychiques, que la congruence des temps peut être respecter.

Toutefois, comme je l'ai déjà dit, la psychiatrie se voit attribuer par les autres acteurs, du fait notamment de son savoir médical et de sa capacité à contraindre et à prescrire, un pouvoir quasi « magique » qu'elle n'a pourtant pas. En fait de magie, c'est un travail de relation, d'alliance thérapeutique, qu'il s'agit d'accomplir pour les soignants. C'est aussi un travail d'élaboration, de compréhension des situations, du sens des situations. Mais c'est également un travail diagnostique et de suivi qui s'accomplit à partir de la relation nouée avec la personne.

D'autres ressources sont détenues par les institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, telles que la capacité à doter ces dernières d'un statut. Ainsi la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peut donner le statut d'handicapé à une personne et ainsi lui permettre d'obtenir un certain nombre de droits. La justice ou le juge des tutelles lorsqu'elle ou il accorde à la personne le statut de majeur protégé, permet qu'un accompagnement social se fasse. La psychiatrie elle-même, lorsqu'elle propose à une personne un rendez-vous, une place dans sa file active, lui donne le statut de patient. Les services médico-sociaux donnent, pour leur part, le statut d'utilisateur – mais celui-ci peut être soumis à celui d'handicapé attribué, lui, par la MDPH. Ces différents statuts ouvrent un certain nombre de devoirs mais également de droits qui peuvent permettre à la personne de vivre dans son logement. Néanmoins, ces statuts peuvent être une contrainte pour la personne qui ne les

souhaite pas. Ils peuvent être stigmatisants, ils peuvent également limiter les libertés individuelles des personnes. Délivrer un statut à une personne est une ressource qui peut peser dans les négociations.

c. Des ressources transversales

D'autres ressources sont transverses c'est-à-dire qu'elles peuvent être détenues par les acteurs de l'accompagnement mais également par les acteurs œuvrant pour la neutralisation des nuisances. L'une d'entre elles est tout à fait fondamentale à la force de persuasion lors des négociations de l'organisation des prises en charge, il s'agit du temps et du contrôle de celui-ci.

Comme l'on dit Carolyne Grimard et Martine Zwick Monney (2016), les relations de prises en charge nécessitent une « *congruence des temps* », c'est-à-dire « *une concordance des temps institutionnalisés et du temps vécu* » (*ibid.*, p. 91). En effet, s'accorder entre partenaires en termes de temps fait partie de la négociation et celui qui parvient à contrôler le temps pourra influencer le type de relation mise en place. Comme on l'a vu plus avant, les procédures – ces actions dont les étapes et l'organisation existent au préalable comme dans le cadre des procédures sociales - ont une durée définie par la procédure elle-même et par son traitement administratif ou matériel. En revanche, le temps dont a besoin une personne pour nouer une relation ne peut être anticipé.

Dans les situations que j'ai présentées, c'est un enjeu de taille pour l'équipe mobile associative qui doit à la fois répondre aux attentes du bailleur et prendre le temps nécessaire pour rentrer en relation avec le locataire – un enchaînement d'actions qui ne peuvent être « *procédurées* » au même titre que l'ouverture de droits relatifs par exemple à une allocation adulte handicapé (AAH). Si une procédure d'expulsion est en cours – et que le juge accepte de délivrer une ordonnance de résiliation de bail –, le temps de la prise en charge ne sera ni celui de la personne dont il faut satisfaire un certain nombre de besoins du fait de son état de santé psychique, ni celui de l'entrée en relation. Il sera celui de la procédure d'expulsion.

Ainsi dans la situation de Myosotis, du fait de l'impossibilité d'expulser le locataire, et malgré quelques verbalisations par les forces de l'ordre, le temps de la relation de prise en charge est contrôlé majoritairement par le locataire et partant par l'équipe mobile qui est en relation avec lui. Il s'agit pour l'équipe mobile, en effet, afin de pouvoir faire entrer de nouveaux acteurs dans la prise en charge – tels que l'aide-ménagère ou encore les entreprises de désinsectisation

et de nettoyage –, de pouvoir intervenir aussi longtemps que le nécessite la situation. Ces nouveaux acteurs, par l'intermédiaire de leurs agendas, contrôlent également en partie le temps de la prise en charge. Mais il appartient surtout au locataire d'accepter ces nouvelles personnes et ces interventions dans son domicile. Il est donc celui qui rythme la relation de prise en charge et une réelle congruence des temps prend place.

En revanche, dans la situation de Lavande, le bailleur social reste l'acteur qui contrôle le temps durant toute la prise en charge. L'état psychique de la locataire implique un temps de mobilisation assez long et qu'il est même impossible d'anticiper. Son inertie conduit à devoir trouver des leviers permettant sa mobilisation – d'autant que son unique désir n'a pas été entendu ni pris en compte. Cette incertitude temporelle est un aspect élémentaire des prises en charge de la santé mentale, les interventions sur les troubles psychiques ne pouvant être rythmées comme les procédures sociales – si tant est que les procédures sociales puissent se dégager de l'entrée en relation avec l'utilisateur.

Par ailleurs, le bailleur social détenant l'ordonnance de résiliation du bail du locataire contrôle le temps de la prise en charge puisqu'il peut l'interrompre à tout moment en faisant parvenir le commandement de quitter les lieux au locataire. Si ce n'est sa propre culpabilité, qui appelle la mobilisation de l'équipe mobile associative, il est en mesure dès le début de la prise en charge d'y mettre fin.

Le temps dans cette situation n'a pas pu être négocié et aucune congruence des temps n'a été trouvée. Le temps du locataire, par trop incertain et long, n'a pas été pris en compte et ne rythme pas la prise en charge – les temps institutionnalisés et le temps vécu ne s'accordent pas.

En revanche, c'est le temps de l'état psychique du bailleur et de ses agents – faire face à sa culpabilité vis-à-vis de l'expulsion du locataire – qui a rythmé la prise en charge.

Autre ressource – outre le contrôle du temps - que tout acteur peut mobiliser, c'est la capacité à ne pas intervenir, à ne pas se mobiliser dans une situation justement, que j'appelle ici l'évitement. On l'a dit, la psychiatrie, dont le fonctionnement est très indépendant - hormis auprès de ses tutelles de contrôle – peut décider de ne pas intervenir dans une situation, soit que celle-ci ne relève pas de ses prérogatives, soit qu'il n'existe aucune demande de la part de la personne et que l'absence de péril imminent ne lui permette pas de le faire sans le consentement de cette dernière.

D'autres acteurs peuvent également ne pas se mobiliser, comme c'est le cas de la plateforme CLIC-MAIA dans la situation de Myosotis. Ce faisant, elle bloque l'accès à son réseau et ne facilite pas l'accès à des ressources sanitaires, notamment.

La personne souffrant psychiquement peut elle aussi ne pas se mobiliser, comme on l'a vu avec Lavande qui – bien qu'elle reçoive les représentants de différentes institutions à son domicile – ne s'investit pas, ne se mobilise pas. Elle ne permet pas aux institutions d'intervenir en ne fournissant pas sa part de travail, indispensable, comme je le disais plus avant, à la mise en place d'une relation.

Durant mon terrain, j'ai pu constater à plusieurs reprises la non-mobilisation d'acteurs et les empêchements que cela peut occasionner. Les CLSM, ainsi que les RESAD notamment, ont vu le jour afin de discuter entre membres d'un réseau santé mentale de situations complexes. Il s'agit, par leur capacité de convocation des membres du CLSM – dont fait partie notamment la psychiatrie - de lutter contre la « logique de la patate chaude » (Pélissié, 2004) que le Dr Jean-Robert Pélissié décrit ainsi :

« Lorsque nous ne savons plus quoi faire d'un perturbateur et que nous nous sentons impuissants dans cette situation ; lorsque notre tranquillité est remise en question par un individu que personne dans notre entourage ne semble être capable de maîtriser ; lorsqu'un individu perturbe nos convictions. Mais surtout par économie de nos propres ressources, il nous arrive de penser qu'un voisin bienveillant pourra prendre le relais en contrôlant le comportement sulfureux du gêneur. » (op. cit., 2004, p. 56)

Il ressort en effet de ce phénomène de « patate chaude », c'est-à-dire de situations complexes et partant de personnes dont les problématiques semblent mêlées à la fois la dimension sociale et la dimension psychique (voire la dimension biologique) pour lesquelles les institutions, les acteurs préfèrent ne pas se mobiliser, le sentiment d'impuissance thérapeutique, de solitude face à l'impossibilité d'agir que laisse supposer la situation, « d'impasse thérapeutique » (Vignat, 2018). Les acteurs font le choix – pas nécessairement conscient – de ne pas s'impliquer ou de ne pas se mobiliser dans une situation qui semble bloquée et laissent une autre institution, un autre acteur agir.

Cette ressource – qui permet aux institutions de lutter contre les sentiments cités plus haut – peut être mobilisée par divers moyens, comme une file active déjà trop importante, une inadéquation entre les besoins dans cette situation et les ressources mêmes de l'institution,

l'inadéquation de la situation et les missions de l'institution, etc. Toujours est-il qu'elle est une éventualité à laquelle les acteurs qui alertent au sujet de la situation peuvent se trouver confronter, tout comme les personnes souffrant psychologiquement.

Pour conclure, l'ensemble des ressources disponibles et détenues par les institutions ou acteurs présents et mobilisés dans une situation - le temps et son contrôle, l'évitement, les ressources légales (qui peuvent être contraignantes à la fois pour les « usagers » et les institutions), la mobilité et partant la relation, la capacité diagnostique et prescriptive, le savoir et les connaissances, l'indépendance (financière, gestionnaire), la capacité de convocation des acteurs et institutions, l'image ou la représentation que les uns et les autres ont d'une institution, d'un acteur, la capacité à attribuer/assigner des statuts - fait partie du contexte structurel de la négociation. Néanmoins, dans le cadre des prises en charge plurisectorielles, ce contexte est tout à fait situé. En effet, bien que les institutions disposent d'un important nombre de ressources, c'est le contexte de négociation qui leur donne du poids, les active ou au contraire les rend inopérantes ou peu importantes, c'est-à-dire que les ressources des institutions et acteurs ne permettent pas nécessairement de peser davantage dans la négociation de l'organisation de la prise en charge, car le contexte structurel est soumis aux situations et aux acteurs impliqués, il est soumis au contexte situé de la négociation.

Ainsi, dans la situation de Myosotis, le contexte structurel et partant, les ressources détenues par les acteurs présents, restent à négocier afin d'être actives. Elles ne sont pas les seuls éléments ou facteurs intervenant dans la négociation. L'absence de la psychiatrie et l'effroi que crée la présence des nuisibles dans l'appartement jouent en défaveur d'une relation de prise en charge centrée sur la personne souffrant psychologiquement. Toutefois, la non détention d'ordonnance de résiliation de bail par le bailleur social permet à l'accompagnement des troubles psychiques de primer sur la neutralisation des nuisances.

En revanche, dans la situation de Lavande, la présence de la psychiatrie et l'implication des services sociaux promettent au contraire une négociation centrée sur la personne. Néanmoins, l'expulsion inévitable de Lavande annihile les ressources des autres acteurs et donne la priorité à la neutralisation des nuisances pour autrui plutôt qu'une prise en charge des troubles de la personne.

Il est donc primordial, pour comprendre l'ordre négocié de l'organisation d'une prise en charge, de saisir le contexte de négociation qui vient directement influencer le contexte structurel.

3. Le contexte situé de la négociation

Si les ressources détenues par les acteurs, c'est-à-dire le contexte structurel de la négociation, ont une influence sur la négociation, on peut voir le caractère tout à fait situé de ce contexte – les acteurs impliqués dépendent de la situation singulière tout comme le recours ou l'activation de leurs ressources –, un contexte situé qu'il nous faut à présent détailler et comprendre pour mettre au jour l'ordre négocié à l'œuvre dans une prise en charge.

Ainsi, comme je le disais, la ressource du bailleur social qui consiste à saisir la justice lorsqu'un locataire provoque des nuisances de manière répétée ou ne paie pas son loyer n'est pas en soi une garantie de peser dans la négociation de l'organisation du bailleur.

Outre cette ressource, il faut ensuite que le jugement – procédure qui a une durée que le bailleur ne contrôle pas – soit en faveur du bailleur, c'est-à-dire qu'il réponde à sa demande d'expulsion, pour que ce dernier puisse peser dans la négociation.

La détention de cette ressource peut par ailleurs ne pas garantir un scénario tel qu'on l'a rapporté dans la situation de Lavande.

En effet, d'autres bailleurs sociaux peuvent fonctionner différemment, changer de stratégie, etc. Comme je le disais, les bailleurs sociaux ne représentent pas un groupe homogène partageant les mêmes pratiques. Leur organisation interne donne une indication sur les politiques sociales qu'ils souhaitent voir à l'œuvre. Ainsi certains, comme je l'ai déjà évoqué, se dote d'un pôle social totalement indépendant du pôle contentieux. Pour d'autres, cette distinction n'a aucun sens. Les problématiques sont toutes traitées à partir du pôle contentieux. Cette différence structurelle a un impact très important sur l'organisation des prises en charge.

Toutefois, au contact des équipes d'appui et des situations locatives qu'ils rencontrent, et ce, quelle que soit leur organisation interne, les bailleurs sociaux peuvent au cours des prises en charge changer de position – ou de stratégie. En effet, les arguments utilisés par les équipes d'appui, la rencontre avec la personne occasionnant des nuisances qui s'avère souffrir de troubles psychiques, peuvent induire une tentative nouvelle de gestion des situations par l'accompagnement. La situation, c'est-à-dire l'évènement situé, construit ou participe à construire le contexte de négociation, bien que des facteurs « durs », tels que l'organisation interne du bailleur par exemple, y contribuent également.

Durant mon terrain, j'ai pu observer de tels revirements à plusieurs reprises.

Ainsi, un bailleur social – structuré autour d’un seul pôle contentieux pour la gestion des problématiques psychosociales des locataires -, confronté à un locataire dont le comportement venait troubler l’ensemble du voisinage, souhaitait ardemment l’expulser. Ce dernier, « en pleine crise », jette ses meubles par la fenêtre, insulte quiconque pénètre dans l’immeuble, crache sur les passants, mais surtout agresse l’un de ses voisins avec une arme blanche (l’agression n’est pas spectaculaire, le couteau est peu tranchant – voire pas du tout tranchant - et le voisin a très largement le dessus physiquement et psychiquement sur le locataire).

Le bailleur saisit, outre les forces de l’ordre, l’équipe mobile associative après la difficulté de la conseillère sociale à rencontrer le locataire. Très rapidement, l’un des psychologues de l’équipe mobile, en prenant l’attache du secteur de psychiatrie dont dépend cette personne, apprend qu’elle est suivie par le centre médico-psychologique (CMP) mais qu’elle est en rupture de soins depuis plusieurs semaines. Le psychologue tente de rencontrer le locataire et y parvient en respectant son intimité. Les rencontres se font dehors et un lien avec le CMP semble pouvoir se remettre en place.

De son côté, le bailleur souhaite mettre en place une procédure de protection des majeurs et interpelle le juge des tutelles. Il en avertit la cheffe de service de l’équipe mobile qui, de son côté, lui demande de patienter encore avant de procéder à l’expulsion. Les soignants du CMP sont avertis de la situation et une hospitalisation peut être organisée rapidement.

Sur ces entrefaites, le locataire adresse au bailleur un courrier dans lequel il dénonce lui-même son bail. Ayant trouvé ce qui lui semble une issue, le bailleur se retourne vers l’équipe mobile pour lui signifier la fin de la prise en charge puisqu’il est en mesure de faire partir le locataire.

Dans ce contexte, les chances pour le locataire de garder son logement et de se rétablir sont minces. Les ressources dont dispose le bailleur social lui permettent de peser lourdement sur la négociation de l’organisation de la prise en charge. Toutefois, la confiance que le bailleur a placée dans l’équipe mobile – qui par ailleurs intervient dans de nombreuses autres situations complexes qu’il rencontre – permet à la cheffe de service de renverser la situation et de parvenir finalement à négocier un objectif commun avec le bailleur. Badiane explique, en effet, à la responsable du pôle contentieux – avec qui elle entretient de bonnes relations – que sa démarche n’est pas nécessairement très cohérente. D’un côté, elle pense que le locataire ne peut continuer à être responsable seul de lui-même et qu’il doit bénéficier d’une mesure de protection, et d’un autre côté, elle souhaite utiliser un courrier écrit par cette même personne perçue comme irresponsable. Par ailleurs, des solutions d’accompagnement existent pour ce locataire, comme

la possibilité de mettre en place une mesure de protection, mais également l'hospitalisation afin de pouvoir remettre en place un traitement et, pourquoi pas, une alliance thérapeutique, ainsi qu'un suivi par un service d'aide à la vie sociale (SAVS) qu'il faut d'ores et déjà mettre dans la boucle.

Ces arguments parviennent à convaincre le bailleur social qui s'engage à ne pas tenir compte du courrier du locataire. Le contrôle du temps de la prise en charge est donc laissé à la psychiatrie – mais également au juge des tutelles et à la MDPH afin d'obtenir une reconnaissance de handicap et une orientation vers un SAVS.

Cette situation montre que d'autres ressources – distinctes des ressources institutionnalisées, des ressources structurelles – interviennent dans la négociation de l'organisation des prises en charge, et la confiance est l'une d'elle.

Cette confiance est elle-même le produit du travail partenarial au sein duquel les acteurs ont appris à se connaître, à comprendre et à respecter les interventions des uns et des autres – comme le fait de voir ses partenaires parvenir à débloquer une situation qui semblait dans l'impasse.

Outre la confiance, un lien davantage utilitaire peut se mettre en place entre les partenaires, c'est-à-dire que la collaboration est garante de l'intervention motivée des partenaires dans d'autres situations. Il s'agit en effet de comprendre le besoin que chacun a des autres partenaires, ainsi que l'interdépendance qui peut s'installer entre eux. Ainsi, faire confiance et changer de stratégie à l'écoute d'un partenaire peut permettre de ne pas remettre en question les futures collaborations.

De la même façon, d'autres acteurs peuvent ne pas mobiliser des ressources pourtant à leur disposition, comme c'est le cas de la psychiatrie de secteur qui accepte de faire évoluer ses pratiques en instaurant des visites à domicile chez des patients qu'elle n'a jamais rencontrés par exemple, ou en instaurant des VAD pour son équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Ainsi, cette institution ne mobilise pas ses ressources telles que son indépendance organisationnelle ou encore ses prérogatives et missions, et propose de nouvelles pratiques permettant de la mobiliser sur des situations dans lesquelles elle n'intervenait pas auparavant.

En outre, dans ce contexte de négociation qui peut voir un acteur ou institution renoncer à mobiliser une ressource, d'autres stratégies – autre que la discussion utilisée par Badiane dans l'exemple précédent – peuvent se mettre en place, telles que le « marchandage ».

On l'a vu notamment avec le service d'accompagnement d'*Eastside* (Brodwin, 2013), cette stratégie est largement utilisée dans la négociation, au moins avec les usagers (*customers*). Les *case managers* négocient avec leurs clients à chaque visite : l'argent de la semaine contre leur compliance. Bien que les ressources structurelles du service d'accompagnement soient très importantes (détention du droit de représentativité des usagers et partant du contrôle de leurs revenus, accompagnement social et soins), l'échange peut échouer et ils peuvent ne pas parvenir à imposer leurs objectifs à leurs clients. Sans la capacité à contraindre physiquement, ils ne peuvent contraindre les personnes à accepter le marché qu'ils proposent. Certains clients, en effet, refusent l'accompagnement du service, ne se montrent pas compliant, refusent les soins, malgré le fait qu'ils se voient alors privés de leurs revenus. La négociation est située et dépend des personnes, et de leur état de santé psychique et psychique, du contexte, etc.

A l'inverse, des échanges peuvent se mettre en place entre des acteurs dont les ressources ne semblent pas avoir un poids considérable ou alors des ressources non verbalisées, telles que la gestion de la culpabilité du bailleur social par exemple. Ce peut être également les valeurs et l'éthique des acteurs et qui prévalent dans le partenariat.

Le prestige et la représentation que les acteurs se font d'une institution, d'un acteur, peut également peser dans la négociation. Ces ressources contextuelles cette fois influencent les rapports entre les acteurs et produisent une forme de hiérarchie entre les partenaires impliquées dans la situation, une hiérarchie qui n'a rien de formelle. Elle n'est pas instituée – comme c'est le cas dans une structure où prévalent les liens contractuels (liés aux statuts et fonctions des salariés ou aux statuts des partenaires – prestataire-client par exemple), les liens familiaux, etc. -, elle est informelle, symbolique, c'est-à-dire que des « attributs » la soutiennent et la rendent active. Cette hiérarchie est tout à fait située, c'est-à-dire propre à la situation et au moment où la négociation a lieu. Les mêmes acteurs réunis à un autre moment, dans un contexte différent, peuvent trouver une organisation différente.

Cette hiérarchie symbolique située permet donc aux acteurs de négocier un objectif commun, c'est-à-dire l'objectif que revêt l'intervention des acteurs, ainsi qu'un schéma de ces interventions. Ainsi, à partir de cette hiérarchie symbolique, de l'objectif négocié, se dessine une division du travail entre les acteurs qui vont tour à tour intervenir.

Cet ordre négocié est par nature instable, c'est-à-dire qu'il ne prévaut que dans la situation et dans un contexte précis. Il fait l'objet de négociations fréquentes, il se rejoue dès qu'un élément du contexte le permet.

Les réunions des RESAD offre un contexte de négociation qui peut paraître plus stable qu'un contexte où n'existe pas d'emblée une instance à même de coordonner les acteurs. Toutefois, les fonctions même du coordinateur de CLSM – ne prévoyant pas que ce dernier entre en contact et noue une relation avec les personnes souffrant de troubles psychiques – ne permettent pas de disposer de la ressource – que j'ai présentée plus haut comme fondamentale à la mise en place de relation de prise en charge – de la mobilité et par voie de conséquence de la relation. Le fait que la coordination des acteurs soit réalisée par l'acteur en relation avec la personne souffrant psychiquement, permet de faire de cette dernière un acteur, de comprendre et maîtriser les enjeux de la prise en charge et d'établir un schéma d'intervention en adéquation avec la personne destinataire mais également actrice de la prise en charge.

Les instances, permettant de formaliser le réseau de partenaires, de proposer des modalités de rencontres et un cadre éthique, apparaissent comme facilitatrices des négociations et propices à des contextes de négociation permettant aux personnes vivant avec des troubles psychiques de se voir proposer des accompagnements plutôt que des procédures de neutralisation des nuisances qu'elles provoquent. Elles peuvent toutefois être désertées par un acteur notamment, comme dans la situation de Lavande où le bailleur social, pourtant en demande de solution, ne s'est pas rendu à une réunion du RESAD pour, précisément, ne pas négocier et imposer plutôt son objectif et son schéma d'intervention.

On le voit donc que l'ordre négocié des prises en charge est propre à chaque situation, à un moment précis. Pour le comprendre, il faut comprendre le contexte situé de négociation et comment se répartit le pouvoir parmi les acteurs en présence.

Voyons à présent l'ordre négocié des deux situations présentées plus avant.

4. Les négociations des situations présentées

Dans les deux situations présentées, l'ordre négocié – qui diffère sensiblement d'une situation à l'autre - est situé et dépend du contexte de négociation, puisque les ressources structurelles et institutionnelles finalement sont sensiblement les mêmes – à l'exception de l'ordonnance de résiliation de bail qui demeure la ressource principale du bailleur social dans le cas de Lavande. Il est vrai que la détention d'une ressource contraignante légale par le bailleur a une influence très puissante sur la négociation entre les acteurs, mais celle-ci aurait pu être atténuée par une

plus grande collaboration et plus grande confiance entre le bailleur social et l'équipe mobile associative, son prestataire, mais également par une plus grande connaissance de la gestion de la santé mentale par le bailleur social. On peut espérer que le transfert de responsabilités et de tâches d'une institution unique – la psychiatrie – à tout un ensemble d'institutions, avec le virage ambulatoire que connaissent les prises en charge en santé mentale, permette aux diverses institutions qui se voient aujourd'hui impliquées d'acquérir une connaissance plus fine des problématiques spécifiques de la santé mentale.

Cette ressource aurait pu en outre être atténuée par une répartition du pouvoir un peu différente. En effet, par une plus grande autonomie de l'équipe mobile associative, telle que les SAVS par exemple, la hiérarchie symbolique entre les acteurs aurait pu être différente. Or, en sa qualité de prestataire, elle ne dispose pas de cette indépendance. Comme je le disais, les fonds destinés à la gestion de la santé mentale dans l'habitat sont aujourd'hui fléchés vers les bailleurs sociaux, qui les utilisent pour maintenir les personnes vulnérables dans leur logement.

Une organisation différente de ces structures, c'est-à-dire un financement soit départemental, soit des agences régionales de santé, soit plurisectoriel, permettrait que ces équipes puissent intervenir au domicile directement sur saisine – du bailleur social ou d'un autre acteur -, que ce domicile soit un logement social ou non. Il y aurait une indépendance entre cette équipe médico-sociale et le bailleur social, qui tous deux ne partagent pas les mêmes objectifs.

Certaines villes se sont d'ailleurs dotées de telles équipes, les équipes dédiées ou Equipe de Liaison Intersectorielle d'Accompagnement de l'Habitat au Soins (ELIAHS)¹⁴⁰, comme c'est le cas de la ville de Paris.

La création de ces équipes et leur participation aux prises en charge n'empêche pas qu'une négociation soit nécessaire pour leur organisation. Il faudrait une étude approfondie du fonctionnement de ces équipes pour le décrire et le comprendre. Toutefois, on peut supposer que les négociations ont un cadre dans lequel il est plus difficile pour les acteurs de remettre en question la relation de prise en charge des troubles psychiques, alors que, dans les négociations prenant part avec l'équipe mobile associative, comme on l'a vu avec la situation de Lavande, l'objectif d'une prise en charge des troubles psychiques peut être abandonné au profit d'une neutralisation des nuisances.

¹⁴⁰ Une présentation des équipes ELIAHS est proposée en annexe (*cf.* Annexe 9, p. 611-613)

Il me semble par ailleurs, qu'une ressource contextuelle peut également être déterminante dans la négociation, il s'agit de la représentation que les acteurs ont des autres acteurs avec qui ils collaborent dans une situation. Ainsi, je le disais de manière différente plus haut, la psychiatrie est l'objet de représentations pour les autres acteurs de la santé mentale qui la dotent d'un pouvoir quasi-magique. En outre, le statut des médecins exerce toujours une certaine « violence symbolique » (que ce soit du fait des études de médecine, du savoir et des représentations symboliques attachées à ce statut) sur les personnes plus éloignées culturellement et socialement de ceux-ci (Boltanski, 1971), bien que ce statut ait lui-même évolué.

« L'image du médecin libéral a été profondément modifiée au cours des cinquante dernières années. Du notable à forte rémunération qui inspirait de la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant régulièrement des progrès scientifiques galopants. De plus, les mentalités et les relations sociales ayant changé, le médecin est confronté à des patients très informés, de plus en plus exigeants, et il se sent soumis à des obligations administratives de plus en plus contraignantes. » (Levy, 2011, p. 307)

Les médecins appartiennent au groupe socioprofessionnel des cadres et professions intellectuelles supérieures (Professions libérales, cadres de la fonction publique ou professeurs et professions scientifiques) tandis que les personnels des bailleurs sociaux – tels que les conseillères sociales – appartiennent au groupe socioprofessionnel des professions intermédiaires. La voix de la psychiatrie pèse donc de façon symbolique dans les négociations, ce qui est renforcé également par l'éthique. Il est, en effet, difficile pour le bailleur - et j'ai pu le constater lors nombreux de « points d'étapes » avec les bailleurs que j'ai animés de juillet 2017 à juillet 2018 -, d'assumer son objectif de neutralisation des nuisances et ce, d'autant plus face à la psychiatrie, qui, elle, a vocation à gérer les troubles psychiques. Si la prestation de service avec l'équipe mobile peut permettre de surmonter la gêne quant à une position visant à garder le cap de l'expulsion, le partenariat formel avec le secteur de psychiatrie rend ce positionnement bien plus délicat et surtout met en danger le partenariat. La psychiatrie pourrait alors refuser de prendre en charge « leurs locataires ». La position – et partant les statuts – des acteurs les uns par rapport aux autres est un élément important de cet ordre négocié. Il convient donc d'y réfléchir lors de la création de dispositif et des financements de ceux-ci afin de garantir les chances de voir la santé mentale prise en compte et prise en charge.

Conclusion

Cette section nous a permis de décrire très précisément les relations au cœur des prises en charge des personnes souffrant de troubles psychiques depuis leur domicile.

Comparer deux situations à l'issue différente a mis en exergue l'importance des négociations entre les acteurs pour organiser les interventions, pour répartir les tâches à accomplir, mais également pour définir un objectif commun, pour donner un sens aux interventions. Cet objectif commun est la base même de la prise en charge qui peut s'orienter soit vers l'accompagnement de la personne, soit vers la neutralisation des nuisances qu'elle occasionne. Tous les acteurs, la personne souffrant psychologiquement également, participent à cette négociation et un ensemble de ressources leur permettent de prendre position, de se situer les uns par rapport aux autres.

Toutefois le contexte de négociation reste déterminant, puisqu'il peut activer ou au contraire désactiver certaines ressources. Ce contexte est tout à fait situé, dépendant de la situation, des acteurs en présence, de leurs relations, mais également des ressources dont ils disposent, qu'ils activent ou non.

On a vu également que la relation dans la prise en charge – entre les acteurs et les institutions - était elle-aussi – comme l'objectif commun et le contexte dans lequel prennent place les négociations – déterminante. La rencontre ne suffit pas à mettre en place cette relation, il faut un engagement de chacun des partenaires de la relation et il faut un échange. Or, d'autant plus quand la ressource de la mobilité n'est pas disponible aux acteurs, il arrive que des prises en charge tentent de se mettre en place alors même qu'il n'existe pas de relation notamment avec la personne souffrant psychologiquement. On l'a vu avec l'une des situations, ces prises en charge reviennent davantage à la neutralisation des nuisances, puisque celle des troubles psychiques, elle, nécessite une relation entre la personne qui en souffre et les autres acteurs (ou au moins l'un des acteurs) impliqués dans la relation.

Enfin, la présentation de ces situations - leur ordre négocié et leur schéma d'interventions - a mis en avant l'importance de comprendre, d'une part, qui les acteurs représentent et les stratégies qu'ils déploient pour comprendre alors les négociations à l'œuvre, et, d'autre part, les liens entre les acteurs, leur statut les uns vis-à-vis des autres. Ainsi la prestation de service de l'acteur accompagnant les personnes souffrant psychologiquement, et de fait sa dépendance vis-à-vis d'un autre acteur, peut peser dans la négociation et empêcher la prise en charge des troubles au profit de la neutralisation des nuisances.

Il nous reste à voir à présent le travail accompli par les acteurs. Si l'ordre négocié montre la division des tâches, il reste encore à décrire précisément le travail de relation, le travail de coordination entre les acteurs. C'est ce que nous allons présenter dans la quatrième partie de ce travail de thèse.

Quatrième partie : Le travail de relation de prise en charge

« C'est comme être malade. C'est comme être nauséeux ou avoir un terrible mal de tête que tu essaies de rapporter. Il y a quelque chose qui te dérange, ça te distrait, comme si tu avais mal à la tête ou ... Tu peux comprendre, mais il y a toujours cette douleur. Du coup, tu penses toujours à cette douleur... C'est comme si tu essayais de de comprendre et pourtant ... Je dois lutter pour rester dans la conversation ou rester concentré. Ma capacité d'attention est faible, tout comme ma concentration.

Je pense que c'est un problème courant pour les personnes souffrant de maladies mentales. Leur capacité de concentration semble croissante et décroissante ... Ils ne sont pas toujours ... Les gens tiennent pour acquis... »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, in New York University Press, New York, 2003

Dans les sections précédentes, j'ai cherché à décrire minutieusement l'organisation des prises en charge à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques. Plus précisément, j'ai décrit ces prises en charge à partir des relations existant entre les différents acteurs – la personne destinataire de cette prise en charge y compris – impliqués dans la situation.

Pour ce faire, j'ai présenté et analysé plusieurs situations que j'ai observées ou dans lesquelles j'ai été moi-même impliquée, et ce à différentes fonctions : soit en tant que coordinatrice d'un CLSM, soit en tant que cheffe de service d'une équipe mobile associative, prestataire de service de bailleurs sociaux franciliens, soit en tant qu'intervenante psychosociale – je reviendrai dans cette section sur la définition de cette notion – de cette même équipe.

J'ai pu montrer par cette description détaillée des relations que l'organisation des prises en charge était l'objet d'une négociation entre les acteurs, une négociation permettant de définir un objectif – de préférence commun - et un schéma d'intervention auprès de la personne souffrant psychologiquement. Cette négociation peut aboutir en effet, soit à la définition d'un objectif commun qui permet alors de mettre en place – dans un enchaînement « logique »¹⁴¹ de séquences – des interventions auprès de la personne tenant compte de toutes ses dimensions, soit à l'imposition par un acteur – stoppant ainsi la négociation en cours – d'un objectif – non commun de fait - au reste des acteurs et partant, un schéma d'intervention n'ayant pas fait l'objet d'un consensus, voire même d'un enchaînement logique et chronologique de séquences ou interventions – comme c'est le cas notamment dans la situation de Lavande.

Bien qu'il existe des facteurs sociaux préexistants à cette négociation – comme les ressources détenues par les acteurs et leurs institutions –, elle est tout à fait située et très largement influencée par le contexte de négociation qui vient activer ou non les ressources des acteurs. Ce contexte établit une hiérarchie symbolique entre les acteurs d'institutions diverses, une hiérarchie qui fait l'objet d'une négociation permanente.

Cette description des relations au sein des prises en charge avait pour objectif de mettre au jour les négociations permettant de mettre en place une organisation des différentes interventions auprès des personnes souffrant psychologiquement, et par conséquent, l'organisation même de la prise en charge entre les différents acteurs impliqués.

¹⁴¹ Cette logique se rapporte à l'objectif commun que les acteurs souhaitent atteindre. Ainsi, pour reprendre l'exemple du schéma d'intervention auprès de Myosotis, il faut avant de faire intervenir les entreprises de désinsectisation et de nettoyage, trouver où le loger durant leur intervention. Par ailleurs, il faut avant tout s'assurer de son accord, de l'accord de sa mandataire judiciaire et de sa solvabilité avant d'entreprendre quoi que ce soit. Si l'on ne tient pas compte de cet ordre logique des interventions, on peut se trouver face à de nouveaux problèmes à gérer et une incohérence dans l'aide à apporter.

Dans cette nouvelle section, je souhaite à présent regarder ces relations sous un autre angle. Il s'agit, en effet, de les regarder à l'aune de celui qui pratique l'accompagnement à domicile – et non plus depuis la place d'observateur¹⁴² – et sur la manière dont il le pratique.

Je ne parlerai plus ici de « relation de prise en charge » - la prise en charge étant l'ensemble des interventions et des actions menées par les acteurs impliqués¹⁴³ mais de relation d'accompagnement ou de relation de proximité, c'est-à-dire une relation qui relie deux personnes, la personne souffrant de troubles psychiques et une autre personne – qu'elle soit éducatrice spécialisée, infirmière, assistante de service social, psychologue, aide à domicile, etc. – venant à son domicile pour mettre en place un certain nombre d'actions afin de l'accompagner dans sa vie quotidienne.

Pour Maela Paul (2012), l'accompagnement est une

« modalité de relation à autrui en situation professionnelle dans les secteurs de l'aide, de la protection et du soin entre autres. » (Paul, 2012, p. 14)

Alain Baudrit (2014) précise et développe les thèses présentées par Maela Paul notamment autour de la notion de profession et bien sûr d'accompagnement :

« En France, [...], à quoi assiste-t-on dans les années 1990. À un mouvement qualifié de « tendance sociale générale » par [Maela] Paul (2007, p. 122), mouvement qui gagne nos sociétés en réponse à certaines préoccupations du moment, notamment celles qui portent sur les publics en difficulté, désorientés, à l'heure où ce genre de public est « censé être autonome ou capable de le devenir » (ibid., p. 121). De là émerge un ensemble de professions de l'intervention que cette auteure situe entre le bénévolat et le professionnel. En ce sens, le terme profession pose déjà problème s'agissant de personnes non assimilées à des professionnels. L'accompagnement prend place dans cette perspective bien qu'« il ne manifeste pas vraiment ce qu'il est » (ibid., p. 123). Notion aux contours flous, mal définie, plutôt démunie en termes de bases scientifiques, elle renvoie en général à des pratiques.

¹⁴² Je marque mon changement de posture en n'utilisant le *je* dans la description des actions menées et non plus le pseudonyme de la cheffe de service de l'équipe mobile associative.

¹⁴³ Cette relation de prise en charge n'est pas la seule somme des relations de proximité, elle est davantage. En effet, toutes les relations créent des effets qui dépassent la simple addition des relations, elles se combinent, s'articulent, se conjuguent, interfèrent, etc.

[...] Dans le champ de la santé, où se pose « la question de la reconnaissance de la personne humaine » (Paul, 2009, p. 43), il s'agit évidemment de soigner, mais également de soutenir, d'aider ou encore d'accompagner.

[...] Le domaine du travail social n'est pas en reste dans cette affaire. D'ailleurs, il fut « l'un des premiers à faire un usage professionnel du terme accompagnement » (Paul, 2009, p. 16). Un accompagnement dont la vocation est d'établir ou de rétablir le lien entre la personne et la société, entre le sujet singulier et son environnement, avec des publics la plupart du temps constitués de « cas sociaux adultes en risque d'exclusion » (ibid., 2009, p. 18). Là encore, l'entreprise n'est pas particulièrement aisée sachant que « l'accompagnant travaille [...], peu ou prou, au guidage et au paramétrage d'autrui en tant que sujet capable de faire preuve d'autonomie en exerçant sa capacité à évoluer au sein de situations problématiques » (ibid., p. 18). Comment simultanément guider la personne et favoriser son autonomie ? L'accompagner et la laisser agir seule ? L'objectif est bien, pour elle, de passer d'« une position de prise en charge à celle de sujet-acteur » (ibid., p. 17) ; mais le type d'intervention à mettre en œuvre pour y parvenir est loin d'être évident. » (Baudrit, 2014, p. 7-9)

Si les interventions à domicile et la relation d'accompagnement – qui se situe entre le domaine du soin et du social – ne sont pas évidentes dans leur mise en œuvre, je souhaite ici mettre au jour le travail accompli par celui qui est impliqué dans une relation, qui la sollicite et l'active auprès d'une personne bien souvent sans demande. Qu'est-ce qu'accompagner pour celui qui intervient au domicile ? Quelles sont les actions mises en œuvre ? De quelle nature sont ces actions ? Quel coût cela a-t-il pour la personne qui intervient ? En termes d'énergie – cognitive, physique, psychique -, en termes émotionnels, en termes de temps ?

Outre les actions mises en œuvre par l'intervenant, mettre au jour ce travail de relation me permettra, par ailleurs, d'interroger les limites et les frontières de la professionnalité, des professions, dans cette relation d'accompagnement.

Pour réaliser ce travail, j'utiliserai ma propre expérience d'intervention à domicile – vécue lors de mon terrain de thèse - et les relations d'accompagnement que j'ai nouées et entretenues avec des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il s'agit là d'une méthode de production de savoirs basée sur le vécu et l'expérience, ceux-ci faisant l'objet ensuite d'une analyse, c'est-à-dire de l'intériorisation au préalable des pratiques

dans un monde social – celui de la prise en charge en santé mentale -, puis de leur extériorisation dans l’accomplissement de ces pratiques, et enfin l’analyse de ces pratiques (Berger et Luckmann, 2012). Chronologiquement, la deuxième et la troisième étape (extériorisation et analyse) peuvent être soit concomitantes, soit distinctes et différées.

En effet, lors de la socialisation – qui consiste à intérioriser les valeurs et les règles d’une société qui se déclinent et puis à extérioriser sous forme de pratiques qu’il s’agit d’incorporer –, du fait même des pratiques que l’on met en œuvre et qui exigent réflexivité et compréhension fine de la situation, il se peut qu’une analyse soit en cours.

Cependant, la méta-analyse de ces pratiques, c’est-à-dire une analyse de la situation globale, a toujours, pour ma part, eu lieu à froid, c’est-à-dire à distance du terrain¹⁴⁴. Dans le travail réflexif que j’ai mené, il y a en effet deux niveaux d’analyse : d’une part, l’analyse des pratiques en situation, c’est-à-dire l’analyse des pratiques en fonction de la personne que j’accompagne, les ressources dont je dispose, le cadre fixé – une analyse que je peux entreprendre dès l’exécution des actions ou alors *a posteriori* avec mon superviseur – et, d’autre part, une méta-analyse qui vise davantage ce travail de thèse. Il s’agit alors de regarder les pratiques mais à partir de l’ensemble, c’est-à-dire de la prise en charge globale de la personne pour en comprendre l’organisation, les négociations et leurs enjeux, de comprendre les facteurs sociaux à l’œuvre. Autrement-dit, il s’agit par une méta-analyse de comprendre l’institutionnalisation de ces prises en charge, de comprendre les manières d’agir et de penser des acteurs de prises en charge depuis le domicile. Ces deux niveaux d’analyse ont tous deux contribué à mieux comprendre les situations dans lesquelles bon nombre d’acteurs sont impliqués et par voie de conséquence à améliorer la réponse à mettre en œuvre ou l’accompagnement des équipes mettant en œuvre ces réponses. Ils ont également contribué à objectiver un vécu.

En effet, par l’analyse et la méta-analyse des situations, des relations entre les acteurs, des positions occupées par chacun, du travail accompli, etc., j’ai pu objectiver ma subjectivité, c’est-à-dire de m’objectiver moi-même ou « *objectiver le sujet objectivant* » (Bourdieu et Wacquant, 2014, p. 260-273). Autrement dit, j’ai tenté de comprendre mes ressources, mon ethos, mes émotions et mes motivations, afin de voir comment ils influençaient la situation.

¹⁴⁴ Pour ma part, il m’a été nécessaire de quitter l’identité revêtue durant les interventions – c’est-à-dire cheffe de service et intervenante au sein d’une équipe médico-sociale – afin de pouvoir réaliser la méta-analyse des situations et expériences vécues.

Comme je le disais dans la première partie de ce travail, ma double position – d’intervenante et de doctorante en sociologie – a influencé mes accompagnements, déjà par l’effet qu’elle peut produire sur les personnes souffrant psychiquement. Mais mon propre parcours, lui aussi – comme pour tout intervenant impliqué dans une relation d’accompagnement –, a influencé mes pratiques, mes réactions. Cette objectivation m’a été permise à la fois par la supervision, mais également par un travail réflexif important – qui est une part importante de l’éthos des intervenants d’ailleurs.

Pour la méta-analyse, il m’a fallu bien souvent m’éloigner du terrain, c’est-à-dire quitter mes fonctions afin de me distancier de l’identité que je revêtais en pratiquant les accompagnements. En outre, mon poste de chargée de mission dans une grande association médico-sociale – occupé durant une année¹⁴⁵ – m’a permis d’élaborer encore davantage cette méta-analyse par la conceptualisation et l’écriture de projets de dispositifs d’accompagnement, une conceptualisation mobilisant mon expérience vécue mais également mes connaissances théoriques.

A présent, à partir de ces analyses, je propose de montrer le travail de l’intervenant à domicile, ce qu’il met en jeu dans la relation d’accompagnement à partir d’une ethnographie enactive. Mise en situation d’intervenant au domicile de personnes souffrant psychiquement, avec une mission encadrée par l’institution mobilisée dans cette situation, et riche d’un savoir pratique et théorique sur l’intervention à domicile, j’ai pratiqué l’accompagnement, c’est-à-dire que j’ai externalisé des pratiques issues d’un savoir théorique et pratique intériorisé, des pratiques qu’il m’a fallu tout au long de l’accompagnement analyser et interroger pour les réorienter d’une part, puis pour produire un savoir, d’autre part. Ce savoir pratique et théorique, outre qu’il se base sur les principes du désaliénisme, est également issu de ma collaboration avec les psychologues cliniciens d’orientation psychanalytique de l’équipe mobile associative, équipe que j’ai gérée pendant près d’une année en ma qualité de cheffe de service. Mon analyse des pratiques se réfère donc beaucoup à des pratiques trouvant leur signification et leur justification dans les théories psychanalytiques.

Par ailleurs, ce qui justifie ce positionnement de ma part dans la réflexion que je propose ici, outre le fait que les accompagnements de l’équipe mobile aient été accomplis par des psychologues d’orientation psychanalytique, la psychanalyse a été très présente durant

¹⁴⁵ D’octobre 2018 à octobre 2019

l'ensemble de mon terrain de thèse. Cette thèse n'a pas pour objet l'étude des différents courants qui traversent la psychologie et la psychiatrie – que l'on parle des thérapies chimiques, des thérapies comportementalistes, etc. -, néanmoins, ce champ d'intervention et de recherche connaît des luttes et des débats intenses. Toutefois, durant les cinq années de terrain que j'ai effectué dans un conseil local de santé mentale, dans une équipe mobile associative ou encore dans une grande association francilienne assurant l'accompagnement de personnes en souffrance psychique, je n'ai croisé que très peu de psychologues d'orientation non psychanalytique. Si, comme je l'ai parfois observé dans différents endroits, les dirigeants de structures médico-sociales demandent aux psychologues de ne pas pratiquer de thérapies psychanalytiques, voire de ne pas pratiquer de psychothérapies, leur grille de lecture analytique reste présente¹⁴⁶. Je me suis astreinte à une lecture et une compréhension de ces théories afin de m'écarter des pratiques des psychologues et garder une position d'intervenante non-psychothérapeute.

En outre, si le désaliénisme – que je choisis comme grille de lecture des situations et de base pour mes propres interventions – adopte pour une part les concepts psychanalytiques – Bonnafé parle de psychothérapie, qu'il définit comme étant la « *science des effets psychothérapeutiques* » (*ibid.*, p. 81) qu'il compare à une culture, « *celle qui tend à approfondir la connaissance et la maîtrise des significations pathogènes et des significations curatives* » (*ibid.*, p. 82) -, il adopte également un regard social sur la personne qu'est son patient. Il s'attache à prendre en compte à la fois la dimension psychique de la personne et sa dimension sociale. C'est ce point précis qui m'a amené à adopter plutôt cette approche qu'une autre.

Par ailleurs, comme je l'ai déjà dit - il me paraît particulièrement important de le préciser ici -, je n'ai à aucun moment la prétention de dire que j'ai pratiqué la psychothérapie. J'ai pris appui sur les principes psychothérapeutiques décrits par Bonnafé, et avant tout l'idée princeps qu'il ne faut pas nuire, et j'ai choisi une posture d'accueil inconditionnel et d'écoute, en tenant compte des effets de la relation que j'entamais avec les personnes.

Les analyses qui vont suivre étudient donc des interventions empruntées de ces différentes théories sans pour autant prétendre que ces interventions sont *La manière de faire*. J'étudie les pratiques que j'ai mises en œuvre sans prétendre que ces pratiques sont généralisables ou encore les seules qui existent ou qui soient possibles.

¹⁴⁶ Cette affirmation ne vaut que pour les terrains que j'ai réalisés et n'a aucune valeur générale.

Cela étant précisé, je vous propose à présent la description et l'étude de mes pratiques à partir de deux accompagnements que j'ai réalisés entre septembre 2017 et juin 2018, alors que j'étais cheffe de service d'une équipe mobile associative et que j'occupais également les fonctions d'intervenante psychosociale.

A partir donc de l'accompagnement de Rose et de Myosotis¹⁴⁷, je décrirai ici le travail relationnel par ses registres d'action mais aussi ses outils que sont notamment les émotions qu'il provoque ou suscite, l'analyse, le *care*, le tact ou encore la suggestion. J'explicitierai également les ordres de légitimation dans lesquels s'inscrivent les différents registres d'action abordés – le registre thérapeutique, le registre d'intervention et le registre assistantiel. Je montrerai ainsi les facettes et les limites de la professionnalité en matière de relation d'accompagnement.

¹⁴⁷ j'ai réalisé ces accompagnements entre septembre 2017 et juin 2018, l'accompagnement de Rose est relaté en annexe 10 p. 614-617 et celui de Myosotis p. 157 et en annexe 8, p. 607-608

Chapitre 1 : Pour penser le travail relationnel ou de « proximité »

« Je peux choisir de n'être personne, un rien du tout et dire juste « Au diable, tout ça ; au diable tout le reste, je ne fais plus rien ! » Il y a bien des fois où je me sens comme ça. Et pourtant, je suis une part du monde, un être humain. Les êtres humains font généralement des choses ensemble pour s'entraider... Je veux en faire partie. Si l'on n'est pas une partie du monde, c'est misérable, c'est vide ! Du coup, je pense que le degré de participation est important... participation à toute sorte d'activités. De préférence une activité qui profite à quelqu'un. Ça me donne l'impression que j'ai quelque chose à offrir... C'est tout ce qui m'intéresse. Je pense que le projet [d'acheter des cartes de vœux et des cadeaux de Noël à mes proches avec mes allocations] m'a aidé à penser en ces termes, à ne plus être effrayé à l'idée de donner des cadeaux aux gens, et d'en recevoir en retour. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 191

La relation entre deux personnes – que ces personnes travaillent à recevoir du soin ou un accompagnement ou à en apporter – est ce qui les lie dans un échange et qui, par ailleurs, les définit l'une par rapport à l'autre, chacune d'elles occupant toutes les places du discours.

Cette définition de la relation, donnée dès l'introduction de ce travail de thèse, est le fil rouge de ce travail ; elle permet de relier l'ensemble des parties qui le constituent.

Pour décrire le travail relationnel, c'est toujours à partir de cette définition que je me situe.

Dans cette section, je souhaite décrire et analyser le travail nécessaire pour créer et entretenir une relation. En effet, pour que deux personnes échangent ensemble, il s'agit pour elles d'accomplir un travail relationnel ou de relation. Ce travail peut s'analyser à partir des différents registres d'action qui le composent, à partir de ses outils et de ses ordres de légitimité. C'est précisément ce que je propose à présent.

Avant d'explicitier le cadre d'analyse que j'ai choisi, je présente en premier lieu une définition des termes que j'emploie. Ainsi, je vais revenir sur ce qu'est, dans ce travail de recherche, le travail envers autrui et quelle signification je lui donne, cette notion se distinguant des notions de travail *sur* autrui ou encore *avec* autrui, comme je le montrerai ici.

Je présenterai ensuite des travaux de sociologie permettant de penser et d'analyser le travail relationnel ou de proximité, et notamment leurs outils avant de poursuivre en proposant mon propre cadre d'analyse basé sur l'ensemble.

I. Le cadre des interventions auprès des locataires souffrant de troubles psychiques

Afin de décrire le travail relationnel, je souhaite m'appuyer sur deux accompagnements que j'ai moi-même réalisés – avec la personne et les acteurs d'ores et déjà-là au moment où j'ai été impliquée dans la situation – en tant qu'intervenante psychosociale¹⁴⁸.

Pour clarifier mon propos, avant de décrire finement ce travail, je souhaite tout d'abord qualifier et préciser le type de travail réalisé et ses grands principes. Dans un second temps, je spécifierai le regard porté sur les personnes – accompagnées ou accompagnantes – et leurs caractéristiques afin de donner à comprendre le cadre de mes interventions.

1. Le travail envers autrui : un travail de transformation (des interactants) et un travail d'accompagnement

Avant d'entamer la description du travail relationnel proposé par l'intervenant à domicile, je souhaite tout d'abord m'arrêter sur la forme de ce travail, c'est-à-dire ce qu'il fait aux personnes impliquées dans la relation – aussi bien l'intervenant que le destinataire de ce travail.

Les notions de travail *pour* autrui, de travail *avec* autrui et de travail *sur* autrui ont été proposées pour distinguer les formes que peut prendre ce travail et partant le type de relation qui s'instaure entre l'intervenant et son destinataire (Ion, 1998, 2005 ; Astier, 2007). Afin d'explicitier mon choix de les écarter, je propose de les présenter rapidement.

Pour commencer, je choisis de partir du plus problématique, ou plus précisément de celui qui a fait l'objet de nombreuses analyses critiques (Foucault, 1997, 2004 ; Martucelli, 2004 ; Laforgue, 2009), à savoir le travail sur autrui.

Dans ces analyses, le travail sur autrui, présenté dans divers contextes institutionnels, tels que l'école, le travail social, la prison, est décrit comme « *un mode de construction et de traitement des publics* » (*op. cit.*, 2009) qui utilise deux types de techniques : l'assujettissement avec pour

¹⁴⁸ Il s'agit d'une dénomination que j'ai moi-même choisie.

visée « la normalisation des pensées, des comportements » (*ibid.*) et la responsabilisation par des injonctions notamment à la réflexivité.

*« Qu'il s'agisse de l'école (Thin, 1998), du travail social (Dubois, 1999 ; Zuinigo, 2007) ou encore de la prison (Rostaing, 2001), toutes ces institutions cherchent à imposer à leurs publics (sans toujours y arriver) des comportements, des manières de parler, des modes de vie, des aspirations. Par ailleurs, tout un ensemble de travaux, réactivant l'hypothèse foucauldienne des « techniques de soi », montre que le travail sur autrui prend aujourd'hui la forme de techniques de responsabilisation, à travers l'obligation qui est faite aux publics de la « mise en récit de soi » (Fassin, 2004), de la « réflexivité », « d'être responsable et autonome », « d'élaborer des projets et de passer des contrats » (Martucelli, 2004). » (*ibid.*, 2009)*

Par ailleurs, à l'heure de l'injonction à autonomie (Ehrenberg, 2011) – davantage encore que l'autonomie comme aspiration -, élevée au rang de valeur sociale, le travail sur autrui, tel qu'il est défini ici, est problématique car en contradiction avec cette même valeur. Il évoque, en effet, la contrainte, outil encadré légalement.

Pour autant, le travail sur autrui n'a pourtant pas disparu. S'il reste présent dans certaines institutions comme l'affirment certains chercheurs, il est également présent dans les institutions du soin, et notamment du soin psychique. La contrainte y est légalement encadrée, notamment avec les soins sous contrainte¹⁴⁹.

Le travail avec autrui, pour sa part, est moins problématique puisqu'il se définit davantage par l'idée d'accompagner autrui. Denis Laforgue (2009) le décrit ainsi :

*« Cette forme de travail s'instaure lorsque l'institution considère l'individu comme d'emblée capable de participer à la définition et à la résolution du problème qui l'a conduit en ce lieu institutionnel. Il s'agit donc d'une forme de travail institutionnel qui partage avec le travail sur autrui le schème capacitaire, mais qui s'en distingue en activant un autre schème relationnel (symétrique) : l'agent institutionnel considère autrui comme aussi capable que lui. » (*ibid.*)*

¹⁴⁹ La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes, puis la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 encadrent légalement les soins sous contrainte et les modalités d'hospitalisation.

S'il est davantage en concordance avec la valeur autonomie, il est néanmoins l'autre face d'un travail relationnel dont je souhaite m'écarter. En effet, le travail sur autrui et le travail avec autrui représentent les deux faces d'une même conception de ce travail de relation puisqu'ils se distinguent à la fois par les capacités de la personne qui en est la bénéficiaire et par sa position dans la relation. L'un vise à normaliser les personnes quand l'autre vise à les accompagner.

Quant au travail *pour* autrui, il se divise en deux catégories : le prendre soin, d'une part, et la politique de la pitié, d'autre part.

« Soit le travail pour autrui prend la forme du care (Paperman et Laugier, 2006) et l'acteur institutionnel accepte alors d'aligner son action sur le point de vue de l'utilisateur dont il prend soin : c'est ce dernier qui « définit la situation » et donc l'action institutionnelle qui convient ; soit le travail pour autrui relève d'une « politique de la pitié » (Arendt, 1967) à l'attention de populations « défavorisées » et dans ce cas là, c'est l'institution qui définit, de manière asymétrique, les modes de leur prise en charge. » (ibid.)

Le schème capacitaire n'est plus utilisé dans cette notion en revanche elle assigne elle aussi une position dans la relation qui s'installe entre l'intervenant et son usager.

Pour ma part, je souhaite m'écarter de ces trois notions car ni le schème capacitaire, ni la position dans la relation ne me semblent être des facteurs permettant de distinguer les différents types de travail que j'ai pu réaliser.

Bien qu'il y ait l'idée d'un travail *sur* les personnes en interaction, l'idée d'un travail de transformation – transformations qui peuvent être minimales, non pérennes, etc., qu'il me faudra définir –, bien qu'il y ait également l'idée d'un travail *avec* elles, le travail que je souhaite décrire ici, au moins dans les accompagnements que j'ai réalisés, n'implique pas une vision déficitaire de la personne destinataire, puisqu'il faut des ressources et des capacités pour les deux interactants afin d'accomplir le travail de transformation mais également le travail d'accompagnement. En outre, il n'implique, ni ne garantit d'ailleurs, une certaine position dans la relation.

Finalement, ce qui distingue les types de travail que j'ai accomplis ne se situe pas sur un axe capacitaire ou sur un axe situant la personne dans la relation avec l'intervenant. En effet, l'assujettissement peut se manifester dans les différents types de travail et par ailleurs, quel que soit le type de travail, l'utilisateur est abordé comme une personne douée de capacités.

Je m'écarte donc de ces notions pour définir le travail que j'ai réalisé, bien que les notions de travail sur et avec autrui me soient utiles pour qualifier le travail demandé et attendu de l'équipe mobile associative par les bailleurs sociaux.

En effet, l'équipe mobile et ses membres sont mandatés pour faire disparaître ce qui est considéré, notamment par les bailleurs sociaux, comme un (ou des) symptôme(s) perturbateur(s) : dette de loyer, tumulte, dégradation des locaux, hostilité vis à vis du voisinage etc.

Comme j'ai déjà pu l'indiquer, ces attentes sont communément partagées quand des instances ou des institutions sociales font appel à des "spécialistes" assimilés en quelque sorte à des guérisseurs du malaise psychique, ou à des éducateurs de la bonne conduite en société. Les interventions se voient attribuées des qualités magiques capables en effet de neutraliser le désordre, le bruit, la dette, etc.

Or confrontés à la réalité des situations, sur le terrain, les intervenants découvrent des situations complexes où l'on n'agit pas "sur" les personnes, comme une force qui ferait céder une résistance. En effet, il faut d'abord trouver les conditions réalistes et concrètes pour que s'instaure un dialogue qui engage les deux interlocuteurs – l'intervenant et la personne qu'il accompagne. Et c'est à partir de là que, peu à peu, ils trouvent ensemble les différents moyens de donner un autre cours à ce qui filait vers la catastrophe.

Ce travail – ni sur ni avec la personne –, je choisis de le qualifier de travail *envers* autrui, c'est-à-dire un travail initié par l'intervenant à l'égard d'une personne. Il ne présuppose pas de capacités ou d'incapacités – d'autant qu'invoquer le registre capacitaire ne permet pas de savoir de quelles capacités il s'agit. Il me semble que tous types de travail relationnel requièrent des capacités, puisqu'ils nécessitent la participation de la personne destinataire de l'intervention. Il ne s'agit donc pas selon moi d'un critère permettant de les définir.

Le travail *envers* autrui ne sous-entend, en effet, pas que l'on considère autrui comme incapable ou moins capable que soi. C'est un type de relation qui implique deux personnes toutes deux capables. Par ailleurs, la mise au travail des deux interactants est indispensable dans ce travail. Autrui agit et travaille autant que l'intervenant. Dans le cas de l'école par exemple, le travail réalisé *envers* l'élève demande qu'il soit actif, qu'il travaille lui-même. Sans ce travail, sa carrière d'élève s'en verra affectée.

En outre, le travail *envers* autrui propose une place à l'utilisateur au sein de la relation de co-constructeur, c'est-à-dire un travail co-construit par lui et l'intervenant. En effet, ce type travail

porte, en soi, le souci de la co-construction, ce qui permet d'équilibrer la relation ; il ne peut s'accomplir sans la personne, sans son travail et sa participation et n'est effectif que si la personne destinataire s'en saisit et travaille également.

Le travail *envers* autrui se définit donc par un type de travail relationnel initié par un intervenant à l'égard d'une personne qui s'en saisit et le construit avec lui. Ce travail, à l'inverse de la définition donnée au travail sur autrui – ou avec autrui -, est un travail des deux interactants agissant sur eux deux dans une relation intersubjective.

Il se base sur la reconnaissance, c'est-à-dire « *la limitation mutuelle du désir personnel égocentrique en faveur de celui de l'autre* » (Honneth, 2009, p.40), autrement dit sur le fait que la rencontre avec autrui – comme la rencontre entre un intervenant et un usager – permet la conscience de soi et partant de l'autre – de ses besoins (ontologiques) mais également de ceux de l'autre - ainsi que le proposait Hegel dans *La phénoménologie de l'esprit* (2012) et l'explique Axel Honneth :

« *Ego et alter ego réagissent en même temps l'un à l'autre en limitant leurs besoins égocentriques respectifs, par quoi ils rendent leurs actions à venir dépendantes du comportement de leur vis-à-vis.* » (*op.cit.*, 2009, p. 38)

Le travail relationnel *envers* autrui se situe donc dans cette rencontre intersubjective, une interaction réciproque qui permet aux deux interactants (des *alter ego*) d'avoir conscience d'eux-mêmes mais également de prendre conscience de leurs activités, par lesquelles ils produisent la réalité. Par ailleurs, ces derniers – conscients d'eux-mêmes et de leurs activités productrices de réalité par la rencontre -, prennent conscience, en observant les activités d'autrui, qu'elles sont produites précisément par les leurs. Dans la rencontre, ils sont capables de produire un changement pratique.

« [...] Hegel exige plus de la conscience de soi que la seule compréhension ontologique de la réalité comme une production du propre soi conscient ; le sujet observé doit en outre pouvoir se percevoir dans l'activité par laquelle il produit la réalité. [...] c'est sur l'acte d'autolimitation de l'alter ego que l'ego peut, pour ainsi dire, observer sous ses yeux le type d'activité par lequel il provoque lui-même, dans cet autre, et au même instant, un changement pratique. » (*op.cit.*, 2009, p. 39)

Outre le fait que la rencontre intersubjective permet d'avoir conscience de soi, elle permet également de prendre conscience de l'interdépendance mais également des changements pratiques qu'elle opère.

Si je situe donc le travail relationnel *envers* autrui dans ce cadre, je sous-entends que la rencontre de l'intervenant et de l'utilisateur, en soi, produit de la reconnaissance – ou un mépris de la reconnaissance d'ailleurs – mais également provoque des changements qui ne s'apparentent pas forcément au travail sur autrui tel qu'il est défini (c'est-à-dire un lien asymétrique qui place l'utilisateur comme dépendant de l'intervenant et dans un état d'incapacité). Ce travail *envers* autrui contient en lui-même les changements qu'il provoque – et que provoque la rencontre intersubjective – si bien qu'on ne peut dire d'emblée la place de chacun des interactants ni leurs capacités. Ce qui est sûr, c'est que la réciprocité est un caractère de ce travail relationnel et, par conséquent, les changements ne sont pas uniquement du côté de l'utilisateur. La rencontre intersubjective change les deux interactants.

Si ces changements sont intrinsèques à la rencontre intersubjective, le travail relationnel peut avoir comme intentionnalité ces changements, c'est ce que j'appelle alors le travail de transformation des interactants. Il peut avoir également d'autres intentionnalités telles que l'accompagnement. Les changements de la réalité se produiront inévitablement mais la rencontre vise davantage l'accompagnement.

Dans le travail relationnel *envers* autrui, il existe donc plusieurs formes de travail, tels que le travail de transformation et le travail d'accompagnement, des formes de travail qui se réfèrent aux intentionnalités de l'intervenant. Cela n'exclut pas l'autre forme de travail d'advenir, mais telle n'est pas l'intention de départ de l'intervenant. Lorsqu'il accompagne l'utilisateur, leur rencontre crée des changements et lorsqu'il veut provoquer des changements, il accompagne également la personne. Ce n'est donc pas une distinction en tant qu'opposition de ces formes de travail que je souhaite introduire, mais plutôt, en me plaçant du côté de l'intervenant – puisque c'est l'expérience dont je dispose - une distinction par rapport aux intentions de celui qui a initié l'action.

Plus précisément, le travail de transformation, forme de travail relationnel *envers* autrui, s'il vise à transformer – même à la marge – la personne, il s'agit de « réparer » ou de « suggérer » - pour reprendre les outils du registre d'action thérapeutique développé par Lise Demailly (2008, p. 116) sur lequel je vais revenir ultérieurement.

Dans le premier cas, ce travail de réparation vise à mettre en place une intervention thérapeutique qui tend à soulager un traumatisme par exemple – soigner une blessure psychique – ou permettre à la personne de trouver ou retrouver « *un état fonctionnel qui soit tenable* » (*op. cit.*, p. 116) pour elle. Il s'agit alors soit de lui permettre de trouver son vrai moi au fond d'elle-même, soit de lui permettre de se réparer et partant de transformer son moi.

On peut penser aux différentes formes de thérapies psychologiques et psychiatriques par exemple – les thérapies comportementalistes visent à transformer, à la demande de la personne, ses comportements, ses manières d'agir ou de sentir les choses ; les thérapies psychodynamiques visent également une transformation des modes de penser, d'agir ou de sentir de la personne qui consulte en permettant un retour à l'homéostasie (notamment en résolvant des conflits internes) ; les thérapies chimiques, quant à elles, visent à transformer la personne par un nouvel équilibre chimique dans le cerveau ou au niveau hormonal – tout comme les « techniques de développement personnel ». Ce sont des transformations – dans de nombreux cas – désirées par les personnes, c'est-à-dire qu'elles en font la demande au thérapeute, même si elles peuvent répondre à des injonctions de performance (Ehrenberg, 1991, 2000 ; Otéro, 2012 ; Martin, 2013).

Dans le second cas, le travail de suggestion vise à faire accepter à la personne ce qui semble le plus adapté pour elle – « pour son bien ». L'aspect moraliste peut entrer en plein dans ce type de travail.

Ce qui paraît alors immédiatement impératif, dans ce travail *envers* autrui – et c'est d'ailleurs l'une des leçons que l'on peut retenir de l'accompagnement de Lavande – c'est l'ordre de légitimité de l'action mise en œuvre. Il est en effet impératif de justifier son action au regard de la personne destinataire, dans son intérêt. Dans le cadre des interventions à domicile, ce travail *envers* autrui, qu'il soit thérapeutique ou de suggestion, doit être sous-tendu par une éthique, une éthique venant justifier et légitimer ce qui est mis en œuvre. Il s'agit en effet d'agir dans l'intérêt de la personne et partant avec son consentement.

Dans le cadre des accompagnements que j'ai réalisés, j'ai tenté de mettre en place un travail relationnel *envers* autrui. Toutefois, avant de poursuivre, il me reste un dernier point à expliciter. En effet, ces accompagnements – ou rencontres intersubjectives – ont été amorcés à la demande d'un bailleur social – ayant très généralement des attentes de type « travail sur autrui » et en outre, sans aucune demande des personnes.

En effet, comme nous l'avons vu dans les différents accompagnements présentés dans ce travail, les personnes ne sont que rarement à l'origine de l'intervention de l'équipe mobile. Ce sont des troubles du voisinage ou de l'habiter qui conduisent les bailleurs sociaux à solliciter l'intervention d'une équipe d'appui, partant de l'idée princeps que ces troubles sont en fait d'origine psychique. Ce sont les troubles psychiques de la personne qui l'amènent à adopter des comportements qu'il s'agit de neutraliser.

Il faut donc donner à cette rencontre le caractère intersubjectif qu'elle n'a pas d'emblée. L'intervenant tente d'initier un travail à l'égard d'autrui, un travail agissant sur eux deux – l'intervenant et l'usager - tout en acceptant l'idée qu'autrui puisse refuser l'interaction. C'est à *cette condition* que ce travail peut s'initier, à la condition qu'il soit accepté par son destinataire et que ce dernier travaille également. C'est à la condition également d'accepter que ce travail *envers* autrui n'est pas donné en soi et ne se déroule pas selon un plan préétabli. C'est une co-construction des deux interactants qui provoque des changements pratiques.

Pour décrire ce travail relationnel mis en œuvre dans mes interventions, je définis donc mon travail de travail *envers* autrui, au cœur duquel j'ai repéré au moins deux formes de travail possibles : d'une part, le travail de transformation qui s'opérationnalise notamment dans les registres d'action thérapeutique et d'intervention (*ibid.*, p. 116-118) – qui visent respectivement à réparer la personne accompagnée et à lui suggérer ce qui semble adapté pour elle -, et, d'autre part, le travail d'accompagnement qui s'opérationnalise, lui, dans le registre d'action assistantiel (*ibid.*, p. 116-118), soit un registre visant à fournir une aide (qui ne cherche pas à transformer mais à suppléer ou soutenir) ou à organiser l'aide à apporter.

2. Le cadre des interventions et le regard porté sur la personne

Afin de décrire le travail relationnel, en m'appuyant sur deux accompagnements que j'ai moi-même réalisés, et après avoir qualifié et précisé le type de travail réalisé et ses grands principes, il me reste encore à clarifier mon propos quant aux caractéristiques que j'accorde aux personnes – accompagnées ou accompagnantes – impliquées dans ce travail envers autrui ainsi que le cadre de mes interventions.

Alors que j'étais cheffe de service d'une équipe mobile associative, j'ai assumé différentes fonctions et différents rôles au gré des demandes des bailleurs sociaux nous adressant les situations mais aussi des besoins de l'équipe. J'ai donc, d'une part, assuré la gestion

administrative et logistique de l'équipe, la gestion économique et partenariale (avec les bailleurs sociaux notamment) et la gestion humaine de l'équipe, et, d'autre part, à la demande des psychologues mais également pour faire face à la quantité de travail, j'ai participé avec eux à des accompagnements et j'en ai moi-même réalisés (du fait notamment d'un manque de personnels, d'un travail de gestion des situations sous-évalué et d'une file active conséquente). Comme je l'ai déjà précisé en introduction, mais également dans la présentation de ma méthode de recherche, n'étant ni psychothérapeute, ni clinicienne, ni travailleuse sociale, j'ai dû réfléchir à la posture que je pouvais adopter lors de ces accompagnements et c'est celle d'intervenante qui m'a paru la plus adaptée. En effet, en tant que cheffe de service de cette équipe, il était dans mes attributions de rencontrer les locataires de manière à représenter l'institution « Equipe Mobile », soit une entité différente de l'entité « bailleur social ».

Par ailleurs, la notion d'intervenant est intéressante dans ma position. Une artiste-intervenante, Claire Grosbois (2017) qualifie son rôle ainsi :

« [Intervenir], c'est un choix, un engagement qui implique de remettre en question régulièrement sa pratique, qui demande beaucoup d'énergie, d'écoute, et apporte une ouverture incroyable sur le plan humain. C'est également une adaptation constante face aux imprévus, à la perception, aux intérêts et à la progression de chacun des participants. En fait, l'artiste-intervenant se situe souvent dans un entre-deux : il accompagne la personne dans un processus créatif sans avoir d'intention thérapeutique, et pourtant, il peut adopter une démarche de soin relationnel, dans un souci de bienveillance, de bientraitance et d'attention. » (op. cit., 2017, p. 136-137)

Cette définition de l'intervention ici est parfaitement adaptée à ce que j'ai souhaité mettre en œuvre. En effet, de ma place, intervenir était un engagement impliquant de remettre en question ma pratique, un engagement à accompagner les locataires vers les structures ou institutions *ad hoc*, à les accompagner par la relation sans pour autant adopter une posture thérapeutique (au sens du *cure* ou du traitement des maladies). Mes interventions sont basées sur le *care*, il s'agit bien pour moi de prendre soin de la personne en partant d'elle, de ce qu'elle désire et demande pour l'amener vers les institutions à même de répondre à ses besoins. Si je conserve la notion de soin que présente Claire Grosbois, c'est dans le sens du prendre soin (*care*) et non pas dans le sens de soigner (*cure*).

Je définis le second terme de ce que j'appelle donc intervenante psychosociale à partir du regard – si j'osais, anthropologique - que je porte sur la personne : la Personne et non pas uniquement la personne accompagnée - y compris moi-même.

Deux caractéristiques de la personne participent de ce regard qui a – de manière intense – guidé ma pratique d'intervenante.

La première est le fait qu'une personne est totale (Karsenti, 2011), comme je l'ai déjà mentionné. Elle est totale, c'est-à-dire qu'elle est éminemment sociale, biologique et psychique. Elle est tridimensionnelle, des dimensions intriquées, tissées les unes aux autres, tant est si bien qu'elles forment la trame même de l'être. Entremêlées, ses dimensions s'influencent et se répondent de telle sorte qu'il n'est pas possible, dans l'accompagnement d'une personne, de les isoler et de les réfléchir séparément. Si le corps, mais aussi ses techniques, comme le disait Marcel Mauss (2013) ou ses usages (Boltanski, 1971), sont socialement construits, ce même corps influence également la psyché – que l'on prenne l'exemple de la dépression au Japon décrite par Kitana Junko (2014) où le corps fatigué vient « effondrer » la psyché –, mais également la dimension sociale de la personne – être malentendant, par exemple, influence les interactions sociales des personnes. De la même manière, la psyché vient elle-aussi influencer les corps et leurs usages – que l'on prenne à présent l'exemple de l'anorexie mentale – tout comme elle influence également le social – que l'on pense cette fois aux personnes vivant avec des troubles psychiques qui voient également leurs interactions sociales perturbées par leurs troubles (comme j'ai déjà pu le montrer notamment).

Cet enchevêtrement des trois dimensions de la personne a fait partie intégrante de ma réflexion lors des accompagnements que j'ai effectués, c'est-à-dire qu'elle a guidé ma réflexion sur les problématiques des personnes, et partant sur mes accompagnements, à l'aune de cette définition même de la personne.

J'utilise donc la dénomination intervenante psychosociale parce que mon intervention par la relation, dans le cadre de l'équipe mobile associative, auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, est à caractère social – dans le sens de l'interaction mais également d'une intervention sur l'environnement des personnes - mais prend en compte leur dimension psychique – non pas que je prétende avoir une action psychothérapeutique, mais que j'ai accepté l'étrangeté et choisi d'apprendre à mieux comprendre ce que veut dire vivre avec des troubles psychiques (Polack et Sivadon, 1991 ; Ehrenberg et Lovell, 2000 ; Davidson, 2003 ; Velpry, 2008 ; Leader, 2011).

La seconde caractéristique de la personne dans mon approche de l'accompagnement tient également à une donnée anthropologique, c'est-à-dire la vulnérabilité des êtres humains (Garrau, 2018).

« En sociologie [...] La vulnérabilité désigne [...] une fragilisation de la capacité d'agir induite par des processus sociaux [désaffiliation et disqualification sociale] qui ont pour caractéristique de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des sujets sociaux. En philosophie morale et politique, un autre usage s'est imposé depuis le milieu des années 1980 : le plus souvent, la vulnérabilité désigne un aspect constitutif de l'existence humaine, en vertu duquel les êtres humains sont nécessairement exposés à des atteintes susceptibles de compromettre leur accès à une vie autonome et dotées de sens. Dans cette perspective, la vulnérabilité n'est pas pensée comme l'apanage d'un groupe social particulier, mais comme une propriété commune à tous les êtres humains et qui appelle des réponses d'ordre éthique et politique.

[...] Certains de ces usages [de la notion de vulnérabilité] semblent suggérer qu'elle serait une donnée de nature, à ce titre indépassable ; d'autres qu'elle relève d'une construction sociale et constitue le produit, par définition modifiable, d'arrangements sociaux eux-mêmes contingents.

[...] il est possible de construire une conception cohérente de la vulnérabilité, à partir des usages qui sont faits aujourd'hui de cette catégorie en philosophie morale et politique et en sociologie (p. 1-25). » (op. cit., 2018, p. 1-25)

Ainsi, comme le propose Marie Garrau, la vulnérabilité dans ses usages philosophiques et sociologiques peut être une catégorie mobilisable aussi bien pour exprimer la vulnérabilité inhérente à la condition humaine mais également pour parler des processus sociaux visant certains groupes sociaux (Châtel et Roy, 2008). Sans développer la discussion que la philosophe entreprend à partir de la théorie républicaine contemporaine et plus précisément du néo-républicanisme de Philip Pettit - ce n'est pas l'objet de ce travail -, je précise simplement que la vulnérabilité inhérente à l'être humain peut faire l'objet de politiques qui permettent

« de lutter contre la domination sous ses différentes formes [dans le but] de garantir à chacun les conditions du développement, de l'exercice et du maintien de son autonomie. » (ibid., p. 66)

Penser la vulnérabilité comme à la fois universelle et singulière – vulnérabilité singulière qu'un accompagnement peut réduire en soutenant notamment l'exercice et le maintien de l'autonomie d'autrui – a constitué

« le rappel nécessaire que l'autre, l'usager, participe bien d'une commune humanité. »
(Breviglieri, Pattaroni et Stavo-Debauge, 2003, p. 146)

Mon accompagnement prend de fait une dimension relationnelle dans lequel autrui est une personne partageant la même humanité et les mêmes caractéristiques que quiconque et avec qui se met en place un échange visant à répondre aux besoins de cette même personne, des besoins qu'elle a elle-même exprimés.

Outre ces caractéristiques définissant – en partie – la personne (c'est-à-dire la personne chez qui j'interviens et moi-même), en tant que personne totale et vulnérable, j'ai pensé mes interventions à l'aune d'un travail de recherche auquel j'ai participé avec Nicolas Henckès (2019) et qui m'a permis d'analyser des registres d'action de l'intervention ou des justifications de ces actions : la propédeutique (de l'habiter) et le bien-être des personnes, basées elles-mêmes sur la sollicitude ou la sollicitation.

J'ai découvert ces régimes d'actions - « *laisser faire* », « *faire faire* », « *faire avec* » ou encore « *faire à la place de* » (Pols, 2006 ; Velprey, 2008 ; Hénaut, Guichet, Hennion et Vidal-Nacquet, 2012) – à partir de l'étude du fonctionnement des appartements associatifs situés dans un département francilien¹⁵⁰ . Ils m'ont permis de réfléchir à ce qui légitimait l'action – soit la propédeutique, soit le bien-être - et l'action qui convenait alors – la sollicitude ou la sollicitation.

Enfin, pour intervenir à domicile auprès de personnes souffrant de troubles psychiques sévères, et comme je l'ai indiqué en introduction, j'ai fait le choix de me socialiser et de les appréhender à partir des concepts du désaliénisme (Bonnafé, 1975, 1991, 2003 ; Bretécher et Chaumont, 2015), non pas pour soigner mais pour prendre soin des personnes rencontrées en prenant en compte leurs trois dimensions. Ainsi mes interventions se sont appuyées éthiquement et

¹⁵⁰ Entre octobre 2015 et juin 2016, dans le cadre de la recherche « loger pour soigner » pour les Croix Marines, financée par La Fondation de France et dirigée par Nicolas Henckès, j'ai mené 18 d'entretiens avec des professionnels – psychiatres, psychologues, éducatrices, chef(fe)s de service, directeurs – présidents, trésoriers) et des résidents ou locataires d'appartements associatifs dans un département d'Île-de-France.

théoriquement sur certains des grands principes que Bonnafé a donnés au désaliénisme, c'est-à-dire l'incertitude quant à l'essence des troubles psychiques, la lutte autant que de possible contre les contraintes normatives (institutionnelles – externes – mais également internes à autrui), l'appui sur l'environnement pour soigner et prendre soin d'autrui (le potentiel soignant du peuple) et l'implantation préalable – ces deux dernières caractéristiques se rapportent à la dimension sociale de la clinique bonnaféenne.

En outre, le désaliénisme apporte une vision poétique et créatrice de la folie – qui s'oppose à la vision déficitaire, incapacitante de la maladie mentale – à laquelle je souscris.

J'ajoute que, concernant mon cadre d'intervention, j'ai également emprunté à la psychothérapie institutionnelle la notion d'accueil inconditionnel – sans oublier que dans l'intervention à domicile, l'intervenant est lui-même accueilli. Il s'agit d'accueillir l'autre tel qu'il est et quelle que soit la manière dont il teste le lien. Cet accueil inconditionnel est une condition nécessaire au nouage du lien. Il est un outil de travail envers autrui puisqu'il permet, outre de donner à la personne qu'on accompagne de la valeur, d'amorcer une rencontre intersubjective.

En outre, par l'expérience positive de relation – qui ne peut être rompue par les attaques du lien – la personne peut se trouver transformée, gagner en confiance (en soi et dans autrui), mais également être en mesure de tisser une relation avec autrui.

Cette vision (désaliéniste) - de l'intervention, des troubles psychiques et de la personne souffrant de troubles psychiques – m'a permis, d'une part, de ne pas présupposer des manques chez les personnes que j'ai rencontrées, de ne pas présupposer non plus de causes à leurs troubles – ce qui n'a jamais été mon rôle -, mais plutôt de rencontrer des personnes avec qui j'ai noué une relation, tout en gardant en tête qu'on ne peut le faire seul. C'est, en effet, avec la personne, son environnement - les proches, le voisinage, les commerçants de proximité – et les différents professionnels de santé mentale que l'on peut intervenir – c'est l'un des résultats de la description proposée en deuxième partie. En effet, l'intervenant à domicile s'appuie sur ses propres ressources, celles de la personne qu'il rencontre et les ressources disponibles dans l'environnement, puis négocie un objectif commun et un schéma d'intervention « logique » permettant la prise en charge et la prise en compte de l'ensemble des problématiques de cette personne.

C'est donc à partir de ces valeurs, ces références théoriques que je suis intervenue auprès de locataires de logements sociaux adressés par leur bailleur social à l'équipe mobile associative que je gérais alors.

A présent que j'ai présenté le type de travail réalisé, les caractéristiques que je prête aux personnes impliquées dans la relation et les valeurs qui ont sous-tendues mes interventions, je souhaite mettre en discussion plusieurs approches permettant d'analyser le travail relationnel et partant expliciter mes pratiques d'intervenante psychosociale.

II. Pour analyser le travail relationnel : la proximité, ses registres d'action, ses outils et ses ordres de légitimité

Maintenant que j'ai défini le travail relationnel *envers* autrui, soit le type de travail que j'ai accompli auprès des locataires de logements sociaux adressés à l'équipe mobile associative par leur bailleur social, je souhaite proposer un cadre d'analyse me permettant de décrire finement ce travail.

1. La proximité dans le travail relationnel envers autrui

Dans la relation d'accompagnement à domicile, je fais le constat d'une indispensable « *proximité* » (Breviglieri, Pattaroni, Stavo, 2003 ; Breviglieri, 2005, 2008, 2012) entre l'intervenant et la personne. La proximité est une donnée du travail de relation. Il s'agit en effet de mettre en place, notamment par l'écoute, une démarche compréhensive permettant le rapprochement et finalement « *la confiance où [...] pourront se livrer des fragments d'intimité* » comme l'explique Marc Breviglieri, Luca Pattaroni et Joan Stavo-Debaugé (2003, p. 148).

La proximité, pour ces auteurs, n'est plus une « *solidarité anonyme* » (*op. cit.*, p. 219) mais « une approche individualisée » :

« L'orientation prise par le travail social fait qu'il ne se contente plus de situer le patient [l'utilisateur] dans une classe de bénéficiaire, mais prétend conduire une action conjointe et personnalisée [...]. [Elle] ouvre un espace de compréhension relatif à l'engagement personnalisé » et les savoir-faire d'accueil et d'accompagnement mobilisés par l'intervenant social (Ion, 1998 ; Ion et Ravon, 2002). [...] Cela s'effectue au prix d'une attention pour la biographie personnelle [de la personne] et les lieux intimes habités par son être. » (ibid., p225)

Ce travail de proximité, ce travail relationnel exige qu'une confiance s'établisse entre les usagers et les professionnels, qui doivent alors développer des compétences particulières. Ils doivent tout d'abord pouvoir établir plusieurs niveaux de confiance : à un premier niveau de

confiance, il s'agit de parvenir à écouter la personne sans jugement (sur son histoire ou sa position sociale) (*ibid.*, p. 225), ce qui coïncide à la notion d'accueil inconditionnel ; à un deuxième niveau, il s'agit de mettre en œuvre une démarche compréhensive par l'écoute et une acuité perceptive (*ibid.*, p. 226) ; à un troisième niveau, enfin, il s'agit de garantir à la personne une confiance « *dans la justice de l'institution que représente le travailleur social, une confiance, finalement, adressée à la société* » (*ibid.*, p. 227).

Ainsi, pour illustrer ces différents niveaux de confiance – qui peuvent être des étapes d'un même accompagnement -, lorsque je rencontre Myosotis, il s'agit dans un premier temps (pour établir un premier degré de confiance) de l'écouter sans juger son mode de vie, ses propos, ses manières d'être. Il s'agit d'accueillir ses propos.

Dans un deuxième temps, il s'agit de comprendre le vécu de Myosotis, c'est-à-dire son isolement, son sentiment de monstruosité et ses angoisses, et parvenir à une empathie qui permette d'entrer dans une relation intersubjective. C'est ici établir un deuxième degré de confiance.

Et enfin, il s'agit de lui permettre d'avoir confiance également dans l'institution équipe mobile, pour que les propositions que je lui fais – notamment, comme je le montrerai plus tard, le recours à une aide à domicile – puissent être acceptable pour lui. Il s'agit donc là d'établir un troisième degré de confiance plus large.

Outre ces degrés ou niveaux de confiance, la proximité, le proche, permet ensuite à la relation d'accompagnement de prendre place afin que les objectifs de cet accompagnement puissent être menés à bien.

Or, dans certaines situations limites (*op. cit.*, 2008, p. 92), la relation ne peut se mettre en place. Il se peut en effet que les personnes refusent d'entrer dans la relation¹⁵¹ ou qu'elles ne soient pas en mesure de soutenir la relation. Ces situations nécessitent un travail important de la part de l'intervenant qui doit, en adoptant une approche très compréhensive, à la fois rester à l'écoute de l'autre, expliciter sa démarche et rendre visible l'aide qu'il apporte. Mais rien ne garantit pour finir que la relation prenne place. Il faut en effet que les deux personnes s'y engagent. On le verra plus en détails dans les prochaines sections avec l'accompagnement de Myosotis.

¹⁵¹ Je l'ai montré dans la session précédente au travers de la prise en charge de Lavande, lorsqu'une personne ne fournit pas le travail relationnel permettant à cette relation de se tisser, il n'y a pas de relation de prise en charge.

Comme on le voit ici, le travail relationnel, le travail de proximité, exige des compétences déployées par l'intervenant relevant de l'acuité perceptive, de l'écoute, soit une démarche compréhensive visant à établir une confiance sur trois niveaux allant du plus singulier au plus général.

2. Les registres d'action du travail relationnel et ses outils

Pour décrire finement le travail de proximité, je souhaite présenter maintenant les différents registres d'action de celui-ci en y décrivant leurs outils ainsi que leurs ordres de légitimité.

a. Les outils

Les registres d'action, afin d'être déployés, utilisent une palette d'outils qu'il me faut décrire et définir. Pour ce faire, j'ai mis en discussion les travaux précédents avec ceux de Franck Guichet, Léonie Hénaut, Antoine Hennion et Pierre Vidal-Naquet (2012) et ceux de Lise Demailly (2008).

Afin d'analyser les pratiques du travail relationnel (*op. cit.*, 2008, p. 109), qu'elle regarde dans sa globalité signifiante en y intégrant l'affectivité, Lise Demailly propose en effet différents outils ou compétences, utilisés par les professionnels relationnels, que je reprends ici pour certains et dont parfois je nuance la définition.

Elle propose notamment le transfert – qu'elle appelle transfert de vie « *par opposition aux transferts spécifiques de la cure analytique* » (*ibid.*, p. 135) -, la suggestion, la violence, la censure, le secret et le passage du temps (*ibid.*, p. 135).

Dans une recherche ethnographique¹⁵² de l'aide à domicile présentée dans un rapport de recherche pour la MiRe (Guichet, Hénaut, Hennion et Vidal-Naquet, 2012), d'autres outils dont je me saisis, sont présentés, comme la ruse. Cette recherche a également l'avantage de prendre en compte dans l'analyse les caractéristiques de la situation (l'organisation déjà-là avant l'arrivée de l'intervenant ; la menace qui pèse sur l'équilibre de l'organisation de la situation – insatisfaction ou défection humaine) et ses conditions (si elle est voulue par la personne

¹⁵² Ethnographie faite à partir de « treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs ».

accompagnée ou non ; si cette dernière identifie l'aide dont elle a besoin ou non, si même elle la remet en question) (*op. cit.*, 2012, p. 289-290). Elle met en évidence également les conditions inévitables du travail de proximité à domicile, telles que « faire avec la parole des patients » (*ibid.*, p. 292-293) dans un « monde incertain » (*ibid.*, p. 293-294), c'est-à-dire un environnement que l'intervenant ne connaît pas *a priori* et une adhésion – de la personne et de son entourage – qui, elle non plus, n'est pas donnée *a priori*.

J'ajoute, en outre, que la nature de la relation peut varier dans le temps et passer de consentie à non consentie et *vice versa*. La question du consentement, notamment avec les personnes souffrant de troubles psychiques, doit être travaillée tout au long de la relation (Béliard, Eyraud, Lechevalier Hurard, Le Goff et Vidal-Naquet, 2017), ce qui rejoint l'idée de « faire avec la parole » des usagers et tenir compte du contexte de cette relation.

Les outils du travail relationnel accompli avec Rose et Myosotis

Empathie / Réaction
Emotions : inquiétude, affection, préoccupation
Espace d'écoute / Acuité perceptive
Tact
Suggestion
Ruse
Connivence par dérivation (humour)
Connivence
Passage du temps / Temps passé
Care - Tâches matérielles
Analyse / Mise en mots / Compréhension
Coordination / Organisation / Négociations

Tableau 4- Les outils utilisés par l'intervenant

Comme le montre le tableau (4) ci-dessus, je propose donc plusieurs outils utilisés lors des accompagnements – soit des outils que je reprends aux auteurs cités plus avant mais dont je peux parfois modifier ou nuancer la définition, soit des outils identifiés lors de mon terrain.

Le premier de ces outils est le transfert auquel je suggère tout de suite d'adjoindre le contre-transfert, c'est-à-dire la réaction de l'intervenant, d'une part, au transfert de la personne qu'il accompagne envers lui et, d'autre part, à la personne et à ses réactions. L'intervenant doit en prendre conscience de manière à comprendre ses actions et ressentis réactionnels.

Ces notions de transfert et contre-transfert appartiennent toutes deux aux théories psychanalytiques et sont définies ainsi :

« L'analyste est le support inconscient des projections de son patient qui « transfère » sur lui des sentiments déjà vécus et plus ou moins latents ou même refoulés. Ces sentiments remontés à la surface, la personne en thérapie peut les reconnaître et les revivre autrement.

[...] Mais on ne peut séparer le transfert de son corollaire, le contre-transfert qui est l'ensemble des réactions éprouvées par l'analyste au cours de son écoute, ce qui le touche, l'émeut, l'énerve, l'agace, le déséquilibre. » (Brunschwig, 2001, p. 91-92)

Dans les accompagnements que j'ai réalisés, bien consciente du transfert et de son corollaire, le contre-transfert, dans la relation de proximité que je noue avec les usagers, je m'attache donc à comprendre et prendre en compte ce que la personne « projette » sur moi mais également mes réactions.

Comme Lise Demailly qui souhaite s'écarter de la seule définition psychanalytique (*ibid.*, p. 135), je souhaite introduire ici une nuance et surtout une précision quant à ma position dans les relations décrites afin de différencier mon travail relationnel de celui des psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique, membres de l'équipe mobile associative.

Si je conserve la notion de transfert – telle qu'elle est définie plus haut par la psychologue Hélène Brunschwig, mais également par Lise Demailly – qui parle de transfert de vie pour le distinguer du transfert propre à la cure psychanalytique : le patient projette (transfère) sur le thérapeute (supposé savoir) des sentiments déjà ressentis auparavant -, je nomme alors aussi bien ce transfert de vie, transfert ou empathie, qu'on peut définir par « *la capacité à rentrer en résonance avec les sentiments de son patient afin de le comprendre* » (Huqueleux, 2016, p. 182), puisqu'est contenue finalement dans la notion, la conscience que j'ai du processus de

transfert. Pour la notion de contre-transfert, je parle plus volontiers de réaction – à ce que projette l’usager sur l’intervenant mais également à cet usager lui-même.

A ces deux notions, en réalité, j’enlève – dans le cadre de ma pratique – la dimension agissante, ou, plus précisément, le maniement de cette dimension agissante.

Ces nuances me permettent de préciser trois choses. Premièrement, et comme je le disais plus avant, je souhaite distinguer clairement le travail que j’ai accompli durant mes interventions du travail des psychologues cliniciens d’orientation psychanalytique de l’équipe mobile.

Deuxièmement, si j’ai su parfois interpréter les sentiments des locataires et analyser mes réactions, je n’ai pas fait « usage » du transfert et du contre-transfert. Le psychothérapeute – ou le personnage du psychiatre (Bonnafé, 1991) - connaît et manie les effets de la relation psychothérapeutique, c’est-à-dire le transfert et le contre-transfert. Pour ma part, si je peux parfois les reconnaître, je ne les manie pas – consciemment -, c’est la tâche du psychothérapeute. Je pars du principe que mes rencontres avec les locataires et l’accompagnement que je leur ai proposé ont indéniablement fait l’objet de transfert et de contre-transfert. Toutefois, je ne les ai pas utilisés.

La troisième raison qui m’amène à parler d’empathie et de réaction - plutôt que de transfert et de contre-transfert -, c’est que ces derniers sont l’apanage du colloque singulier unissant soignant et soigné et qu’il appartient au psychothérapeute de les connaître et de les manier. En effet, les soignants manient « *les phénomènes de cette relation* » ou « *les effets psychothérapeutiques* » (*op. cit.*, 1991, p. 81-82) pour, précisément, soigner leurs patients. Pour ma part, il ne s’agissait pas de manier les effets de la relations – autrement-dit le transfert et le contre-transfert -, il ne s’agissait pas, non plus, de soigner, mais de prendre soin (*care*) retenant avant tout cette première règle princeps : « *d’abord ne pas nuire sur le plan de la relation interhumaine* » (*op. cit.*, 1991, p. 83).

C’est ainsi que se distingue mon activité, le travail que j’accomplie envers les locataires, de celui des psychologues cliniciens.

Outre l’empathie et mes réactions, j’ai utilisé d’autres outils dans les différents registres d’action déployés, tels que l’analyse (des rencontres, des réactions, des comportements – aussi bien des personnes accompagnées que les miennes), c’est-à-dire que j’ai cherché à donner du sens aux échanges entre les personnes accompagnées et moi-même, donner du sens à la chose échangée, mais, là-encore, nullement dans l’objectif de soigner. Cette analyse se distingue là-encore de celle des psychologues d’orientation psychanalytique.

J'ai pu proposer aux personnes une mise en mots de leurs demandes non explicites, mais pas une analyse de leurs dires ou de leurs actes. Il s'agissait là encore de prendre soin, de soulager parfois, de reconnaître, mais nullement de soigner.

Par ailleurs, j'ai utilisé l'analyse afin de comprendre, dans une approche compréhensive et nullement explicative. Il s'agissait pour moi de mieux comprendre la personne et sa situation afin d'évaluer au mieux ses besoins et de déterminer l'objectif de la prise en charge à négocier. Comme pour le transfert et le contre-transfert, je n'ai pas pratiqué le maniement de la dimension agissante de l'analyse.

Dans le but de différencier mon action de celle des psychologues de l'équipe mobile, je définis donc l'analyse - comme outil du travail relationnel – comme une « mise en mots » des demandes d'autrui d'une part, et comme une compréhension pour moi-même de la situation, des réactions de la personne ou encore de ses actes (et des miens).

Autre outil que je souhaite décrire à présent – bien que je ne l'utilise pas dans le travail relationnel : la ruse. L'ethnographie de l'aide à domicile a permis de mettre au jour cet outil particulier.

« [...] il ne s'agit pas seulement ici d'éviter l'embarras, mais aussi d'obtenir des résultats (en matière de bien-être, de sécurité et d'autonomie), quitte, parfois, à s'accommoder de l'embarras. C'est pourquoi nous suggérons ici la notion de « ruse », laquelle intègre le tact, s'y oppose aussi lorsqu'elle renvoie au traquenard, au piège ou à la tromperie, et va bien au-delà du tact lorsqu'elle fait référence à l'habileté ou à l'intelligence pratique. » (ibid., p. 295)

La ruse – ses degrés et ses formes –, disent les chercheurs, est une manière de faire qu'utilisent les intervenants, comme le sont le transfert, la suggestion, etc. (outils proposés par Lise Demailly, 2008).

Par ailleurs, comme le montre l'ethnographie de l'aide à domicile, la ruse peut être maniée par les deux agents de la relation d'aide. En effet, elle peut prendre plusieurs formes (*ibid.*, p. 298-305) : simple (seul l'intervenant ruse – ou croit être le seul à ruser), symétrique (chacun des interactants ruse sans le dire, même si chacun le sait), collaborative (chacun des interactants ruse et le verbalise tout en continuant à jouer le jeu, ce qui rapproche cette forme de ruse de l'« arrangement ») ou croisée (les ruses de tous les intervenants se croisent, s'emboîtent).

Quelle qu'en soit la forme, la ruse dans ce modèle permet d'englober les pratiques relationnelles de tous les interactants.

Si elle peut revêtir différentes formes, la ruse a également différents degrés, tels que le tact ou la connivence mais je souhaite nuancer la définition qu'en donnent les auteurs. Je suggère de distinguer le tact, la connivence par dérivation (*ibid.*, p. 304), la connivence – outil que j'ai identifié lors de mon terrain et qui se distingue de l'autre forme de connivence, en cela qu'il s'agit d'un moment significatif qui unit intervenant et personne accompagnée, un moment partagé qui crée du « monde commun » - de la ruse.

Si pour les auteurs de l'ethnographie de l'aide à domicile, le tact, ou encore la connivence (ses deux types) sont des sous-catégories de la ruse, je choisis de ne pas les utiliser en ce sens. En effet, je ne les ai mobilisés que dans le cadre d'une relation et d'une action consenties. Le tact tout comme la connivence ne sont pas utilisés pour convaincre la personne ou obtenir son consentement, mais pour créer un lien, pour créer un monde commun. En cela, ils sont les outils par excellence du travail envers autrui.

La ruse, quant à elle, peut permettre de créer l'adhésion, elle peut servir de levier pour obtenir l'adhésion.

En revanche, le tact et la connivence, à l'épreuve de ma pratique, n'ont pas été utilisés pour créer l'adhésion, pour des raisons que je développerai plus tard. Il s'agissait avant tout de proposer une relation intersubjective, accueillant l'autre tel qu'il est, et en s'écartant autant qu'il est possible de le faire du travail sur autrui.

En outre, je souhaite distinguer ces outils – le tact, la connivence ou encore la ruse - des leviers parfois choisis pour faire « bouger » les situations et modifier le comportement ou les attentes de la personne qui bénéficie d'un accompagnement, comme le montre notamment Ann Lovell (1996) qui décrit quatre niveaux de contrainte : « *la contrainte pure* », la « *persuasion* », le « *volontarisme contraint* » et « *l'adhésion utilitaire* ». En effet, mes usages du tact ou de la connivence ont eu pour but non pas d'empêcher ou d'obtenir de la personne un comportement ou une action, mais de créer une rencontre intersubjective.

Outre les outils que j'emprunte aux auteurs cités ici, j'en suggère d'autres, comme notamment l'émotion, qu'il s'agisse de l'affection, de l'inquiétude ou de la préoccupation.

Si Lise Demailly n'hésite pas à parler d'affectivité dans les métiers relationnels (*ibid.*, p. 110), je souhaite aller plus loin et proposer les émotions comme outils de l'intervention. Pour ce faire, commençons par les regarder comme des faits sociaux.

« Les émotions ont été considérées comme non sociologiques, relevant préférentiellement du domaine de la psychologie (affects), de la psychanalyse (pulsions) ou encore de la philosophie et des sciences politiques (passions). » (Jeantet, 2017, p. 85)

Néanmoins, elles peuvent être vues comme des manières de faire, des manières d'agir et de sentir, extérieures à l'individu, c'est-à-dire des faits sociaux. Cela sous-entend alors qu'elles sont pour une part issues de la socialisation des personnes, d'un groupe de personnes. Des émotions sont reliées à des événements – telles que la peine ressentie à la perte d'un proche. Elles sont admises et revêtent des formes d'expression qui diffèrent d'une société à l'autre. Elles ont une dimension sociale, faisant d'elles des pratiques que l'on peut étudier au-delà des caractéristiques individuelles.

En outre, à partir d'analyses sociologiques de la relation de soins notamment, les émotions sont devenues des objets d'étude et, par ailleurs, une composante des études sur le travail et sur les interventions en santé.

Mais si le travail relationnel utilise l'affectivité des intervenants et des personnes accompagnées, il s'agit pour les premiers de proposer des accompagnements à la « bonne distance ». Dans le travail social ou psychologique, cela signifie que l'intervenant doit être en mesure de trouver dans son accompagnement un certain degré de ressenti et une certaine manière de les exprimer.

Quoi qu'il en soit, les émotions ne sont pas absentes et participent de ce travail relationnel.

« Les émotions sont bien évidemment partout dans le champ du travail, et non pas simplement au début ou en fin de course. Elles traversent les situations de travail, l'activité, les relations, le rapport au travail entretenu jour après jour. » (Jeantet, 2017, p. 86)

Partie intégrante d'une certaine sociologie du travail, elles sont également à l'origine d'une sociologie des émotions. Au-delà de ces champs d'applications sociologiques particuliers (travail, santé, émotions), on peut par ailleurs élargir l'étude de l'activité émotionnelle à la sociologie dans son ensemble si l'on reprend à notre compte, comme le propose Aurélie Jeantet,

« l'inclusion des émotions dans la définition des faits sociaux proposée par Émile Durkheim (« des manières d'agir, de penser et de sentir »). » (op. cit., 2017, p. 87)

Sans trancher sur ce point, pour ma part, je regarde les émotions comme une composante du travail relationnel, un travail permettant d'engager dans la relation, un travail exigeant la gestion des émotions, un travail émotionnel (Fernandez, Lézé et Marche, 2008).

Si l'on regarde ce que les émotions, notamment de l'intervenant, engendrent ou ce qu'elles font, notamment dans la relation soignant-soigné au sens large¹⁵³, on remarque que, d'une part, elles engagent les personnes dans la relation et, d'autre part, sont engagées par les personnes dans la relation. En outre, elles demandent une certaine gestion, soit la gestion de ses propres émotions, soit celle de l'usager. C'est précisément les quatre dimensions du travail émotionnel.

Quel que soit le travail accompli – engagement ou gestion –, les émotions produisent, par ailleurs, un effet dans la relation même, effet qui peut être instrumentalisé.

« [...] Elles peuvent entraver l'accompagnement, susciter l'engagement comme le désengagement dans le soutien ou encore soutenir sur la durée l'attention [...]. Les sociologues ont [...] mis en évidence le « travail émotionnel » mis en œuvre pour réguler la relation de soin [...] qu'il concerne la neutralisation des émotions des professionnels eux-mêmes ou le contrôle de celles des patients (Castra et Cresson, 2008). » (Le Bihan-Youinou et Mallon, 2017, p. 126)

Le travail émotionnel est un travail essentiel au cœur même du travail relationnel.

Par ailleurs, pour étudier le travail envers autrui, dans le champ de la santé mentale et du domicile – qui convoque une dimension intime encore plus grande – il paraît important de tenir compte de cette activité émotionnelle, en tant que telle mais également en tant qu'outil du travail de relation dans l'ensemble des registres d'action. En effet, les émotions sont présentes dans bon nombre d'entre eux.

Outre les émotions, l'analyse, l'empathie et les réactions de l'intervenant, le tact et la connivence, il reste un outil utilisé par l'intervenant dans le travail relationnel. Il s'agit du *care* ou le prendre soin que je propose d'opérationnaliser, d'une part, par le souci de l'autre et, d'autre part, par l'aide ou l'accomplissement de tâches matérielles, telles que l'aide au ménage, l'aide au quotidien, l'aide aux soins de soi, etc.

¹⁵³ Le terme de soin en langue française ne permet pas de distinguer le *care* du *cure*. Lorsque j'utilise le terme de soignant-soigné, dans ce travail, je l'entends comme *care-receiver/care-giver*.

Ces différents outils – explicités ici et utilisés dans les accompagnements que je souhaite décrire – prennent place dans des registres d’actions qu’il me reste à présenter ainsi que leurs ordres légitimes qui permettent d’en préciser l’intentionnalité et partant, la justification.

b. Les registres d’action

Afin de décrire le travail de proximité, il me reste encore à présenter les registres d’action à l’intérieur desquels prennent place les outils que je viens de décrire, suivi ensuite de leurs ordres de légitimité. C’est à partir des travaux de Lise Demailly (*ibid.*, p. 115-118) que j’ai déterminé les registres d’action utilisés dans les accompagnements que j’ai réalisés.

Les registres d’action dans le travail relationnel réalisé avec Rose et Myosotis

Les registres d'action	La personne bénéficiaire	La forme de travail envers autrui
Thérapeutique (réparer, rééquilibrer, pour un fonctionnement acceptable)	Une personne en état de défaillance	Transformation
Persuasion (modifier des conduites et représentations, créer des désirs)	Une personne influençable, manipulable, suggestionnable	Transformation
Intervention (influencer, persuader et suppléer)	Une personne à qui l'on veut du bien pour son bien et qui n'est pas en demande	Transformation
Assistancial (aider ou organiser l'aide)	Une personne en besoin qui demande de l'aide	Accompagnement
Accompagnement (fournir une aide physique ou psychologique)	Une personne qui demande de l'aide, sait la formuler	Accompagnement
Educatif / Didactique (socialiser/adapter/insérer ; transmettre des savoirs et savoir-faire)	Une personne capable d'apprendre encore en construction	Hybride
Organisation et management (faire travailler, mise au travail)	Une personne qui a besoin d'une stimulation pour agir mieux, s'organiser, s'impliquer	Hybride

Tableau 5 – les registres d’action en lien avec les registre de soutien¹⁵⁴

¹⁵⁴ Je présente, en annexe 11 (p. 618), onze des douze registres (*ibid.*, p. 115-118) en détaillant pour chacun le sens de l’action et le statut symbolique de la personne concernée par l’accompagnement. Je choisis de ne pas reprendre les tensions qu’a très justement relevées Lise Demailly autour de chaque registre, car je souhaite précisément mettre au jour les différentes facettes et les limites de la professionnalité dans l’accompagnement, telles que je les ai vécues, c’est-à-dire depuis une posture d’intervenant psychosocial – à mi-chemin entre éducatrice, infirmière, etc.

Ces registres d'action me permettent de décrire et d'interpréter les actes et actions que j'ai pu accomplir lors des visites à domicile ou de mes différentes interventions ; ils me permettent également de les lier à l'intention qui guident les actions, c'est-à-dire la justification de celles-ci. Je reprends de manière intégrale les ordres de légitimation que propose Lise Demailly (*ibid.*, p. 121-122) car ils correspondent à ce que j'ai pu découvrir sur le terrain et me permettent de décrire finement mes intentions.

Voici donc les six ordres de légitimité proposés par la sociologue :

-Le régime symbolique traditionnel basé sur « *la réussite de l'action [qui] se joue dans le respect des usages. C'est la communauté de référence qui évalue la réussite* » ;

-Le régime symbolique bureaucratique dans lequel « *la réussite dépend de la légalité, du respect de l'obligation de moyens. C'est l'appareil bureaucratique qui évalue, en fonction du droit* » ;

-Le régime symbolique émotif/expressif où « *l'action réussie est l'adéquation à soi, beauté ou justesse du geste ; l'obtention de la reconnaissance de cette esthétique ou de cette justesse passe par le destinataire de l'action* » ;

-Le régime éthique dans lequel « *l'action réussie se réfère à des valeurs mobilisant le Bien ou le Juste. [...] La reconnaissance de la réussite est [...] l'objet de débats éthiques* » ;

-Le régime néo-bureaucratique dans lequel « *l'efficacité et l'efficacités sont appréciées selon les critères de l'organisation employeuse [...], selon les critères propres posés par ces organisations. Le cadre normatif est l'obligation de résultat* » ;

-Le régime post-bureaucratique où « *la légitimité est le produit de consensus locaux et ad hoc, impliquant de longues négociations multi-niveaux* ».

S'ils sont tout à fait pertinents dans le cadre de ce travail, je constate, néanmoins, qu'ils ne sont jamais purs, c'est-à-dire que je dois me référer à plusieurs ordres de légitimation pour chaque action tant le travail relationnel est chose complexe.

En effet, les actions que j'ai accomplies telles qu'apprendre à Myosotis à manipuler un téléphone portable, n'ont pas qu'une seule finalité ou intention, elles peuvent se justifier de plusieurs manières distinctes. Dans l'exemple donné, il s'agit d'accroître l'autonomie de Myosotis, mais également de le rassurer et de calmer l'angoisse de la solitude, de lui montrer qu'il est tout à fait en mesure d'apprendre, qu'il peut communiquer sans l'aide de quiconque avec ses proches ou avec sa tutrice – divers points pouvant se référer à l'autonomie mais de

manières très différentes -, mais aussi, il faut bien le dire, de me rassurer moi-même et de lui faire part de mes inquiétudes et de mes préoccupations à son endroit et ainsi de lui manifester sa valeur (pour moi).

Pour conclure sur les éléments théoriques, je viens de dessiner le cadre dans lequel j'ai collecté des données de recherche, ainsi que le cadre théorique que je vais utiliser pour décrire et analyser le travail relationnel que j'ai accompli, dans la perspective de comprendre, d'une part, ce qu'engage l'intervenant – si l'on regarde à un niveau microsociologique - et, d'autre part, les différentes facettes de ce travail et les limites de la professionnalité.

Je propose de le faire à partir des accompagnements réalisés entre septembre 2017 et juin 2018, de Rose¹⁵⁵ et de Myosotis¹⁵⁶.

¹⁵⁵ cet accompagnement est relaté en annexe 10, p. 614-617

¹⁵⁶ La situation de Myosotis est présentée p. 157 et en annexe 8, p. 607-608

Chapitre 2 : Le travail relationnel de l'intervenant psychosocial dans les accompagnements à domicile

« Je ne considère pas mon partenaire comme un docteur, une infirmière ou un travailleur social. C'est juste un ami, on est dans le même bateau. La seule différence entre lui et moi, c'est qu'il conduit et moi pas. Il fait certaines choses que je ne fais pas, mais je fais certaines choses qu'il ne fait pas. Nous sommes à armes égales. Il ne me parle pas de haut ou avec condescendance et c'est une bonne chose. Alors que parfois les professionnels de la santé mentale ont tendance à être condescendants... Mais mon partenaire n'est pas comme ça, c'est vraiment bien. »

Larry Davidson, Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia, New York, New York University Press, 2003, p. 171

Les deux situations qui me permettent de décrire le travail relationnel dans toute sa complexité – celle de Rose et celle de Myosotis - sont en bien des façons différentes et les actions que j'y ai accomplies sont parfois très éloignées. Néanmoins, les régimes symboliques dans lesquelles elles ont pris place sont assez semblables et, bien que les objectifs « matériels » aient pu être différents – dans l'une des situations, il s'agissait de pouvoir nettoyer l'appartement quand, dans l'autre, il s'agissait de trouver un appartement -, l'objectif général est sensiblement le même : il s'agit de partir de la demande des personnes et de leur permettre une vie digne à domicile et un certain bien-être en permettant l'organisation d'un étayage de leurs différentes dimensions.

Du fait des troubles des personnes accompagnées, il me semble important de distinguer dans ce travail envers la personne, ce qui relève d'un travail visant une transformation et d'un travail visant un accompagnement.

Si les catégories pour penser les actions telles que « faire pour », « faire avec », « faire faire » ou encore « laisser faire » sont intéressantes, elles expriment moins le travail relationnel que je souhaite mettre au jour. En effet, je souhaite décrire le travail d'une personne pour amener une autre personne par la relation à faire ou à agir (que cet agir soit suppléé ou fait de manière autonome). C'est, finalement, le travail en amont de l'action qu'il s'agit ici de décrire et d'analyser ; le travail qui aboutira alors à « laisser faire » ou « faire faire » ou « faire avec » ou encore « faire à la place ».

Afin de présenter ce travail relationnel, je m'intéresse alors, d'une part, au travail de transformation et, d'autre part, au travail d'accompagnement ; ces deux types de travail relevant de registres d'action différents.

Dans l'un, il s'agit de transformer – même de façon infime –, de faire bouger les manières de faire, d'agir ou de sentir des personnes, dans un contexte particulier. On peut par exemple souhaiter changer, modifier la perception qu'elles ont d'elles-mêmes par un travail relationnel particulier envers elles.

Ainsi, comme les interventions (thérapeutiques, persuasives, etc.) ne sont pas toujours désirées par celles-ci, il est nécessaire – par la persuasion notamment – de les amener à désirer un environnement plus sain, une meilleure santé, etc. Par ailleurs, même si elles formulent des demandes – trouver un hébergement et ne plus subir de violences -, il n'en faut pas moins les amener à accepter le travail que cela va nécessiter. Il s'agit donc d'accomplir un travail relationnel envers les personnes que je qualifie de transformation.

Dans l'autre, il s'agit d'accomplir un travail envers les personnes qui ne les transforme pas mais qui peut les aider à transformer leur environnement. Il s'agit plutôt de les accompagner vers de nouvelles ressources. Le travail envers elles diffère alors du travail de transformation.

Il exige notamment un moindre travail cognitif et émotionnel (même si ces dimensions sont toujours sollicitées), mais plus chronophage. Il s'agit, en effet, d'accompagner, de se joindre à la personne non pas au sens donné par Maela Paul (2007, 2009, 2012) - c'est-à-dire cherchant à amener par la relation la personne accompagnée en position de sujet -, mais au sens propre, c'est-à-dire mener les personnes quelque part, leur servir de guide, se joindre à elle. Il s'agit en effet davantage de proposer « une aide physique ou psychique ».

Le travail relationnel (qu'il vise à accompagner ou à transformer) est primordial depuis le domicile puisqu'il est le préalable du travail que la psychiatrie et d'autres institutions de soins et d'accompagnement pourront réaliser par la suite. Dans les situations que je présente ici, ce travail a été accompli par un membre de l'équipe mobile associative, prestataire de service de plusieurs bailleurs sociaux, mais il peut, dans d'autres situations, être réalisé, outre des membres de dispositifs médico-sociaux, par des membres de dispositifs sociaux ou encore psychiatriques. En effet, tant que l'usage de la contrainte légale que la psychiatrie peut exercer sur les personnes ne se justifie pas, ce travail relationnel doit être accompli pour que les personnes puissent alors accéder aux soins.

Par ailleurs, accéder aux soins n'est pas qu'une présence corporelle dans un centre de soins ou une rencontre physique entre un soignant et une personne en situation de vulnérabilité. Accéder aux soins signifie que la personne y adhère, c'est la condition pour qu'ils aient une certaine efficacité. Mais cette adhésion ne peut se faire seule parfois, il faut un travail préliminaire effectué envers la personne ; un travail relationnel, qui, par ailleurs, n'est jamais acquis et doit se poursuivre tout au long de la relation. Ce préalable au travail psychiatrique, psychologique et même social (comme le montre la situation de Lavande de manière exemplaire, mais également celle de Myosotis), doit être accompli afin de nouer la relation, elle-même préalable aux différentes prises en charge.

Ce travail envers autrui, en outre, ne doit avoir *pour seule finalité* – tous les ordres de légitimité sont subsumés dans cette finalité – l'accueil de la personne telle qu'elle est et l'amélioration de sa situation – du point de vue du *care* et du *cure*. Cette personne est – et doit être – *la seule bénéficiaire* de ce travail. Si cela semble une évidence, le bénéficiaire du travail accompli au sein de l'équipe mobile – et plus particulièrement le travail accompli auprès de Lavande – est un enjeu de négociations entre le bailleur et les intervenants.

Ce travail doit donc avoir comme bénéficiaire, le locataire, et ensuite, de manière collatérale, l'amélioration de sa situation – du point de vue de ses trois dimensions –, ce qui produit des effets sur l'entourage, le voisinage, le bailleur, etc. C'est en ce sens précis qu'il faut comprendre et définir l'intentionnalité des interventions des équipes d'appui pour les bailleurs sociaux. Les avantages que tirent les bailleurs des interventions de l'équipe mobile, par exemple, sont des bénéfices secondaires, eux-mêmes directement liés au mieux-être du locataire qui cause des nuisances.

En effet, créer une telle relation avec une personne, travailler envers la personne ne peut avoir une autre finalité car le contraire revient à duper la personne et à la manipuler. Ethiquement, cette position n'est pas tenable.

Si certains bailleurs sociaux ont pu exprimer régulièrement leur mécontentement à l'endroit de l'équipe mobile associative, notamment parce qu'ils avaient le sentiment qu'« elle était du côté du locataire », c'est précisément parce que, du fait même de la nature du travail qui est demandé aux intervenants à domicile, il ne peut en être autrement d'un point de vue éthique et humain.

Cela étant précisé, je vous propose une présentation de ce travail relationnel à partir des registres d'action qui permettent de le comprendre en partant, dans un premier temps, du travail *de transformation* et, dans un deuxième temps, du travail *d'accompagnement*.

Ce découpage est utile à la description que je souhaite donner de ces types de travail. Néanmoins, ils ne s'opposent ni ne s'alternent nécessairement. Par ailleurs, chaque registre peut contenir une part de travail *de transformation* et une part de travail *d'accompagnement*. Mais, ils sont chacun une caractéristique saillante d'un travail en particulier, le sens également donné par l'intervenant qui l'accomplit.

En outre, si les deux types de travail peuvent être synchrones, tout comme les ordres de légitimité, les outils utilisés pour l'un peuvent être également utilisés pour l'autre. Ils diffèrent en termes d'intention mais également dans les effets qu'ils génèrent mais se nourrissent l'un l'autre.

Avant de présenter ces deux types de travail réalisé auprès de Myosotis et de Rose – qui s'inscrivent dans des registres d'action que je vais développer -, je dois préciser également que je ne mobilise qu'une grande part des registres d'action élaborés par Lise Demailly (2008). Cette dernière d'ailleurs précise lors de leur présentation qu'ils sont parfois en tension avec d'autres (*ibid.*, p.115). Pour ma part, plutôt que tension, je dirai que ces registres ne sont pas purs dans la pratique. Par ailleurs, leurs assemblages mettent au jour les frontières poreuses entre les différentes professions notamment et la particularité du travail de proximité et ses exigences.

Aussi, comme le montre les descriptions qui suivent, chaque registre que je développe – le registre d'action thérapeutique, d'intervention et assistantiel – comporte en soi, subsume d'autres registres d'action. Ainsi dans le registre thérapeutique, certaines actions relèvent d'un registre d'action du management au service du travail thérapeutique à mener. Dans le registre d'intervention, on peut voir des actions inscrites dans les registres de persuasion, d'accompagnement ou encore éducatif ou didactique. Dans le registre assistantiel, les actions menées s'inscrivent également dans d'autres registres tels que le registre d'accompagnement, le registre thérapeutique ou encore le registre d'organisation, tous au service du travail assistantiel. C'est pourquoi je choisis ici de ne décrire que trois interventions et le registre d'action principal qu'elles nécessitent. Dans un premier temps donc, je décrirai dans le travail relationnel, une intervention auprès de Myosotis exigeant un travail thérapeutique, c'est-à-dire un travail de transformation. Dans un deuxième temps, je décrirai une intervention auprès de Rose nécessitant cette fois un registre d'action d'intervention (lui même pouvant être qualifié de travail de transformation). Puis dans un troisième temps, dans le cadre du travail d'accompagnement, je décrirai des actions menées auprès de Myosotis, relevant d'un registre d'action assistantiel.

I. Le travail envers autrui visant la transformation des interactants

Comme je l'explique ci-dessus, dans le travail relationnel, il s'agit pour certains registres d'action de travailler envers les personnes dans le but de les « transformer », de les « réparer », de « modifier » leurs représentations, leurs inquiétudes, leurs comportements, leurs manières de faire, d'agir et de sentir – comme peut le faire la socialisation par exemple.

Ce travail envers les personnes peut être un préalable à l'action – obtenir l'adhésion de la personne, l'alliance thérapeutique – ou une action à part entière. Par ailleurs, un travail d'accompagnement peut être une manière d'accomplir un travail de transformation, non pas comme préalable mais alors comme outil.

En outre, s'il intervient dès la première rencontre – du fait même qu'il faut nouer la relation qui n'est pas toujours à la demande de la personne –, ce travail de transformation n'est pas réservé au seul démarrage de la relation. Il intervient tout au long de celle-ci, à différents moments. Il peut également s'articuler ou à l'inverse se retrouver en tension avec un autre type de travail.

Pour démarrer la description du travail de relation, je choisis de présenter en premier lieu les registres d'action thérapeutique et d'intervention, des registres inscrits dans un travail de transformation.

1. Le travail thérapeutique : la commune humanité

Comme nous l'avons vu précédemment, le registre du travail thérapeutique permet de réparer, de rééquilibrer, ou dit autrement, « *de favoriser le retour à un état de fonctionnement somatique ou psychique acceptable* » d'une personne « *en état de défaillance* » (Demailly, 2008, p. 115). De ce point de vue, que ce soit pour Rose ou Myosotis, ce registre d'action a été mobilisé dans mes interventions.

Dans le cadre des accompagnements par l'équipe mobile associative de locataires présentant des troubles psychiques, le registre thérapeutique est manié car le paradigme même de l'équipe mobile est de proposer une amélioration de la situation complexe des locataires par une intervention bienveillante auprès d'autrui et visant à « réparer » partiellement des blessures qui induisent des comportements problématiques. C'est, en effet, poser l'idée princeps que les troubles du voisinage sont le fait des troubles psychiques de la personne.

De ce fait, une thérapeutique, en atténuant la souffrance et partant, les troubles psychiques, peut atténuer les troubles du voisinage. Ce registre d'action est emblématique du paradigme de l'équipe mobile associative et des politiques de gestion des locataires à l'œuvre chez les bailleurs faisant appel à ces équipes d'appui.

Pour présenter le travail thérapeutique, je propose de décrire succinctement comment il a été mis en œuvre dans l'accompagnement de Rose, puis de manière beaucoup plus détaillée, dans l'accompagnement de Myosotis. Je fais ce choix car le travail thérapeutique avec Myosotis permet à lui seul de comprendre la dimension thérapeutique du travail relationnel, les outils utilisés, comme les émotions, et les ordres de légitimité de ces différentes actions menées.

Les deux personnes, dont j'analyse ici l'accompagnement, Myosotis et Rose, chacune à leur manière, sont des personnes vulnérables – du fait de processus sociaux, de leurs conditions d'existence – qui ont à différents moments de leur vie présenté le besoin de l'intervention d'autrui, afin de leur venir en aide, de soutenir leur existence – dans leur logement, mais également psychologiquement et socialement. Seules, sans l'intervention d'autrui, il leur était en effet impossible de retrouver « un fonctionnement somatique ou psychique acceptable » – pour reprendre les mots de Lise Demailly – mais également des supports sociaux permettant ces fonctionnements.

Ce registre thérapeutique ne s'est pas déployé de la même manière avec les deux personnes que j'ai accompagnées, bien que les mêmes outils aient pu être utilisés. Il s'agissait, pour l'une, de réparer l'estime de soi autour de son appartenance à la commune humanité, remise en doute par le regard d'autrui et les interactions quotidiennes qui la renvoient à une forme de « monstruosité », et pour l'autre, de réparer l'estime de soi également, mais autour de la confiance en soi, de la revalorisation de son être, de son droit à l'autonomie et de la réappropriation de son propre corps, toutes les quatre remises en doute notamment par les violences intrafamiliales subies quotidiennement.

Pour parfaire la description et l'analyse du travail thérapeutique au cœur des interventions qui vont suivre, il est important de noter l'une des principales caractéristiques d'accompagnement qui les différencie : la demande d'aide formulée directement par l'une et la non-demande de l'autre. En effet, la question du consentement, si elle doit être en permanence réactualisée, se pose de manière très différente dans ces deux accompagnements. Rose sollicite l'intervention de l'équipe mobile alors que Myosotis y est soumis.

Pour rappel, Rose est la fille d'un locataire, Lotus, que l'équipe mobile accompagne. Elles vivent toutes les deux – c'est Lotus qui est titulaire du bail de l'appartement – mais Rose subit des violences importantes. Outre les coups dont elle est victime, elle ne peut recevoir les soins dont elle a besoin quotidiennement, ce qui, en soi, représente également une violence.

Le travail thérapeutique avec Rose ne repose pas sur son appartenance à la commune humanité, même s'il touche là encore l'estime de soi.

Après des années de violence subie, elle est à la fois fragilisée physiquement, mais également psychologiquement et socialement. En effet, à 40 ans, elle vit toujours chez et avec son parent, et conçoit avec effroi une vie autonome. Toutefois, elle en fait elle-même la demande, ou du moins, me met face à un impératif : « *je n'y retournerai pas !* ».

Au fil de l'accompagnement, je comprends que l'estime d'elle-même est très fragilisée. Elle ne prend pas pleinement conscience des violences qu'elle a subies ni des contraintes qui la privaient de soins pendant plusieurs années, c'est-à-dire qu'elle n'a pas conscience que ces comportements à son encontre sont inacceptables. Le moment de la préparation du dépôt de plainte auprès des forces de l'ordre est un moment emblématique de cette sous-estime d'elle-même. Elle trouve à légitimer les actes de son parent par sa propre conduite.

Le travail thérapeutique mené avec elle a été de longue haleine et ne peut se suffire d'une seule intervention. Durant nos diverses rencontres, il m'a fallu déployer différents outils afin d'infléchir sa représentation d'elle-même, pour lui donner de la valeur, donner de la valeur à sa vie, à son existence. Je ne sais d'ailleurs pas aujourd'hui si ce travail de transformation (de l'estime de soi) a fonctionné, et, s'il a fonctionné, ce qu'il en reste aujourd'hui. Outre les outils utilisés, je me suis appuyée sur elle, sur ce qui l'anime. En effet, bien qu'elle ait passé des années à « s'éteindre » en restant dans le noir, en buvant à outrance, en subissant plusieurs accidents vasculaires cérébraux – ce qui l'a grandement diminuée – elle connaît également des périodes de « fugue » où elle s'anime. C'est en partant de cette « lumière » en elle, en la renforçant, qu'il a alors été possible de travailler à améliorer sa propre estime, sa propre valeur. Pour ce faire, j'ai utilisé donc différents outils tels que l'empathie, le tact, l'écoute, l'acuité perceptive et les émotions, mais également la connivence et la connivence par dérivation.

Alors qu'elle est logée à l'hôtel depuis plusieurs semaines, Rose ressent des signes de fatigue important et des douleurs inquiétantes. Le médecin, souhaitant mettre de côté tout risque d'accidents vasculaires cérébraux, parvient alors à la faire hospitaliser dans un service de médecine générale.

Je lui rends régulièrement visite, communique avec sa mandataire judiciaire, mais également avec l'assistante sociale de l'hôpital et l'interne qui la suit. Nous souhaitons trouver une solution d'hébergement lorsque son état de santé sera stabilisé et qu'elle pourra quitter le service.

Lors des visites, l'état de santé de Rose s'améliore mais également son élocution et son moral. Elle me fait des confidences sur son enfance, sur sa vie, mais aussi sur ses peurs et sa vie sentimentale. Elle me parle de son compagnon.

Si l'hospitalisation lui permet de se reposer et est l'occasion de solidifier notre relation, elle met également en évidence son dénuement. Elle n'a pas assez de sous-vêtements et de vêtements. Elle me demande si je peux lui en rapporter.

Nous rions ensemble le jour où elle me montre ceux que Mimosa lui a achetés ; il a en effet choisi le modèle de sous-vêtements utilisé par sa mère. C'est un véritable fou-rire que nous partageons alors.

Lors de la visite suivante, je lui rapporte des sous-vêtements et des vêtements que j'ai pu acheter après accord de sa tutrice. Ils sont cette fois à sa taille et à son goût.

Encadré 6. Quelques éléments de vie de Rose, locataire non titulaire en titre du bail – Observations réalisées entre décembre 2017 et janvier 2018

L'empathie et mes réactions aux sentiments que Rose m'adresse se sont mis en place dès notre rencontre, comme je vais le montrer en décrivant le travail d'intervention. Lors des visites que je lui rends à l'hôpital, j'utilise la connivence – partage d'un « monde commun » notamment par l'action même de lui rendre visite à l'hôpital – et la connivence par dérivation. Même si elle n'est pas utilisée en vue de faire passer un message par l'humour, c'est un moment de partage par l'humour dont fait preuve Rose qui nous rapproche et renforce le lien qui nous unit. Elle est un outil précieux du travail relationnel que nous accomplissons ici et permet de réaliser un travail thérapeutique visant à améliorer l'estime que Rose a d'elle-même.

Outre ces différents outils utilisés, les ordres de légitimation sont semblables à ceux auxquels se réfèrent l'équipe mobile et moi-même dans l'accompagnement de Myosotis, c'est-à-dire l'ordre éthique, l'ordre émotif et l'ordre néo-bureaucratique.

Après avoir grossièrement décrit ce travail thérapeutique à partir de l'accompagnement de Rose, voici à présent une description détaillée de celui que j'ai accompli avec Myosotis. Je présenterai alors les outils qui ont été nécessaires à ce travail puis les ordres de légitimation. Mais pour l'heure, je souhaite présenter ce sur quoi repose ce travail thérapeutique.

a. L'exclusion et l'auto-exclusion

Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères et vivant à domicile connaissent souvent un grand isolement et ont des relations sociales qui peuvent être très restreintes ou même se limiter à leurs pairs ou aux équipes soignantes – comme on a pu le montrer plus tôt. Leurs interactions avec autrui ne leur renvoient pas nécessairement une image d'elles-mêmes positive ; elles peuvent également se sentir exclues, voire s'exclure elles-mêmes, de l'appartenance à l'humanité.

La stigmatisation de la santé mentale et des personnes vivant avec des troubles psychiques, du fait même des représentations sociales partagées sur la santé mentale et les personnes qui ont des troubles psychiques, en est l'une des raisons. En effet, les représentations sociales sont agissantes parce qu'elles sont communes aux groupes qui les emploient.

Or, les personnes souffrant de troubles psychiques sont l'objet de représentations sociales : elles sont vues comme des personnes dangereuses dont on se tient à l'écart, des personnes instables, dont il faut se méfier. Ces représentations agissent dans le sens où elles participent largement à leur exclusion.

Outre l'exclusion de la vie sociale, les représentations sociales dont sont l'objet les « fous » les excluent également de la commune humanité, une exclusion - voire une auto-exclusion – qui s'inscrit dans l'histoire même de la folie (et de sa prise en charge), celle-ci étant tantôt incluse dans la commune humanité, tantôt exclue.

Pour autant, les représentations sociales des troubles psychiques et des personnes qui en souffrent, restent empruntées de la vision longtemps soutenue d'un être non-humain, amoral, voire dangereux (Castillo, Januel, Petitjean et Sez nec, 2208 ; Caria, Daumerie, Defromont, Roelandt et Vandeborre, 2010 ; Giordana, 2019).

« De façon schématique on peut considérer qu'il existe trois types de représentations :

– la très large majorité des enquêtes menées en population générale révèle des opinions concernant prioritairement les notions de violence et de dangerosité ;

– les autres stéréotypes fréquemment rapportés par le grand public au sujet de personnes ayant une schizophrénie sont : l'imprévisibilité, le caractère « hors norme », hors des conventions, des règles et des lois et, par conséquent, l'irresponsabilité ;

– enfin, on retrouve quelquefois l'idée de personnes ayant une perception infantile du monde. C'est le stéréotype de benêt, du bêta, de l'idiot.

Et ces représentations sociales sont de nature à générer dans la population générale trois types d'attitudes :

– en réponse à la violence et à la dangerosité se développent la crainte, la peur ainsi que des comportements de ségrégation et d'exclusion ;

– face à l'imprévisibilité et à l'irresponsabilité se manifestent l'autoritarisme et les attitudes dirigistes ;

– enfin, l'absence d'autonomie et le caractère régressif de certains malades appellent à la bienveillance et aux conduites de protection. » (Giordana, 2019, p. 35)

Les personnes souffrant de troubles psychiques connaissent une réelle ségrégation, une mise à l'écart physique, mais également une exclusion du groupe social, de la société, voire de l'humanité, se retrouvant catégorisées par une altérité quasi irréconciliable avec Autrui. Par l'intériorisation des « *opinions négatives* » (*op. cit.*, 2019, p. 37), les personnes s'auto-stigmatisent et s'excluent elles-mêmes.

Lors de ma rencontre avec Myosotis, ce double mécanisme (d'exclusion et d'auto-exclusion) est à l'œuvre.

La première fois que je rencontre Myosotis, dont la posture et l'allure, ont quelque chose d'archaïque, son élocution est singulière – il n'ouvre jamais la bouche et n'articule pas - une impression d'étrangeté me saisit. Toutefois, son regard est très persistant, présent et expressif, et je m'accroche à lui.

Il m'explique que le voisinage lui crache dessus ou sur sa porte d'entrée, qui, en effet, est maculée de tâches d'origine indéfinissable. Il m'émeut dans sa fragilité crue, sa profonde vulnérabilité. Et en retour, je perçois son émotion également. (Visite à domicile de Myosotis réalisée en septembre 2017)

La mise à l'écart de Myosotis s'opérationnalise par l'injure et l'attribut de « monstre » dont le voisinage l'affuble mais également par l'absence d'interactions autres que celles dont nous avons été témoin (une altercation avec le voisinage). Il est par ailleurs victime d'une pétition signée par l'ensemble de ses voisins qui réclame son expulsion.

En allant à sa rencontre, il s'agit de nouer une relation qui permette dans un premier temps de lui signifier son appartenance à l'humanité. C'est l'un des objectifs de cette relation, une relation entre deux sujets, deux personnes, et du fait même de l'exclusion qu'il connaît, cet objectif est une réparation qui s'inscrit dans un registre d'action thérapeutique.

En effet, par les interactions qu'il connaît et dans lesquels il s'engage, Myosotis a intériorisé une image de de lui-même dévalorisée et dévalorisante. Dès notre premier échange, il me parle de ce que lui font ressentir ces injures et les crachats sur sa porte ou sur lui, le fait que les poubelles – dans la cour de l'immeuble – aient été placées sous sa fenêtre. Il en est très peiné, très affecté, mais aussi très en colère. Pour autant, il ne réagit pas à ces attaques, ne déplace pas les poubelles, ne nettoie pas les crachats. Lorsque les voisins l'invectivent, il se cache chez lui rapidement. Depuis plusieurs années d'ailleurs, il ne sort plus. Lorsque je le rencontre, il vit avec sa fille, âgée de quarante ans, qui quitte le foyer en novembre 2017. C'est elle qui se charge des courses et des démarches nécessitant de se déplacer. Lors de la visite, elle est présente d'ailleurs, mais reste effacée derrière lui qui prend toute la place.

Afin de réparer l'estime de soi, de ramener la personne vers la communauté humaine, il s'agit bien de travailler à la faire changer de point de vue, de regard sur elle-même. Ce travail se fait bien sûr avec la personne car il nécessite une réelle adhésion. En effet, pour permettre à une personne d'accéder à une image d'elle-même nouvelle, à partir de notre propre regard et partant de l'image que nous lui renvoyons d'elle-même, il est évident que la personne doit accepter ce travail et l'interaction qu'il occasionne.

Le mécanisme est en effet celui-ci : la personne doit pouvoir acquérir une nouvelle image d'elle-même à partir du regard d'autrui. Le regarder « comme un humain », le regarder comme un sujet permet à la personne d'acquérir l'identité de sujet, de devenir un sujet.

Ce travail thérapeutique ne peut être accompli par le seul intervenant, il demande un travail également de la personne qui doit en accueillir une part et accepter ce qu'il lui fait tout en y réagissant. Dans le cas de Myosotis, il doit dans un premier temps accepter la relation, puis le regard qui est porté sur lui. Par la suite, pour que ce regard devienne signifiant et puisse transformer l'image qu'il a de lui et que lui renvoie d'ailleurs son entourage, il faut qu'il accepte que l'intervenant soit un autrui significatif (Berger et Luckmann, 2012), puis qu'il intériorise alors ce nouveau regard et estompe ou fasse bouger l'image de lui-même. Ce travail nécessite des outils que je vais détailler à présent.

b. Les outils du travail thérapeutique avec Myosotis

Le travail thérapeutique mis en œuvre avec Myosotis nécessite l'utilisation de plusieurs outils, tels que l'empathie, le tact, les émotions mais également la connivence. Je propose à présent de les détailler.

L'empathie / Réaction

Afin d'accomplir ce travail thérapeutique avec Myosotis, ce travail de transformation permettant de réparer l'estime de soi, j'ai utilisé plusieurs outils.

Les premiers outils utilisés avec Myosotis sont l'écoute et une acuité perceptive intense qui me permettent de suggérer un transfert, ou du moins de l'empathie, mais également de montrer tout l'intérêt que je lui porte, et partant, un nouveau regard porté sur lui - puisque, à mes yeux, il est digne d'intérêt.

Je reste alerte – c'est-à-dire à la fois attentive et en quête de significations - à l'accueil que me réserve la personne, afin d'accueillir à mon tour ce qu'elle me renvoie et de réagir de manière à créer un lien de confiance. C'est un accueil inconditionnel que je tente de mettre en œuvre en laissant la place aux éventuelles attaques de la relation par Myosotis.

Je ne développe pas davantage le travail d'écoute et d'acuité perceptive qui est indispensable à tout travail relationnel et qui consiste à adopter une posture attentive, ouverte et réflexive. Il s'agit en effet de se dégager de ses prénotions et d'être attentif à l'autre, à ses réactions, à ses attitudes et à ce que l'on voit, à ce que l'on ressent. C'est un travail subsumé dans le travail d'empathie/réaction. Si l'empathie/réaction sont des outils du travail thérapeutique, l'écoute et l'acuité perceptive sont des outils de l'empathie/réaction.

Je souhaite m'attarder plus longuement sur l'empathie en présentant notamment ma première rencontre avec Myosotis.

Les premières minutes de notre rencontre sont tendues, il est en colère – contre les voisins, contre le bailleur, contre moi. Il a été prévenu de notre venue – je suis accompagnée par un psychologue de l'équipe mobile - par le bailleur et manifeste tout son mécontentement.

On le traite mal, on ne nettoie pas son appartement, on le laisse au milieu de parasites sans se soucier des piqûres que cela occasionne. J'accueille donc sa colère, je représente à la fois un peu les voisins et le bailleur, étant envoyée par ce dernier après les plaintes des premiers.

Ses paroles énoncées et ma réaction ont pour effet, après quelques minutes, d'apaiser cette colère exprimée et entendue.

C'est ensuite une longue plainte qui prend la place de la colère. Il me donne à voir sa tristesse et son désarroi face aux réactions de ses voisins et la procédure d'expulsion déclenchée par le bailleur, alors même qu'il s'acquitte depuis près de trente ans de son loyer. Il me donne à voir également son inquiétude et son mal-être : il est angoissé, il a des vertiges et sa peau, parsemée, en effet, de piqûres, le démange. Il s'inquiète pour sa santé.

De mon côté, j'accueille cette parole et y porte de l'intérêt. Je le regarde dans les yeux et ne m'éloigne pas, malgré la sensation qu'il me fait éprouver.

Mon co-intervenant, un psychologue de l'équipe mobile, se positionne à côté de moi, de manière à s'éloigner de l'embrasement de la porte, il recule petit à petit. J'y suis attentive et tente de ne pas le suivre mais bien plutôt de prendre place en face de Myosotis et d'accepter qu'il choisisse la distance entre lui et moi.

Pour autant, je ressens également cette monstruosité que le locataire dégage et a sans doute intériorisée. Comme je le disais, il est hirsute, à peine couvert de haillons, des nuées de moucherons tournoient autour de lui et l'odeur qui se dégage de l'appartement est à peine tenable.

Je m'accroche au regard – persistant et perçant - de Myosotis pour faire abstraction de ce que je commence à entrevoir de l'appartement (et ce que cela m'évoque en termes d'imaginaire), de l'odeur et de l'apparence du locataire. Je me concentre sur ses mots, sur sa colère puis sa plainte pour éloigner de moi cette vision de monstre et voir, derrière cette apparence archaïque, l'homme et ses sentiments.

Je suis assez étonnée à un moment d'y parvenir, mon dégoût cède la place à l'empathie et je fais en sorte de lui renvoyer tout l'intérêt que je lui porte.

Encadré 7. Quelques éléments de vie de Myosotis, locataire d'un logement autonome – Observations réalisées en septembre 2017

Si ce travail thérapeutique par l'outil de l'empathie est un travail de transformation, c'est-à-dire qu'il s'agit d'amorcer une modification même de la personne chez qui l'on intervient, il est également un travail sur soi car il s'agit de réfléchir à ce que provoque en nous la rencontre, à nos propres réactions, émotions, et les réajuster, voire à les transformer.

Cette empathie est ressentie par la personne, elle produit un effet. Elle est un acte thérapeutique qui permet de transformer – l'intensité de la transformation est souvent minime et non nécessairement pérenne – une part de la personne. Elle permet également une accroche affective, parfois une confiance réciproque, et partant la naissance d'un lien particulier entre l'intervenant et la personne. Elle met en jeu l'affectivité des deux personnes, qui s'engagent dans la relation, et leurs émotions.

Outre cet accueil inconditionnel de l'autre tel qu'il est, l'empathie permet à la personne de croire qu'une aide peut lui être apportée.

Lise Demailly préfère le terme de « *transfert de la vie (par opposition aux transferts spécifiques de la cure psychanalytique)* » (*ibid.*, p. 135). Elle précise que ce transfert (de la personne vers l'intervenant) introduit la notion de « sujet supposé savoir » qu'elle emprunte à Lacan.

« En première approximation, le mécanisme (la fonction) du sujet supposé savoir est le fait que le destinataire suppose un savoir professionnel et notamment un savoir sur lui-même, que lui-même ignore. » (ibid., p. 135)

Dans la relation qui se noue entre Myosotis et moi, je ne saurais dire s'il me voit comme un « sujet supposé savoir » des choses sur lui que lui-même ignore. En revanche, il semble supposer que je suis à même de régler la situation, à la fois avec les voisins et avec le bailleur. Il suppose également que je suis tout à fait en mesure de lui venir en aide – aussi bien au niveau de sa santé que de son appartement. Par cette supposition, Myosotis s'accroche à la relation que je lui propose. Si je ne lève pas cette supposition, je ne m'y attarde pas et ne la renforce pas non plus. J'écoute, j'accueille et commence à me sentir concernée, à m'inquiéter.

Cette empathie naissante, c'est-à-dire la capacité à identifier les sentiments qui animent le locataire et à les accueillir, m'amène à être attentive à mes propres réactions.

Ici, comme je le raconte, mes premières réactions sont violentes. Je ressens un profond écœurement – l'odeur et la vision chaotique et insalubre qu'offre l'appartement – et une sorte de peur, d'effroi. L'étrangeté de Myosotis me renvoie une peur profonde envers lui et ce que je suppose qu'il peut faire. En voyant mon co-équipier reculer petit à petit, j'en prends conscience et choisis de lutter contre. Je fais un exercice mental consistant à fixer mon regard dans son regard, à le regarder. Je bride par ailleurs mon imaginaire et regarde la personne que j'ai en face de moi et qui me raconte ce qu'elle vit.

C'est en premier lieu un travail sur moi-même, je suis l'outil qui va permettre de faire un travail sur Myosotis.

Comme je l'expliquais, ce travail sur moi-même porte ses fruits, je parviens à voir autre chose que le danger d'une rencontre étrange, l'écœurement face au manque d'hygiène. Je vois la personne derrière le monstre. Mon regard – ma réaction à la personne – vient bouger quelque chose chez l'autre qui se voit renvoyer une autre image. Ce travail sur Myosotis est possible pour deux raisons. La première est qu'il accepte dès le départ de me voir comme quelqu'un qui peut lui venir en aide, quelqu'un à qui il peut parler de lui et de ses sentiments, quelqu'un qui l'écoute. La seconde tient au fait que je parviens à regarder au-delà de sa monstruosité, au-delà

de son étrangeté. Ces deux mouvements permettent alors de transformer l'autre, c'est-à-dire d'amener l'autre à se percevoir comme un humain et non plus comme un monstre. L'empathie et la réaction permettent de ramener Myosotis dans la commune humanité.

Le tact

Outre l'empathie, il me faut également user de tact.

« Habituellement, la référence aux normes sociales est une sorte de guide qui permet d'éviter les impairs. Mais le chez soi est justement l'espace où il est possible de s'écarter de ces normes sans troubler l'ordre des convenances, en sorte que le guide est seulement indicatif et ne garantit aucunement contre la maladresse. Dans ces conditions, le tact, c'est-à-dire « l'aptitude à ne pas mettre soi-même ou les autres dans l'embarras » (Goffman, 1993), est en général mobilisé pour maintenir ou sauver la situation. Le tact consiste communément à ne pas s'étonner des éventuels écarts à la norme, à faire preuve de discrétion et, le cas échéant, à faire semblant de ne pas voir ce que l'on a vu. » (op. cit., 2012, p. 293)

Lors de ma rencontre avec Myosotis, je fais preuve de tact, c'est-à-dire que je ne relève pas les incohérences que je perçois entre sa plainte quant à l'état de son appartement et ses propres manières d'habiter, je ne mentionne pas non plus le lien entre la colère des voisins et ses propres comportements. Il s'agit là vraiment d'écouter attentivement le locataire et d'éviter de le mettre dans l'embarras.

Comme le précisent les auteurs de l'ethnographie de l'aide à domicile, la demande d'aide peut ne pas être explicite. Dans le cas de Myosotis, il n'y a pas eu du tout de demande de sa part. Le bailleur a sollicité la venue d'une équipe d'appui, au départ, pour résoudre les troubles de voisinage.

« La sollicitation d'aide à domicile, faute d'être claire, est le plus souvent présumée. [...] l'adhésion du bénéficiaire (et de ses proches parfois) est rarement garantie. La nature de la relation qui se noue entre les interactants est relativement indéterminée ; elle varie entre la relation de contrainte et la relation consentie. » (ibid., p. 294)

Le tact, ici, est donc une manière, si ce n'est d'obtenir l'adhésion de la personne à la relation d'aide, au moins de faire émerger une demande. Au-delà même de l'embarras qu'il s'agit d'éviter, le tact est un outil non feint, c'est-à-dire que c'est une posture psychologique de l'intervenant se décalant du problème tel qu'il a été posé par d'autres afin de l'entendre cette fois du point de vue de la personne désignée. Le tact est une attitude intérieure, un travail sur soi, permettant l'empathie, une attitude compréhensive, détachée – autant que possible – des prénotions et du regard porté par les autres.

C'est par une telle posture que je m'extirpe du contexte – l'appartement sombre et inquiétant, l'étrangeté du locataire, l'odeur nauséabonde, et partant, de ma propre inquiétude face à cette rencontre, de mon écœurement. Je laisse la place par le tact au récit de la personne et à ses propres impressions et émotions qui ne manquent pas d'arriver durant le colloque.

Par ailleurs, ce tact me permet rapidement de percevoir la honte ressentie par le locataire quant à ses conditions de vie, à l'état de son appartement, à son apparence. En effet, le fait de ne pas semer d'embarras en décrivant la situation matérielle telle que je la perçois au départ, laisse la place à Myosotis de transformer sa colère initiale en plainte – qui nécessite une écoute d'autrui –, mais également d'exprimer cette honte, d'exprimer la conscience qu'il a – en dépit des apparences – des événements et de la situation.

C'est précisément ce tact en tant qu'attitude et posture – et non pas en tant que « faire semblant », en tant que jeu – qui poussent certains bailleurs sociaux à reprocher aux équipes d'appui de se situer « du côté » du locataire et non du leur, remarque régulièrement formulée à l'endroit de l'équipe mobile. En effet, le travail de transformation que nécessitent la réparation et partant le travail thérapeutique – qui même permettra de résoudre une part des problématiques de la personne et par conséquent une part des troubles qu'elle occasionne – demande ce niveau d'engagement auprès des personnes pour leur permettre de nouer une relation.

Avec Myosotis, des tentatives antérieures de tissage de liens ont été faites mais aucune n'a réellement fonctionné. La défiance vis-à-vis d'autrui chez lui est extrêmement forte et par ailleurs explicable par une vie entière de ségrégation. Pour parvenir à nouer un lien avec lui, un lien qui ne soit pas feint, un lien qui lui permette de se saisir d'une aide pour aller mieux, pour être moins seul, pour se maintenir dans son logement et y mener une vie digne, il faut en passer par le tact – comme posture – afin d'arriver avec l'empathie et l'écoute attentive à un travail thérapeutique.

Au moment de la rencontre, sans que cette posture soit préméditée ou réfléchi en amont, c'est la posture que j'adopte car la défiance de Myosotis que je perçois rapidement m'y conduit. Il me semble que la meilleure réponse à la défiance du locataire est la clarté et l'authenticité, car, s'il me faut rester alerte et mobiliser une certaine acuité perceptive, Myosotis est lui-même dans cette posture, en mesure de voir le moindre jeu, la moindre inauthenticité. Le tact ne peut donc pas être une ruse, mais un prolongement de l'accueil inconditionnel dont je parlais plus avant. J'accueille Myosotis comme il est et le regarde comme une personne vulnérable.

Ces mécanismes à l'œuvre lors de la rencontre sont traversés et même animés par plusieurs émotions qui sont, elles-aussi, des outils du travail thérapeutique. Je propose à présent de les présenter.

Les émotions

Ces émotions sont des outils concomitants aux deux autres, l'empathie et le tact. Ils s'articulent les uns aux autres, se nourrissent.

Par ailleurs, tout comme l'empathie, elles concernent autant Myosotis que moi-même, c'est-à-dire qu'il s'agit autant des émotions de Myosotis que des miennes et de la manière dont elles se répondent.

Ces émotions sont diverses, mais je restreins leur étude à trois d'entre elles : l'affection, l'inquiétude et la préoccupation.

Comme je l'indiquais plus tôt, l'émotion peut être un objet pour la sociologie si on la considère à la fois comme un fait social et comme un travail permettant de participer au social. Dans le cadre du travail relationnel, l'émotion – qui peut être regardé du point de vue psychologique – participe de ce travail. En effet, les professionnels accomplissent un travail émotionnel qui mérite d'être étudié et qui par ailleurs participe et transforme l'interaction. Je postule en effet dans ce travail que l'émotion participe à l'interaction sociale entre l'intervenant et la personne qu'il accompagne et, en outre, permet la transformation des interactants.

Ces émotions ont plusieurs facettes. Il y a d'une part l'affection, qui dans un cadre professionnel peut prendre la forme d'agapè, l'inquiétude ou la préoccupation, et, d'autre part, la colère, le dégoût ou d'autres émotions à tonalité négative.

La première émotion sur laquelle je souhaite m'arrêter est l'affection pour la personne que l'on accompagne. Celle que j'ai ressentie pour Myosotis est proche de l'agapè, c'est-à-dire une

affection qui n'attend pas d'équivalence, comme le précise Luc Boltanski (2011). « *C'est une forme d'amour qui amène l'intervenant à donner sans attendre de réciprocité. Toutefois, elle s'écarte de l'idée de ne pas modeler sa conduite sur la représentation que [l'acteur en état d'agapè] se fait de la réponse que l'autre donnera à l'acte* » (Luc Boltanski, 1990, p204-205). L'intervenant en état d'agapè que je veux décrire ici est attentif aux réponses de la personne qu'il accompagne non pas pour y répondre terme à terme mais dans l'optique d'aider l'autre. L'état d'agapè de l'intervenant suppose donc bien ici un « schème interactionniste » dans le sens où c'est par la relation et l'interaction que l'intervenant veut pouvoir accomplir un travail de transformation, mais il est un acteur qui doit pouvoir se mettre de côté pour agir dans l'intérêt de l'autre. En effet, l'interaction a pour condition, au moins pour l'intervenant, de ne pas faire perdre la face à la personne qu'il rencontre (Goffman, 1998), c'est-à-dire de « *parer aux incidents [...] aux évènements dont les implications symboliques sont effectivement un danger pour la face* » (op. cit., p. 15). L'état d'agapè de l'intervenant le place alors en position de donataire qui n'attend pas un retour pour lui-même. En retour, il verra la personne transformée à la marge, par exemple son estime d'elle-même.

Dans la relation avec Myosotis, cette agapè se manifeste notamment par ma tentative de ne pas réagir à ce que je ressens directement – peur, dégoût, envie de fuite. Consciente de ces émotions négatives¹⁵⁷, je cherche à accueillir le locataire autrement, à transformer ce ressenti. Je cherche à lui donner un autre retour tout en acceptant qu'il attaque le lien, qu'il soit en colère, etc.

Notre relation n'a pas pour but de ne pas défigurer les deux interactants ; il s'agit avant tout de ne pas défigurer Myosotis, quels que soient les retours qu'il me fait. Au-delà du mécanisme froid (réfléchi), qui consiste à ne pas réagir à partir des sentiments négatifs éprouvés, une affection non feinte naît de ce nouveau regard porté sur la personne et sa vulnérabilité, une affection qui n'attend pas de retour pour moi-même.

De manière à différencier cette forme d'amour dans les relations privées et intimes et dans la sphère professionnelle, on peut parler

« d'agapè professionnalisée, soit cette forme très particulière d'amour d'autrui instruite par la socialisation primaire dans les métiers du prendre soin, et sociologiquement très largement féminisée (soins infirmiers, travail social, métiers de l'aide domestique et à

¹⁵⁷ Je prends conscience de mes émotions - autrement-dit mes émotions attirent mon attention – par le comportement de mon co-intervenant. La démarche active de prise de conscience de ses propres émotions n'est pas automatique, il faut parfois l'activer. Ici, ce sont celles du psychologue qui m'accompagne et que je vois à l'œuvre par son mouvement de recul, qui me permettent de prendre conscience des miennes.

l'hygiène, enseignement, métiers de l'accompagnement et de la coordination, etc.). [...]
« *Je suis mon propre outil de travail* ». » (Couturier et Belzile, 2016, p. 63)

Elle nous permet d'introduire et de soutenir l'idée que les relations professionnelles peuvent être des relations intimes non dénuées d'émotions, de sentiments.

Bien que les représentations sociales des relations sociales intimes et professionnelles construisent une conceptualisation en « *mondes antagonistes* » (Zelizer, 2001, p. 123), c'est-à-dire des « *domaines soigneusement séparés dont la saine gestion requiert des frontières bien tracées* » (*op. cit.*, p. 123), on constate que ces mondes – si tant est qu'ils existent distinctement – ne sont pas hermétiques ni même antagonistes. Les relations professionnelles n'empêchent pas l'affection, tout comme les relations intimes n'empêchent pas la monétisation. Viviana Zelizer le constate à partir d'entretiens menés avec des professionnels, tels que des infirmiers, des aides à domicile, etc., qui expriment de la compassion pour les personnes qu'ils suivent. Ces professionnels tentent par ailleurs de justifier leurs interventions en dehors de leurs heures de travail ou encore auprès d'autres membres du foyer (le conjoint de l'utilisateur par exemple) comme « *une manifestation d'amitié ou de bon voisinage* » (*op. cit.*, p. 142).

Dans le même ordre d'idée, Florence Weber (2003) revient elle aussi sur les liens existant entre, d'une part, famille et rémunération et, d'autre part, affection et professionnalité. En effet, la sociologue interroge la dépendance et l'aide apportée notamment par la famille et la rémunération ou la contrepartie de cette aide, montrant ainsi la porosité entre professionnalité et intime.

Dans le même ouvrage, Christelle Avril (2003), quant à elle, met en évidence les compétences féminines qui prévalent à l'embauche des aides à domicile, des compétences – comme celle de l'affectivité et du *care* - directement reliées à la sphère domestique et non pas professionnelle. Pour autant, au quotidien, il s'agit, pour les aides à domicile, de relations intimes exigeant des affects dans le cadre de relations professionnelles.

La « *bonne distance* » (Rouzel, 2018, p. 258) n'est donc pas l'absence d'affect et d'émotion chez les professionnels dans les accompagnements qu'ils font, mais plutôt d'une distance qui permette de trouver un équilibre dans la relation, c'est-à-dire à la fois le considérer comme un sujet, une personne qui ne se résume ni à sa maladie, ni à son rôle de patient, sans être trop intrusif ou directif (Loriol, 2018, p. 119).

Cette « *bonne distance* » permet par ailleurs de préciser le cadre d'intervention et c'est précisément ce cadre d'intervention qui la rend possible. En effet, idéalement, le cadre institutionnel, dans lequel se joue la relation professionnelle entre l'intervenant et l'utilisateur, entre le soignant et le soigné, garantit, institue la distance entre eux. Il met en place des règles, des objectifs, des missions, basées sur des valeurs, une éthique, qui permettent aux professionnels et aux personnes accompagnées de se situer dans la relation, d'occuper une place, c'est-à-dire d'ajuster la distance entre eux – et finalement de mettre en place un équilibre entre l'affectivité et les rapports professionnels. Il ne s'agit donc pas de remettre en question l'existence d'une relation affective dans le cadre des relations professionnelles, mais de regarder ce qu'en fait l'intervenant.

En outre, si cette *agapè* professionnalisée, ressentie et maniée par l'intervenant, n'attend pas d'équivalence, cela ne signifie pas pour autant que la personne accompagnée n'éprouve pas à son tour des émotions de toutes sortes, y compris de l'affection. Elle peut prendre la forme de la *philia* basée davantage sur une réciprocité, ou même de l'*eros*, bien moins souvent la forme d'*agapè*. Par ailleurs, elle se construit à partir de deux éléments : d'une part, le fait de supposer que l'intervenant peut lui venir en aide et, d'autre part, l'intérêt que ce dernier lui porte.

Quoi qu'il en soit, ces émotions, et l'affection en particulier – que Bonnafé (1991) appelait l'« *Art de la sympathie* » - permettent de nouer la relation entre les deux personnes.

En effet, c'est par l'intérêt que l'on porte à l'autre, un réel intérêt, un intérêt sincère que peut se nouer cette relation.

Ainsi, lors de ma rencontre avec Myosotis, je suis traversée par différentes émotions, qui évoluent au fil de l'interaction puis, au fil des neuf mois qu'a duré l'accompagnement.

Je ne peux me mettre à la place du locataire et ne peux qu'interpréter au travers de mes propres ressentis ce qu'il peut éprouver de son côté, mais il me semble que l'affection qu'il ressent à mon égard est née entre autres du regard que je lui porte et du tact auquel je me suis astreint à chacune de nos rencontres, tact qui a permis également le nouage de la relation. Elle est née également de l'aide qu'il suppose que je vais lui apporter.

Toutefois, cette affection peut prendre différentes formes. Elle peut s'avérer être un poids pour le locataire qui perd une forme d'indépendance. En effet, la reconnaissance que je lui apporte – qui est l'une des sources de l'affection qu'il éprouve à mon égard – le sort de son isolement, ce qui symbolise le risque d'une perte.

Par ailleurs, elle n'est pas la seule émotion qui le traverse. Il est en effet très souvent en colère contre moi ou alors même très méfiant, suspicieux. Si l'affection permet de tisser un lien, celui-ci reste fragile. Il se rejoue à chaque visite.

Pour ma part, l'affection que je porte à Myosotis naît de sa vulnérabilité même. Elle se tisse ensuite grâce au retour qu'il fait de mon propre intérêt pour lui. Il me confie sa vulnérabilité et j'accepte d'en soutenir une partie.

En outre, et c'est là qu'il s'agit d'une forme d'*agapè*, cette affection envers le locataire n'attend pas de réciprocité, c'est une émotion qui traverse l'intervenant et lui permet de s'*intéresser* et d'*écouter* la personne qu'il accompagne.

Par cette affection s'échangent entre Myosotis et moi-même des confidences, il me livre ses inquiétudes et parvient même à formuler une demande autour de sa santé et autour de son logement.

« La matière d'échange entre soignant et soigné est certes le vécu morbide mais l'échange sur le vécu morbide ne peut être profitable que situé par rapport à l'échange sur les coordonnées fondamentales de l'être social, échange dans lequel le soignant reçoit plus qu'il ne donne, ou mieux donne surtout la preuve de son aptitude à recevoir, et, selon le poète, reflète pour donner à voir. » (Bonnafé, 1991, p. 96)

Même s'il ne s'agit pas, dans le cadre de mon intervention auprès de Myosotis, de soigner, mais de « réparer », c'est-à-dire d'agir de manière à permettre à la personne de restaurer une estime d'elle-même et d'instaurer une relation qui permette ensuite de l'accompagner et d'améliorer sa situation, il s'agit en effet de recevoir ce qu'elle *dit* et ce qu'elle *éprouve* ; il s'agit de poser sur elle un regard d'humain à humain, un regard qui lui renvoie sa propre humanité et d'écouter et d'entrevoir son vécu dans son environnement.

Lors de cette première rencontre, par exemple, je regarde le locataire dans les yeux et ne prête pas attention aux détails visibles depuis l'entrée de l'appartement, comme les nuisibles que l'on peut remarquer, l'odeur qui se dégage de l'appartement.

Je m'adresse à Myosotis en l'appelant Monsieur, je le vouvoie bien entendu et lui demande ce qu'il vit.

Il en est tout à fait surpris et la colère qui nous avait accueilli laisse la place à la plainte que je reçois. (Intervention au domicile de Myosotis, Septembre 2017)

Encadré 8. Quelques éléments de vie de Myosotis, locataire d'un logement autonome – Observations réalisées en septembre 2017

Dans un registre d'action thérapeutique, l'affection est un outil important qui permet de mettre en place un travail non contraint de transformation. Elle permet l'écoute et l'empathie par ailleurs. J'avance même que ce travail envers autrui ne peut se faire que dans le cadre d'une relation consentie. Dans la contrainte, un travail de transformation peut être réalisé mais sa portée n'est absolument pas la même. A l'extrême, la malveillance ou la maltraitance ont un effet sur les personnes, elles sont agissantes, transforment les personnes – par le traumatisme et par l'expérience négative qu'elles incorporent. Elles créent des mécanismes pour s'en défendre. Dans le registre thérapeutique, il s'agit de réparer et de rééquilibrer et non pas d'abimer. Il me semble donc que ce registre ne prend forme que dans le cadre d'une action consentie, une relation consentie. Il se peut qu'il n'y ait pas de demande au préalable, mais la relation doit pouvoir en faire émerger une. Là encore, la ruse ne peut être un outil de ce travail, l'affection n'est pas un outil à manipuler. Elle apparaît comme un outil mais elle ne peut être feinte.

Pour décrire ce travail thérapeutique et nécessaire à sa mise en œuvre, on peut aller plus loin que la seule affection, car, outre celle-ci, d'autres émotions sont engagées dans le cadre de ce registre d'action et dans la relation de proximité.

Dans la relation que j'ai nouée avec Myosotis, elle a une place importante dans le travail que nous avons accompli lui et moi, mais, néanmoins, elle n'est pas la seule émotion qui émerge de notre rencontre (elle n'est pas, par ailleurs, systématique dans toutes les relations de proximité ou d'aide). Nous avons engagé d'autres émotions dans ce travail relationnel et l'inquiétude est l'une d'elles.

Myosotis me confie ses inquiétudes au sujet notamment de son état de santé et de son devenir – il craint l'expulsion locative. Je m'en inquiète à mon tour, je me sens concernée et me saisis de ces sujets. Ces émotions qui circulent entre lui et moi mettent en place l'empathie et tissent un début de relation entre nous. Elles sont ce qui m'engage dans la relation, elles sont aussi ce qui s'engage dans la relation, un outil du travail sur autrui et sur soi.

Dans l'accompagnement de Myosotis donc, les émotions-outils – qui participent au travail thérapeutique - sont l'inquiétude et l'affection. Mais, cela n'empêche pas d'autres émotions de circuler et de s'échanger dans la relation. Au début de la rencontre, par exemple, l'émotion qui anime Myosotis est la colère ; pour ma part, c'est l'inquiétude à mon égard – et non à l'égard du locataire – ainsi que le dégoût du fait de l'odeur et de l'état de l'appartement.

Tout au long de cet accompagnement, il m'est arrivé d'être à nouveau inquiète pour moi-même, d'être en colère et écoeurée. Il m'est arrivé d'être épuisée par l'accompagnement, voyant le travail sur le locataire peu fructueux.

Toutefois, mon inquiétude à son égard – quant à sa santé, sa vulnérabilité, notamment après le départ de sa fille – a été assez constante. Elle a eu des effets sur notre relation puisqu'elle est venue – par elle-même – montrer à Myosotis qu'il est une personne digne d'intérêt, pour qui l'on se préoccupe. Une personne qui continue à exister pour l'autre, qui prend une place pour l'autre et qui mérite un certain intérêt. Outre le fait que par l'inquiétude de l'intervenant, la personne peut prendre toutes les places du discours, elle induit un nouveau regard sur soi.

Durant tout l'accompagnement, donc, j'ai éprouvé de l'inquiétude, pour Myosotis, et parfois pour moi-même, mais également tout un flux d'émotions positives ou négatives.

Par un travail de réflexivité (qui prend place dans un travail analytique de la situation notamment, de ses réactions, etc.), il s'agit de dépasser ces affects pour pouvoir continuer l'accompagnement, il s'agit également – et c'est là l'idée de réaction à l'empathie ou de contre-transfert – d'en comprendre le sens, de comprendre ce que la personne auprès de qui on intervient nous fait vivre, ce qui nous donne à voir ce qu'elle peut faire vivre aux autres, ce qu'elle vit avec les autres.

Autrement dit, bien que la relation d'aide et le travail thérapeutique en particulier demandent un engagement affectif dans la relation, l'intervenant ne doit pas oublier le caractère particulier et singulier de la rencontre. Il s'agit d'établir une relation de proximité permettant d'installer une aide – quel que soit le niveau où se situe cette aide. Il ne s'agit pas de nouer une relation dans un cadre privé. En fait, affection et professionnel ne s'opposent pas, toutefois ils se manipulent dans un cadre défini.

Ces affects, par ailleurs, peuvent – comme je l'ai montré en évoquant les différents sentiments que j'ai ressentis durant l'accompagnement de neuf mois de Myosotis – ne pas être positifs mais ils participent de la relation qui se tisse entre l'intervenant et la personne.

En outre, cette dernière n'a pas, elle non plus, des sentiments homogènes et lisses tout au long de l'accompagnement. Même si toute relation comporte ce type de fluctuation, les troubles psychiques sont davantage propices encore à des fluctuations émotionnelles et affectives. Il faut rester attentif, lors des interventions, aux émotions en jeu dans la relation de manière à comprendre la personne et ses besoins, mais également de manière à préserver une relation encore fragile. L'*agapè* professionnalisée permet de résister aux sentiments négatifs que nous

font ressentir parfois les personnes accompagnées et partant de mettre en œuvre l'accueil inconditionnel. Bien que les émotions de la personne accompagnée nous soient adressées, il faut se garder de les accueillir personnellement. Il s'agit en effet de garder en tête son rôle, son statut institutionnel, celui à qui s'adressent réellement ces émotions – qu'il s'agisse d'affection ou de colère. C'est là précisément que se niche la « bonne distance », la distinction entre les relations professionnelles dans lesquelles les sentiments et les affects existent, et les relations privées.

Durant mon intervention auprès de Myosotis, ce dernier est passé alternativement d'une certaine affection – me semble-t-il – à une profonde colère et méfiance, pour revenir à l'affection. Ainsi, les émotions, de toutes sortes, participent de ce travail thérapeutique, ce travail relationnel visant à réparer, à rééquilibrer.

Pour Lise Demailly, ce travail thérapeutique vise à « *favoriser le retour à un état de fonctionnement somatique ou psychique acceptable* » (*ibid.*, 2008, p. 116). Or, dans le cas de la relation que j'ai nouée avec Myosotis, il faut préciser que « cet état acceptable » doit l'être pour lui – et non pas pour son entourage, sa famille, ses voisins, son bailleur ou moi-même. Par ailleurs, il est préférable de parler d'*accès* à cet état plutôt que de *retour* – car je ne sais pas s'il a déjà connu un état psychique acceptable pour lui-même. Mon affection, mon inquiétude et mes préoccupations sincères – qui ont répondu aux inquiétudes et préoccupations du locataire – ont participé et même permis dans une certaine mesure ce travail thérapeutique et finalement le retour – ou l'entrée - de myosotis parmi les Humains. C'est, en outre, indubitablement la base sur laquelle notre relation s'est tissée, la base d'un travail de transformation permettant d'énoncer une demande et de me supposer capable de l'aider.

Aux émotions, à l'empathie ou encore au tact, il convient d'ajouter d'autres outils permettant d'accomplir ce travail thérapeutique et partant de changer le regard de Myosotis sur lui-même, comme la connivence que je propose à présent de développer.

Connivence

Cet outil s'ajoute à la connivence par dérivation que donne à voir l'ethnographie de l'aide à domicile (*ibid.*, 2012). Cette dernière crée une proximité et permet de verbaliser certaines remarques par des traits d'humour. La connivence, que je souhaite mettre au jour ici, est également un outil de proximité, par la création notamment d'un monde commun.

Lors de ma première visite chez Myosotis, alors que nous parlons sur son palier, des voisins descendent pour l'invectiver et nous prendre à partie. Ils sont furieux et insultent Myosotis, le traitant de Monstre. Ils nous demandent de le faire partir de l'immeuble, nous rapportant que son comportement – aussi bien du point de vue de l'hygiène que de son mode de vie et de son cycle circadien décalé – n'est que nuisance. Ils précisent qu'il faut l'enfermer et l'expulser.

Cette altercation est assez violente, à la hauteur de la colère et de l'épuisement du voisinage. La détresse de Myosotis est palpable également. Il me répète, « vous voyez, c'est ce que je vous disais ».

Sans même y réfléchir, je me positionne exactement entre les voisins et Myosotis, tentant de le protéger par ma présence. Le psychologue qui m'accompagne, quant à lui, parle aux voisins, tente de les apaiser en expliquant la raison de notre venue, la demande du bailleur de trouver précisément une solution pour atténuer les nuisances.

Pendant ce temps, je me retourne, fais face à nouveau à Myosotis et tente de le rassurer.

Je m'excuse par ailleurs d'avoir attiré l'attention en discutant sur le palier. « Il nous faudra de préférence rentrer dans l'appartement la prochaine fois » lui dis-je, non sans espérer qu'il accepte que l'on revienne.

Quelque peu calmés, les voisins repartent, nous entrons dans l'appartement et fermons la porte.

Myosotis et sa fille sont secoués et effrayés, encore plus vulnérables qu'à notre arrivée. Mais mon positionnement a eu de l'effet. Désormais, Myosotis, en s'adressant au psychologue et à moi-même, dit « nous ». « Nous avons eu peur », « ils nous ont fait peur », etc. Il profite également de l'évènement pour nous glisser, « vous allez me croire maintenant ! ».

Malgré la confusion des quelques minutes précédentes, je profite de ce moment apaisé pour expliquer clairement la raison de notre venue et qui je suis – c'est-à-dire une intervenante « envoyée » par le bailleur pour l'aider dans sa situation locative et pour tenter de résoudre les conflits de voisinage.

Peu de temps après, nous repartons avec un rendez-vous à la même heure la semaine d'après, auquel il a consenti volontiers.

Encadré 9. Quelques éléments de vie de Myosotis, locataire d'un logement autonome – Observations réalisées en septembre 2017

Cet évènement marque un jalon dans la relation que je noue avec Myosotis, c'est l'entrée dans la relation, cette relation qui rend possible l'action thérapeutique de réparation. Sans qu'il me soit possible de savoir avec certitude si je suis parvenue à transformer durablement la vision même que Myosotis avait de lui-même, sans savoir si, intimement, intérieurement, il est parvenu à prendre le regard que je lui porte comme référence – notre relation a été de courte durée au regard d'une vie d'exclusion, et mon apport bien minime au regard de ses besoins -, notre relation a eu des effets sur lui et a modifié même de manière infime son rapport aux autres

et à lui-même. Et, c'est bien par cette relation tissée par l'empathie, l'échange d'émotions, une attention sincère, que l'échange ici thérapeutique a été possible. En revanche, pour que ce nouveau regard porté sur lui soit opérant et qu'il le transforme un tant soit peu, il faut encore qu'il soit en mesure d'intérioriser ce qui est échangé, ici, la certitude d'une commune appartenance à l'humanité – par opposition à sa monstruosité, renvoyée par les voisins. Pour cela, il faut que la relation tissée permette à l'intervenant de prendre la place d'autrui significatif (Berger et Luckmann, 2012), c'est-à-dire d'un autrui capable d'opérer une nouvelle socialisation.

On voit avec cet événement entre Myosotis et ses voisins, par ailleurs, que ce travail thérapeutique prend place à partir de la relation qui se noue et l'outil de ce nouage ici est la connivence.

Les outils décrits précédemment étaient de l'ordre de l'interaction, j'étais l'outil, usant de ma capacité empathique, émotionnelle pour accomplir un travail relationnel, un travail envers autrui. Avec l'arrivée des voisins, outre l'interaction, l'outil déployé prend également une dimension concrète, matérielle. Je suis toujours l'outil, mais ce ne sont pas seulement mes aptitudes psychiques, cognitives, ou mes aptitudes émotionnelles qui s'engagent alors dans le travail, mais également mon propre corps qui fait barrage à la menace, qui rassure. Je prends une position sécurisante, faisant écran aux voisins et à la menace qu'ils représentent.

Ce positionnement crée une connivence, une complicité entre lui et moi. Par l'intrusion de tiers – les voisins – je parviens, en leur faisant barrage à créer une connivence, partageant avec lui la peur, m'unissant à lui contre les autres. Ce simple événement - et mon choix de positionnement – est l'acte fondateur de notre relation, Myosotis changeant alors d'attitude envers moi – moins envers le psychologue qui est présent également et qui, par ailleurs, tente pour sa part de tisser un lien avec la fille du locataire qui semble totalement effacée derrière Myosotis.

Ainsi, quelques semaines plus tard, alors que le psychologue et moi-même sommes revenus chez Myosotis, il me parle à nouveau de l'évènement avec les voisins et me dit :

« Toi, tu me regardes comme un humain ! » (Visite au domicile de Myosotis, octobre 2017)

Outre cette connivence, j'use également de la ruse durant cette visite, mais la ruse n'a pas pour but d'accomplir un travail thérapeutique mais plutôt d'intervenir, je reviendrai sur ce type de travail ultérieurement.

Alors que les voisins profitent de la porte ouverte de Myosotis pour venir défoncer leur colère, j'insiste sur l'importance de se retrouver à l'intérieur, dans l'appartement. Et, dans la confusion de l'instant, sentant qu'une accroche s'est faite, je propose un rendez-vous la semaine d'après. La connivence ayant créé la relation, il faut alors lui donner du corps par des rencontres régulières. Myosotis accepte et durant quelques semaines, lorsque nous nous rendons à son domicile, lui et sa fille nous accueillent en ayant préparé deux chaises – il n'y a quasiment pas de meubles dans l'appartement, dont l'état d'insalubrité et de dénuement est saisissant – sur lesquelles ils ont disposé deux draps colorés.

Plus tard, après le mois de novembre 2017, quand la relation a connu quelques fluctuations, les chaises et les draps colorés ne sont plus là, ne nous attendent plus.

Avant que ce qui s'échange dans la relation ne change de nature, on voit ici, qu'avec le tact, les émotions, mais aussi l'empathie et la connivence, un travail thérapeutique s'amorce afin de permettre au locataire de se percevoir comme un humain et non plus comme un monstre – c'est cette transformation qui est visée par ces différentes actions. A partir d'une visite à domicile, on peut voir le travail thérapeutique, qui a pour objectif donc de réparer « une personne en état de défaillance » (*ibid.*, p. 116) mis en œuvre par différents outils.

Il nous reste à présenter quel a été, lors de cette rencontre, l'ordre de légitimité, c'est-à-dire quelles intentions ont motivé mes actions.

c. Ordre de légitimité du travail thérapeutique avec Myosotis : éthique, émotif et traditionnel

L'intervention au domicile d'une personne qui ne demande rien, et par ailleurs à la demande de son bailleur social, ne se justifie pas de la même manière qu'un acte de soin demandé par une personne à un professionnel.

En premier lieu, cette visite à domicile est motivée et légitimée par un cadre symbolique reposant sur le contrat qui unit l'équipe mobile associative et les bailleurs sociaux qui y recourent. En effet, suite à l'identification de difficultés rencontrées par les bailleurs, mais surtout par certains de leurs locataires, des difficultés d'ordre psychique que le bailleur seul n'a pas vocation à traiter, à accompagner – il n'est pas dans les missions ni dans les fonctions d'un bailleur social de soigner ou d'accompagner les personnes souffrant psychiquement -, des équipes d'appui ont vu le jour, ces équipes étant financées par les bailleurs qui eux-mêmes ont pu collecter des fonds pour participer à la prise en charge de la santé mentale de leurs locataires.

La légitimité de ces équipes d'appui est fondée sur leur engagement auprès des locataires souffrant de troubles psychiques et leurs missions d'accompagnement. Cette légitimité à intervenir auprès des locataires, d'une part, est fondée par leur profession, comme travailleur social, infirmier, psychologue, conseillère en économie sociale et familiale ou intervenant, et, d'autre part, est inscrite dans le contrat qui unit bailleur et équipe d'appui mais également dans le projet de service qu'elle a créé avec son association gestionnaire.

On le voit, la légitimité des équipes à intervenir auprès des locataires, dans ce cadre, relève d'un ordre de légitimité bureaucratique, avec ces évolutions à la fois néo et post-bureaucratiques, décrites par Lise Demailly (*ibid.*, p. 121-122).

Pour autant, les ordres de légitimité des actions – prises une à une – peuvent s'avérer plus complexes et relèvent d'autres ordres que je souhaite à présent mettre au jour.

Dans l'exemple de l'action thérapeutique entreprise avec Myosotis, la légitimité de l'intervention repose sur différents ordres, tels que l'ordre éthique, l'ordre émotif mais également l'ordre néo-bureaucratique.

L'éthique comme légitimité

En arrivant chez Myosotis, je me trouve dans un paradoxe que je ne perçois pas nécessairement au moment de l'action, mais qui m'impose tout de même une manière d'agir. En effet, en tant qu'intervenante dans une équipe associative, je rencontre le locataire sur la demande de son bailleur social, pour lequel l'équipe mobile est prestataire. Ce n'est pas à la demande du locataire mais pour autant, l'action trouve, dans mon jugement, un bien fondé.

Il me semble en effet légitime d'intervenir auprès de personnes vulnérables, en revanche, dans ce cadre, il est impératif de ne pas recourir à la contrainte. Il est impératif de respecter le consentement de la personne. En effet, il me paraît légitime de me rendre chez la personne, de frapper à sa porte et d'expliquer les raisons de ma venue, *si et seulement si* la personne a la possibilité de ne pas ouvrir sa porte, de ne pas consentir à la rencontre.

Si la ruse est un outil de travail relationnel, elle ne peut l'être avant que la personne ait consenti à la rencontre et *si et seulement si* la personne comprend la raison de la venue de l'équipe mobile.

Cette position est un cadre de valeurs – relevant du Bien – sous-tendu par au moins trois principes.

En premier lieu, ce cadre est étayé par le principe hippocratique : *Primum non nocere*, ne pas nuire.

Il est également sous-tendu par le principe du respect de l'intimité qui prévaut dans le cadre de l'intervention à domicile même. L'espace du chez soi ne doit pas être l'objet d'effraction et il est, du fait même de la non-demande des personnes que rencontre l'équipe mobile, impératif d'obtenir l'accord des personnes avant de pénétrer chez elles.

Enfin, le cadre de valeurs adopté par l'équipe mobile est sous-tendu par un troisième principe : outre le respect de la vie privée, il s'agit de respecter le libre choix des personnes. En effet, les missions de l'équipe d'appui¹⁵⁸, son statut de service médico-social, mais également la profession des membres de l'équipe impliquent que ses membres adoptent une éthique relevant, d'une part, du cadre de l'intervention, c'est-à-dire le domicile, et, d'autre part, du droit des usagers - notamment le respect de leur vie privée, mais également de leurs libres choix - garanti par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Or, il y a de fait une tension entre cette éthique basée sur le respect du consentement de l'utilisateur et l'« ordre de mission » reçu parfois de la part des bailleurs sociaux, qui imposent des actions aux intervenants en invoquant le contrat qui unit l'équipe mobile à eux. Alors que, précisément, aucune contrainte ne peut être utilisée pour instaurer une relation, elle est souvent attendue, voire demandée avec insistance par les bailleurs sociaux.

Dans cette démarche du respect du consentement, il est bien évidemment arrivé que certains locataires fassent le choix de ne pas ouvrir leur porte, ce qui s'est révélé finalement assez rare. Mais, dans de telles situations, d'autres solutions doivent être envisagées, l'équipe mobile associative ne pouvant intervenir.

Afin de créer ce lien, une lettre est envoyée au locataire par voie postale en amont de la venue des intervenants de l'équipe au domicile d'une personne. Il s'agit, et c'est important, de s'annoncer et d'être précis quant à l'heure et la date de la rencontre – il a en effet pu arriver qu'un retard soit signifié à l'intervenant par le locataire qui attend sa venue. Ce courrier ne suffit évidemment pas toujours à ce que la personne ouvre sa porte. Il faut parfois revenir plusieurs fois, parler derrière la porte à l'attention du locataire, expliquer la raison de la

¹⁵⁸ évaluer la situation de la personne puis l'orienter, c'est-à-dire l'accompagner vers des services *ad hoc* à même de la soigner, de l'accompagner socialement

rencontre, etc. A l'issue d'un monologue contre la porte, l'intervenant peut laisser un message écrit dans la boîte aux lettres pour proposer la date d'une nouvelle rencontre, etc.

Après ces préambules, il est assez fréquent que la porte s'entrouvre et que l'on puisse rencontrer la personne. Il arrive cependant que la porte ne s'ouvre jamais, c'est l'une des premières raisons de la non-intervention de l'équipe mobile.

D'autres équipes d'appui ont choisi des modalités différentes, comme c'est le cas pour une équipe, composée de travailleurs sociaux, tournée vers une approche « rétablissement » avec qui j'ai pu travailler lors de mon terrain de thèse. Cette équipe médico-sociale, adossée à un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), est, tout comme l'équipe mobile associative, prestataire de bailleurs sociaux – globalement les mêmes que l'équipe mobile – avec qui elle contracte. Elle est appelée afin de parvenir à faire stopper les expulsions. Lorsque les bailleurs sociaux lui adressent des locataires, elle fait parvenir un courrier prévenant de la venue prochaine d'un travailleur social et, sans réponse de la part du locataire, son consentement est présumé. Toutefois, si la porte de la personne ne s'ouvre pas lors de la venue du travailleur social, rien n'est mis en place pour la contraindre. Finalement la démarche reste la même à l'exception de ce « consentement présumé » qui, dans les faits, reste inactif.

Dans le cadre de l'équipe mobile associative, il n'y a pas de notion de consentement avant même la rencontre de la personne. Par ailleurs, l'expérience a montré que ce consentement ne peut pas être tenu pour acquis et doit se travailler à chaque visite. En effet, le travail sur autrui ne saurait se poursuivre sans l'accord de la personne ; il est immanquablement inefficace sans un travail accompli par la personne elle-même.

Pour revenir aux interventions de l'équipe mobile, une fois la porte ouverte et la rencontre amorcée, il faut là-encore laisser au locataire son libre choix de refermer la porte et de refuser l'intervention. « *Vingt fois sur le métier, remettez votre ouvrage* » (Boileau, 1990), maintes fois interroger à nouveau le consentement de la personne.

En réalité, la vulnérabilité des personnes que j'ai rencontrées durant mon terrain au sein de l'équipe mobile et l'exclusion dont elles peuvent être l'objet sont telles que les refus sont rares. La rupture survient par la suite, par réaction aux actions qui sont menées.

J'affirme que ces refus sont rares, parce que, d'une part, comme je viens de le dire, les personnes ont malgré la non-demande des besoins colossaux et, d'autre part, parce que l'équipe mobile légitime ses actions par un cadre éthique soucieux du consentement des personnes, valeur à laquelle les psychologues cliniciens et moi-même sommes très attachés. Le statut de l'équipe

de prestataire du bailleur social pouvant induire des biais importants en termes éthiques, il est impératif de respecter vigoureusement le cadre éthique qu'elle s'est fixée.

Ce cadre éthique, outre le consentement des personnes, se fonde sur ses actions et leur portée. En effet, bien que les personnes soient signalées à l'équipe en raison de troubles qu'elles occasionnent, comme des dettes locatives, des troubles du voisinage, des troubles du comportement, ses actions ne portent pas directement sur ces troubles. Comme je l'ai montré¹⁵⁹, ces troubles du comportement sont recodés comme provenant de troubles psychiques par le bailleur social et c'est à la fin de ce processus de recodage qu'il fait appel à son équipe d'appui. Les missions de l'équipe d'appui, bien qu'interpelée à la suite de troubles du comportement portant atteinte à la tranquillité de l'entourage, sa quiétude, etc., sont de permettre la prise en charge des troubles psychiques de la personne et non pas directement les troubles locatifs qui en découlent. L'équipe d'appui, et partant le bailleur qui la missionne, font le pari qu'en prenant en compte et en charge les troubles psychiques, les troubles de l'habiter s'atténueront puisqu'ils sont l'opérationnalisation des premiers.

Comme on le voit dans la prise en charge de Lavande, ce cadre éthique est parfois particulièrement dur à maintenir car la tension entre les demandes du bailleur social et les missions de l'équipe mobile est forte. Ce dernier peut « oublier » les missions mêmes de l'intervenant et exiger des actions qui ne correspondent pas à la démarche, au cadre éthique et professionnel de l'équipe. Il s'agit en effet d'intervenir *pour* le locataire aux côtés du bailleur et de mettre en place des actions et des partenariats permettant l'amélioration de sa santé mentale et non pas *pour* le bailleur et l'atténuation des troubles qu'il subit, bien qu'il soit le financeur de l'équipe mobile. C'est en effet, de la part du bailleur, « oublier » l'origine même du partenariat contractuel entre lui et l'équipe, mais également l'origine des fonds qui lui permettent de financer l'intervention de l'équipe.

Ainsi l'équipe mobile est traversée par ces tensions entre son cadre éthique et les demandes même de celui qui finance son action, soit un ordre de légitimité néo-bureaucratique, j'y reviendrai ultérieurement.

Néanmoins, ces actions sont légitimées par des valeurs qui définissent ce qui lui semble juste ou bien. Il faut pour autant nuancer ce propos. En décrivant plus précisément mes actions et mes interventions, je me dois de dire qu'elles n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une

¹⁵⁹ On peut se référer à la présentation de ce recodage que je propose dans la deuxième partie de ce travail (p. 188)

réflexion avant même leur mise en œuvre. Elles relèvent en effet parfois d'arrangements, de bricolage (Hennion et Vidal-Naquet, 2015, p. 67), elles peuvent par ailleurs être discutées ensuite ou rester dans le secret du colloque singulier¹⁶⁰.

Il est vrai que de grands principes éthiques guident les pratiques – les miennes, celles des intervenants en général -, mais les actes, quant à eux, peuvent être nourris, outre de ces grands principes, par d'innombrables facteurs qui échappent au chercheur – à moins qu'il en fasse un objet d'étude -, mais également à la personne qui accomplit les gestes parfois¹⁶¹. C'est l'épreuve de l'éthique au quotidien (Brodwin, 2013).

En effet, ces pratiques peuvent se nourrir également des réactions à l'environnement, aux circonstances, aux événements et partant elles ont une dimension réactionnelle non toujours contrôlée qui peut faire courir le risque de s'écarter du cadre éthique. Un travail analytique est nécessaire dans le cadre de ces interventions, *a posteriori*, afin, d'une part, de comprendre la signification et la portée de nos actions pour nous mais surtout pour le locataire et, d'autre part, de les réorienter au besoin et de réfléchir à la suite des interventions.

Néanmoins, bien que ces actions puissent être des arrangements, bien qu'elles s'adaptent à la situation et peuvent être réactionnelles, elles ne peuvent s'éloigner du cadre éthique. Il s'agit pour le professionnel qui intervient d'avoir intériorisé ce cadre éthique, d'y être parfaitement socialisé pour que ces pratiques et ces actes, même non réfléchis, s'y conforment.

Ces précisions sont importantes car elles permettent de présenter avec la plus grande sincérité possible le travail – sur moi et sur Myosotis – que j'ai accompli lors de mes interventions à son domicile. Il s'agit pour moi ici de rendre compte de mes actions et de ce qui les a légitimées –

¹⁶⁰ « Au quotidien, dans le fil de l'action, les acteurs de l'aide sont amenés à faire certaines choses — ou à se retenir d'en faire d'autres. Les situations problématiques sont légion. Elles concernent des actes dont les enjeux sont d'une importance variable : ne pas répondre à un geste d'humeur, faire semblant de ne pas voir quelque chose de gênant, inversement dissimuler ce qu'on fait, ruser pour obtenir de l'aidé qu'il prenne un médicament ou accepte un soin, pousser légèrement la personne vers la salle de bain, éviter une explication, prendre des décisions qu'il est impossible de pleinement discuter, ou encore, au nom de la relation à maintenir, accepter de rendre des services peu justifiés, ou protéger un comportement que l'hygiène et/ou la morale réprouvent (Molinier, 2009). [...] la situation d'aide est remplie de telles réactions. Elles sont souvent purement réflexes, parfois au contraire très réfléchies. Certaines entraînent une discussion et des remises en cause, d'autres restent à jamais dans le secret de la relation, ou s'effacent dès qu'elles ont eu lieu. [...] [La portée morale des actions] ne s'apprécie pas au regard de principes généraux bien ou mal appliqués, ni en référence aux bonnes pratiques des guides ou des référentiels : les choix opérés n'ont de sens que par rapport aux circonstances ; ils renvoient à des exigences souvent contradictoires, qu'il n'est pas possible de concilier sans ruser, temporiser, doser leur importance à un moment précis (Eyraud et Vidal-Naquet, 2010, 2012). Comment fait-on pour décider ce qu'il convient de faire dans une situation précise, toujours unique, alors que les normes sont sinon antagoniques du moins incertaines et fragiles (Dourlens, 2008, 2010) ? En pratique, le travail de care nécessite de nombreux arrangements et beaucoup de bricolage (Mol et al., 2010) » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015, p. 67)

¹⁶¹ Ces facteurs sont notamment la formation des intervenants, son état psychique ou somatique sur le moment, ses expériences (personnelles et professionnelles), etc.

c'est-à-dire leur intentionnalité. Il s'agit également de rendre compte du travail réflexif qu'il a exigé de moi et partant ce qui est en jeu pour l'intervenant, c'est-à-dire ce qu'il engage dans son travail relationnel.

Lors de ma rencontre avec Myosotis, dans un premier temps, j'ai accordé une grande importance au consentement de celui-ci. J'étais très concentrée sur ce point au moment où s'est amorcée la rencontre. Il s'agissait en effet de lui laisser le choix de cette rencontre. Prévenu de notre venue, il a ouvert la porte et a discuté avec nous – le psychologue et moi-même. Rapidement, il a confié certaines inquiétudes et préoccupations, formulations timides de ce que je pourrais appeler des « proto-demandes ». Ici, le travail accompli était très réfléchi, sous-tendu par le cadre éthique dont l'équipe mobile s'est dotée.

Dans un deuxième temps, les outils que j'ai utilisés durant cette rencontre – que ce soit l'empathie, les émotions et le tact – rentraient tous dans le cadre éthique posé par l'équipe mobile, c'est-à-dire qu'ils avaient pour but le mieux-être de la personne, l'entrée en relation avec la personne lui permettant alors d'accéder à une autre image d'elle-même, ici, un visage humain.

Bien qu'ils ne puissent être anticipés avant la rencontre – en effet, il est impossible de prévoir les émotions que notre rencontre fera naître à la fois chez le locataire et en nous-même -, les outils doivent avoir été conceptualisés dans un cadre éthique et théorique. Ainsi, l'intervenant a – avant la rencontre des personnes à accompagner – un ensemble d'outils à sa disposition, mais c'est précisément la rencontre, son contexte, ses caractéristiques qui l'inviteront à les mobiliser en effectuant un choix parmi eux.

Le travail thérapeutique trouve son but dans l'interaction, tout comme les émotions, il ne peut être anticipé, il est totalement situé, appartenant aux circonstances et à l'interaction. Bien que ce registre de travail fasse partie de l'arsenal de l'intervenant – la réparation dans la relation d'aide est une part importante du travail relationnel -, il ne trouve son fondement que lorsque la vulnérabilité qu'il s'agit de soutenir est évaluée, comprise par l'intervenant.

Dans la situation de Myosotis, cette vulnérabilité apparaît rapidement dans la rencontre. En effet, sa « monstruosité » nous est renvoyée dès le début de l'entretien. Par renvoyée, je sous-entends que la personne a intériorisé l'image qu'autrui a d'elle et la renvoie à ses interlocuteurs. Il s'agit alors, dans l'instant, de comprendre son propre ressenti – qui a partie liée avec ce que l'autre renvoie –, de l'abriter en soi et de renvoyer un autre regard. Dès l'instant où Myosotis a ouvert sa porte, j'ai été saisie par sa « monstruosité » mais j'ai aussi vu sous ses haillons, sous

l'étiquette, un regard profondément humain et c'est précisément ce que je me suis attachée à renvoyer à Myosotis. Cette réflexion instantanée trouve son origine dans une posture réflexive soutenue par des principes acquis, fortement incorporés, une pratique professionnelle réfléchie et soutenue par des principes cliniques : la souffrance psychique s'exprime de manières diverses mais en rien ne rompt les liens entre les humains et les personnes souffrant psychiquement. La monstruosité n'est autre que l'étrangeté, c'est-à-dire la rencontre de l'altérité. Elle est humaine. En outre, ces outils, comme l'empathie, le tact ou encore les émotions, ne peuvent être inauthentiques. En effet, il convient pour l'intervenant de faire montre d'une absolue sincérité, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être des ruses permettant d'accéder au logement et ainsi d'agir *pour* le bailleur. Ils doivent être sous-tendus par un cadre éthique.

La ruse, quant à elle – qui se rapporte d'ailleurs davantage au registre de travail d'intervention -, et partant son utilisation, est sous-tendue également par un cadre éthique – en référence au Bien : elle est utilisée dans un cadre précis, c'est-à-dire qu'elle doit *toujours* servir les intérêts du locataire, être utilisée pour son bien.

La notion « pour son bien » se déploie comme légitimation de l'action dans le cadre d'intervention lors de « *moments clés [...] qui sont des épreuves* » (*op. cit.*, 2015, p. 69).

« La notion d'épreuve met l'accent sur ces moments d'incertitude [...] : dans ces moments, ce qu'il convient de faire est insuffisamment éclairé par la routine et par les normes ; le contenu exact de ce qui va faire problème n'est pas donné a priori, ni les ressources à mettre en œuvre pour faire face et les solutions à trouver. » (ibid., p. 69)

A l'épreuve des interventions et des événements qui s'y déroulent, les intervenants prennent des décisions, agissent en invoquant le *bien* de la personne au-delà de son consentement. Ce sont notamment les situations qui mettent en tension la sécurité et la liberté des personnes, comme le montre la situation choisie par Antoine Hennion et Pierre Vidal-Naquet pour illustrer les actions légitimées par le *bien* des personnes (2015, p. 75). La ruse est donc un outil qui peut être utilisé dans ce cadre, mais il convient de se référer en effet au *bien* de la personne même si « *le poids d'une action ne lui vient qu'à l'usage* » (*ibid.*, p. 75). En effet, on ne peut réellement savoir qu'*a posteriori* la portée de cette action et notamment avec la réaction de la personne concernée. Par ailleurs, ayant fait un choix, on ne peut aller vérifier si une autre action aurait fonctionné.

Le cadre éthique qui étaye les interventions et les actions au domicile de personnes souffrant psychologiquement est sans doute l'ordre légitime le plus important ; il l'est parce qu'outre le fait qu'il légitime *a posteriori* les actions, surtout il les guide *a priori*. Et, par ailleurs, le travail de transformation ne saurait être encadré sans éthique. Le travail sur des personnes vulnérables, très précisément, demande un cadre légal et éthique rigoureux et bienveillant tant il peut être intrusif.

Néanmoins, d'autres ordres légitimes interviennent et sous-tendent les interventions à domicile. Dans le cas de ma rencontre avec Myosotis, les ordres émotif et néo-bureaucratique ont également prévalu.

L'ordre émotif

Pour cet ordre, Lise Demailly (2008) précise qu'ici, « *l'action réussie se réfère à l'adéquation à soi, beauté ou justesse du geste ; l'obtention de la reconnaissance de cette esthétique ou de cette justesse passe par le destinataire de l'action* » (*ibid.*, p. 121).

En l'occurrence, lors de la rencontre avec Myosotis, j'ai analysé mon action à l'aune de la réaction de Myosotis. Cette réaction a été l'acceptation d'un partage, d'un échange à la fois de confiance, d'émotions et de réparation. Il s'agit qu'aux yeux même de Myosotis, mon action vis-à-vis de lui soit juste.

Mais en amont de l'action, cet ordre légitime est déjà-là. Tout comme le cadre éthique, l'ordre émotif est déjà intériorisé. Il s'agit en effet, pour certaines actions du moins, de prendre la mesure de nos actes à la faveur des réactions des personnes destinataires ; elles doivent les trouver elles-mêmes justes. Lors de ma première rencontre avec Myosotis, s'agissant de tisser un lien avec lui et de l'aider à formuler une demande, la réaction souhaitée est de cet ordre.

Toutes les actions que l'on entreprend n'ont pas ce caractère. En effet, il peut arriver que l'on mette en œuvre des actions que la personne vers qui cette action est tournée ne trouve pas juste. Elles se réfèrent à d'autres ordres de légitimation.

Ainsi, lorsque Iris, un locataire auprès de qui je suis intervenue entre septembre 2017 et juin 2018, dans le cadre de l'équipe mobile associative, m'explique que son enfant, Arum, a tenté de l'étouffer avec un coussin, je prends la décision de faire part de cet évènement à l'équipe de psychiatrie publique qui suit et traite ce dernier. Il est décidé de l'hospitaliser sous contrainte à la demande d'un tiers – je suis précisément ce tiers - car il met en danger son parent. Ma décision

n'est pas analysée ni estimée comme juste, ni par Iris qui m'en garde d'ailleurs rancune, ni par Arum. Ici, j'ai invoqué la notion « pour son bien » pour légitimer mon action mais cela n'a jamais eu gain de cause auprès du locataire.

Outre le fait que ma décision a été l'occasion de vives discussions au sein même de l'équipe mobile et qu'elle permet ainsi d'illustrer la notion d'« *éthique pratique et située* » (*op. cit.*, 2015, p. 83), c'est-à-dire « *un souci éthique déjà-là, présent dans les situations* » (*ibid.*, p. 83), elle illustre également le fait que toutes nos actions ne sont pas légitimées à l'aune du regard que portent dessus leurs destinataires.

Pour revenir à Myosotis, lors de notre rencontre, la reconnaissance du juste dans l'action que je mène avec lui m'importe à ce moment précis et l'ordre émotif sous-tend mon action thérapeutique tout comme l'ordre éthique. Il reste un ordre de légitimation qui permet de justifier certaines de mes actions.

L'ordre néo-bureaucratique

Comme je l'expliquais plus avant, les actions de l'équipe mobile associative, étant donné son statut de prestataire de bailleurs sociaux, prennent place dans un ordre légitime néo-bureaucratique.

Si l'appareil bureaucratique évalue l'action dans un ordre bureaucratique (*ibid.*, 2008, p. 121), l'action thérapeutique que j'ai menée auprès de Myosotis est évaluée « *selon les critères de l'organisation employeuse* » (*ibid.*, p. 122).

En effet, bien que l'équipe mobile ait posé un cadre éthique lui permettant d'agir pour le locataire et l'amélioration de sa santé mentale, elle n'est jamais tout à fait délogée des demandes des bailleurs sociaux qui adressent les situations.

Celle-ci est entièrement financée par les contrats qu'elle signe avec les bailleurs et préserve donc l'emploi des salariés de cette équipe par le respect des commandes passées par les bailleurs.

Dans ce contexte de dépendance économique, l'ordre néo-bureaucratique est toujours là lui aussi. La ruse peut permettre de le déjouer ou d'en atténuer les effets mais il ne peut être tout à fait écarté.

Lors de l'accompagnement par un psychologue de l'équipe mobile, des désaccords sur ce qu'il convenait de faire sont apparus entre le bailleur social et l'équipe mobile.

« La situation est celle d'un jeune homme très délirant qui jette ses meubles par la fenêtre, hurle sur ses voisins, etc. La peur s'est installée dans l'immeuble, mais, malgré tout, la police n'intervient pas. Le bailleur souhaite expulser la personne. Il lance une procédure en ce sens et dans le même temps une demande de mise sous protection, arguant que le locataire n'est pas en mesure de s'occuper de lui-même.

Dans le même temps, le psychologue en charge de la situation réussit à mettre en place l'intervention de la psychiatrie publique et une hospitalisation se profile.

Le locataire fait alors parvenir un courrier au bailleur lui signifiant son congé. Ce dernier, pensant avoir trouvé une issue par le départ du locataire, m'appelle pour mettre un terme à l'accompagnement.

Afin de permettre à la personne de conserver son logement et de laisser une chance à l'hospitalisation de stabiliser son état, je choisis alors d'utiliser la ruse. En effet, je place le bailleur face à ce qui m'apparaît alors être des contradictions : d'un côté, il souhaite qu'une mesure de protection pour majeur soit mise en place car il pense la personne irresponsable, et de l'autre, il souhaite utiliser un courrier écrit par cette même personne pour prendre acte alors même qu'elle connaît une période de crise aiguë. Allant dans son sens en précisant que la mesure de protection peut s'avérer tout à fait indiquée, je lui propose alors de prendre une décision qui suive cette logique et soit en cohérence avec elle, et partant, de ne pas tenir compte du courrier. Ce que fait le bailleur.

Le jeune homme conserve alors son logement » (Participation observante au sein de l'équipe mobile associative, mars 2018)

Cet exemple me permet de montrer là encore, la négociation existant entre les partenaires mais également le caractère situé des actions mises en place, des outils utilisés et des ordres légitimes. Si les exigences du bailleur sont difficiles à contourner et pèsent dans les décisions prises par les intervenants, il existe malgré tout des marges de manœuvre possibles, comme ici avec la ruse. D'autres outils, autres que la ruse, peuvent permettre ces marges de manœuvre comme le passage du temps, la compréhension ou encore les émotions. En effet, bien que le bailleur obtienne le droit par exemple d'expulser un locataire trouble-fait, il arrive parfois il n'en fasse pas usage. Par la ruse, la persuasion, la connivence, etc., les intervenants de l'équipe mobile parviennent parfois à négocier avec les bailleurs des interventions d'un autre type auprès des

locataires. Finalement, les outils déployés auprès des locataires pour créer la relation, sont déployés également entre les partenaires, afin de solidifier là aussi la relation et permettre un travail auprès des locataires et *pour* les locataires en dépit des nuisances qu'ils occasionnent.

Toutefois, il peut arriver que ce type de relation entre l'équipe mobile et le bailleur ne prenne pas place et, parce que l'ordre néo-bureaucratique est un élément présent dans les interventions de l'équipe mobile associative, que les accompagnements se fassent davantage *pour* le bailleur que le locataire. C'est tout le paradoxe du cadre institutionnel de l'équipe mobile associative et sa difficulté également. Une énergie doit être déployée à l'égard du locataire pour nouer une relation, mais également à l'égard des bailleurs pour qu'ils acceptent les actions *pour* les locataires qui, pourtant, ne vont pas dans leur sens.

2. Le travail de l'intervention : un processus pour prendre conscience de sa vulnérabilité

Outre le registre d'action thérapeutique, le travail de transformation peut s'inscrire également dans le registre d'intervention, c'est-à-dire un travail de persuasion et d'influence auprès la personne en vue de l'orienter dans ses choix, qui n'évite pas le fait de devoir la suppléer (*ibid.*, 2008, p. 118). Ce registre est mobilisé même sans demande de la personne, « au nom d'un droit et devoir d'ingérence ou du sens de la responsabilité » (p. 118), au nom du bien d'autrui. C'est, en outre, un processus qui ne peut survenir d'emblée – au moins dans la situation de Rose – sans qu'une relation soit nouée entre les interactants.

Il est en tension avec le registre de la persuasion (p.117) qui vise à

« produire des modifications dans les conduites et les représentations d'autrui. Créer des désirs. Créer des images. Inventer des mots qui vont tenir les imaginaires et influencer les corps. » (ibid., p. 117)

Toutefois, il est question dans le registre d'intervention de persuader, en effet, mais également de suppléer, c'est-à-dire que

« ce registre, à la différence [du registre de persuasion], implique l'idée d'action dans la réalité et pas seulement d'action symbolique sur les images. A la différence [des registres

assistantiel et d'accompagnement], l'intervention peut se faire sans demande, au nom du droit et devoir d'ingérence ou du sens de la responsabilité. » (ibid., p. 118)

La notion d'ingérence – pour le bien d'autrui – intervient également dans le registre d'intervention alors qu'elle n'est pas affirmée dans le registre de persuasion. Il est à parier que l'éthique professionnelle de tout intervenant nécessite de persuader une personne dans son unique intérêt. Il reste à déterminer de quel intérêt il s'agit et si la personne y est favorable ou non.

Là encore, dans les deux accompagnements proposés ici, celui de Myosotis et celui de Rose, ce registre d'action est mobilisé.

Pour Myosotis, il s'agit de le persuader de l'utilité d'avoir recours à des inconnus pour traiter son appartement contre les parasites qui ont envahi son domicile. Il faut également le convaincre qu'il doit sortir de chez lui et même passer une nuit dans un autre lieu afin que le nettoyage et la restauration complète de l'appartement puissent se faire. Il s'agit en effet, d'obtenir sa compréhension et son approbation pour les différentes démarches que nous mettons en œuvre, la conseillère sociale et moi-même. Il n'est pas question de le persuader de mettre en œuvre lui-même toutes ces démarches, mais qu'il accepte ce qui va être mis en place et ce que cela va exiger de lui. Cette acceptation n'est pas qu'un simple accord de principe, il s'agit de le persuader qu'il peut sortir de chez lui (il faut alors l'y préparer) et qu'il peut passer une nuit hors de son appartement. Ce travail d'intervention – un travail sur autrui comme le travail thérapeutique – nécessite une transformation même minime de la personne qui s'allie au registre de management qui demande une mise au travail de la personne.

Dans le cas de Rose, ce travail d'intervention porte sur le choix entre l'appartement en diffus sans accompagnement et l'appartement en Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale (CHRS) éclaté.

En effet, lors de cet accompagnement, alors que Rose n'avait pas de logement – puisqu'elle vivait chez son parent, Lotus –, deux solutions ont été trouvées : un logement proposé par le bailleur social – qui loge Lotus – dans le cadre du relogement des personnes subissant des violences intra-familiales et non titulaire du bail et un logement accompagné au sein d'un CHRS, proposant ainsi un accompagnement à la fois psychologique et social. Bien qu'il soit heureux d'avoir trouvé une – même deux – solution(s), le choix est source d'angoisse.

Par ailleurs, au fil des rencontres, je perçois le besoin d'étayage de Rose et Mimosa, son compagnon. Je perçois leur besoin d'accompagnement. Il me faut alors, me semble-t-il, les en convaincre, les persuader de choisir le logement accompagné – bien que provisoire – parce qu'il permet d'une part, d'étayer leur autonomie et de veiller sur eux, et qu'il est, d'autre part, à proximité du CMP dans lequel Rose bénéficie d'une prise en charge. Quant au logement proposé par le bailleur social – bien que pérenne –, il se trouve dans une autre commune, ce qui implique que Rose change de CMP. De plus, Rose et Mimosa n'ont aucun repère dans cette nouvelle commune, n'ayant jamais vécu ailleurs que dans la commune où je les rencontre.

Il s'agit de leur faire prendre conscience de leur vulnérabilité sans pour autant attaquer leur estime d'eux-mêmes ni leur confiance en leurs *capabilités*. Au nom de ce qui est bon pour eux – ce que je pense alors bon pour eux – je choisis donc de les persuader d'accepter le logement accompagné au détriment du logement social. Au cœur de la tension entre autonomie et sécurité, je choisis de les persuader de choisir une autonomie progressive.

Pour ce faire, je mobilise plusieurs outils, tels que l'empathie et les émotions, le tact, mais aussi la suggestion qui est une forme douce de la ruse.

a. Les outils du travail d'intervention

Comme je le disais plus avant, le registre d'action d'intervention, à l'instar du registre d'action thérapeutique, exige des outils, tels que l'empathie et les émotions.

Je ne reviens pas sur la légitimité de tels outils dans l'intervention à domicile, je souhaite présenter ici la manière dont ils ont été utilisés.

L'empathie et les réactions de l'intervenant

Tout comme dans le registre d'action thérapeutique, l'un des outils du travail d'intervention est le couple empathie-réaction, soit la projection de sentiments par la personne accompagnée sur l'intervenant et les réactions de l'intervenant à ceux-ci ainsi que leur compréhension.

En effet, avant de pouvoir intervenir – au sens qu'en donne Lise Demailly, c'est-à-dire influencer autrui, persuader – il faut que la relation entre l'intervenant et la personne auprès de laquelle il intervient soit nouée solidement afin de pouvoir influencer ses décisions ou du moins de peser sur ses décisions. Le registre d'intervention est donc là-encore un processus nécessitant

différentes actions – sur soi et sur la personne – tels que le travail d'empathie. Par ailleurs, il s'agit de savoir - ou du moins penser savoir – ce qui est bien pour l'autre.

Avec Rose, que je rencontre dans la cour de son immeuble et qui m'adresse immédiatement une demande d'aide – sans pour autant la formuler puisqu'elle me dit uniquement : « je n'y retournerai plus »¹⁶², le transfert est déjà à l'œuvre. Il me semble, en effet, que dès la rencontre – voire avant cette rencontre - je suis, pour elle, à cet instant, *celle qui saura quoi faire*, celle qui sait quoi faire de son affirmation et celle qui sait faire en sorte qu'elle n'y retourne plus. Rose dépose en moi ou me dépose cette affirmation, m'en laissant la définition ou l'interprétation.

Que puis-je faire de cette affirmation ? Plusieurs choix ici sont possibles. Je peux valider cette affirmation et partir sans me sentir concernée par cette affirmation – Rose trouvera les moyens de « ne pas y retourner » si tel est son désir ou son projet. Je peux à l'inverse me sentir investie par cette affirmation, et prendre une part de responsabilité dans ce retour impossible. Je peux accueillir le sentiment que projette Rose sur moi et accepter de jouer le rôle qu'elle me confie, à savoir, celui de la personne qui sait ce qu'il faut faire, la personne qui a des solutions.

Sans prendre le temps de la réflexion, j'ai pris la décision de suivre la deuxième voie. Ai-je vraiment pris une décision ? Ou ai-je plutôt suivi ma réaction au transfert opéré par Rose ? Pour être honnête, il me semble que j'ai réagi par empathie sans en mesurer l'importance, sans analyser sur l'instant ce qui se produisait.

Nous voilà donc, un psychologue et moi-même, embarqués dans une relation dans laquelle je suis sensée savoir ce qu'il faut faire.

Etant donné la détresse de Rose, ma réaction est de ne pas la contredire, bien que je ne prétende nullement savoir quoi faire. D'ailleurs, lors de notre rencontre, je lui demande où elle souhaite qu'on la conduise. En revanche, je prends le rôle au sérieux et tente – coûte que coûte – de lui permettre de ne pas y retourner, de trouver une solution lui permettant de vivre ailleurs que chez sa mère.

J'ajoute que si j'accorde de l'importance à ne pas contredire cette position de sachant qu'elle m'attribue, c'est moins pour garder la place qu'elle me donne dans la relation que pour l'apaiser, calmer son angoisse à l'idée de devoir retourner au domicile familial dans lequel elle subit des

¹⁶² Elle ne veut pas retourner dans le logement qu'elle occupe avec son parent et où elle subit des violences.

violences - un travail de gestion des émotions. Outre ce travail de gestion, mon empathie s'active et m'amène à trouver des moyens de répondre à la demande de Rose.

Sa vulnérabilité, mais aussi sa force – sa détermination, à cet instant de sa vie, m'impressionne – viennent créer les réponses, les réactions au transfert dont je suis l'objet. L'empathie et mes réactions sont en cela des outils de ce travail d'intervention, puisqu'ils me permettent, outre de justifier mes actions, de m'y impliquer, de m'engager ; ils m'impliquent dans la relation d'aide qui se noue avec Rose et mettent en place le processus du travail d'intervention.

L'utilisation que je fais avec Rose de ces deux outils (ou les deux faces d'un même outil) se distingue de celle que j'en fais avec Myosotis. En effet, il s'agissait avec Myosotis de créer la relation, de créer la demande. Dans la seconde situation, Rose, à l'inverse, m'adresse une demande ; le transfert est entamé avant même que je ne la connaisse. Elle m'a entendu plusieurs fois lors des visites à domicile que j'ai réalisées pour rencontrer Lotus ; notre rencontre dans la cour de l'immeuble est le fruit de sa volonté, elle m'attendait et s'est directement adressée à moi.

Il s'agit alors pour moi de réagir, de mettre en œuvre mon empathie, c'est-à-dire de prendre conscience des attentes de Rose à mon endroit et de répondre à la demande d'aide qui est adressée, bien que non formulée clairement encore. C'est l'objet d'un autre travail qui s'initie en parallèle, j'y reviendrai, un travail analytique dont le but est de permettre à Rose de formuler la demande subsumée dans l'affirmation « je n'y retourne pas » et partant de mettre en mots ce qu'elle vit, ce qu'elle désire vraiment.

Finalement, contrairement à Myosotis, c'est Rose qui est à l'origine de la relation qui se noue entre elle et moi, je choisis – quoi qu'inconsciemment – d'y répondre et d'intervenir, l'empathie étant l'un des outils qui m'y engage. L'empathie mais également mes réactions sont des outils du travail d'intervention, ils sont à la genèse de ce travail qui est davantage un processus.

Les émotions, tout comme avec Myosotis, sont là-encore des outils de la relation et de l'action d'intervention. Elles font partie du processus qui conduit à pouvoir influencer la personne.

Les émotions engagées et engageantes

L'empathie comme les réactions de l'intervenant sont des échanges entre les interactants, c'est-à-dire l'échange entre les deux agents de la relation d'intervention, notamment d'émotions. En effet, les émotions – qui peuvent être négatives ou positives - sont le corolaire de l'empathie et

partant de la relation elle-même. Elles font pleinement partie des outils de l'intervenant à domicile car elles l'engagent – elles sont, d'une part, engageantes, c'est-à-dire qu'elles nous impliquent dans la relation et d'autre part, engagées dans la relation, c'est-à-dire qu'elles sont ce que l'on donne, entre autres choses, dans la relation.

Pour ma part, les émotions que j'éprouve - et que Rose éprouve par ailleurs – durant cet accompagnement sont des outils de la relation et partant du registre d'action d'intervention. En effet, comme je l'ai montré plus haut, les émotions ne sont pas exclues de la relation d'aide, elles participent du fondement de ce travail relationnel professionnel et ne sont pas réservées à la seule sphère privée. En outre, elles interviennent dans l'accomplissement du travail de relation, elles y participent notamment en engageant les personnes et en motivant leurs actions. Durant l'accompagnement de Rose, sa vulnérabilité, mais également sa détermination, m'amènent rapidement, comme je l'ai précisé ci-dessus, à ressentir des sentiments contrastés à son égard, à la fois de l'affection et de l'inquiétude. En effet, son attente à mon égard, par l'espoir qu'elle suscite en elle, mais également par la difficulté de la tâche¹⁶³, crée de l'inquiétude quant à ma capacité à répondre à sa demande – ce qui distingue très nettement le rôle et l'intensité des émotions que j'ai pu éprouver lors de l'accompagnement de Myosotis et pour Myosotis lui-même. En effet, dans cette autre situation, le caractère d'urgence me semblait bien moins prononcé et mon inquiétude moins prégnante. J'étais davantage « tenue » par l'affection et une position éthique m'amenant à vouloir lutter contre ce qui me semblait être de la discrimination. Dans la situation de Rose, mon inquiétude est grande ce qui induit un important engagement de ma personne dans l'accompagnement, y compris hors des périodes de travail.

Et si je ne parviens pas à répondre à sa demande ? La responsabilité de ce qu'elle projette alors sur moi m'inquiète.

Par ailleurs, la situation concrète de Rose m'inquiète et me préoccupe. Chaque jour, il faut trouver une solution d'hébergement, la mettre à l'abri de sa propre famille mais aussi de l'éventualité de dormir à la rue – alternative impensable pour moi alors.

Pèse sur moi, dans cette intervention, cette inquiétude nouvelle. Si j'engage mes émotions dans la relation qui se noue entre Rose et moi, ses émotions m'engagent également, c'est-à-dire que

¹⁶³ Dans l'accompagnement de Rose, il s'agit de trouver une solution d'hébergement pérenne à une personne souffrant de troubles psychiques et en situation de handicap (moteur) dont les revenus se limitent à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

mon inquiétude – quant au fait de ne pas trouver de solution d’hébergement et de devoir supporter l’idée soit qu’elle retourne vivre chez son parent maltraitant, soit qu’elle vive à la rue – me permet de m’impliquer dans le travail relationnel, mais également d’intervention.

Effectivement, c’est cette même inquiétude qui, pour une part, me mobilise à la recherche de réponse à la demande faite par Rose.

Si elle me mobilise, elle me pèse également, au-delà même de la simple sphère professionnelle. Elle m’oblige à définir la place que j’occupe auprès de Rose et de prendre acte de ma propre vulnérabilité, de mes ressources réelles. Je ne suis pas omnipotente et, bien qu’elle m’attribue la qualité de celle qui peut trouver une solution, je dois faire avec l’idée que je n’y parviendrai peut-être pas. Cela crée – dans un travail de management (mise au travail) – la nécessité d’une mise au travail de Rose puisqu’elle doit assumer elle-aussi pour une part sa résolution : « *je n’y retournerai pas !* ».

Par la suite, par un travail assistantiel (aide), je parviens à trouver deux solutions différentes d’hébergement – l’une dans un logement accompagné (dans un CHRS éclaté) et l’autre dans un logement diffus (dans le cadre du relogement des personnes victimes de violences intrafamiliales). Cela entraîne donc la nécessité pour Rose de faire un choix entre l’une ou l’autre de ces solutions.

Les émotions que j’éprouve – aussi bien l’affection que l’inquiétude – et partant mon engagement dans l’accompagnement, mais également les émotions de Rose, m’amènent à vouloir l’influencer dans son choix. En effet, au fil des rencontres avec elle mais aussi avec son compagnon, Mimosa, je suis de plus en plus convaincue de l’importance pour eux deux d’un logement accompagné. Ma conviction se base notamment sur les besoins de Rose en termes d’aide et de soutien, en termes d’état de santé. J’ai peur en outre que cela pèse trop sur Mimosa et que ce dernier ne puisse tout tenir. Il me semble important que dans un premier temps une équipe puisse assurer la coordination entre les soins psychiatriques et les soins sanitaires de Rose.

En outre, Rose, comme Mimosa d’ailleurs, n’a jamais vécu seule. Tous deux n’ont par ailleurs jamais vécu en couple. Ils sont quelque peu perdus et ont peur de faire le mauvais choix. Les deux solutions présentent des avantages et des inconvénients qui les pétrifient. Sans s’en remettre vraiment à moi, ils ne réagissent plus.

Finalement ce travail d’intervention, mon ingérence dans le choix que Rose doit faire entre l’un ou l’autre de ces appartements, repose sur l’inquiétude présente dès le jour de notre rencontre.

Il repose en effet sur un désir de voir cette inquiétude levée ce qui peut se faire par un passage de témoin ou, dit autrement, par un transfert de mon inquiétude à quelqu'un qui prend le relai. En proposant à Rose de choisir le logement accompagné, je permets à l'accompagnement que j'ai entamé avec elle de se poursuivre sans moi.

D'ailleurs, avant même que le CHRS admette Rose dans l'un de ses logements, j'ai cherché des alliés, des partenaires pour porter avec moi le poids de cette inquiétude. Je m'en suis remise dans un premier temps à la mandataire judiciaire de Rose. Je souhaitais notamment qu'elle l'aide à prendre une décision. Mais cette dernière, objectant qu'elle connaît moins bien sa protégée que je ne la connais, s'en est remise à mon jugement.

Je décide alors d'intervenir dans la décision et d'aider le couple à choisir en les orientant plutôt du côté du logement accompagné. Au-delà du fait que ce choix semble calmer ma propre inquiétude, il me semble objectivement plus adéquate à la situation.

C'est donc de cette manière que participent les émotions au travail d'intervention. Comme je l'expliquais plus tôt, il ne s'agit pas pour moi de manier les effets de la relation, c'est-à-dire de manier le transfert et le contre-transfert – c'est un registre appartenant aux psychothérapeutes -, un maniement qui permet de faire bouger la personne, d'exprimer des émotions, de revivre certaines relations, etc. Consciente de l'existence de ces émotions – corollaires de l'empathie, elle-même corollaire de la relation -, il s'agit avant tout pour moi de nouer une relation avec l'usager, de solidifier ce lien et de ne pas lui nuire ; il s'agit également en utilisant les émotions comme outils, de mettre en œuvre un travail thérapeutique

Néanmoins, au moment où il me semble important d'influencer le choix de Rose sur le logement qui lui conviendrait le mieux, selon moi, notre relation est solide et les émotions que nous ressentons y contribuent. Les émotions que l'on échange dans la relation, mais également l'ensemble de ce que nous avons partagé, l'ont rendue plus forte. C'est ce qui permet mon ingérence sans que cela remette en question la relation et par ailleurs ma prétention à savoir ce qui est bon pour elle.

Cette attitude est nouvelle dans notre relation puisqu'il m'a jusque-là semblé important de lui laisser le choix. La position de choix, position qu'elle a prise d'une certaine manière en quittant le domicile de Lotus, est nouvelle pour elle et l'anime. Toutefois, concernant l'appartement et l'éventuel besoin d'accompagnement, mon inquiétude prend le dessus sur la résolution de la laisser faire ses choix seule, et je prends la décision d'accomplir un travail d'intervention, je

prends la décision de l'influencer pour qu'elle privilégie le logement accompagné au détriment du logement diffus.

Bien qu'elle ne me demande pas de l'aider à faire un choix, je mets en œuvre ce travail d'intervention qui trouve sa possibilité à la fois à travers l'empathie, les émotions mais également la connivence, comme je vais le décrire ci-dessous. Son indécision et sa prostration devant le choix à faire m'y invitent.

Mais avant de présenter cette connivence, autre outil du travail d'intervention qui permet de rendre possible l'ingérence et la définition de ce qui semble bon pour l'autre, il me semble important de souligner le poids de ces émotions pour l'intervenant. Au-delà du fait qu'elles engagent dans la relation (et qu'elles sont engagées), elles engagent la personne-intervenant, au-delà de son rôle d'intervenant professionnel. Concernant l'accompagnement de Rose, ce que j'engage alors dans la situation a des répercussions, bien au-delà de mes seules journées de travail, bien au-delà de mes missions et de mes fonctions professionnelles. Je me retrouve en effet à certains moments envahie par cette inquiétude, une inquiétude qui à la fois me porte à rentrer en plein dans l'accompagnement, mais également à intervenir dans les choix de vie d'autrui.

Dans l'accompagnement de Rose, il me semble que ce dépassement – à la fois des limites de mes prérogatives professionnelles et des espaces professionnels/privés – a été nécessaire à la résolution des problématiques qu'elle rencontrait. Mes prérogatives au sein de l'équipe mobile associative étaient d'évaluer la situation des personnes adressées par le bailleur social puis de les orienter – en fonction de leurs besoins. Dans le cas de Rose, bien qu'habitant un logement social, elle n'est pas la locataire en titre. Elle n'est pas la bénéficiaire principale de l'action de l'équipe mobile mobilisée par le bailleur.

Néanmoins, il est très fréquent que l'on accompagne d'autres personnes que le titulaire du bail, c'est-à-dire que dans la majorité des situations adressées à l'équipe mobile, les psychologues et moi-même devons accompagner l'ensemble des personnes composant le foyer. Il était de mon ressort de demander au bailleur social, dans le cadre de ce qu'il a mis en place pour les personnes victimes de violences intrafamiliales vivant dans son parc immobilier, de re-loger Rose.

En revanche, il ne m'incombait nullement d'organiser sa fuite, de chercher un hébergement dans l'attente de ce relogement. Mais comment faire autrement lorsque l'on est mis au courant d'une situation de violence ? Cette inquiétude qui concourt à la réalisation du travail relationnel

a des effets qu'il n'est pas toujours possible de contrôler. Ainsi, au-delà de mes prérogatives, aidée dans cette tâche par la mandataire judiciaire qui accepte le paiement des nuitées à l'hôtel, j'organise au jour le jour l'hébergement de Rose.

A posteriori, il est aisé de dire que la décision de l'accompagner a eu de bons effets, sur elle, sur ma relation avec le bailleur social et avec l'équipe de psychologues, mais, dans l'action, on ne connaît pas la portée de cet accompagnement, ce qu'il va coûter à l'équipe, à soi, en termes de temps, en termes émotionnels, en termes relationnels. On ne sait si l'on va parvenir à tenir l'engagement d'aide. L'état de santé de Rose, à la fois d'un point de vue somatique et psychiatrique, a compliqué grandement la situation puisque les hébergements possibles ne lui étaient pas accessibles. Finalement, c'est à l'hôpital général qu'elle trouve refuge, du fait d'une crise aiguë. Et c'est à partir de cette mise à l'abri qu'un parcours d'hébergement a pu être mis en place. L'urgence quotidienne passée – la recherche constante d'hôtel et l'organisation des journées -, il a été possible de réfléchir à des solutions plus pérennes, un hébergement provisoire en Foyer d'Accueil Médicalisé, puis le choix entre un logement diffus ou un logement accompagné. Il a été possible de penser l'après, la coordination des soins à partir du nouveau domicile, l'installation, etc.

Les personnes extérieures à la situation, telles que les psychologues cliniciens de l'équipe mobile par exemple, ne ressentent pas l'inquiétude de la même manière. Moi-même, lorsque les psychologues m'expliquent les situations dont ils organisent la prise en charge, je ne perçois pas toujours leur engagement personnel dans la situation, l'intensité des émotions qui les engagent et qu'ils engagent dans la situation. Une fois que l'on a rencontré la personne, une fois que l'on s'implique dans l'accompagnement et que les émotions sont engagées, on est alors personnellement concerné ; il est alors beaucoup plus difficile de s'extraire des demandes et des attentes des personnes que l'on accompagne.

Il y a fort à parier que les formations – notamment d'éducateur spécialisé ou même de psychologue – permettent de gérer l'implication des professionnels, de mieux contrôler les limites entre les espaces professionnels et privés, entre ce qui relève de soi et ce qui relève des autres, autrement-dit de trouver la « bonne distance ». Toujours est-il que ce qui m'a permis de mieux contrôler ces limites a été de réfléchir aux ressources propres de la personne que j'accompagnais et de reconsidérer ma responsabilité dans ses choix de vie. Rose, bien qu'en

situation de vulnérabilité, a des ressources à la fois relationnelles et matérielles¹⁶⁴ et par ailleurs elle a fait le choix de ne plus retourner au domicile de son parent.

En effet, j'ai pris la décision, bien que mes missions – en tant que professionnelle - ne m'y astreignaient pas¹⁶⁵, d'accompagner Rose dans sa fuite et de l'aider à se mettre à l'abri de la violence mais également à mener sa vie comme elle le souhaitait (si l'on exclut le fait que j'ai largement influencé son choix pour le logement accompagné), mais je ne suis pas pour autant responsable de son choix de quitter le domicile familial, à ce moment précis. En outre, comprendre qu'au-delà de sa vulnérabilité, Rose a des ressources personnelles pour rêver d'autre chose, pour se mettre elle-même au travail, me permet de trouver une place qui convient dans l'accompagnement, c'est-à-dire une place qui laisse à l'utilisateur la responsabilité des actes qu'il engage tout en tentant de soutenir ces actes. Bien que l'on m'ait conseillé de faire rentrer Rose au domicile familial et en parallèle de poursuivre la quête d'un hébergement – alors même que Rose m'a adressé une demande -, je choisis de soutenir l'acte qui permet à Rose de quitter ce domicile, puis de rendre possible son souhait de vivre une autre vie.

Le cadre institutionnel dans lequel se jouent ces accompagnements est extrêmement important. Il permet de soutenir les mesures entreprises par les intervenants, de les encadrer, de les légitimer. C'est en effet, au cœur des missions d'une institution, ses chartes, son projet que l'on trouve la justification de ces actions. Par ailleurs, le cadre institutionnel permet notamment une division du travail et un travail d'équipe. En effet, les institutions d'accompagnement, les équipes mobiles sont majoritairement constituées d'équipes pluridisciplinaires, pour qui le travail d'équipe prend tout son sens.

Comme l'explique Robert Barrett (1998), en psychiatrie, la personne (le patient) est suivie par différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Une division des tâches s'opère entre les infirmiers, les psychologues, les médecins, etc. Le cas – c'est-à-dire le patient défini par les différents professionnels - est segmenté, chacun prenant en charge une part de celui-ci. Puis vient le temps de travail sur la personne complète, notamment durant la réunion de synthèse, soit une réunion où l'on synthétise – non pas au sens de résumer mais bien d'associer, de combiner - le cas.

¹⁶⁴ Elle bénéficie d'une protection pour majeur et perçoit un revenu.

¹⁶⁵ Si ce n'est au regard de la notion d'assistance à personne en danger notamment des personnes en situation de vulnérabilité

« L'équipe peut offrir un « service global », « une élaboration complète » et une « prise en charge globale du patient ». Le produit final du travail d'équipe est une version particulière du cas connue sous le nom de personne complète. » (op. cit., 1998, p121)

Par cette segmentation des cas par les différentes catégories professionnelles qui prennent en charge une dimension spécifique de la personne puis leur synthèse, l'institution crée des « couches d'évaluations cliniques et des définitions professionnelles » (ibid., p. 56) de la personne. Les différents professionnels ou cliniciens la morcellent puis la rassemblent. Ce morcellement a à voir avec l'organisation même de l'institution et permet un regard et partant, des solutions, pluriels sur le cas.

Si l'on revient à l'équipe mobile associative, théâtre des accompagnements de locataires – bien sûr il n'incombe pas à l'équipe mobile de soigner les personnes mais d'évaluer les situations puis de les orienter vers les services *ad hoc* –, sa structure institutionnelle ne permet pas la segmentation du « cas » ni son rassemblement ; elle ne permet pas non plus une approche pluridisciplinaire des situations. Par ailleurs, son dimensionnement, mais également le financement de ses interventions, ne permettent pas à deux professionnels d'intervenir. Bien souvent, les psychologues effectuent seuls les accompagnements¹⁶⁶. Or, la difficulté à trouver des relais dans l'environnement ne permet pas d'orienter les situations rapidement alors même que les troubles psychiques se manifestent et qu'il faut autant que possible contenir la situation. Les intervenants se voient dans l'obligation, pendant un temps, de prendre en considération l'ensemble des dimensions des personnes et de les soutenir afin, d'une part, que la situation locative soit tenable, et, d'autre part, que le locataire aille mieux. Plus précisément, et c'est ce que j'expliquais plus haut, une fois la rencontre avec le locataire amorcée, l'intervenant se retrouve mêlé à la vie de la personne, à sa vulnérabilité, à ses besoins, qu'il a justement la charge d'évaluer. L'empathie est à l'œuvre et l'intervenant réagit par des émotions diverses qu'il engage et qui l'engagent dans la situation – parfois bien plus qu'il ne le faudrait –, alors même que la structure de l'équipe mobile, si elle est isomorphe à la structure du cas, ne permet pas

¹⁶⁶ En tant que cheffe de service de l'équipe, j'ai mené plusieurs discussions avec les bailleurs et l'association gestionnaire de l'équipe mobile afin que soit pris en compte le binôme d'intervenants et pourquoi pas un binôme pluridisciplinaire. J'ai obtenu que soit pris en compte les multiples prises en charge au sein d'un même foyer. En effet, lorsqu'une situation d'un ménage de quatre personnes est adressée à l'équipe, il est fréquent, pour ne pas dire toujours, nécessaire d'impliquer plusieurs psychologues, parfois autant qu'il y a de personnes dans le foyer. Mais le travail en binôme malgré sa pertinence en termes à la fois clinique et sécuritaire (pour les salariés qui pratiquent les visites à domicile) n'a pas été retenu.

de répartir la responsabilité vis-à-vis de la personne et de la prise en charge sur plusieurs membres de l'équipe. Il porte seul l'inquiétude que fait naître la situation.

« L'un des psychologues de l'équipe mobile associative intervient au domicile d'Amarante qui ne se nourrit plus. La situation a été adressée à l'équipe mobile pour donner suite à l'inquiétude croissante du gardien et des voisins. La locataire ne sort plus de chez elle ; ils ne l'ont pas vue depuis plusieurs semaines. En outre, elle est calfeutrée chez elle et n'ouvre à personne. Le psychologue parvient, par une persévérance remarquable, à obtenir qu'elle lui ouvre sa porte. Un lien se noue rapidement entre lui et la locataire en effet très décharnée. Cette dernière a un sentiment de concernement sans limite qui l'amène à imaginer que toute nourriture a été empoisonnée à dessein contre elle. La relation qui se noue avec le psychologue permet à Amarante de lui faire confiance et de lui confier finalement la responsabilité de lui apporter la nourriture saine dont elle a besoin. Il est le seul à pouvoir lui garantir de la nourriture non empoisonnée. Il se retrouve donc impliqué dans un réseau impliquant le centre d'action social municipal (CCAS) et la locataire, lui apportant des colis alimentaires. Tout colis apporté par une autre personne se voit refusé par la locataire qui par conséquent arrête à nouveau de s'alimenter. En outre, le psychologue parvenant à faire ce lien, le CCAS décide de faire cesser l'approvisionnement d'Amarante en colis alimentaire, cette dernière n'étant plus sans aucun suivi et ne nécessitant plus, selon l'institution sociale, d'aide de leur part. » (Observation au sein de l'équipe mobile associative, de septembre 2017 à juin 2018)

La structure même de l'équipe mobile permet difficilement de répartir cette lourde responsabilité sur plusieurs personnes de l'équipe. Il faut impérativement trouver du relai à l'extérieur à la fois pour suppléer le psychologue qui ne peut supporter seul la tâche immense à laquelle il fait face, mais aussi pour faire bouger la situation. En effet, impliqué dans la fonction nourricière, comment peut-il – à lui seul et depuis la place qu'il a prise auprès de la personne – assumer une autre fonction ? Comment peut-il notamment permettre de travailler la question de l'empoisonnement ? La structure même de l'équipe implique qu'elle doit trouver à l'extérieur tout une série de partenaires avec qui un travail d'équipe – entendu au sens qu'en donne Robert Barrett – puisse se mettre en place pour traiter les troubles psychiques. Mais dans l'attente de ce travail partenarial, il n'est pas rare dans l'équipe de jouer une fonction très

particulière dans une situation – une fonction à la limite de ses propres prérogatives – qui coûte beaucoup à l'intervenant en termes de temps, d'engagement et en termes émotionnels.

Au sein de l'équipe mobile, chaque psychologue – et moi-même dans plusieurs situations – accomplit des accompagnements, et par conséquent un travail relationnel, de manière solitaire. Il est rare que plusieurs intervenants accompagnent une même personne. Les réunions d'équipe sont des moments où l'équipe échange – communique – sur les situations mais il n'y a pas de travail de synthèse et il ne s'agit pas de porter à plusieurs la responsabilité des suivis, de répartir le poids de celle-ci. Chacun doit faire face aux manifestations – touchant toutes les dimensions de la personne – des troubles psychiques.

Dans ma position de cheffe de service, j'ai tenté de porter avec chacun des psychologues une part des situations qu'ils suivaient, notamment pour ce qui relevait de la dimension sociale des personnes suivis. J'ai accompagné les psychologues dans certaines de leurs visites à domicile, je suis intervenue auprès de partenaires (tels que le juge des tutelles, auprès des bailleurs, auprès des services sociaux, de la psychiatrie publique, etc.), j'ai partagé – dans les limites que posent le simple fait de ne jamais avoir rencontré la personne – une part de leurs inquiétudes, prenant à ma charge les décisions pénibles (comme le fait de signer par exemple la demande de soins sous contrainte). En revanche, en tant qu'intervenante, pour ma part, je me suis trouvée isolée ne pouvant m'en remettre à un tiers – direction des soins ou direction hiérarchique - m'indiquant la marche à suivre ou partageant avec moi le poids de la responsabilité du suivi ou encore une répartition des fonctions entre plusieurs intervenants.

Ces précisions sur l'organisation même de l'équipe permettent de comprendre le contexte des accompagnements et partant l'acuité des émotions.

Par ailleurs, outre l'inquiétude, les doutes ont fait partie de mon quotidien tout au long de l'accompagnement de Rose. Au-delà des doutes, d'une part, cela a pu me faire jouer plusieurs rôles auprès de Rose, ce qui a pu être délétère pour le lien tissé avec elle et, d'autre part, cela a pu m'empêcher de mettre en place certaines actions, ne pouvant intervenir autrement de l'endroit où je me situais par rapport à la personne.

La structuration même de l'équipe mobile rend le travail de coordination primordial afin justement de pouvoir intervenir dans la durée sur l'ensemble des dimensions des personnes et depuis des places tout à fait différentes. En effet, sans pluridisciplinarité et par le fait d'accompagner seul une personne, l'intervenant de l'équipe mobile est dans l'obligation de faire appel à des partenaires dont les fonctions diffèrent des siennes. Cela permet à nouveau de

segmenter le cas, où dit-autrement d'effectuer une division des tâches entre les différentes institutions, ce qui évite de devenir omnipotent et d'occuper toutes les fonctions auprès de la personne, puis de synthétiser le cas et de négocier un objectif commun et un schéma d'intervention.

Pour l'heure, pour revenir au travail d'intervention, après avoir vu l'incidence des émotions sur le travail relationnel mais également sa part dans le travail d'intervention, je propose de développer le rôle de la connivence – comme outil – dans le travail d'intervention.

La connivence

Dans le travail collaboratif d'ethnographie de l'aide à domicile (Guichet, Hénaut, Hennion et Vidal-Naquet, 2012), les chercheurs définissent la connivence par dérivation comme une ruse. Il s'agit finalement par l'humour « d'esquiver les situations embarrassantes » (*ibid.*, p. 304) ou encore de faire passer un message à la personne que l'on accompagne.

Comme je l'ai déjà précisé, je distingue pour ma part la connivence de la connivence par dérivation. En effet, par des situations partagées, sur la durée, une entente se tisse entre les interactants qui construisent une sorte de monde commun basé sur des souvenirs en commun ou encore le partage de sentiments, d'émotions.

Dans le cadre du travail d'intervention accompli auprès de Rose, ce monde commun m'a permis de l'influencer dans le choix qui se présentait à elle : le logement diffus ou le logement accompagné.

Des propositions d'appartements – faites l'une par le bailleur social dans le cadre de la protection des personnes victimes de violences intrafamiliales vivant dans le parc immobilier mais non titulaire en titre d'un bail et l'autre par le CHRS à qui un dossier d'admission avait été envoyé – sont faites à Rose alors que je l'accompagne depuis plusieurs mois. En effet, je la rencontre au mois d'octobre et ces propositions de logements lui sont faites aux alentours du mois d'avril.

Beaucoup d'évènements se sont succédé et notre relation s'est renforcée par la gestion de ces divers évènements, le vécu commun de ces évènements. Ces évènements variés, des moments partagés dont on peut se souvenir, construisent des récits communs à elle et moi. En effet, durant sa fuite du domicile familial, je l'accompagne d'hôtel en hôtel et parfois lui rapporte à manger. Je finis par connaître ses goûts alimentaires et son café préféré. Je l'accompagne chez

l'ophtalmologue pour sa première paire de lunettes. Je lui rends visite à l'hôpital durant son hospitalisation, discutant avec elle, bien sûr, mais aussi avec les soignants et l'assistante sociale de l'hôpital. Je l'accompagne jusque dans sa chambre au FAM – elle a obtenu un hébergement provisoire dans un FAM à sa sortie de l'hôpital, ce qui nous a laissé le temps de trouver un appartement – et me rend compte qu'elle m'a désignée comme personne de confiance. Je l'accompagne lors de la visite de l'appartement que lui attribue le bailleur social. On imagine comment positionner les meubles, ce dont elle aura besoin. Je suis avec elle, à sa demande, lors de l'entretien avec deux professionnels du CHRS en vue de son éventuelle admission. Par ailleurs, nous avons préparé ensemble l'entretien, notamment autour de sa vie de couple – les professionnels du CHRS ne souhaitaient pas qu'elle emménage avec son compagnon. Il faut les convaincre et on répète ensemble ce qu'il convient de dire pour qu'ils acceptent – notamment que Mimosa peut pallier les difficultés de déplacements de Rose et, en outre, cet appartement accompagné peut être un moyen sécurisé d'apprendre à vivre en couple. Je suis présente le jour de son entrée (avec Mimosa) dans son appartement.

En quelques mois, une histoire s'est écrite dans laquelle nous partageons un ensemble de souvenirs. Ils sont tous liés à Rose, on ne peut pas confondre cette relation avec une relation amicale. Néanmoins, les émotions, l'affection, sont présentes ainsi qu'un monde commun qui solidifie notre relation.

Alors que Rose a besoin de faire renouveler sa carte d'identité, je l'accompagne chez le photographe tout proche du FAM où elle réside provisoirement pour faire des photos d'identité.

Le photomaton le plus proche est en panne et ses difficultés de déplacement nous amènent à privilégier la proximité. Je lui propose de la coiffer puis de la conduire jusque dans la boutique.

Sur le chemin, nous marchons à son rythme et nous discutons. On longe un parc, ce qui l'amène à évoquer sa rencontre avec Mimosa, qui a eu lieu dans un parc. Elle me raconte sa vie au domicile familial, que parfois elle parvenait à s'échapper de la maison et errait alors dans les rues, nuit et jour, jusqu'à ce qu'épuisée, elle retourne chez Lotus. Lors de l'une de ses évasions, elle se repose dans un parc et fait la rencontre de Mimosa. C'était avant qu'elle ait ses problèmes de santé. Petit à petit, ils tombent amoureux. Quand elle fuit à présent, elle sait où aller.

Elle me raconte alors les différentes crises aiguës qui l'ont laissée en situation de handicap. Ses membres inférieurs sont très amoindris, elle se déplace très difficilement.

Malgré tout, son histoire d'amour se poursuit. Mimosa ne peut proposer de vivre avec elle. Il vit avec sa mère et n'imagine pas du tout une vie plus autonome.

Elle me raconte, lors de cette promenade jusque chez le photographe, combien sa vie s'est dégradée depuis son handicap. Elle ne peut plus fuir – hormis avec l'alcool. En entendant ma voix, lors de mes visites à Lotus, elle a pensé qu'il existait peut-être une chance de fuir à nouveau.

On se rappelle alors toutes les deux le jour où elle m'attendait sous le porche de l'immeuble. Elle n'avait plus peur, elle avait pris sa décision : elle n'y retournerait plus quoi qu'il arrive.

On se rappelle sa première nuit à l'hôtel. Elle n'y était jamais allée, elle n'avait jamais été seule. Elle était entre peur et soulagement. Je lui raconte ce que j'ai ressenti de mon côté ce jour-là. La laisser seule dans la chambre d'hôtel m'avait attristée. La journée avait été vraiment éprouvante.

Au retour, les photos en poche, la conversation est plus légère, le temps qu'il fait, la nourriture au FAM et ses voisins. Elle semble détendue, plus sereine.

Encadré 10. Quelques éléments de vie de Rose, locataire non titulaire du bail d'un logement autonome – Observations réalisées en février 2018

Cette connivence, comme je l'indiquais plus avant, passe par des événements partagés, et les souvenirs communs que l'on peut se rappeler, comme dans le passage que je rapporte ici. Le monde commun se tisse dans la conversation (Berger et Luckmann, 2012), c'est-à-dire que les événements mis en mots dans le récit que l'on en fait durcissent la relation et le partage d'un monde commun. Outre le vécu de ces moments, c'est leur mise en récit qui construit ce monde commun.

Ce partage, cette connivence, contribue donc à solidifier la relation entre Rose et moi. C'est l'un des outils relationnels utilisés dans les accompagnements et c'est par ailleurs l'un des outils du travail d'intervention qui consiste à influencer la personne que l'on accompagne.

Il reste, maintenant que les outils permettant à nouer et solidifier la relation ont été décrits, à voir comment l'on s'y engage et ce qu'on y engage, à voir le moment même de l'intervention d'influence ou d'ingérence, c'est-à-dire le moment où l'on suggère ce que l'on pense bien pour l'autre.

La suggestion

Comme on l'a vu jusqu'ici, le travail d'intervention est rendu possible par une série d'outils utilisés par l'intervenant et capables d'effectuer un travail de transformation. L'empathie qui permet de comprendre l'autre et de réagir à ses sentiments sans lui nuire, les émotions qui engagent et sont engagées mais également la connivence qui est de deux natures distinctes : le

temps passé ensemble, c'est-à-dire les événements que l'on partage, mais également le récit commun que l'on produit autour de ces événements.

Ces outils préparent finalement le contexte favorable au travail de suggestion à proprement parler. C'est un aspect différent du travail thérapeutique qui est une succession d'étapes. Les outils comme l'empathie, le tact, les émotions ou la connivence ne sont pas de simples éléments de contexte mais bien des étapes à part entière du travail thérapeutique. Celui-ci est complexe puisqu'il faut repérer la défaillance qu'il s'agit de réparer puis la réparer, ce qui implique des outils à mobiliser et des actions à mettre en œuvre. Par ailleurs, l'action de réparer ne relève pas d'un travail « procédurable », c'est-à-dire que l'on peut encadrer par une procédure alors reproductible à l'identique. C'est un travail singulier et unique à chaque personne qui, en outre, n'est jamais assuré. Il nécessite de plus un travail de la part de la personne accompagnée, qui doit impérativement y adhérer, faute de quoi la réparation ne peut se faire.

Dans le cadre du travail d'intervention, la complexité est moindre, mais pas le cadre éthique qui reste tout aussi important. Il semble en effet du fait même de l'asymétrie des relations engagées, des ressources – parfois vraiment maigres – des personnes vulnérables, qu'il soit plus facile de suggérer, d'influencer, de persuader que de réparer, ce qui nécessite encore une fois une action dont la personne accompagnée est la seule bénéficiaire.

La suggestion ou le travail de suggestion est donc ce travail particulier qui permet d'influencer la personne que l'on accompagne.

Avec Rose, ce travail s'amorce lorsqu'il faut faire un choix entre deux logements, l'un en diffus et l'autre accompagné.

Comme je l'ai dit plus tôt, une conversation avec Mimosa m'avait convaincu de l'importance d'un logement accompagné car il prenait doucement conscience des difficultés multiples de Rose et du soutien dont elle avait besoin. Plus important encore, il prenait conscience également de ses propres besoins de soutien, des besoins jusque-là satisfaits par sa mère.

Après avoir pris la décision de les persuader de prendre le logement accompagné, bien que le CHRS se soit montré réticent dans un premier temps à leur vie en couple, et que l'appartement ne soit pas pérenne (dix-huit mois renouvelable une fois), je choisis de parler avec Rose et Mimosa un après-midi, lors d'une visite au FAM où elle réside provisoirement. Cette conversation n'est pas simple car je ne souhaite pas leur renvoyer l'image de personnes « déficitaires » mais plutôt de personnes qui ont besoin de temps pour diminuer les soutiens dont ils ont besoin encore pour pouvoir être autonomes.

Une fois tous les trois, je choisis de dire clairement qu'ils doivent prendre le logement accompagné – je connais déjà les différents arguments pour et contre du couple. Si bien

que je leur donne immédiatement les raisons qui orientent mon choix : il s'agit des soins de Rose et de son suivi au CMP, des soutiens dont Rose a besoin, notamment dans ses déplacements, mais il s'agit également de la mère de Mimosa, qui ne vit pas loin de l'appartement et que le couple pourra aller voir.

Rose pense que Mimosa peut la suppléer mais je perçois – depuis quelques jours – que Mimosa s'inquiète. Je propose également d'aborder le sujet en évoquant les inquiétudes de Mimosa. Ce dernier rebondit sur mes dires et exprime qu'il a peur de laisser Rose seule quand il va travailler. Il ne pourra pas l'aider dans la journée, elle sera seule dans l'appartement. Savoir que l'équipe du CHRS est là le rassure.

Je soutiens les propos de Mimosa et demande à Rose d'exprimer ses propres inquiétudes ou ses envies. Pour elle, l'inquiétude réside dans le fait que l'appartement du CHRS n'est pas pérenne. La peur de devoir retourner vivre chez Lotus est toujours présente. Le logement diffus lui a été attribué et il n'y a pas de durée limite. Mais malgré tout elle a peur de rester seule lorsque Mimosa va aller travailler, elle a peur de ne pas réussir à vivre de manière autonome, d'autant plus que je ne serai plus là.

Je les rassure tous les deux sur leurs capacités à vivre de façon autonome. J'exprime à Rose la façon dont sa détermination a pu m'impressionner ainsi que le fait qu'elle a davantage de ressources qu'elle ne le croit. Par ailleurs, je lui explique que le CHRS ne pourra pas les laisser partir si l'équipe ne leur a pas trouvé un autre appartement et par ailleurs, d'autres mesures d'accompagnement pourront être décidées (comme l'ASLL par exemple).

Je rappelle également la localisation des deux appartements et le fait qu'aucun des deux n'a jamais vécu ailleurs, dans une autre commune. L'appartement accompagné est dans la ville où ils ont toujours vécu, alors que l'autre est plus loin. Loin de tous leurs repères.

Mimosa est acquis à ma cause. Les inquiétudes de Rose perdurent sur l'éventualité de retourner chez Lotus, bien que je lui rappelle tout ce qu'elle a mis en œuvre pour ne jamais y retourner. Elle finit par donner son accord.

Encadré 11. Quelques éléments de vie de Rose, locataire non titulaire du bail d'un logement autonome – Observations réalisées en mai 2018

Ce travail de suggestion est une sorte de ruse, dans le sens où il s'agit de persuader une personne, de trouver les arguments qui le permettront et donc « *d'obtenir des résultats* » (Guichet, Hénaut, Hennion et Vidal-Naquet, 2012, p. 295)

Le rapport à la ruse est ambivalent car, si elle permet d'obtenir des résultats,

« elle mobilise des comportements comme le mensonge, la dissimulation, la simulation, l'imposture et finalement la duperie. [...] Son utilisation est plus discutée lorsque la ruse vise les intérêts de celui qui est dupé. Goffman (1991) classe par exemple dans les

« fabrications bénignes », les « machinations protectrices » que sont les divers stratagèmes déployés à l'insu de la personne dans l'intérêt de celle-ci .» (op. cit., 2012, p. 295)

Dans l'ingérence que j'ai relatée plus haut, il ne s'agit pas de duperie ni de mensonge. Il s'agit surtout de ne pas tout dire, il s'agit plutôt de dissimulation. Il s'agit, en effet, pour moi de taire mes doutes quant à la résistance de Mimosa et sa capacité à suppléer Rose (son envie même), mais également de taire mes propres inquiétudes quant à leur capacité à tous deux de vivre sans accompagnement. J'ai ressenti un doute quant à la possibilité pour eux de poursuivre les soins de Rose malgré les difficultés rencontrées – la distance, le traitement administratif des soins, mais aussi de l'appartement, etc. La seule présence de la mesure de protection m'est apparue bien fragile face à la vulnérabilité de Rose. Prise dans la tension liberté-sécurité, j'ai privilégié la sécurité et privilégié donc le logement accompagné sans en expliciter toutes les raisons.

Cette ruse – simple au départ – s'est ensuite croisée avec celle de Mimosa, qui lui-même a dissimulé les doutes qu'il m'avait exprimés plus tôt.

Cet outil, comparativement aux autres, est celui qui m'est le plus difficile à légitimer car, bien qu'il se déploie dans l'intérêt – selon moi - de la personne, il renferme également une part qui concerne l'intervenant c'est-à-dire qu'il permet d'obtenir un résultat visant – outre le bien de la personne – à le rassurer.

Les dissimulations sont utilisées pour ne pas défigurer les personnes mais également parce que ce qui ne peut se dire relève de l'impression, du jugement. Finalement, je ne sais pas si Rose et Mimosa auraient pu vivre de façon autonome. Il faut bien souvent se garder de faire des prédictions en la matière.

Dans les associations de logements gérées par les secteurs de psychiatrie, les équipes l'expriment souvent. On ne peut prédire la manière dont la personne habitera son logement, son autonomie, etc.

En revanche, dans l'histoire de Rose, je suis inquiète par la vie qu'elle a menée durant quarante ans. En effet, je poursuis les accompagnements chez Lotus et je sais comment Lotus et Rose ont habité leur logement. D'autre part, il y a la question du handicap moteur qui, tout de même, grève ses capacités de mouvement, de déplacement.

Il m'apparaît donc raisonnable de faire le choix de l'appartement accompagné au point d'utiliser la ruse pour le suggérer.

Comme je l'indiquais, cet outil nécessite un véritable cadre éthique que je vais développer à présent.

b. Ordre de légitimité : l'éthique

Comme je l'indiquais précédemment, et pour reprendre le cadre d'analyse des pratiques professionnelles relationnelles proposé par Lise Demailly, les actions entreprises par les professionnels ne sont pas « *suspendue[s] dans un vide social, elle[s] s'incri[ven]t dans des ordres de légitimité* » (*op. cit.*, 2008, p. 121). Les actions comprises dans le registre de l'intervention s'inscrivent également dans un ordre de légitimité, celui de l'éthique, qui permet d'une part de les encadrer et d'autre part de les justifier.

Alors que le registre d'action de l'intervention nécessite la suggestion, il est important d'encadrer les pratiques par un ordre éthique de manière à orienter l'action vers ce qui est juste pour le bénéficiaire de l'action.

En effet, l'intervention en tant que registre d'action – telle qu'elle est définie par Lise Demailly – induit la suggestion, la volonté d'influencer l'autre.

« Selon Le Petit Robert, le mot « suggestion » revêt une connotation fondamentalement négative (Abella, 2012). Nous lisons : « Le fait d'influencer quelqu'un, de lui dicter sa conduite pour en tirer profit. » Ou encore : « Le fait d'avoir une croyance, une idée, un désir, par l'effet d'une influence extérieure sans prise de conscience de cette influence. » Cette connotation abusive, où l'on fait violence à l'autre à son insu, est joliment rendue par une citation de Victor Hugo qui en donne une image visuelle puissante : « la suggestion... qui consiste à faire dans l'esprit des autres une petite incision où l'on met une idée à soi ». Une acception moins négative est toutefois aussi admise : « Idée, projet que l'on propose, en laissant la liberté d'accepter, de faire sien ou de rejeter. » [...] on exerce une influence sur l'autre de sorte qu'une idée ou un désir soit instillé dans l'individu par l'effet de l'influence extérieure. La différence entre [la suggestion et la séduction] réside alors essentiellement dans la nature de ce qui est instillé : nous parlons plus volontiers de suggestion lorsqu'il s'agit d'une idée, alors que la séduction évoque plutôt un désir, une pulsion. De là découle une nuance importante : en parlant de suggestion, nous faisons référence à une idée qui est introduite de l'extérieur. Dans la séduction, au contraire, il y a souvent l'idée implicite de quelque chose (un désir, une pulsion) qui existe

chez le sujet, du moins potentiellement, et qui est réveillé par autrui. » (Abella, 2017, p. 25-26)

De cette définition – aussi bien négative que positive –, on peut retenir que, quoi qu’il en soit, la suggestion comme outil induit en soi une relation asymétrique entre le donateur et le destinataire de l’action. L’un est en mesure d’influencer l’autre et le transfert qui intervient dans la cure peut en soi faciliter ce phénomène, l’autre est en position de recevoir cette suggestion, il est influençable.

Dans la cure psychothérapeutique – ou psychanalytique – ce travail de suggestion existe, même si

« Freud, tout en reconnaissant le caractère inévitable de la suggestion, avait opposé l’or pur de la psychanalyse au cuivre de la suggestion qui peut plus facilement opérer dans la psychothérapie. » (op. cit., 2017, p. 23)

Comme l’explique Danielle Sivadon et Jean-Claude Polack (1991),

« Freud invite à chercher les traces [du noyau de vérité refoulé] dans les rêves, les associations libres, les symptômes et les comportements des patients. Mais aussi dans ses actions, « qu’elles soient importantes ou insignifiantes, qu’elles s’effectuent dans la situation analytique ou ailleurs... ». Le traitement de ces traces [...] tient plus d’un constructivisme que d’une reconstruction : sa tâche (l’analyste) consiste à reconstituer ce qui a été oublié à partir de traces qui en sont restées, ou plus exactement à le construire. [...] La construction est un véritable tableau, une fiction biographique « digne de confiance ». Elle ne se vérifie ni par l’assentiment ni par la dénégation du patient ; mais toujours de manière indirecte. La production de « nouveau » est relancée par les « hypothèses » de l’analyste. [...] une conjecture de l’analyste devient une conviction du patient. A ce point Freud se sent tenu de se défendre de l’imputation de « suggestion » ; il plaide pour le bon usage de celle-ci. » (op. cit., 1991, p. 12-13)

Si les psychologues cliniciens d’orientation psychanalytique sont, par leur formation même, amenés à réfléchir à la suggestion (Bernheim, 201 ; Carroy, 1991 ; Bioy, 2012 ; Abella, 2012, 2017) au transfert et à leurs effets, et par ailleurs, sur le bon usage de ceux-ci, l’intervenant non-

psychologue, lui, ne l'est pas toujours. Pour autant, ce mécanisme n'est pas propre à la cure analytique ou psychologique. Joseph Rouzel (2014, 2018) le montre dans la relation éducative qui n'échappe pas aux échanges transférentiels, un mécanisme qui peut être à l'œuvre dans d'autres cadres. Il est important alors d'en prendre conscience afin de limiter son influence ou les suggestions et surtout de limiter ce pouvoir à l'intérêt du bénéficiaire de l'action.

Comme on le voit, d'un point de vue éthique, le registre d'intervention nécessite, en tant que travail de transformation et en tant que « pouvoir de suggestion » un travail préalable sur soi et sur l'idée que l'on veut suggérer à la personne, et ce en trois étapes.

Il faut d'ores et déjà prendre conscience de ce pouvoir de suggestion, en comprendre les mécanismes et les repérer.

Puis il convient de regarder objectivement – comme un objet hors de soi – l'idée que l'on veut suggérer à la personne. Cette idée doit être dans l'intérêt de la personne suggestionnable.

Car il faut prendre conscience de la place qu'occupe la personne que l'on accompagne dans la relation et c'est la troisième étape de ce processus éthique de suggestion. Du fait de notre intrusion à son domicile, sans qu'elle en ait fait la demande parfois, de ses besoins aussi bien en termes sociaux qu'affectifs ou médicaux, et des effets de la relation, la personne auprès de qui l'on intervient est « *influençable, manipulable suggestionnable* » (*ibid.*, 2008, p. 117) – bien que l'on ne se situe pas tout à fait dans le registre de persuasion dans lequel il s'agit de modifier les désirs et changer les comportements.

Dans l'intervention auprès de Rose, il m'a donc fallu regarder notre relation de manière objective. Si l'on repense à l'amorce même de cette relation et la manière dont elle me « confie » son avenir (« je n'y retournerai plus ! »), certes, elle n'est pas sans demande, puis au soutien que je lui apporte pour soutenir son désir de fuir le domicile de Lotus, Rose se trouve bel et bien dans une position non équivalente à la mienne. Sa vulnérabilité la rend dépendante de mes actions et du fait de ce simple fait, elle peut être influençable.

Comme on l'a vu plus tôt à travers les recherches de Paul Brodwin (2013) et de Jerry Floersch (2002), les *case managers*, dont ils ont étudié les pratiques, usent de la dépendance de leurs clients – notamment la dépendance à l'argent puisque les *case managers* assument également les fonctions de mandataires (*representative payee*) - pour intervenir sur leurs comportements, leurs manières d'agir, de consommer, d'habiter, etc. Ils se situent dans un registre d'action d'intervention très affirmé où le droit d'ingérence est légitimé par l'intérêt du bénéficiaire, cet

intérêt étant de vivre dans un logement diffus. Comme le dirait Ann Lovell (1996), les *clients* sont placés au cœur de la relation dans un volontarisme contraint.

Bien que mon pouvoir soit bien moins grand que celui d'un *case manager* dans la situation de Rose, il me faut prendre conscience de l'étendu de celui-ci, malgré tout. En effet, je suis en relation constante avec sa mandataire judiciaire et ai même une forte influence sur ses décisions. Par ailleurs, je suis la seule intervenante de proximité auprès de Rose. D'autres acteurs sont impliqués, comme effectivement la mandataire judiciaire ou encore la conseillère sociale du bailleur, mais je suis celle avec qui la relation se noue, je suis celle qui pratique la rencontre.

En outre, je suis destinataire d'un important transfert de sa part. Ces éléments me confèrent une position particulière auprès de Rose, une position à laquelle je dois être particulièrement attentive pour agir dans son seul intérêt.

J'ai décrit plus haut ma réflexion quant au fait de suggérer à Rose le logement accompagné plutôt que le logement dans le diffus, précisant que ma volonté de transférer mon inquiétude quant à elle à une autre équipe a participé à mon souhait de la voir plutôt dans le premier que dans le second. Néanmoins, je me suis contrainte à mettre de côté ce besoin personnel de réassurance pour ne voir que l'intérêt de la personne accompagnée et son entourage.

En outre, dans la pratique – bien davantage que dans le raisonnement – Rose n'est pas si dépendante qu'elle semble l'être. Comme je l'ai déjà précisé, elle fait montre d'une détermination remarquable et conserve une certaine autonomie dans ses pensées, ses positions et ses décisions.

Bien que notre relation soit solide et solidifiée par des événements que nous partageons mais également le récit commun que l'on en fait, elle garde tout au long de l'accompagnement une certaine distance, consciente qu'elle est de la nature même de notre relation. Je ne suis pas une amie ou un parent, je suis une professionnelle. D'ailleurs, elle ne m'appelle pas le week-end ni en soirée, elle comprend mes liens avec le bailleur social de Lotus et comprend également que lorsqu'elle intègre le logement accompagné avec Mimosa, mon accompagnement doit prendre fin. Elle le comprend et je fais l'hypothèse par ailleurs que cela la protège d'une dette envers moi (ou envers n'importe lequel des intervenants). En effet, le fait que l'intervenant soit un professionnel – rémunéré pour accomplir sa tâche – peut permettre de ne pas considérer l'action de l'intervenant comme un don, ou alors un don non pas de l'intervenant mais de la société qui vient en aide aux plus vulnérables. Dans le contrat social, la personne vulnérable a des droits, ce qui est le cas de Rose qui a un statut de personne en situation de handicap et perçoit de ce

fait une Allocation Adulte Handicapé. En outre, comme j'ai pu l'observer avec elle, avoir le statut de majeur protégé peut protéger la personne des responsabilités qu'elle ne souhaite pas nécessairement assumer.

En réalité, bien que vulnérable, Rose a des ressources qui n'en font pas une personne si suggestionnable. Elle conserve une certaine autonomie dans ses prises de décisions ce qui lui permet d'occuper une place moins asymétrique qu'on pourrait l'imaginer.

Néanmoins, la suggestion comme outil du registre d'action de l'intervention doit s'inscrire dans un ordre de légitimité éthique afin de ne pas perdre de vue la personne bénéficiaire de l'action, son libre arbitre, ses décisions et ses désirs.

L'accompagnement de Lavande illustre bien ce processus éthique essentiel au travail de suggestion. En effet, le bailleur social, dans cette situation, a usé de la ruse pour obtenir du psychologue qu'il intervienne. Le but de l'action n'était pas l'intérêt de la personne mais l'intérêt du bailleur. Pour le psychologue, percevant la duperie, il n'est pas possible d'adopter un registre d'action de l'intervention - il reste en effet dans un registre thérapeutique.

Il est heureux que dans la situation de Rose, un objectif commun ait pu être trouvé avec le bailleur social, qui, il faut le souligner, a pleinement contribué – dans la limite de ses prérogatives – à l'accompagnement. En attribuant un logement à Rose, il a contribué à renforcer son estime d'elle-même. En effet, elle a été perçue par le bailleur comme digne de confiance et comme capable d'être titulaire d'un bail. En cela, l'action du bailleur s'inscrit dans un registre d'action thérapeutique.

Dans les liens qui unissent les bailleurs sociaux et l'équipe mobile associative, comme on l'a vu dans la situation de Lavande, mais également avec Myosotis, l'ordre de légitimité néo-bureaucratique peut tout à fait conduire les pratiques dans une direction qui n'est pas nécessairement celle qui convient. En effet, l'équipe mobile est soumise à des résultats appréciés par le bailleur social et non pas la personne bénéficiaire de l'action ; pour répondre aux demandes du bailleur, les membres de l'équipe mobile peuvent être tentés de satisfaire les « *critères de l'organisation employeuse* » (*ibid.*, 2008, p. 122). Dans la situation de Rose, qui par ailleurs n'a pas causé de troubles dans l'appartement de Lotus – elle n'est pas à l'origine des plaintes du voisinage ni de la demande du bailleur à l'équipe mobile -, le bailleur social n'a pas exigé de critères particuliers ni n'a ingéré dans la situation.

Le travail d'intervention, qui induit la suggestion, peut-être encore davantage que le travail thérapeutique nécessite un cadre éthique permettant aux interactants de ne pas se nuire et

permettant ainsi de rééquilibrer la relation qui peut être très asymétrique du fait même de la situation de vulnérabilité de l'un d'eux. Par ailleurs, invoquant la ruse, le travail de suggestion nécessite d'autant plus une position éthique permettant de ne pas glisser vers la duperie. Il s'agit de convaincre de ce qui semble à l'intervenant être la meilleure décision, en mettant en œuvre la confiance, la bienveillance et l'accueil inconditionnel. Il s'agit de convaincre mais pas de normaliser ou obtenir un comportement normalisé, mais plutôt, dans le cadre d'une relation intersubjective, de donner des ressources supplémentaires à la personne, comme notamment une certaine anticipation liée à l'expérience.

Pour conclure, le travail envers Autrui visant la transformation, qu'il relève du thérapeutique ou de l'intervention, fait indéniablement partie du travail relationnel. Il tend à permettre de prendre soin des personnes en les transformant, des transformations se situant sur un continuum allant des idées, des opinions aux manières d'agir, de penser ou de sentir. On peut apparenter ce travail à la socialisation qui permet d'incorporer les règles et valeurs de la société. En effet, l'intervenant doit pouvoir exercer une influence permettant de réparer, rééquilibrer, mais également de suggérer, de modifier les conduites, etc.

Ce travail nécessite différents outils comme on l'a vu, que ce soit l'empathie et les émotions - qui servent à accomplir le travail, soit une dimension quantitative de ce travail, mais également à accomplir le travail d'une certaine manière, soit une dimension qualitative du travail -, la connivence ou encore (pour le registre de l'intervention uniquement) la suggestion. Ces outils ne peuvent être maniés sans s'inscrire dans un ordre de légitimité – qui permet à la fois d'éclairer les intentions de l'agent mais également de justifier ces actions.

Avec le travail de transformation, comme on l'a vu, l'ordre éthique est primordial : ce travail doit être accompli dans l'intérêt de son bénéficiaire. En effet pour que l'action soit justifiable, elle doit être pensée et mise en œuvre *uniquement* pour le bien de la personne.

On a vu que d'autres ordres de légitimité peuvent prévaloir, tels que l'ordre de légitimité néo-bureaucratique, puisque l'équipe mobile intervient dans un contexte social et doit répondre aux demandes de son « donneur d'ordre ». Dans le cas de l'équipe mobile associative, ce « donneur d'ordre » est le bailleur et la relation est contractualisée.

Dans une équipe soignante de la psychiatrie publique, le lien avec le donneur d'ordre est beaucoup moins direct. L'Etat finance les Agences Régionales de Santé qui financent alors les ressources sanitaires sur le territoire de la région. L'hôpital départemental perçoit une dotation

qui lui permet de mettre en place ou de maintenir les différentes structures ou dispositifs. Ces équipes soignantes publiques se placent davantage dans un ordre de légitimité bureaucratique, répondant à « *la loi, au respect de l'obligation de moyens. C'est l'appareil bureaucratique qui évalue, en fonction du droit* » (*ibid.*, p. 121), comme la cours des comptes (1991, 2021) notamment.

Dans cette présentation, j'ai détaillé et décrit les registres d'action thérapeutique et d'intervention à partir de deux accompagnements que j'ai réalisés. Pour autant, comme je l'indiquais au début de cette section, d'autres registres d'action peuvent être subsumés dans la catégorie du travail de transformation, tels que le registre éducatif ou didactique et le registre d'action du management, avec la mise au travail de la personne, et le registre de la persuasion. Il me semble que le registre du management est à l'œuvre dans les deux registres présentés ci-dessus, en effet, chacun d'eux nécessitent de la part de la personne un travail sur elle-même puisqu'ils visent une transformation. Le registre de la persuasion, quant à lui, est proche de celui d'intervention – ce dernier aboutissant à une action concrète quand le premier est sur le plan des idées. Par ailleurs, le registre de la persuasion peut être subsumé dans celui de l'intervention, c'est-à-dire qu'il peut être un préalable à une action concrète. Aussi j'ai choisi de ne pas développer de modèles purs appartenant à ces registres, les actions de l'équipe mobile associative ne relevant d'eux que de manière hybride.

Outre les registres d'action divers déployés dans le travail sur autrui, on a pu voir également à partir des deux accompagnements proposés que le travail de la personne accompagnée est tout à fait indispensable. Sans ce travail fourni par elle, le travail de transformation ne saurait fonctionner. Il est également très exigeant vis-à-vis de l'intervenant. Celui-ci en effet déploie un ensemble d'actions qui l'engage beaucoup, qui exige beaucoup de lui, de sa personne (le professionnel est lui-même l'outil de la relation).

Comme on le disait en introduction de ce travail de thèse, l'accompagnement, l'intervention ou la prise en charge – peu importe finalement le nom qu'on lui donne pourvu que l'on prenne en compte sa nature – est un fait relationnel qui implique deux personnes, deux agents en interaction, qui échangent. En l'occurrence, à partir des observations que j'ai pu faire durant mon terrain, on se rend compte que l'intervention est le fait de deux personnes – au-delà des statuts professionnels puisque des émotions s'engagent dans ce travail – et ce qu'elles échangent peut varier en fonction de l'objectif de l'intervention et de l'implication de chacun. Les personnes peuvent échanger du soin, c'est-à-dire des éléments thérapeutiques sous différentes formes (de la compréhension, des émotions, de la reconnaissance, etc.), elles

peuvent échanger également des points de vue et des idées – dans le cadre de la suggestion -, elles échangent également un attachement, une affection qui peut servir de base au travail à accomplir.

Outre le travail de transformation, l'intervenant peut également mettre en œuvre un d'accompagnement dans cet échange relationnel, un travail qui aura alors d'autres visées que le précédent mais qui n'en reste pas moins un fait relationnel. Ce dernier est mis en œuvre à partir d'autres registres d'action que nous allons voir à présent.

II. Le travail envers autrui : le registre d'action assistantiel

Si le travail envers autrui peut viser à transformer – même à la marge – les interactants, transformer leurs sentiments, leurs émotions, transformer leurs avis sur un point précis, sur eux-mêmes, les réparer – c'est-à-dire adoucir une souffrance en instaurant par exemple de la confiance -, il peut viser également à accompagner les personnes. On a pu voir ci-dessus que ce travail envers autrui visant une transformation nécessite l'adhésion de son destinataire, et que cette dernière ne s'obtient pas par la ruse mais par la relation intersubjective qu'il a fallu tisser avec lui.

Le travail d'accompagnement, pour sa part, peut s'accomplir après un travail de transformation, mais il est impératif que la personne consente à l'action, pour qu'elle puisse être mise en place. On peut également tout au long de cette action avoir besoin de poursuivre le travail de transformation, tout comme le travail d'adhésion. C'est même l'un des principes de la démarche que j'ai déployée auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, c'est-à-dire ne pas considérer le consentement pour acquis et le rechercher à chaque rencontre.

Dans ces deux types de travail – le travail de transformation ou le travail d'accompagnement - , qui peuvent tout à fait être concomitants, il s'agit d'accomplir un travail avec la personne – l'intervenant et la personne accompagnée fournissent un travail qui les transforme ou qui permet d'organiser ou de fournir une aide ou un soutien - et partant avec son accord.

C'est le cas de Myosotis notamment lorsque sa fille quitte le domicile. Il ne sort pas de chez lui et n'est pas en mesure de faire ses courses. Il faut rapidement mettre en place une assistance permettant de satisfaire ses besoins primaires. Sa situation étant très largement dégradée, bien qu'il ne consente pas facilement à formuler des demandes, il me demande de l'aide. Je sais pour autant qu'il éprouve toujours des réserves et inquiétudes quant à mes intentions, mais nécessité faisant loi, il demande de l'aide – sans vraiment la formuler clairement - que je dois honorer tout en gardant en tête sa méfiance.

A la fin du mois d'octobre 2017, la fille de Myosotis quitte le foyer familial. Ce dernier se retrouve seul, alors qu'il est dans l'incapacité de sortir de son domicile et qu'il n'a pas le téléphone.

Le départ de la fille du locataire m'est signalé un vendredi soir par le bailleur social. Il fait suite à une nuit très agitée qui a tenue tout le voisinage éveillé durant laquelle ils se sont très fortement disputés.

Durant le week-end, je suis inquiète et pense à Myosotis. Je sais qu'il ne peut pas sortir de chez lui et qu'il doit être passablement angoissé. Il a beaucoup de mal à supporter la solitude et, par ailleurs, est très attaché à sa fille. Toutefois, afin de tenir un cadre professionnel, je choisis de ne pas m'y rendre avant le lundi matin, présumant qu'il a suffisamment de nourriture pour tenir le week-end.

Dès 9h ce lundi-là, j'arrive au domicile de Myosotis, qui avait anticipé ma venue. Il est très agité et très angoissé, il m'accueille par des invectives et une colère importante. Je l'écoute. Petit à petit, la colère laisse la place à la tristesse. Je peux intervenir alors.

Je lui propose mon aide matérielle, c'est-à-dire que je lui propose de faire ses courses mais également, et ce sujet est très délicat, de l'accompagner au distributeur pour récupérer l'argent que débloque sa tutrice chaque semaine. Jusque-là, sa fille avait en charge de ramener l'argent à Myosotis. Il m'indique tout de suite que sortir n'est pas possible, il a des vertiges et a peur de tomber.

Je lui propose alors d'aller moi-même au distributeur et de lui rapporter cet argent en accord avec sa tutrice que je propose de contacter. Je sens que la situation dans laquelle il se trouve est très inconfortable pour lui, il n'a pas d'autre choix que de consentir à mes propositions, mais je vois le poids que cela représente pour lui. Je perçois la fragilité de notre accord.

Je précise alors que ces démarches sont provisoires et que l'on va trouver ensemble d'autres moyens pour lui fournir l'aide dont il a besoin – je réfléchis à la possibilité de mobiliser une aide à domicile sans aborder tout de suite ce point avec lui.

Je lui dis également qu'il me semble qu'il a besoin d'un téléphone afin de parer à toutes urgences.

C'est beaucoup de dépenses, il est fortement agacé mais ne semble pas avoir vraiment le choix. J'ai peur qu'il se sente pris au piège.

A la suite de cette rencontre, je contacte sa tutrice, en qui il a confiance¹⁶⁷, et lui propose que nous nous rendions toutes les deux à la rencontre de Myosotis afin de garantir mes bonnes intentions et de travailler tous les trois à une solution temporaire, le temps de trouver une aide à domicile en mesure d'accomplir les tâches que je m'appête à remplir. Ce rendez-vous a lieu, il calme un peu les angoisses et la méfiance à mon égard de Myosotis et nous convenons d'un objectif aux différentes actions à mettre en place et un schéma d'intervention.

Chaque semaine, je passe voir Myosotis le mardi pour récupérer sa carte bancaire. Je vais au distributeur et récupère l'argent que je lui ramène alors. Il m'en donne environ la moitié et je repars faire ses courses – en suivant la liste de ce dont il a envie et besoin. Je passe ensuite une seconde fois dans la semaine, le vendredi, pour faire à nouveau des courses et m'assurer qu'il a tout ce dont il a besoin pour le week-end.

¹⁶⁷ Myosotis a lui-même fait la demande de la mise sous protection juridique, ne se sentant pas en mesure de gérer sa situation. Et, près de trente ans après cette demande, il continue à très bien accepter la mesure. Par ailleurs, sa méfiance est souvent liée à son argent. Il a très peur qu'on le vole. L'intervention de la tutrice tend à calmer cette méfiance.

Pour l'achat du téléphone, la tutrice parvient à le convaincre de sa nécessité. Il en convient. Elle donne donc son accord pour cette dépense. Elle donne également son accord pour le recours à une aide à domicile, tout en proposant d'attendre qu'une aide soit versée à Myosotis pour financer ce soutien.

Durant plusieurs semaines, jusqu'à ce que je parvienne à trouver une aide à domicile, j'interviens donc au domicile de Myosotis pour faire ses courses, m'assurer qu'il va bien, et poursuivre le travail de suivi entamé à la demande du bailleur – c'est-à-dire tout le travail nécessaire pour pouvoir nettoyer et désinsectiser l'appartement.

En outre, avec le départ de la fille du locataire, la situation locative a trouvé une légère amélioration. Les esclandres de nuit n'ont plus lieu. Les nuisances sonores et comportementales se sont largement amoindries. En revanche, restent encore les nuisances olfactives et l'invasion de punaises de lit. (Interventions au domicile de Myosotis, octobre 2017 à mars 2018)

Encadré 12. Quelques éléments de vie de Myosotis, locataire d'un logement autonome – Observations réalisées entre octobre 2017 et mars 2018

Dans cette situation, on se trouve dans le registre d'action assistantiel, c'est-à-dire qu'il s'agit d'aider la personne, de lui « *fournir des éléments dont [elle] a besoin et qu'[elle] demande : nourriture, logement, paperasserie* » (*ibid.*, 2008, p. 116). Ce registre d'action a la particularité de répondre aux besoins des personnes mais la demande n'est pas nécessairement formulée clairement et l'accord de la personne peut fluctuer durant tout l'accompagnement. En effet, le consentement est un trait de la relation d'aide à travailler tout au long de l'action.

Ce registre se distingue du registre d'action de l'accompagnement, car ce dernier consiste à apporter de l'aide « physique ou psychologique, selon la demande et les objectifs de transformation exprimés par le destinataire. [...] Autrui demande de l'aide. Il sait la formuler de manière autonome, même si elle évolue en cours de travail » (*ibid.*, p. 117).

Dans la situation de Rose, on peut tout à fait décrire une part du travail par le registre d'accompagnement. En effet, celle-ci, contrairement à Myosotis, formule clairement une demande d'aide. Elle souhaite quitter l'appartement de sa mère et trouver un autre logement. Si l'action mise en œuvre relève ici aussi de l'assistantiel, du fait des besoins même de Rose (logement), sa demande formulée à mon endroit place mon intervention plutôt du côté de l'accompagnement car je n'ai pas à fournir un travail constant permettant son consentement. Elle consent pleinement aux actions que je lui soumets, elle propose des idées, nous co-construisons les objectifs et les démarches à accomplir.

Pour autant, elle ne peut accomplir seule les démarches nécessaires pour trouver un logement. En effet, sa situation ne lui permet pas autant d'autonomie. Elle souffre de troubles psychiques sévères, elle est également en situation de handicap moteur et bénéficie d'une mesure de protection juridique des majeurs. Ses revenus ne peuvent lui permettre de prétendre facilement à un logement ni son état de santé. Nous avons donc toutes les deux mis en œuvre une série d'actions permettant son hébergement, je l'ai accompagnée de la sortie de chez son parent jusqu'à son logement.

Ces deux registres d'action, d'accompagnement et assistantiel, ont tous deux nécessité des outils, que ce soit le temps, l'analyse, le care, la coordination, mais également les émotions et le transfert et les réactions, bien que ces derniers outils soient moins primordiaux que dans le travail de transformation. Ils ont également été portés par des ordres de légitimité tels que l'ordre éthique, là-encore primordial pour accomplir un travail envers autrui dont il est le seul bénéficiaire.

Si l'on peut distinguer les deux registres – que sont le registre d'accompagnement et le registre assistantiel – par notamment la formulation claire de la demande et partant la recherche du consentement tout au long du suivi, dans leur description, les différences sont minimes. En effet, ils utilisent les mêmes outils énoncés plus haut et le même ordre de légitimité. J'ai donc fait le choix de n'en décrire qu'un seul des deux, le registre d'action assistantiel, qui, outre l'organisation et la réalisation de l'aide, a également la nécessité de rechercher l'adhésion de la personne à chaque étape de l'aide apportée. Je propose donc à présent de décrire finement, à partir de l'accompagnement de Myosotis, le registre assistantiel, c'est-à-dire ses outils et ses ordres de légitimité.

Comme je le rappelais ci-dessus, outre ses outils, on peut définir le registre d'action assistantiel par les actions mises en œuvre : des actions permettant de porter assistance à une personne, c'est-à-dire lui fournir l'aide dont elle a besoin. Comme je le disais, la demande de la personne peut ne pas être clairement formulée et il faut s'assurer de son consentement, ce qui nécessite parfois, outre un travail d'accompagnement – la démarche d'aide au côté de la personne -, un travail de transformation, comme je l'ai décrit plus avant.

Ce travail de transformation consiste à créer un lien avec la personne, une relation intersubjective mais également souvent à réparer la personne, lui permettant ainsi de consentir aux actions mises en place. Il s'agit d'actions thérapeutiques d'une part, c'est-à-dire de réparation de la confiance de la personne à l'endroit d'autrui, par exemple, et, d'autre part, des

actions de persuasion, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir la convaincre du bien-fondé des actions entreprises et des intentions de l'intervenant. Comme je le disais, il s'agit d'intervenir uniquement dans l'intérêt de la personne.

Je ne reviens pas sur ce travail de transformation largement abordé plus haut, je souhaite ici présenter le travail d'accompagnement fourni dans le travail assistantiel, c'est-à-dire l'ensemble des actions mis en œuvre. Il intègre outre l'aide matérielle, concrète, une prise en compte de la difficulté de la personne à formuler une demande. Si je ne décris pas à nouveau le travail thérapeutique ou de persuasion qu'il nécessite, j'indiquerai, toutefois, dans la section suivante les outils déployés pour soutenir la confiance, pour soutenir la relation intersubjective.

1. Les outils du travail assistantiel

Pour mettre en œuvre cet accompagnement, j'ai utilisé différents outils qu'il s'agisse de l'analyse, du tact et de la connivence, mais également de temps et du care. Les émotions sont tout à fait présentes, elles m'engagent dans cet accompagnement et sont engagées dans les actions entreprises. Par ailleurs, j'accomplis un travail important de gestion des émotions du locataire, qui, dans la situation nouvelle dans laquelle il se trouve, se voit débordé. Par ailleurs, le transfert et les réactions, sont eux-aussi, présents. Il est tout à fait intégré au travail d'analyse sur lequel je vais revenir tout de suite.

a. L'analyse

Afin d'accomplir un travail relationnel assistantiel, dans la situation particulière de Myosotis, il est primordial que je déploie un travail d'analyse – non pas pour soigner le locataire, mais, comme j'ai déjà pu l'indiquer, pour comprendre la situation et adapter mes actions. C'est un outil impératif dans ce travail envers autrui puisqu'il permet de prendre en compte les besoins de la personne et sa demande non formulée. En effet, dans ce type de travail, la personne accompagnée se trouve dans une situation de vulnérabilité qu'il s'agit de soutenir, mais ne formule pas clairement de demande d'aide. Il s'agit pour l'intervenant d'analyser la situation dans sa globalité – à la fois identifier les différentes dimensions impactées, comprendre ce que la personne transfère ou projette sur lui, ainsi que ses propres réactions, et enfin comprendre les positions occupées par les interactants dans la relation.

Dans ce sens, la situation dans laquelle se trouve le locataire au départ de sa fille et la nature de notre relation sont tout à fait problématiques. En effet, je viens de la part de son bailleur social parce qu'il engendre des nuisances qui ont failli lui valoir son expulsion, et, par ailleurs, je mets en œuvre différentes actions pour mettre en place et maintenir une relation intersubjective, ce qui crée chez lui une angoisse forte. Il est pour une part réticent à toute relation - hormis avec sa fille – et en outre, percevant les attentes du bailleur et ma position vis-à-vis de ce dernier, il a du mal à me faire confiance bien que ma reconnaissance de notre commune humanité ait permis la mise en place d'une relation. Ce changement dans ses habitudes et ses comportements sont un passage délicat pour lui et créateur d'une méfiance jusque-là mise sous contrôle par l'éloignement.

Je dois prendre en compte ces différents éléments lorsque je réfléchis à mes actions dans le travail d'accompagnement auprès de Myosotis. En effet, cela exige de moi une attitude très transparente ne laissant que peu de marge aux interprétations de celui-ci.

Par ailleurs, la méfiance – inhérente aux bouleversements relationnels que vit Myosotis – s'accroît lors du départ de sa fille, et ce pour au moins trois raisons qu'il me faut là encore analyser et prendre en compte dans mon accompagnement.

En premier lieu, il entretient avec sa fille une relation que je pourrais qualifier de fusionnelle. Son départ est un choc pour lui et par ailleurs met en évidence sa situation de dépendance. Il est doublement esseulé après son départ, d'une part, émotionnellement, et d'autre part matériellement.

En deuxième lieu, il doit confier à quelqu'un d'autres les tâches qu'il confiait à sa fille. Comme je le disais, le départ de celle-ci jette une lumière crue sur la situation de vulnérabilité dans laquelle il se trouve. Sa fille s'occupait d'un ensemble de tâches logistiques et domestiques à l'extérieur de l'appartement, les tâches qu'il est dans l'incapacité de faire lui-même. Autre point majeur dans cette situation, la nécessaire confiance en celui qui accomplit ces différentes tâches. Confier sa carte bancaire à sa fille était possible sans que cela ne génère une trop forte méfiance. S'en remettre à sa fille pour ses besoins alimentaires ne le rendait par ailleurs pas tant redevable, puisqu'il s'occupait de son côté de la logistique à l'intérieur du foyer. C'était leur arrangement. Devoir confier les tâches logistiques à l'extérieur de la maison à un « étranger » - qui plus est mandaté par le bailleur social – relève d'une posture très délicate pour lui et source à la fois de méfiance et de redevabilité.

En troisième lieu, cela concentre sur une seule personne un contrôle sur sa situation, concentration qu'il ne manque pas de percevoir. En effet, en intervenant à domicile, jusqu'au départ de la fille du locataire, je représentais une aide, certes mandatée par le bailleur, mais qui avais à cœur d'écouter ses besoins. Je n'en restais pas moins un prestataire du bailleur. A chaque rencontre, au début de l'interaction, alors qu'il manifestait toujours de la colère, il me rappelait ma position vis-à-vis du bailleur et exprimait ainsi une certaine ambivalence à mon égard.

Que ce prestataire du bailleur social (en l'occurrence moi) – il faut rappeler que le bailleur a demandé à la justice de prononcer cette expulsion – devienne celui qui assure la gestion de son argent et de ses courses, tend à renforcer sa méfiance et à le mettre dans une situation difficile à vivre.

Bien que je n'en fasse jamais usage, je me trouve dans une position de pouvoir face à lui, comme les *case managers* d'*Eastside* (Brodwin, 2013). Je suis en lien avec le bailleur social, la mandataire judiciaire du locataire, j'ai l'autorisation par cette dernière d'effectuer les retraits d'argent au distributeur, pour acheter un téléphone, etc. Je suis en position de contrôler la situation de Myosotis, ayant à ma disposition beaucoup de leviers pour intervenir et lui-même étant dans une position de forte dépendance vis-à-vis de moi (une seule personne qui répond à ses besoins). A cet instant, je suis tout à fait en mesure de mettre en place une contrainte pure (*pure coercion*) (Lovell, 1996), prenant l'argent comme levier pour obtenir certaines actions ou certains comportements ou en empêcher d'autres. Or, je choisis du fait de ma position et de l'objectif même de mon intervention, du fait de mon éthique, de ne pas mobiliser ces leviers.

En revanche, je sens que, malgré mon choix du non-usage de ces leviers, ma position « omnipotente » dans la relation a un effet sur Myosotis. En effet, alors même qu'il est très méfiant à mon endroit depuis le départ de sa fille, il n'a pas le choix que de me confier les différentes tâches qu'il ne peut accomplir. Je sens, en outre, qu'au-delà de la méfiance, il est en proie à présent à de la crainte, voire de la peur vis-à-vis de moi.

Bien qu'il ait toujours eu une certaine ambivalence dans ses ressentis à mon égard – à la fois une certaine affection que j'ai pu ressentir et une méfiance -, dans cette nouvelle situation, les effets de l'ambivalence s'accroissent. Il est de plus en plus inquiet et angoissé, la colère qu'il exprime au début de chacune de nos rencontres est plus intense, l'affection se teinte de peur.

Désireuse d'agir dans l'intérêt de la personne, il me faut impérativement prendre conscience de ces différents éléments et y adapter mes actions. Le travail d'analyse consiste donc bel et bien à une compréhension fine des places que Myosotis et moi occupons dans la relation. Notre

relation – que je souhaiterais davantage symétrique – a pris une autre forme avec le départ de la fille de Myosotis, puisqu’il se trouve dans une position de dépendance absolue vis-à-vis de moi. La relation intersubjective, par cette nouvelle dépendance, a perdu de sa symétrie. Il me faut analyser la situation pour prendre conscience de ce fait et trouver différents moyens pour le contrebalancer. Ces moyens pour corriger le déséquilibre dans la relation sont divers outils que je dois alors mettre en place, tels que le tact et la connivence qui peuvent le permettre sans pour autant que je ne parvienne pleinement à atteindre l’objectif.

Il me faut également rapidement mettre en place une autre solution pour satisfaire les besoins de Myosotis de manière à ne plus concentrer autant de pouvoir sur lui et à répartir sa dépendance sur d’autres intervenants, des intervenants notamment sur qui il pourrait avoir plus de contrôle, comme une aide à domicile, et qui n’auraient pas de lien avec son bailleur par exemple.

Ce qui importe pour moi, c’est de garantir la relation intersubjective mise en place afin de faire perdurer la reconnaissance que j’ai accordée à Myosotis, mais également, d’un point de vue éthique, parce qu’il a le droit et c’est mon devoir, de ne pas user ni de la contrainte ni de la ruse pour lui venir en aide. Il est de mon devoir de rester concentrée sur l’objectif même de mes missions, à savoir permettre aux personnes de se maintenir dans leur logement et les accompagner vers les services de droits communs *ad hoc* permettant une prise en charge de leur santé mentale. A aucun moment, il ne s’agit pour moi de me substituer aux services de soins ou aux services sociaux. Il s’agit de ne pas nuire et d’apporter du mieux-être à une personne afin qu’elle puisse mener sa vie dans son logement.

De ce fait, l’analyse de la situation, en termes de place dans la situation, en termes transférentiels – c’est-à-dire qu’il me faut absolument comprendre ce que ressent le locataire à mon égard et comment je peux intervenir sans lui nuire -, mais également en termes d’enjeux et d’objectifs, s’avère un travail impératif.

J’accomplis ce travail d’analyse de différentes manières qu’il me faut détailler ici.

Cette analyse s’effectue par un travail volontaire permettant de réfléchir sur ses propres pratiques, un travail volontaire accompli à l’aune des principes et des valeurs que l’on se donne pour réaliser les accompagnements. Ces principes et valeurs proviennent d’une formation en amont, d’une socialisation par la formation professionnelle, agréementée des pratiques mises en œuvre et qui, comme le disent Berger et Luckmann (2012), fixent les manières de faire.

Par ailleurs, ce travail volontaire trouve des instances formelles pour se réaliser, s'approfondir – au-delà de ses propres connaissances issues de la formation professionnelle et de l'expérience.

Trois instances permettent de mettre en œuvre cette analyse :

- les réunions de services ;
- les groupes d'analyses de pratiques ou GAP ;
- la supervision.

Les groupes d'analyse des pratiques

Dans l'accompagnement de Myosotis, j'ai bénéficié de deux d'entre elles, les réunions de services durant lesquelles j'ai échangé avec les psychologues de l'équipe mobile et la supervision – non prévue dans le cadre de l'équipe mobile mais que j'ai tenu à réaliser afin d'accomplir des accompagnements sans nuire à la personne accompagnée, afin de réfléchir à mes réactions face à la situation, afin d'analyser la situation à l'aide d'un psychiatre-psychologue-psychanalyste.

Je n'ai pas pu bénéficier des GAP du fait de ma position de cheffe de service. En effet, ces instances existent dans les services et établissements médico-sociaux et notamment au sein de l'équipe mobile associative. En revanche, afin de libérer la parole et de pouvoir formuler une critique quant à l'organisation du service ou de l'établissement, les encadrants ne participent pas aux groupes d'analyse de pratiques. Ainsi les psychologues, membres de l'équipe mobile, bénéficiaient de telles instances, mais je n'y participais pas.

Les GAP pour les encadrants existent également, mais ce sont les problèmes liés au management qui sont évoqués et non pas les suivis des usagers.

Toutefois, bien que je n'en aie pas fait l'expérience depuis la place d'intervenant, j'ai animé de tels groupes dans un autre contexte et peut en dire quelque chose. Par ailleurs, ces groupes méritent que l'on s'y arrête car ils sont les instances de prédilection pour le travail d'analyse que j'expose ici.

Ils font l'objet d'une large littérature (Wilhelm, 2002 ; Grimaud, 2007 ; Simondi, 2007 ; Bourgoin, 2008 ; Guist-Ollivier et Oualid, 2011 ; Lecomte, 2011 ; Rouzel, 2015 ; Chevalier, 2018 ; Vidal, 2019) tant ils se sont répandus dans de nombreux contextes et secteurs (médico-social, éducation, sanitaire, etc.).

« Les analyses portent sur la nature des objets que les professionnels choisissent de travailler en rapport avec les finalités qu'ils poursuivent. Ils questionnent le sens que prend la demande sociale dans les contextes institutionnels et sociaux actuels. Dans ces contextes, l'engagement des praticiens comme les difficultés auxquelles ils sont confrontés peuvent les conduire à renouveler les dispositifs et à repenser le cadre de leur intervention. » (Guist-Ollivier et Oualid, 2011, p. 7-8)

Se référant à diverses théories permettant l'analyse proprement dite de la situation (Lecomte, 2011), les GAP ont en commun les faits que sont le récit et l'écoute. Une personne – un professionnel participant au GAP – fait le récit d'une situation.

« Une personne expose donc une situation, quelle qu'elle soit, dans laquelle elle a été impliquée, à la condition qu'elle soit en lien avec la vie professionnelle. Nous l'écoutons sans l'interrompre. Elle s'exprime aussi longtemps qu'elle le souhaite sous la forme qu'elle souhaite. Il n'y a à ce moment-là aucune attente qu'elle le fasse de façon claire ou ordonnée. Le principal est qu'elle ait envie de nous l'adresser. Le plus souvent, ce récit dure de cinq à dix minutes. » (op. cit., 2011, p. 56)

Le récit n'est pas une plainte ou en tous les cas, il la transforme en autre chose, il « [creuse] l'épaisseur de la difficulté rencontrée » (Bourgoin, 2008, p. 39) dans la pratique, et il permet d'ouvrir une réflexion sur la situation énoncée, qu'il met également à distance.

« [...] Mais surtout, le récit vaut pour un don ; il est offert au groupe. Il faut un courage certain pour s'élancer face au collectif des pairs, mais ceci ne saurait être synonyme de témérité, encore moins d'esprit de sacrifice. » (Bourgoin, 2008, p. 39)

Ce temps du récit, don d'un membre du groupe aux autres membres (op. cit., 2008, p. 39), implique l'écoute de ces derniers ainsi que de l'animateur du GAP. Il est suivi d'un temps de questionnement et de demande d'éclaircissement car, le professionnel offrant au groupe son récit, le propose sous la forme qu'il veut – il n'y a pas de bonne manière de présenter une situation, même si l'on peut imaginer que la participation régulière aux GAP doit engendrer une socialisation à la manière de faire ce récit.

Les questionnements et demandes d'éclaircissement doivent – dans la routine des GAP – structurer petit à petit les mises en récit de situation. Ce travail de structuration du récit et l'habitude qui s'acquiert au fur et à mesure de sa participation se voient sans doute interrompus par un changement d'animateur du GAP ou par un changement pour le participant de GAP ou d'équipe. Toujours est-il, il n'y a pas de demande officielle de structuration normalisée du récit de la situation, bien que l'on puisse imaginer que cette normalisation est à l'œuvre.

Une fois que l'animateur du GAP et les différents participants ont une vision suffisamment claire de la situation, ils peuvent passer à l'étape de l'analyse. Il s'agit à la fois de se concentrer sur le(s) problème(s) que pose(nt) la situation et sur le(s) problème(s) que l'intervenant rencontre dans la situation. Il s'agit de regarder la situation à différents niveaux : le niveau « individuel », c'est-à-dire en effet, les problèmes rencontrés par l'intervenant dans la situation ; le niveau systémique ou organisationnel, c'est-à-dire les effets de l'organisation de la prise en charge sur la situation et l'intervention du professionnel.

On aboutit alors à un « récit-augmenté ».

« Les participants dévoilent une situation complexe qui se révèle par leurs angles d'interrogation, résultat : des informations de qualités différentes sont disponibles. Le récit-augmenté étonne souvent par l'ampleur de ses dimensions et l'exubérance de ses détails et il amène la réflexivité » (ibid., p. 42)

Ce récit-augmenté est construit des analyses et des interprétations des différents participants qui, par leurs questionnements, permettent d'aborder la situation sous divers angles. Il ne reste alors plus qu'à en faire une restitution. C'est une réciprocité à l'œuvre dans le GAP, un travail réflexif de tous – celui qui offre son récit, ceux qui l'écoutent et participent à sa version augmentée.

« En même temps que chacun écoute l'autre, il trouve de nouvelles matières à penser dans ce qui lui est renvoyé [...]. Les participants font état de leurs butins sur les terres réservées de leur collègue [...]. Un changement de gravité est palpable, le groupe n'est certes pas en apesanteur, mais la distance est là, rendant même possible la formulation des élucubrations [...]. À dresser ainsi un répertoire des possibilités de résolution, cette phase du travail dessine une collection de solutions, ni réelles ni irréelles, mais simplement plausibles. » (ibid., p. 43)

Outre la mise à distance de la situation par le récit mais également par les apports des autres participants, le GAP permet de proposer une analyse de la situation sous divers angles à partir de divers niveaux. Il offre également des manières de faire propres à ce groupe et donc à l'institution qui réunit les professionnels.

De cette manière, cette instance actualise les savoirs du groupe et de l'institution, elle permet également une certaine socialisation aux pratiques de celui-ci. Par ailleurs, elle offre aux participants-intervenants une compréhension des situations qu'ils rencontrent et partant une façon d'y faire face et d'accompagner leurs usagers. C'est à la fois une instance de formation et de socialisation et une instance de réflexion sur les situations que l'on vit et surtout dont on a la charge. Outre des solutions concrètes qui peuvent être apportées par les participants et l'animateur du GAP, cette instance permet une mise au travail de l'intervenant qui regarde la situation de manière moins subjective.

Outre cette instance, la réunion d'équipe, qui vise également à travailler les questions « managériales », permet d'ouvrir la réflexion sur des suivis complexes que les intervenants « offrent » aux membres de leur équipe à la fois pour partager les difficultés rencontrées et pour agrandir l'angle de vue sur ceux-ci.

La réunion d'équipe

Comme je le disais, d'autres instances officielles permettent cette analyse des situations rencontrées par les intervenants, telles que les réunions de service. Elles se distinguent des GAP car elles sont animées par l'encadrant de l'équipe – et non pas un animateur de GAP (souvent un psychologue, un psychosociologue ou un sociologue extérieur à l'institution).

Au sein de l'équipe mobile associative, ces réunions d'équipe sont hebdomadaires. Elles réunissent tous les professionnels de l'équipe, soit tous les psychologues et le chef de service – parfois s'y rajoute le directeur de pôle. Je les ai animées de septembre 2017 à septembre 2018 en tant que cheffe de service de cette équipe. Nous essayions, à partir de situations que nous rencontrions et adressées par les bailleurs sociaux, de parler de notre organisation, de nos valeurs et principes institutionnels, des situations particulières et des éprouvés des intervenants.

Comme je l'ai évoqué plus tôt, les interventions se faisant seul, le suivi d'un locataire ne se faisant que par un seul professionnel, il était souvent difficile d'échanger – au sens d'adresser quelque chose à autrui et recevoir en retour – sur les suivis et les situations¹⁶⁸.

Par ailleurs, l'équipe se composant uniquement de psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique hormis moi-même, il était difficile d'obtenir un autre regard sur les pratiques mises en œuvre.

Toutefois, évoquer les situations en équipe permettait une compréhension de celle-ci sur différents aspects par le récit qui en était fait. En effet, la mise en récit, la narration – si elle peut permettre par les questions des interactants de construire un récit-augmenté - permet à celui qui l'énonce de raviver la mémoire de la situation, d'apercevoir les incohérences et sa chronologie, de saisir certains éléments restés à la surface de la pensée. Si « *l'écriture est une modalité de la pensée* » (Becker, 2013, p. 3), la narration l'est également.

En outre, exposer la situation en équipe au sein d'une réunion animée par le chef de service, permet de réactualiser et recadrer les actions entreprises dans les missions de l'équipe, d'estimer et évaluer les situations et analyser l'avancement des suivis, d'ouvrir le suivi à des questions sociales notamment – en ma qualité de sociologue et de non-psychologue, j'apportais un regard différent sur les situations.

En revanche, la réunion de service présente quelques biais qu'il faut mentionner et qui ne permettent pas toujours l'expression libre des professionnels qui s'y retrouvent. Ainsi, évoquer une situation sur laquelle on se trouve en difficulté peut représenter un risque pour le professionnel – c'est pour cette raison précisément que le chef de service n'est pas présent lors des GAP. En effet, le travail effectué par l'intervenant peut être jugé, critiqué, remis en question par le chef de service, mais également par ses pairs. Ainsi, certains professionnels ne parlent jamais – à moins qu'on le leur demande expressément - des suivis qu'ils réalisent. J'ai rencontré cette situation au sein de l'équipe mobile associative où certains psychologues ne présentaient jamais les suivis dans lesquels ils étaient impliqués afin d'éviter mon jugement de chef de service – c'est-à-dire en termes de cadre institutionnel ou de contrôle du travail à fournir – mais

¹⁶⁸ Certains suivis comportaient l'accompagnement de plusieurs personnes. En effet, lorsque le bailleur adresse une situation à l'équipe mobile, il s'agit d'un foyer, d'un ménage. Ce foyer peut comporter plusieurs personnes. Les situations nécessitent souvent qu'il y ait autant de psychologues impliqués que de personnes dans le foyer. Les réunions d'équipe sont alors l'occasion pour les psychologues impliqués dans une situation d'échanger sur les personnes qui composent le foyer.

surtout d'éviter le jugement des autres psychologues. La confiance dans le groupe n'était pas suffisante pour que l'instance permette réellement un travail d'échange.

Une autre instance permettait alors de pallier ce biais : la revue de situation, c'est-à-dire une rencontre mensuelle entre un professionnel et moi-même. Nous listions les différentes situations du professionnel et les regardions ensemble pour produire une analyse de celles-ci et convenir d'un schéma d'interventions à l'abri du regard des pairs. Malheureusement, si cette revue de situation palliait la peur du jugement des pairs, elle privait de l'enrichissement des réflexions partagées et d'angles de vue différents.

Par ailleurs, le fait que moi-même j'accomplisse des accompagnements a brouillé l'ordre de la réunion de service, puisque j'évoquais à mon tour une situation devant les psychologues. Je n'avais pas l'inquiétude d'être jugée par un supérieur hiérarchique. Néanmoins, j'avais l'inquiétude d'être jugée par des psychologues. Outre ma conscience aiguë de ne pas être psychothérapeute, cette instance a pu représenter un garde-fou de mes pratiques auprès des locataires. Par ailleurs, mon analyse – dont la grille de lecture est éminemment sociale et sociologique – se trouvait alors augmentée par le point de vue et le regard psychologiques des membres de l'équipe mobile.

Si elles n'ont pas nécessairement eu cette utilité pour tous les psychologues de l'équipe, ces réunions m'ont permis de comprendre les situations sur différents points.

En premier lieu, le regard des psychologues sur la situation telle que je la narrais m'a permis de comprendre le transfert en jeu dans la rencontre dont je faisais part à mes collègues, mais également de comprendre mes réactions.

Ainsi, lorsque j'ai évoqué l'accompagnement de Rose, un psychologue de l'équipe a interprété mes réactions comme un « collage » au symptôme de Rose, ce qui signifie que je narrais la situation depuis la position de Rose et non pas depuis ma place.

Autrement dit, la remarque du psychologue, outre qu'elle signifie que la personne accompagnée m'a transféré quelque chose – un symptôme, un trauma – auquel j'ai adhéré – comme fusionné, m'a permis de comprendre l'empathie et mes réactions. Ce collage ne me permettait pas la réflexivité, puisqu'il se plaçait du point de vue du ressenti de l'autre. En revanche, énoncer ce collage avec les psychologues et écouter leurs points de vue m'a permis de me décoller quelque peu du transfert de Rose et partant de prendre une posture empathique permettant de comprendre ce transfert.

Dans le suivi de Myosotis, évoquer la situation en réunion d'équipe m'a permis de prendre conscience et de comprendre mon omnipotence dans ce suivi et partant la réaction de méfiance et la rupture du lien possible avec le locataire. En effet, j'occupais beaucoup de fonctions dans ce suivi, à la fois l'intervenant psychosocial, l'aide-ménagère, le relai de sa tutrice, le relai du bailleur social. Dans l'urgence des situations, on peut mettre en place et en œuvre différentes actions sans réfléchir dans l'immédiat à leurs conséquences sur le lien. Pour autant, cette réflexion peut être déterminante pour la suite du suivi.

Du fait de cette omnipotence, propice à la méfiance, il était important de réfléchir à un schéma d'intervention clair et efficace. Il fallait que je me désengage rapidement des actions en lien notamment avec l'argent du locataire. C'est par le recours à une aide à domicile qu'une solution s'est dessinée. En effet, cela permettait de transférer les tâches, par ailleurs, très chronophages, comme aller chercher l'argent au distributeur et aller faire les courses du locataire, de moi-même vers une personne que le locataire rémunérait lui-même – la tutrice cherchant un moyen de financer le service, comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ainsi, un certain équilibre pouvait être retrouvé dans la relation et amoindrir la méfiance grandissante du locataire.

La supervision

Outre les GAP et les réunions de service, il existe encore une autre instance officielle permettant l'analyse des situations dans lesquelles les professionnels d'une institution se trouvent impliqués ; il s'agit de la supervision.

« C'est un appoint indispensable à la relation d'aide. Cette supervision a pour objet l'étude des cas cliniques rencontrés. Le but avoué de la supervision c'est une guidance du professionnel sur le plan clinique. [...] Il s'agit d'une aide... à l'aide, une aide au carré, en quelque sorte. » (Rouzel, 2015, p. 40)

Par ailleurs, cette « aide au carré » a également une fonction formatrice pour la personne bénéficiant de la supervision, un processus croisant différents systèmes tels la famille du supervisé et son histoire, la famille auprès de qui il intervient, le système de prises en charge, l'institution à laquelle il appartient, et la formation dans laquelle il s'inscrit (Goldbeter-Merinfeld, 2008).

« À partir du moment où les stagiaires sont confrontés à ce type de supervision, ils sont inévitablement touchés, et leur développement personnel s'enrichit donc des apports de la formation... tout en la nourrissant en retour. Leur développement professionnel est donc directement corrélé à leur développement personnel. » (op. cit., 2008, p. 108)

Comme je l'ai plusieurs fois évoqué, j'ai fait le choix, durant toute la période de ma thèse (de 2016 à 2021) d'utiliser la supervision à la fois pour mieux comprendre les situations dans lesquelles je m'impliquais et pour garantir à ma démarche un caractère éthique ainsi qu'un respect des principes sur lesquels je fondais mes interventions. En outre, la supervision m'a permis d'objectiver davantage les expériences vécues durant mes différents terrains tout en nourrissant ma réflexion à leur endroit.

Le superviseur qui m'a accompagnée durant tout ce temps est psychiatre-psychologue ayant pratiqué dans un centre médico-psychologique en banlieue parisienne et en cabinet libéral à Paris. Il se revendique comme un élève de Lucien Bonnafé et partant du désaliénisme. Il fait partie des psychiatres de secteur qui ont participé à la déshospitalisation à la fin des années 1970 en créant avec d'autres notamment une association de logement et une entreprise d'insertion.

Bien que je le côtoie de longue date, la supervision a démarré en 2016, à raison d'une rencontre d'une heure tous les quinze jours, pendant toute la période désignée ci-dessus. J'ai ainsi pu évoquer les situations que je rencontrais durant mon terrain de thèse, soit que je sois impliquée dans leurs suivis, soit que j'en sois la coordinatrice. J'ai pu objectiver les situations, recadrer les suivis que je proposais, j'ai pu réfléchir et comprendre les situations, j'ai pu également les subjectiver différemment par la compréhension notamment de mes propres réactions et les dépasser.

Dans le suivi de Myosotis, au moment du départ de sa fille et de mon implication de plus en plus grande dans son quotidien, j'ai pu comprendre à la fois la méfiance de ce dernier mais également mon implication.

En effet, durant les réunions de service où je narraï la situation et mon implication, les psychologues – impliqués dans un travail psychique avec les locataires - comprenaient difficilement mon implication matérielle dans la situation. Ils faisaient la distinction entre le travail psychique et l'intervention dans le réel. Ils faisaient la distinction entre les interventions

qu'ils proposaient et qui portaient sur les élaborations des personnes et les interventions à caractère davantage social que je proposais.

Par ailleurs, ils se trouvaient en concurrence avec ces suivis puisqu'ils les privaient du temps que je leur accordais. Aussi n'étaient-ils pas – ce qui est à la fois légitime et me semble-t-il tout à fait « normal » - tout à fait objectif sur les suivis que j'effectuais. Outre une approche différente, du fait de ma démarche non psychothérapeutique, nos positions et fonctions au sein de l'équipe mobile ne nous permettaient pas d'échanger en toute objectivité sur ces suivis. La supervision m'a permis de trouver une instance davantage objective pour accomplir pleinement ce travail d'analyse, et les outils nécessaires à l'accompagnement que je souhaitais mettre en œuvre.

En effet, la position désaliéniste de mon superviseur et son expérience de quarante années en CMP et dans une association de logements ou encore dans une entreprise d'insertion m'ont permis de mettre en œuvre des interventions associant la prise en compte de la dimension psychique mais également sociale des usagers sans que cela ne leur nuise. Le désaliénisme est une pratique de la psychiatrie qui s'appuie et prend en compte les différentes dimensions des personnes.

En outre, la psychiatrie de secteur mise en place dans les années 1980 et à laquelle participe pleinement mon superviseur, est un « *holisme en acte* » (Henckès, 2007, p. 187), c'est-à-dire qu'elle revendique le fait de prendre en charge la personne dans sa globalité. Elle implique également un nouveau regard anthropologique sur ses patients, qu'elle considère comme des personnes au cœur desquelles les dimensions sociale, biologique et psychique sont absolument enchevêtrées, tissées l'une aux autres pour former une trame indissociable. Ainsi, il paraît impensable aux équipes de soins de ne pas considérer la personne dans sa globalité.

Pour soigner le trouble psychique, il faut proposer des accompagnements sociaux et thérapeutiques.

C'est donc bien dans ce mode d'interventions que je me situe bien que je n'accomplisse pas de thérapeutique ni de clinique psychologique ou psychiatrique. Comme je l'ai souvent précisé, il ne s'agissait pas pour moi de soigner les personnes et par conséquent de manier les effets de la rencontre, mais, tout en ne nuisant pas à la personne, d'intervenir auprès d'elle pour évaluer la situation – ce qui signifie prendre en compte toutes les dimensions de la personne pour comprendre les problématiques qu'elle rencontre - et coordonner les différents acteurs pouvant satisfaire ses besoins – des besoins touchant *a fortiori* toutes ses dimensions.

Par ailleurs, la supervision m'a permis de prendre la mesure de mon implication et de mes devoirs dans les différentes situations m'engageant, comme notamment l'accompagnement de Myosotis. Comme l'explique Ana Marques (2015) pour la psychiatrie – qui a été critiquée longtemps pour son sur-interventionnisme et qui l'est aujourd'hui pour son sous-interventionnisme -, la question de la légitimité de l'intervention se pose, tout comme la légitimité de la non-intervention. Ainsi, les conflits au sein des équipes psychiatriques peuvent ne pas porter sur l'intervention mais sur sa nature.

« L'ensemble des professionnels impliqués s'accorde sur le fait qu'il faut faire quelque chose, mais que faire et qui doit intervenir ? » (Marques, 2015, p. 92)

Dans la situation présentée plus haut, il m'a semblé légitime d'intervenir afin de permettre à Myosotis de se maintenir dans son logement et d'améliorer sa situation. Au courant de sa nouvelle situation et des conséquences de celle-ci¹⁶⁹, il m'est apparu non légitime de ne pas intervenir (et partant légitime d'intervenir), quand bien même mon intervention « omnipotente » fasse courir un risque au lien que nous avons tissé lui et moi.

Outre la légitimation de ma pratique mais également l'assomption du choix que j'ai fait d'intervenir, la supervision avec le psychiatre m'a permis de réfléchir à la situation elle-même. En effet, j'ai pu me rendre compte de la position asymétrique dans laquelle se trouvait alors le locataire et ainsi réfléchir à des solutions pratiques telles que des éléments pratiques permettant de rééquilibrer les rapports entre Myosotis et moi.

Ainsi, je lui ai toujours laissé le choix du jour de nos rencontres, ainsi que l'horaire – bien qu'il ne s'accorde pas toujours à mes horaires de travail. J'ai fait preuve d'une très grande transparence, tentant d'éliminer autant que possible les ambiguïtés. J'ai mis en pratique l'accueil inconditionnel, supportant les attaques répétées que Myosotis portait au lien. J'ai écouté sa colère et ses reproches en lui exprimant le caractère provisoire de la situation.

Ces précautions n'ont pas toujours été suffisantes, mais le lien que nous avons tissé était suffisamment solide pour que Myosotis exprime ses doutes et méfiances à mon égard comme le montre l'anecdote suivante :

¹⁶⁹ Sa fille ayant quitté le domicile et par ailleurs ne sortant plus de son domicile, il n'était plus en mesure de s'approvisionner ni de communiquer avec les autres.

J'explique à Myosotis, dans un souci de transparence, que travaille avec sa tutrice à trouver une solution pour qu'une aide à domicile puisse s'occuper de ses courses. J'énonce cette phrase pour signifier le caractère collaboratif de mon travail avec la tutelle et que les décisions économiques lui appartenaient (et partant ne m'appartenaient pas). Or, cette élocution manque de clarté et finalement renferme des ambiguïtés qui m'ont échappé. Myosotis, en revanche, s'en saisit tout à fait différemment et se persuade que je lui mens. Il m'explique que j'ai menti disant que je travaille pour l'association gestionnaire du service de mandataires judiciaires. C'est ainsi qu'il a interprété ma phrase : « je travaille avec la tutrice ». (Interventions au domicile de Myosotis, octobre 2017 à mars 2018)

Incapable de penser et anticiper chaque ambiguïté et l'écho de mes propos pour le locataire, je lui ai proposé de me faire part de ses doutes et de ses inquiétudes. J'ai pu trouver en supervision le support nécessaire pour comprendre ces effets et les accepter, les comprendre et faire avec eux.

Ainsi, la supervision m'a permis de comprendre et analyser les situations à un autre niveau que celui permis par la réunion d'équipe, de trouver une manière de pratiquer et de mettre en œuvre les accompagnements, d'apprendre à intervenir auprès de personnes souffrant de troubles psychiques, mais également de gérer mes émotions et mes angoisses dues aux situations et à mes réactions à ces situations, puisque, comme je le disais en présentation de la supervision, elle permet des intersections entre plusieurs systèmes, entre plusieurs niveaux : l'intime, l'institutionnel, la prise en charge et la société.

Pour reprendre la description du travail d'analyse, on peut voir qu'il est permis par plusieurs instances formelles telles les GAP, les réunions de service et la supervision. Il est également permis par des pratiques informelles, des discussions avec l'un de ses collègues, les lectures que l'on choisit pour mieux comprendre le travail psychosocial, les personnes souffrant de troubles psychiques, l'intervention à domicile, la vulnérabilité des personnes, etc.

Lors de l'accompagnement de Myosotis, mes lectures se sont orientées vers les pratiques à domicile, notamment la lecture de l'ethnographie de l'aide à domicile (*op. cit.*, 2012) utilisée dans cette section pour présenter mon travail, mais également d'autres comme les pratiques à domicile de la psychiatrie (Sassolas, 2012) ou des mandataires judiciaires (Eyraud, 2013), ou les pratiques portant sur l'incurie ou le syndrome de Diogène (Mathieu, 2015 ; Pichon, 2015), mais également les principes du désaliénisme (Bonnafé, 1991 ; Bretécher et Chaumont, 2015).

La mise en mots des non-demandes

Quoi qu'il en soit, ces différentes modalités formelles et informelles permettent d'accomplir un travail d'analyse de la situation visant, d'une part, à mieux comprendre la situation, les effets de l'intervention à la fois sur l'utilisateur et sur soi-même, les niveaux institutionnels et organisationnels et, d'autre part, à orienter ses actions et à apporter une aide aux personnes sans que cela ne leur nuise.

L'analyse, outre cette facette – opérante envers l'intervenant - permettant de réfléchir et d'objectiver la situation pour en comprendre les enjeux et pour orienter ses actions dans le respect de valeurs éthiques, vise également à permettre à la personne accompagnée de comprendre la signification de l'intervention proposée. C'est également un travail de mise en mots de la situation du point de vue de la personne. C'est la facette opérante envers l'utilisateur de l'analyse.

Ainsi, dans l'accompagnement de Myosotis, comme je l'ai énoncé dans le récit de mes interventions, celui-ci, après le départ de sa fille, ne me demande pas clairement de l'aide. Lorsque j'arrive à son domicile le lundi matin, suivant le week-end de solitude qu'il vient de vivre, il ne formule pas de demande. Il exprime sa peur, son impuissance et sa dépendance mais il ne me demande pas de prendre le relais de sa fille. Et pour cause, me confier ces tâches est éminemment angoissant pour lui.

Mon travail, à ce moment précis, est de formuler cette demande à sa place et de lui proposer, tout en sachant que cela risque de le mettre dans une position difficile, comme je l'ai décrit plus tôt. C'est-à-dire qu'à partir de l'analyse faite de la situation et des réactions de Myosotis à cette situation, je comprends à la fois ses besoins et ses réticences – ou même ambivalences – et propose une formulation de l'aide que je souhaite lui apporter qui tiennent compte de tous ses aspects. Dans la pratique, cette formulation de demande n'est pas une affirmation mais des propositions faites auxquelles il peut ou non consentir.

Finalement, ce travail d'analyse est à ce moment précis un travail de négociation avec Myosotis, afin de lui apporter l'aide à laquelle il peut consentir. Car cette aide ne saurait, comme je l'ai déjà précisé, se faire sans son consentement, bien qu'il n'énonce pas de demande au préalable. Ce travail d'analyse, qui consiste donc à comprendre les enjeux et ce qui s'échange dans la relation, mais également à permettre la négociation d'une aide qui soit acceptable pour la personne que l'on accompagne, est tout à fait impératif dans le travail relationnel et dans le

registre assistantiel en particulier, puisqu'il nécessite de confirmer sans cesse le consentement de l'utilisateur.

Il est vrai qu'on le retrouve finalement dans tous les registres d'action (puisque les intervenants doivent pouvoir comprendre ce qui se joue dans la relation et la place qu'occupe chaque agent en son sein), mais j'ai choisi de le développer particulièrement dans le contexte du travail assistantiel que j'ai accompli auprès de Myosotis, parce que le consentement, dans cette situation et à ce moment précis de l'accompagnement, a nécessité des réajustements fréquents dans la relation. La tension liée à l'ambivalence à mon égard de Myosotis et à la place que j'ai occupée durant tout ce temps dans la relation qui me liait à Myosotis, ce moment particulier de ce suivi où le lien qui nous unissait a été très fortement fragilisé, a donné une dimension tout à fait particulière à ce travail. S'il est un outil indispensable du travail relationnel, il l'est encore davantage lorsque la relation entre une personne en situation de vulnérabilité et un intervenant – et qui plus est l'un des seuls intervenants – est fragilisée du fait même du contexte de la relation.

Il était tout à fait indispensable, pour ce qui m'a semblé être le bien de Myosotis, que ce lien se maintienne – au moins jusqu'à ce que sa situation se soit améliorée et qu'il ne soit plus si dépendant de mes interventions. Le travail d'analyse, alors, m'a permis de prendre en compte les différents éléments de la relation pour permettre à Myosotis de la supporter et partant d'y trouver un bénéfice.

Mais ce travail d'analyse, bien qu'impératif, n'est pas le seul outil du registre d'action assistantiel. Le *care* et le travail d'organisation doivent également être mobilisés par l'intervenant. Et c'est précisément ce que nous allons voir à présent en commençant tout d'abord par le travail de *care*.

b. Le care

Outre le travail d'analyse, que je viens de développer, un impératif pour porter assistance à une personne dont les besoins sont multiples mais les demandes non formulées, la situation de Myosotis requiert également de fournir un travail de *care* (Noddings, 1984 ; Fraser, 1989 ; Ruddick, 1989 ; Fisher et Tronto, 1991 ; Gilligan, 2008 ; Tronto, 2008 ; Garrau et Le Goff, 2010). En effet, les besoins du locataire nécessitent que l'on prenne soin de lui et que l'on amortisse sa nouvelle dépendance logistique.

Tout comme le travail d'analyse, qui est utilisé pour comprendre les enjeux dans la relation mais également réajuster en permanence l'assistance à ce que l'utilisateur peut accepter, le *care* est un outil qui a plusieurs dimensions, plusieurs aspects, puisque c'est, d'une part, une sollicitude, un souci pour autrui et, d'autre part, l'action d'en prendre soin. Marie Garrau et Alice Le Goff (2010) en propose une définition les reprenant :

« Le terme de care désigne une attitude envers autrui que l'on peut traduire en français par les termes d'« attention », de « souci », de « sollicitude » ou de « soin ». Chacune de ces traductions renvoie potentiellement à un aspect du care : le terme d'« attention » insiste sur une manière de percevoir le monde et les autres ; ceux de « souci » et de « sollicitude » renvoient à une manière d'être préoccupé par eux ; enfin, celui de « soin », à une manière de s'en occuper concrètement. Le terme de care oscille entre la disposition – une attention à l'autre qui se développe dans la conscience d'une responsabilité à son égard, d'un souci de son bien-être – et l'activité – l'ensemble des tâches individuelles et collectives visant à favoriser ce bien-être. » (op. cit., 2010, p. 5)

C'est en effet, autant en termes d'attention à l'autre, en termes de souci à son bien-être mais également en termes d'activité, d'actions à mettre en œuvre que je souhaite regarder le travail de *care* fourni dans le travail relationnel et notamment le travail assistantiel.

Par ailleurs, la notion de *care* propose une conception du sujet comme vulnérable – ou plutôt en situation de vulnérabilité (Chatel et Roy, 2008) -, moins du fait de sa finitude que du fait de sa dépendance à autrui dans son développement. En effet, les deux auteures précisent que cette notion – ou plutôt « l'éthique du care » étudiée et développée par Carol Gilligan (2008) – a pointé en premier lieu « les relations premières de dépendance dans laquelle les sujets se forment » (op. cit., 2008, p. 6) marquant une rupture avec les théories classiques basées sur l'autonomie.

« Le développement de nos subjectivités de même que leur maintien dépend d'autres qui prennent soin de nous, de leur présence attentive, des efforts qu'ils déploient pour répondre à nos besoins – de leur care. Plus qu'à l'idée de finitude, cette vulnérabilité renvoie à la dimension relationnelle d'une existence marquée par la passivité et l'exposition, que les relations de dépendance ne viennent pas d'abord limiter, mais soutenir et protéger. » (ibid., p. 7)

Dans le même sens, Joan Tronto (2008) propose de regarder le *care* comme une sollicitude qui « connote une forme d'engagement. [...] [Elle] semble comporter deux éléments supplémentaires. Premièrement elle implique de tendre vers quelque chose d'autre que soi [...]. Deuxièmement, elle suggère implicitement qu'elle va conduire à entreprendre une action. » (op. cit., 2008, p. 243-244)

Autrement dit, le travail de *care* – ainsi défini –, travail fourni dans les interventions que j'ai effectuées au sein de l'équipe mobile associative, se déploie en trois étapes : il y a dans un premier temps, le souci pour autrui, qui entraîne, dans un deuxième temps, l'engagement dans une situation (ces deux étapes se confondent dans le temps, elles peuvent être quasi simultanées) et, dans un troisième temps, la réalisation d'actions qui tendent à répondre aux besoins des personnes.

Par ailleurs, la visée du travail du *care*, comme l'expliquent Joan Tronto et Berenice Fischer, est de s'engager à améliorer les conditions de vie d'autrui.

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. » (Fischer et Tronto, 1991, p. 40)

Ce travail de *care* doit permettre à autrui de vivre « aussi bien que possible », à soutenir sa vie quotidienne. C'est précisément en ces termes que j'ai accompli dans mes accompagnements ce travail envers autrui, comme je vais le montrer ici.

Si la notion de *care* invite à penser la dépendance de tout un chacun et notre immuable vulnérabilité – en termes relationnels notamment –, elle a dans ce travail de thèse, une visée opérationnelle, c'est-à-dire qu'il s'agit de voir sa mise en pratique dans l'accompagnement, sans que ne soient pour autant niées les questions politiques qu'elle soulève, les questions de genre, les questions d'étiquetage des personnes dites vulnérables et les questions institutionnelles, que je ne développerai pas ici.

Ainsi, si la vulnérabilité, d'un point de vue philosophique, est une condition de l'être humain – de part sa finitude mais également en termes relationnels –, elle est également renforcée par des

processus sociaux, comme le développent Viviane Châtel et Shirley Roy (2008). L'accès inégal aux ressources placent certaines personnes, certains groupes en situation de vulnérabilité. Une transformation de la société contemporaine place l'individu devant « *la double nécessité d'être conforme en même temps qu'authentique* » (*op. cit.*, 2008, p. 76). La personne qui ne saurait répondre à l'injonction d'autonomie, qui ne saurait répondre à « *la capacité [de] s'affirmer de manière maîtrisée et appropriée [...] [,] un ingrédient essentiel de la socialisation à tous les niveaux de la hiérarchie sociale* » (Ehrenberg, 2011, p. 13), est en situation de vulnérabilité. Mais ce sont des processus sociaux à l'œuvre qui ne permettent pas toujours une socialisation complète et qui entraînent une « *individuation inaboutie* » (*ibid.*, 2008, p. 73). Ce sont des inégalités à agir à partir de soi-même.

« *Nous sommes inégalement positionnés dans ce contexte social d'incertitude, pas seulement en conséquence de nos choix mais avant tout parce que nous sommes inégalement protégés.* » (*ibid.*, p. 81)

Le *care* – dans ses différents aspects, c'est-à-dire de l'attention et du souci à l'égard d'autrui à l'action – est un travail permettant de « réparer » – autant que possible - cette situation de vulnérabilité.

Dans la pratique, notamment dans le cadre des accompagnements que j'ai menés, ce travail de *care* nécessite la mobilisation de divers outils tels que les émotions – qui engagent et qui sont engagées dans la relation - comme l'inquiétude et la préoccupation (le souci de l'autre), la gestion des émotions d'autrui, mais également du temps et des actions que je souhaite décrire ici. Il est un outil du travail envers autrui que l'on peut définir comme complexe, d'une part, parce qu'il subsume plusieurs autres outils, cités à l'instant, et, d'autre part, parce qu'il entraîne une posture éthique, une posture que je développerai ultérieurement en précisant les différents ordres de légitimité du travail assistantiel.

Pour l'heure, je souhaite opérationnaliser ce travail de *care* à partir de l'accompagnement de Myosotis après le départ de sa fille.

Comme je l'ai évoqué en développant le travail d'analyse, la situation du locataire que j'ai accompagné s'est dégradée sur plusieurs points au départ de sa fille. Alors qu'il ne peut plus sortir de chez lui, il est dans une forte dépendance pour son approvisionnement en denrées alimentaires et autres. Cette dépendance n'est pas nouvelle mais elle était invisibilisée – pour les acteurs qui intervenaient dans la situation – du fait du travail de *care* que fournissait sa fille.

En effet, c'est elle qui se chargeait d'aller au distributeur pour chercher l'argent débloqué par la tutrice une fois par semaine, c'est elle qui – possédant un téléphone portable – se chargeait de communiquer avec l'extérieur, y compris avec la mandataire judiciaire, c'est elle qui faisait les courses. Elle avait la charge de tout ce qui se passe à l'extérieur de l'appartement ou avec l'extérieur.

Après son départ, l'ensemble de ces tâches n'est plus accompli.

Pour ma part, j'apprends le départ de la fille de Myosotis au détour d'un mail du bailleur social un vendredi soir. Le fait est relayé comme un point positif par le bailleur puisque ce départ fait suite à une nuit d'ivresse et de bagarre entre le locataire et sa fille et partant de nouvelles plaintes du voisinage. Ce départ signifie la fin de certains troubles comme les troubles du comportement, les troubles du voisinage, les troubles sonores. Pour moi, cette nouvelle se teinte différemment. Une inquiétude se fait jour : comment va-t-il pouvoir gérer son approvisionnement en denrées diverses ? Comment va-t-il vivre sans sa fille ? Comment va-t-il vivre la solitude ?

Durant tout le week-end, Myosotis est dans mes pensées. Il n'a pas de téléphone, et le gardien de son immeuble ne travaille pas le week-end et ne réside pas dans cet ensemble, aussi il est impossible de le joindre, voire inutile. Je suis tiraillée par le fait d'intervenir ou non. Mais je m'abstiens, sous prétexte qu'en tant que professionnelle, je n'ai pas à intervenir en dehors de mes heures de travail. J'envoie tout de même un mail à la mandataire judiciaire du locataire pour la prévenir des événements mais également des difficultés qu'il ne manquera pas de rencontrer. Je lui demande ce qui peut être mis en place pour l'approvisionnement du locataire et la gestion de l'argent, tout en précisant que, dans un premier temps, je peux m'en charger.

Dès le lundi matin, avant de rejoindre mon bureau, je me rends directement chez Myosotis tout en en avertissant les psychologues de l'équipe mobile.

Myosotis est dans un état déplorable, il pleure et est très en colère. Le week-end a été difficile à plusieurs niveaux : l'absence de sa fille, la solitude mais également l'absence d'alcool.

Il m'explique qu'à présent il n'a plus rien à manger et qu'il n'a plus un sous.

Je propose d'emblée mon aide et dans le même temps de joindre sa mandataire judiciaire afin que l'on trouve une solution ensemble. Bien qu'il n'ait pas le choix, je vois que cette solution ne lui plaît pas. Il me fait tout de même rentrer dans son appartement.

Je lui propose que, d'une part, nous fassions une liste de courses ensemble et que je me rende au supermarché pour faire les courses et que, d'autre part, j'appelle sa mandataire judiciaire. Après avoir très succinctement expliqué la situation – que mon mail reprenait –, je laisse Myosotis lui expliquer ses besoins. Il souhaite que ce que je me propose de faire soit accompli par elle, or, elle n'a matériellement pas le temps de le faire et, de fait, je suis sur place. Elle le lui explique et lui précise que j'ai toute sa confiance. Nous convenons tous les trois que j'irai donc au distributeur chercher l'argent liquide débloqué par la mandataire judiciaire une fois par semaine et je ferai les courses deux fois par

semaine. Dans le même temps, nous allons chercher une aide à domicile à même de remplir ces différentes tâches. Il est également question que j'achète un téléphone portable rechargeable de manière à pouvoir communiquer avec qui il souhaite.

A la suite de l'appel à la tutrice, nous faisons la liste de courses : il me dit ce qu'il souhaite et j'écris. Légumes, viandes, alcool. Je ne sourcille pas et écris exactement ce qu'il me demande.

Dans ma position, je ne souhaite pas normaliser son comportement vis-à-vis de l'alcool mais éviter, d'une part, un délirium tremens et, d'autre part, de le faire souffrir davantage en portant un jugement sur sa manière de vivre et en le privant d'alcool.

Certaines de mes prénotions et représentations sont bousculées par cet accompagnement. Du fait de l'état d'insalubrité et de saleté de l'appartement, du fait de l'occupation de l'espace relativement dysfonctionnelle, du fait de l'étrangeté du comportement de Myosotis, je m'étonne de la normalité de ses habitudes alimentaires et de sa connaissance très précise des prix des différents produits. Il fait une estimation du prix de son panier qui s'avère tout à fait juste.

Dans un premier temps donc, je pars avec sa carte bleue au distributeur pour prendre l'argent disponible sur son compte, puis les lui ramène.

Il me donne une certaine somme et je pars faire les courses. A mon retour, je lui confie immédiatement la note des courses puis les produits qu'il est heureux de prendre. Je sens un certain soulagement. Il ne pleure plus, bien qu'il s'inquiète pour sa fille et soit profondément attristé de son départ, bien qu'il reste sur son quant à soi à mon égard et qu'il semble circonspect. Il faut que je compose avec sa grande méfiance. Il perçoit parfaitement la naissance de cette dépendance vis-à-vis de moi mais également la place que j'occupe autour de lui (intermédiaire avec le bailleur, avec la mandataire judiciaire, celle qui doit s'occuper de son logement et des voisins, celle qui à présent le ravitaille et assure ses besoins élémentaires).

C'est ainsi que durant plusieurs semaines, je me charge des courses de Myosotis, de sortir ses poubelles parfois, de lui rapporter son courrier, de lui apprendre l'usage d'un téléphone portable, etc. (Interventions au domicile de Myosotis, de novembre 2017 à janvier 2018)

Encadré 13. Quelques éléments de vie de Myosotis, locataire d'un logement autonome – Observations réalisées entre novembre 2017 et janvier 2018

Comme on peut le voir dans le récit ci-dessus de ce travail de *care*, ce dernier débute par un engagement lié à une émotion, le souci de l'autre, une inquiétude envers autrui. Cette émotion m'engage dans une nouvelle modalité relationnelle avec Myosotis. En effet, d'une relation basée sur un travail thérapeutique, nous nous engageons dans une relation où ce travail particulier – consistant à reconnaître Myosotis comme conforme et appartenant à la commune humanité - perdure et s'articule avec un travail assistantiel. En effet, les besoins du locataire,

en cours de suivi, évoluent et nécessitent une évolution dans la relation. Si ses besoins de reconnaissance existent toujours, ils s'accompagnent de besoins liés à sa dépendance logistique. Cette évolution se traduit par la mobilisation de nouveaux outils, sans pour autant que ceux utilisés dans la réalisation du travail thérapeutique soient mis de côté. Ces mêmes outils peuvent par ailleurs avoir une utilité croisée ou même double : d'une part, au service du travail thérapeutique et, d'autre part, au service du travail assistantiel. Ainsi l'empathie et mes réactions, le tact et la connivence ainsi que les émotions restent mobilisées.

Autrement dit, dans ce travail de *care*, qui prend place et s'articule avec le travail thérapeutique, des outils permettent de se soucier de la personne et de s'engager dans la relation mais également de déployer des actions. Ces outils sont en partie déjà mobilisés pour le travail thérapeutique.

Comme on l'a vu précédemment, les émotions, telles que l'inquiétude et la préoccupation, m'ont engagée dans la relation. Avec cette nouvelle situation, elles se portent sur de nouvelles dimensions et par conséquent elles impliquent un engagement nouveau de ma part. En effet, je me préoccupe toujours globalement de la situation du locataire et de son angoisse existentielle, mais, avec le départ de sa fille, mon inquiétude se porte également sur la tristesse qu'il traverse mais également sur sa solitude et sa dépendance. En outre, la situation prend un caractère plus urgent, qui nécessite de convertir ce souci pour autrui en actions permettant de satisfaire certains besoins, comme l'approvisionnement en denrées essentielles. Cela n'exclut pas le travail thérapeutique qui continue et se nourrit même de la nouvelle situation. En effet, cette préoccupation, l'intervention pour soutenir la personne dans ce moment particulier, vient dire quelque chose de mon engagement et apporte à son tour une certaine reconnaissance pour le locataire : mon engagement est réel, il prend une dimension concrète, ce qui vient dire toute la valeur que j'accorde à Myosotis.

Bien que l'inquiétude ou le souci d'autrui soit un outil que l'on voit se déployer dans les deux registres d'action – le registre thérapeutique et le registre assistantiel - elle s'opérationnalise différemment avec le travail de *care*. Cette inquiétude et ce souci prennent la forme d'attention, de sollicitude qui colorent mes actes. Ainsi, je veille à ne rien oublier lorsque je fais ses courses – de manière à ce qu'il ne manque de rien - et à lui rapporter les aliments qui lui font plaisir et qu'il a demandés. Je suis vigilante aux prix des denrées, utilise les coupons de réduction, ce qui le satisfait beaucoup et améliore sa confiance en moi.

Au fur et à mesure que je pénètre son intimité, je porte mon attention sur ses goûts, ses habitudes et mets tout en œuvre pour les respecter. De la sorte, j'utilise la connivence qui s'installe dans notre relation et lui permets ainsi de mener une vie qu'il choisit à certains égards. Il n'a pas choisi que j'intervienne auprès de lui et que j'accomplisse ce travail de *care*, néanmoins, je m'efforce de respecter ses besoins, ses désirs et son autonomie dans les différents choix qu'il fait.

Dans ce cadre, je fais le choix d'acheter l'alcool qu'il demande. L'abstinence à ce moment de son existence – une abstinence qui plus est forcée – ne m'apparaît pas comme étant à envisager. Je ne souhaite pas non plus lui proposer de se débrouiller pour s'en procurer, car j'ai fait le choix de ne pas utiliser la ruse dans la relation et, à cette étape du suivi où la méfiance et l'asymétrie peuvent à tout moment rompre le lien fragilisé. J'achète donc deux fois par semaine ce qu'il me demande en termes de boisson et je sais par ailleurs qu'il parvient à un moment donné à aller jusqu'à l'épicerie la plus proche pour s'en procurer dans la soirée. Il ne fait pas partie de mes missions d'intervenir sur cette consommation qui, par ailleurs, ne trouble plus le voisinage. Par ailleurs, en termes à la fois sanitaires et sociaux, l'abstinence m'apparaît plus néfaste que la consommation.

Ce souci de l'autre, l'attention portée est donc une forme d'inquiétude qui se déploie dans le travail du *care*, c'est une émotion qui permet de pallier les situations de vulnérabilité sans pour autant défigurer l'autre ou l'enfermer dans une dette ou dans la position de l'être vulnérable. Le souci de l'autre – tout comme l'inquiétude dans le travail thérapeutique – permet de montrer la valeur d'autrui et d'améliorer les conditions de vie. Il s'agit avec sollicitude de compenser la situation et de permettre une certaine autonomie.

Par ailleurs, le travail de *care* requiert intrinsèquement l'attention à l'autre, cette dernière définissant en partie la notion ; il a pour visée, comme je le disais en préambule de cette présentation, de prendre soin, d'améliorer le bien-être de la personne – selon sa définition propre du bien-être, de soutenir sa vie quotidienne.

Comme le montre Jeannette Pols (2006), l'autonomie (ou la citoyenneté) de la personne accompagnée peut être développée de différentes manières : « faire faire », « faire avec » ou « faire à la place ». Dans chacun de ces registres, il s'agit de tendre vers une forme d'autonomie qui convienne à la personne. Dans le cadre du travail de *care*, il s'agit davantage de mettre en place des actions visant à faire les gestes du quotidien à la place de la personne, que de lui apprendre à les faire seul ou encore de les faire avec elle, car ils sont un « pré-requis » à ses

autres projets de vie, c'est-à-dire le maintien dans son logement. Autrement dit, les projets de la personne priment sur l'apprentissage des compétences de base. Le *care* est précisément cet ensemble de tâches à accomplir à la place de la personne – des pré-requis – pour qu'elle puisse mener sa vie. Et le souci de l'autre participe de ce travail et de la mise en place des pré-requis à cette vie autonome, puisqu'il permet de connaître l'autre, d'écouter ce qui lui convient et, en dernière instance, de respecter ses choix.

Comme les émotions – l'inquiétude et l'attention à autrui –, le tact – outil du travail thérapeutique déployé auprès de Myosotis - est lui aussi présent dans ce travail de *care* et, tout comme dans le travail thérapeutique, n'est pas mis en œuvre pour obtenir quelque chose mais comme principe de non-jugement. Ne se trouvant pas dans un registre d'action éducative, il ne s'agit pas ici de normaliser (empêcher ou obtenir) les comportements de la personne, mais de lui porter assistance, de répondre à ses besoins afin de la soutenir dans son quotidien.

Le tact, dans cette étape particulière de l'accompagnement de Myosotis, s'opérationnalise dans le non-jugement sur le mode de vie de la personne. S'il convient à un moment donné d'aborder cette question de la normalisation des comportements – ce qui n'entre pas dans mes missions –, il me semble, au moment précis où sa fille quitte le domicile et partant où sa vulnérabilité augmente, que Myosotis a avant tout besoin que l'on trouve des ressources pour pallier les différents points de fragilisation de sa situation. Il sera bien temps, une fois une certaine stabilité retrouvée, de travailler à normaliser ses comportements si cela s'avère nécessaire.

Par ailleurs, le pari formulé par les interventions de l'équipe mobile est que l'attention et la sollicitude portées à autrui, le travail thérapeutique, mais également le cas échéant, le travail assistantiel ou encore le travail d'intervention, peuvent avoir un impact sur les comportements de la personne. En effet, l'équipe mobile propose de déployer un travail relationnel dans l'intérêt de la personne, permettant – en prenant soin de celle-ci – de répondre aux besoins des bailleurs et du voisinage. Il s'agit de résoudre les nuisances et les troubles du comportement par une prise en charge des troubles psychiques de la personne, c'est-à-dire des relations permettant de prendre en compte toutes les dimensions de la personne et les différentes problématiques qu'elle rencontre, y compris le soin des troubles psychiques eux-mêmes. En outre, l'équipe mobile qui intervient de manière à évaluer la situation et les besoins des personnes puis à les orienter vers les services *ad hoc* quand ils existent ou qu'ils acceptent de prendre en charge les personnes, n'a pas nécessairement le temps, ni les compétences, ni les prérogatives pour intervenir de manière éducative ou de manière sécuritaire auprès des personnes. Sa mission n'implique pas d'agir directement par la contrainte notamment sur les comportements des

personnes. Le tact est donc de ce fait un outil fondamental du travail relationnel et partant du travail de *care*.

Il permet, donc, tout d'abord de répondre à l'urgence de la situation. Ce tact était déjà utilisé dans le travail thérapeutique, mais il s'étend à de nouveaux pans de la vie du locataire. En effet, ses nouveaux besoins augmentent ma connaissance de ses habitudes et de sa vie, je pénètre davantage dans son intimité – ce qui par ailleurs réveille sa méfiance. Les éléments de sa vie qu'il pouvait cacher m'apparaissent, me sont donnés à voir du fait même que j'accomplis un travail supplémentaire auprès de lui.

De fait, mon tact est plus que jamais nécessaire à l'équilibre de la relation, c'est-à-dire qu'il est un outil permettant de rétablir la symétrie dans la relation. Comme je le disais dans le travail d'analyse que j'accomplis et pour pouvoir accomplir ce travail de *care*, je prends conscience du déséquilibre que ma nouvelle mission introduit dans la relation. La dépendance du locataire vis-à-vis de moi le place en position d'infériorité, de dette, que je dois compenser autant que possible. Le tact est l'un des contrepoids permettant ce rééquilibrage – jamais réellement atteint. Le tact permet donc, tout en s'élargissant à de nouveaux pans de la vie du locataire, de garantir un travail thérapeutique mais également un travail assistantiel. Il ne s'agit pas de deux outils différents mais d'un seul, qui se déploie dans les différents registres d'action. C'est, en effet, par le travail d'analyse que l'on peut en prendre conscience et réadapter ses réactions.

Si, comme je viens de le montrer, certains outils du travail thérapeutique s'étendent – par un travail analytique à fournir – au travail assistantiel et plus particulièrement au travail de *care*, ce dernier, en revanche, nécessite des outils particuliers.

En premier lieu, il exige de l'intervenant du temps. En effet, après que l'inquiétude s'est mue en un engagement envers la personne puis en actions à mettre en œuvre, il faut à l'intervenant prendre du temps sur ses autres activités pour accomplir les actions permettant de prendre soin de la personne.

Cheffe de service de l'équipe mobile associative, mon temps de travail ne prévoit nullement que je porte assistance à un locataire. Je dois assurer la gestion administrative de l'équipe, les relations avec les bailleurs sociaux, avec les services comptables et des ressources humaines de l'association gestionnaire, gérer l'activité de l'équipe ainsi que les ressources humaines de l'équipe. C'est un travail à plein temps.

Il me faut malgré tout baliser des temps afin de pouvoir intervenir auprès des locataires avec les psychologues – que j'accompagne dans certains de leurs suivis – et accomplir le travail

assistantiel auprès de Myosotis. Outre les deux visites par semaine durant lesquelles je fais les courses, je dois également faire le lien avec les différents intervenants impliqués dans la situation. En effet, la situation d'urgence liée au départ de la fille du locataire, ne place pas au second plan, le travail à faire dans l'appartement – le nettoyage et la désinsectisation. Je poursuis donc la coordination des acteurs autour de cette problématique, mais je cherche également une solution pour déléguer le travail assistantiel à un autre professionnel : une aide à domicile. Je sais par ailleurs qu'il va être difficile de pérenniser ce type d'aide tant Myosotis attaque la relation et se trouve déstabilisé et méfiant vis-à-vis de moi mais également de tout nouvel intervenant.

Il s'en suit de ce fait une surcharge importante de travail durant toute la période qu'a duré le travail assistantiel, soit environ deux mois et demi. Je décale certaines de mes missions le week-end – notamment une large partie du travail administratif. Mais le temps manque tout de même et il me faut rapidement trouver des moyens pour en récupérer un peu. L'ensemble de mes missions sont en tension et cela participe à l'élaboration de schéma d'intervention. Le temps – soit qu'il manque, soit qu'il soit mobilisé – est un outil du travail envers autrui. Quand il manque, certaines actions ne peuvent être menées ce qui peut être néfaste pour les personnes que l'on accompagne.

Ainsi, bien que je manque de temps, il m'apparaît impensable de ne pas porter assistance à Myosotis. Ce besoin de temps par ailleurs est temporaire et des solutions doivent être trouvées pour déléguer le travail à accomplir. Mais, il est indéniable que les actions concrètes exigent du temps, un temps prévu et programmé, des plages de temps balisées. Les visites à domicile sont planifiées à l'avance et on peut organiser un ensemble de tâches autour de ces rendez-vous. Le travail d'analyse, quant à lui, même s'il exige du temps, n'exige pas des plages balisées. Il peut s'accomplir dans l'action ou encore à des moments non prévus (le soir ou le week-end). Comme je le disais donc, afin de dégager du temps pour les actions d'assistance planifiées auprès de Myosotis, je décale certaines de mes tâches le week-end ou le soir et cherche un relai.

En parallèle à la recherche d'une aide à domicile, j'entreprends de renforcer le lien avec le gardien d'immeuble qui, de plus en plus, aide Myosotis les jours où je ne passe pas notamment. Il fait des petites courses d'appoint, sort les poubelles du locataire à ma place, lui ramène son courrier. Des tâches que j'abandonne petit à petit. Par ailleurs, le gardien m'appelle lorsqu'il est débordé par Myosotis ou qu'un événement est à signaler.

L'aide apportée par le gardien, qui pousse Myosotis à sortir de chez lui, soulage une partie non négligeable du travail assistantiel que je dois accomplir mais également de mon inquiétude à son égard.

En outre, cette partie du travail assistantiel fourni par le gardien de l'immeuble participe également du travail thérapeutique amorcé puisque, par cette sollicitude, par ce travail de *care* mis en œuvre par l'agent de terrain du bailleur, ce dernier accorde de la valeur et de la reconnaissance au locataire et lui donne une nouvelle position dans la résidence. De paria – sur qui l'on crache notamment – il devient une personne que l'on peut secourir. D'ailleurs, il est remarquable qu'à cette période aucun épisode de troubles vienne émailler le quotidien de la résidence. Aucun épisode d'alcoolisation excessive, ni de troubles du comportement viennent troubler la quiétude du voisinage. Les nuisances olfactives quant à elles perdurent. Il faut vraiment pouvoir accéder à l'appartement pour pouvoir le nettoyer.

Encore une fois, les deux registres d'action s'articulent et se nourrissent l'un l'autre, même si de nouveaux outils sont déployés comme le temps ou encore la délégation de tâches (notamment auprès du gardien d'immeuble).

Outre le temps que je prends pour accomplir le travail assistantiel, le temps qui passe est lui-même un outil dans ce travail, comme il l'est dans le travail thérapeutique. En effet, les méfiances du début s'atténuent dans le temps, une routine s'installe. La peur que je le vole s'estompe avec l'expérience. Par ailleurs, le tact et l'attention que j'ai à son égard permettent de solidifier notre relation. Le temps - qui passe, ou passé avec la personne - permet donc à ce travail de s'accomplir et de se poursuivre.

Dans le travail assistantiel, comme on vient de le voir, l'analyse et le *care* sont des outils indispensables. Eux-mêmes mobilisent des outils tels que les émotions, le tact ou le temps et s'articulent et alimentent même le travail thérapeutique. Il reste à développer un autre outil indispensable au travail assistantiel, il s'agit de l'organisation.

c. L'organisation

Comme on le voit avec le récit de l'accompagnement de Myosotis au moment où sa fille quitte le domicile, un travail assistantiel prend place afin de lui permettre de s'approvisionner et de se maintenir dans son logement. Ce travail, outre le fait qu'il mobilise plusieurs outils, tels que le *care* ou l'analyse, nécessite une série d'actions qui doivent être organisées.

Comme je le disais plus avant, le temps est un outil du travail assistantiel, tant le temps qui passe que le temps passé dans l'intervention. L'analyse ne nécessite pas toujours de baliser du temps, elle peut avoir lieu le soir ou le week-end. Néanmoins, elle s'accomplit également sur des temps balisés, programmés, tels que les GAP, les réunions d'équipe ou les séances de supervision. Le travail du *care* nécessite également des temps balisés, pour les visites à domicile et les actions à mettre en œuvre, mais également pour les sollicitations d'autres acteurs, que j'appelle ici des temps de coordination.

Ces différents temps nécessitent donc une certaine organisation qui incombe, d'une part, à l'intervenant qui organise son emploi du temps, dans une certaine mesure, en fonction des besoins de la personne – ce qui est le cas dans l'accompagnement de Myosotis, mais aussi de ses diverses activités et missions par ailleurs - ses autres suivis et des instances institutionnelles auxquelles il doit participer comme la réunion d'équipe ou la revue de situation. Cette organisation doit également s'effectuer en tenant compte de l'emploi du temps de l'utilisateur qui a des impératifs – puisqu'il s'agit d'améliorer sa qualité de vie.

Cette organisation incombe, d'autre part, au chef de service, qui planifie les instances institutionnelles, qui travaille à la coordination et cherche à permettre à l'intervenant de réaliser ses missions.

Dans l'accompagnement de Myosotis, je cumule les rôles puisque je suis à la fois cheffe de service et intervenante. Je m'organise donc seule autour des différents impératifs que sont les besoins de Myosotis, les besoins des psychologues et la bonne marche du service.

De novembre 2017 à janvier 2018, j'assure donc l'approvisionnement du locataire. Il me faut réfléchir aux meilleurs moments de la semaine pour le faire, sachant que je ne serai pas disponible le week-end ou encore les jours fériés. La période de Noël est d'ailleurs problématique et j'organise mes repos en fonction des besoins du locataire et de manière à ne pas le laisser seul trop longtemps.

Pour davantage de souplesse dans mon emploi du temps, je crée un partenariat informel avec le gardien d'immeuble à qui je délègue certaines de mes tâches. Bien qu'il faille y consacrer un peu de temps, ce temps s'avère rapidement un réel investissement car Myosotis est tout à fait favorable à cette relation – qui fait tiers entre lui et moi, moi-même faisant tiers entre eux.

Je choisis donc le mardi et le vendredi après-midi pour les visites à domicile et les courses de Myosotis pour éviter de le laisser sans visite trop longtemps et m'assurer ainsi qu'il ne manque de rien. Par ailleurs, je tiens compte de l'organisation de l'équipe et de sa réunion

institutionnelle qui a lieu le jeudi matin. Pendant les deux mois de ce travail assistantiel, j'ai veillé à ne pas organiser de points d'étape avec les bailleurs sur ces trois créneaux ni d'autres rendez-vous, ces trois actions étant priorisées sur le reste de l'activité.

L'organisation joue donc sur plusieurs niveaux : au niveau hebdomadaire, au niveau institutionnel, mais également au niveau du partage entre le privé et le professionnel. En effet, il est arrivé durant cette période qu'il y ait de fortes tensions sur mon emploi du temps et que ces trois créneaux soient en concurrence avec d'autres événements impératifs. Je n'ai jamais décalé la réunion d'équipe qui implique en effet tous les psychologues et moi-même - et même parfois le directeur de pôle auquel est rattaché le dispositif au sein de l'association gestionnaire. En revanche, il m'est arrivé d'effectuer ma visite au domicile de Myosotis le samedi ou encore le soir en semaine, de manière à libérer du temps la semaine pour d'autres activités. Myosotis a un rythme circadien pas tout à fait diurne, il se lève très tard dans la journée et ne s'endort qu'au petit matin. Ma venue le soir ne le perturbe pas s'il en est averti (alors qu'une visite à domicile le matin le dérangeait bien davantage). Tant que les magasins sont ouverts, je peux donc venir accomplir mon travail de *care*. Il convient, comme je le disais à l'instant en revanche que j'avertisse suffisamment tôt le locataire d'un changement d'emploi du temps. La régularité facilite en effet très grandement notre relation et son bien-être. Il est très sensible aux variations et lorsque je dois décaler ma venue, ce n'est jamais sans impact. Outre la partie active du travail de *care*, j'accomplis également la partie plus réflexive sans aucune programmation au préalable. En effet, le souci de l'autre, l'inquiétude et l'engagement – s'ils entraînent un investissement de soi et donc de temps – se réalisent sur des temps non programmés – ces temps s'invitent sans être nécessairement convoqués. Ils se réalisent d'ailleurs de préférence lorsque l'on est enfin au repos, que l'on a du temps pour penser les choses vécues, à vivre, etc. La nuit est assez propice à cette activité, même si, en revanche, elle génère du stress et de l'angoisse.

Autre point de ce travail assistantiel à planifier, il s'agit du travail partenarial, du travail de coordination. En effet, que ce soit le travail partenarial amorcé avec le gardien d'immeuble, avec la mandataire judiciaire ou encore avec l'association gestionnaire du service d'aide à domicile et l'aide à domicile elle-même, ou encore le travail de coordination avec le bailleur qui demande à être mis au courant des actions entreprises dans la situation qu'il nous a adressée, il est nécessaire là-encore de baliser des temps pour réaliser le travail demandé.

Outre les rendez-vous à prendre pour rencontrer les partenaires – formels ou informels – il s'agit également d'organiser les différentes prises en charge, c'est-à-dire prévoir un schéma d'intervention qui respecte un ordre chronologique logique. Ainsi, je dois d'abord m'entretenir

avec la mandataire judiciaire avant de recourir à une aide à domicile. Par ailleurs, je dois attendre que la mandataire ait ouvert des droits au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au locataire. Je dois également veiller à chaque étape que ce dernier y consent. Cela demande de prévoir donc de le rencontrer, le téléphone ne se prêtant pas du tout à ce genre d'activité.

Je procède donc par ordre tout en tenant compte de mes impératifs et de ceux des partenaires à mobiliser. La personne avec qui j'ai le plus communiqué lors de ces deux mois a été la mandataire judiciaire avec qui d'ailleurs j'ai fait deux visites à domicile. En effet, représentant le locataire sur des aspects administratifs, il était important qu'elle parle avec son protégé et que l'on s'organise tous les trois pour mettre en œuvre les différents recours imaginés.

Pour trouver une aide à domicile à même de prendre en charge Myosotis dans son logement, je n'ai cependant pas attendu que la mandataire judiciaire ait le retour du département quant à l'octroi de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le temps de traitement des demandes d'APA est environ de deux mois.

En effet, la situation de Myosotis, mais surtout ses troubles psychiques, m'ont amenée à rapidement prendre attache avec un service d'aide à domicile à but non lucratif en mesure de prendre en charge ce type de public et proche du domicile de Myosotis, deux contraintes impératives. Un seul de ces services – accompagnant des personnes âgées et en situation de handicap psychique (pas de notification de handicap par la MDPH obligatoire) – existe à proximité de chez Myosotis.

J'ai donc planifié une rencontre avec la cheffe de service pour évoquer la situation du locataire et ses besoins. J'ai évoqué également les diverses problématiques locatives qu'il rencontre. Le travail demandé à l'aide à domicile est à penser en deux temps. Dans un premier temps, il s'agit surtout de réaliser les tâches extérieures au domicile (qu'il s'agisse des courses ou encore du retrait d'argent, des envois de courrier, etc.), puis, dans un second temps, quand la désinsectisation de l'appartement puis son nettoyage auront été réalisés, l'entretien de l'appartement. J'évoque également la demande d'APA faite auprès du département.

De mon côté, ayant des conflits d'agenda important du fait des tâches d'assistance auprès de Myosotis, j'appuie auprès de la mandataire judiciaire pour que l'aide à domicile puisse commencer avant l'octroi de l'allocation, ce qui n'est pas un impératif pour elle puisque j'accomplis la tâche gratuitement. Une négociation est à l'œuvre pour que je puisse déléguer cette mission. Ce sont des arguments humains qui parviennent à convaincre la tutrice qui finit

par me donner son aval pour cette dépense (d'autant que le locataire en a les moyens et qu'il ne s'agit que des courses dans un premier temps).

Toutefois, il nous faut attendre que le service d'aide à domicile recrute une personne supplémentaire, il est en effet actuellement en sous-effectif et ne peut fournir le service.

En janvier 2018, une aide à domicile est affectée au suivi de Myosotis. Il reste à organiser le passage de relai auprès de ce dernier. Outre une rencontre avec la cheffe du service d'aide à domicile et l'aide à domicile où nous échangeons à propos de Myosotis et de ses besoins (il a été mis au courant de cette rencontre et y a consenti), j'organise deux rencontres communes : une première avec elles deux et moi-même ; une seconde avec l'aide à domicile et moi-même.

La troisième semaine, l'aide à domicile se charge seule des courses et du retrait d'argent liquide. La cheffe du service d'aide à domicile est en lien avec la mandataire judiciaire pour les différentes questions relatives à son périmètre. Je n'assure plus le travail assistantiel auprès de Myosotis, bien qu'il me parle très souvent de l'aide à domicile. Il manifeste son mécontentement quant à mon « abandon » de ce travail et du désagrément qu'il éprouve à devoir accepter la venue d'une nouvelle personne.

Pour ma part, je continue le travail thérapeutique mais également de coordination avec le bailleur, la mandataire judiciaire, l'aide-ménagère, le CLIC/MAIA, le CLSM, la psychiatrie et les entreprises privées de désinsectisation et de nettoyage pour l'appartement.

Comme on l'a vu au travers de cette description, le travail assistantiel peut être à accomplir dans le cadre des suivis des personnes depuis leur domicile. Le fait, en effet, d'être en lien avec elles et d'intervenir à leur domicile, nous donnent à voir les situations et les diverses problématiques qui les traversent. Bien qu'intervenants sur la dimension psychique, l'intervention à domicile impose de ne pas seulement regarder cette dimension mais bel et bien de prendre en compte les deux autres (biologique et sociale). Il est difficile d'en rester strictement à ses prérogatives, son mandat – des prérogatives ou mandat parfois pas si clairs d'ailleurs.

Si l'équipe mobile associative n'a pas vocation à accomplir le travail assistantiel, elle se doit de le faire quand personne ne le prend en charge. Il y a un devoir d'intervenir qui ne tient pas à la profession que l'on exerce ou aux fonctions du service dans lequel on travaille mais qui tient à la commune humanité justement qui lie intervenant et personne accompagnée.

Ce travail assistantiel est particulièrement chronophage et envahissant, aussi bien psychiquement que cognitivement, mais il est très riche et nourrit admirablement le travail thérapeutique puisqu'il crée un monde commun, une connivence importante entre les deux personnes. Il nourrit la relation que crée les deux personnes qui échangent alors du soin, de la reconnaissance, de l'intimité, du temps, etc. Le temps passé avec la personne et les actions menées pour prendre soin d'elle solidifient ce lien qui permet alors de mettre en œuvre les autres actions indispensables au regard des besoins de la personne.

Dans le cas de Myosotis, à la suite de cette période, nous avons pu mettre en œuvre le nettoyage, la désinsectisation et le ré-ameublement de l'appartement, notamment en prévoyant une chambre d'hôtel pour le loger durant deux jours, la venue des entreprises et la réception des meubles commandés.

Alors que loger à l'hôtel durant deux jours lui paraissait tout à fait impossible, quand je lui ai à nouveau proposé après ces deux mois d'assistance, il y a consenti. Connaissant ses habitudes, j'ai pu le rassurer sur ce qu'il pourrait faire dans sa chambre.

Outre les avantages qu'apporte le travail assistantiel, malgré le temps et l'investissement qu'il demande, voyons à présent comment il peut se légitimer.

2. Ordre de légitimité : l'éthique de la responsabilité

Les actions comprises dans le registre assistantiel que j'ai mises en œuvre dans le cadre de l'équipe mobile associative s'inscrivent dans avant tout dans un ordre de légitimité éthique. De manière négative, elles ne s'inscrivent pas dans un ordre de légitimité néo-bureaucratique ni bureaucratique. Si, par l'un des aspects de l'éthique professionnelle, l'intervenant se doit d'accomplir les missions qui relèvent de son mandat dans le cadre qui lui est imposé par son institution ou la société employeur, il n'en est cependant pas moins obligé par d'autres aspects de l'éthique professionnelle - qui encadre par exemple sa profession, c'est-à-dire un cadre élargi - et par une éthique personnelle, de respecter des valeurs et un cadre juridique qui supplantent les demandes de la société employeur.

Les attentes de la société employeur, ici le bailleur social, ne peuvent être le seul horizon et les seules fins des accompagnements, tout comme l'obligation de moyens. Ces deux éléments peuvent légitimer des actions entreprises dans le cadre du travail envers autrui, toutefois ils sont

bien moins impératifs que d'autres éléments relevant de l'éthique et de la responsabilité, des éléments propres aux interventions auprès d'autrui à domicile, propres à la relation d'aide, une relation unissant deux personnes qui échangent une – ou plusieurs – chose(s) déterminée(s) par les besoins de l'une d'entre elle.

C'est pourquoi les ordres de légitimation bureaucratique ou néo-bureaucratique ne peuvent seuls encadrer les actions entreprises dans un registre assistantiel. En revanche, elles s'inscrivent dans un ordre éthique professionnel et personnel qui s'articulent et se conjuguent (bouquet, 2009, p. 46).

Dans la situation que j'ai abordée ici, le travail assistantiel accompli avec Myosotis ne fait pas strictement partie des missions de l'équipe mobile associative. En effet, les attentes de la société employeur, le bailleur social de Myosotis, ne portent pas sur l'approvisionnement de celui-ci ni dans le soutien à une vie digne. Il a en effet contractualisé avec une équipe d'appui dans le but qu'elle prenne en charge les problématiques de santé mentale qu'il peut rencontrer avec certains de ses locataires, des problématiques qu'il ne peut prendre en charge par les actions qu'il entreprend d'ordinaire, c'est-à-dire des actions relevant du juridique ou de l'action sociale (pure). Néanmoins, dans sa position de client, il adresse ses attentes à l'équipe, des attentes qui peuvent sembler éloignées des problématiques des personnes et en revanche, clairement tournées vers ses propres problématiques (loyers non perçus, logements dégradés, pétitions des associations ou amicales de locataires, etc.).

Néanmoins, l'intervenant, en tant qu'intervenant au domicile de personnes en situation de vulnérabilité, qu'il soit travailleur social ou psychologue, est tenu par une responsabilité, un engagement auprès des personnes qu'il rencontre. Il a en effet une responsabilité éthique envers autrui (*op. cit.*, 2009).

Bien que l'intervention auprès de Myosotis ait pour fin, notamment, l'état de son appartement, et partant la diminution des nuisances qu'il engendre (nuisances olfactives du fait de l'état d'insalubrité de l'appartement et nuisances par infestation de punaises de lit), le fait d'être témoin de sa détresse et de sa vulnérabilité à la suite du départ de sa fille nous a imposé la mise en œuvre d'actions permettant de pallier cette situation.

A un premier niveau, l'intervenant se voit tenu d'agir du fait de son éthique de la responsabilité.

« [Paul] Ricoeur en appelle [...] à une éthique de responsabilité ; celle-ci a pour rôle d'examiner la situation qui pose problème, passer la décision au crible de la loi morale afin d'éviter une aspiration trop individuelle et de revenir à « l'intuition fondamentale de

l'éthique », c'est-à-dire à l'esprit du devoir que seul le discernement peut apprécier. Il souligne que la souffrance des victimes crée des obligations pour les autres. « La souffrance oblige, dit-il, elle rend responsable ses témoins. Le premier droit est ainsi du côté de la victime. Son droit est d'être reconnu ». À ce droit originaire correspond l'obligation inconditionnelle de porter secours. « Ce devoir, selon Ricoeur, est un impératif catégorique qui dérive de celui, plus formel, de traiter les personnes comme des fins et non pas seulement comme des moyens » (Ricoeur, 2015). » (ibid., 2009, p. 45)

En effet, plutôt que de légitimer les actions inscrites dans le registre assistantiel, on peut se demander comment il aurait été possible de légitimer une non-intervention (Marques, 2015). Comme je le disais, témoin de la situation de vulnérabilité de la personne, il m'était impossible de justifier une non-intervention qui aurait laissé la personne dans une grande détresse.

En revanche, comme l'invite à faire Ricoeur, il s'agit de trouver « la juste mesure ».

A plusieurs reprises dans la description du travail assistantiel et de ses différents outils, qu'il s'agisse du travail d'analyse et du *care*, j'ai utilisé l'adjectif *impératif* pour qualifier mes actions. C'est précisément une référence à cette éthique de responsabilité qui m'a amené à agir au-delà des seuls ordres de légitimation et bureaucratique et néo-bureaucratique.

D'une part, comme on l'a vu à l'instant, la rencontre avec une personne en situation de vulnérabilité nous « oblige » à intervenir. C'est un principe de l'éthique de la responsabilité, la responsabilité étant une notion qui articule le plan de la morale et le plan juridique. Ainsi, être responsable signifie « *apporter son concours à autrui* » - dans une dimension de solidarité - mais induit également l'idée d'être redevable aux autres et devant la loi (*ibid.*, p. 43). Pour les travailleurs sociaux, cette responsabilité est un engagement soutenu par différentes références éthiques telles que « *le respect de la dignité* », « *le devoir de solidarité* », « *le principe de bienfaisance* » et le « *principe de justice* » (*ibid.*, p. 46). En effet, le travailleur social, qui est redevable par rapport aux autres (qu'il rencontre) et devant la loi, témoin de la souffrance d'autrui se trouve dans l'obligation inconditionnelle d'intervenir. Par ailleurs, il doit intervenir avec autrui. Le « *noyau éthique est la rencontre* » (René et Ricoeur, 1996), c'est-à-dire que l'intervenant doit tenir compte de la singularité de la rencontre et « *le caractère inaliénable de la personne* » (*ibid.*, p. 46). L'intervention se fait avec la personne, dans la rencontre, dans la relation à autrui. C'est

« une aptitude à être affecté par l'autre et à vouloir qu'il soit lui-même. [...] l'accompagnement social est bien à baser sur une éthique de la responsabilité avec la visée de permettre à chacun, quel que soit le niveau de difficulté qu'il rencontre, de faire des choix responsables. » (ibid., p. 46)

Cela se traduit dans l'accompagnement de Myosotis par ce travail de *care* mis en place sans user de la ruse. En effet, il s'agit de l'impliquer dans les décisions, de lui donner les moyens de faire des choix, de lui donner la possibilité de faire des choix, en assurant notamment la prise en charge des tâches qu'il ne peut pas assurer. Cela se traduit également par un engagement de ma personne – au-delà de mes fonctions – pour accomplir ces différentes tâches et ainsi permettre au locataire de mener une vie digne.

D'autre part, le travail assistantiel exige un travail analytique. En effet, les actions notamment dans le travail de *care* nécessitent clairement un travail analytique puisque l'on ne peut pas se référer uniquement au cadre de la société employeur. Il s'agit, en effet, de répondre à l'engagement pris dans la rencontre et de formaliser des actions avec la personne qui tiennent compte du temps long, c'est-à-dire « des conséquences lointaines » (ibid., p. 48) de nos actions sur la vie de la personne. Sur la base du principe hippocratique « *ne pas nuire* », en effet, il s'agit d'anticiper et de réduire au maximum les nuisances que peuvent entraîner nos agirs dans le court et le long terme.

Outre cette éthique de la responsabilité - une éthique personnelle¹⁷⁰ -, l'intervenant se trouve également pris dans une responsabilité envers les usagers, soit une éthique professionnelle – qui peut, par ailleurs, comme je le disais plus avant, supplanter les attentes de la société employeur. Il a un devoir d'écoute et d'aide ainsi qu'un devoir de sollicitude envers les personnes en difficulté.

Vis-à-vis de Myosotis, l'intervenant de l'équipe mobile a une obligation au-delà des attentes du bailleur social, du fait, d'une part de son engagement professionnel (sa formation, sa fonction, son métier et ses valeurs), et d'autre part, l'éthique de l'association gestionnaire de l'équipe mobile. En effet, si l'équipe mobile est un prestataire des bailleurs sociaux, elle est également un dispositif médico-social – en cela soumise au code de l'action sociale et des familles – et

¹⁷⁰ Personnel entendu au sens de personne : cette éthique se situe au niveau de la personne et non pas de ses statuts professionnels.

gérée par une association à but non lucratif d'utilité publique ayant elle-même ses valeurs éthiques. La responsabilité éthique se trouve alors partagée entre l'intervenant, l'association gestionnaire (son employeur direct) et la société-employeur (le client) mais c'est l'intervenant qui en assure la charge.

Comme l'explique Brigitte Bouquet (2009), l'institution elle-même a une responsabilité envers les usagers. Elle se doit de donner aux intervenants un cadre permettant de remplir leurs missions, mais également de les définir clairement. Et pour ce faire, elle doit avoir « une connaissance étendue des implications de l'action » (*ibid.*, p. 50). Si l'association gestionnaire a une connaissance des implications de l'action de l'intervenant, les bailleurs sociaux, pour leur part, ne l'ont pas ou pas toujours. L'un des bailleurs sociaux avec lequel l'équipe mobile a contracté a confié la direction de son pôle social à un directeur d'établissements et de services médico-sociaux. Ce dernier a cette connaissance qui permet aux intervenants d'agir dans un cadre permettant une pratique de qualité. En revanche, d'autres bailleurs sociaux ne distinguent pas le pôle social du pôle contentieux et partant n'ont pas la connaissance des implications de l'action des intervenants. Ceux-ci, pour déployer des pratiques dont ils peuvent anticiper notamment les conséquences lointaines, d'une part, doivent se référer à un autre cadre et se trouvent dans une situation de tension qui ne leur permet pas toujours d'agir comme il convient. Et, d'autre part, ils ne peuvent être tenus pour responsable de la qualité de leurs pratiques. Pour autant, étant dans la rencontre avec l'utilisateur, dans le colloque singulier, la relation d'aide, il est difficile pour eux de se désengager de cette responsabilité et d'assumer des pratiques de moindre qualité dont les conséquences – proches ou lointaines – peuvent être délétères pour la personne.

Pour conclure sur l'éthique de l'intervenant, ses actions s'inscrivent également dans un cadre professionnel tenant à sa profession, à sa fonction et à ses propres valeurs. Comme je l'ai indiqué, j'ai choisi pour cadrer mes pratiques d'adopter les principes bonnaféens, les mêmes principes adoptés par le professionnel assurant ma supervision. Ce sont ces principes qui ont guidé mon action et permis de la cadrer. L'intervention à domicile nécessite, selon ces principes, d'agir avec la personne, de soutenir son quotidien et de valider le « caractère inaliénable de la personne ».

Comme dans le suivi de Rose, avec Myosotis, j'ai occupé une position surplombante, occupant différentes fonctions. Il était impératif, et donc de ma responsabilité, de ne pas user de cette

position mais également de trouver à rééquilibrer la situation et partant d'anticiper les conséquences lointaines de mes actions. Il s'agit de respecter l'autonomie de la personne ainsi que sa dignité, de lui accorder la reconnaissance qu'elle mérite, d'entretenir le lien qui nous unit de manière à pouvoir poursuivre l'accompagnement et la satisfaction de ses besoins.

Si dans le travail de suggestion, il s'agit à un moment donné d'induire un choix plutôt qu'un autre, dans le travail assistantiel, il s'agit d'œuvrer pour qu'il existe des choix, des possibilités et que la personne ait les ressources nécessaires pour faire des choix responsables. C'est la visée du travail assistantiel, qui ne peut se faire en dépit de la volonté de la personne. Bien que cette dernière ne formule pas nécessairement de manière claire une demande, il s'agit de respecter son consentement et de lui donner la possibilité de formuler ces demandes. Le lien, la relation est d'une importance fondamentale dans ce processus puisque c'est à partir d'elle que cette formulation peut se faire et que les différents besoins de la personne – les besoins qu'elle identifie – peuvent être évalués et satisfaits.

C'est donc bien l'éthique qui doit guider et cadrer le travail assistantiel, une éthique envers les usagers à la fois personnelle et professionnelle qui se trouve partagée par l'intervenant et l'institution qui l'emploie, mais aussi l'institution qui fait appel à eux.

Conclusion

Les registres d'action de l'intervenant à domicile ne se limitent pas à ceux présentés ici, bien que, comme je l'ai finement décrit, un registre d'action se subdivise lui-même en actions qui peuvent prendre place dans d'autres registres. Les catégories ne sont pas pures, le réel étant infiniment complexe.

Dans ce travail, j'ai abordé avant tout les registres d'action *principaux*, c'est-à-dire ceux qui subsument les autres, ceux qui sont mobilisés par l'intervenant et qui permettent de justifier ses actes, ses choix.

Ainsi dans le travail thérapeutique – le registre d'action thérapeutique –, sont mobilisées des actions pouvant relever du registre du management, c'est-à-dire des actions visant à mettre autrui et soi-même au travail ; dans le registre d'intervention, on peut voir des actions communes aux registres de persuasion, au registre d'accompagnement ou encore au registre éducatif ou didactique ; dans le registre assistantiel, on peut mobiliser des actions intervenant

également dans le registre d'accompagnement, dans le registre thérapeutique ou encore dans le registre de l'organisation.

Ces modèles proposés permettent la description mais également de donner un sens, une signification aux actions entreprises.

En outre, si j'ai décrit le travail que j'ai moi-même réalisé en tant qu'intervenante psychosociale, le travail de l'intervenant ne s'y limite pas. En effet, le cadre de l'intervention – c'est-à-dire les missions du dispositif qui emploie l'intervenant, les missions et fonctions de l'intervenant ainsi que sa profession – peut entraîner le déploiement d'autres actions.

Pour ma part, au sein de l'équipe mobile associative dont les missions sont l'évaluation des situations adressées par les bailleurs sociaux et l'orientation ensuite des personnes vers les services à même de les prendre en charge, il s'agit de nouer une relation avec des personnes n'ayant pas formulé de demandes mais qui pour autant présentent d'importants besoins en termes de santé mais également en termes de conditions de vie. Intervenir auprès d'elles n'a aucune visée curative, ni éducative. Ces registres, s'ils sont déployés à la marge, c'est dans le cadre des missions de l'équipe mobile mais aussi dans l'intention de soutenir la personne, le temps de trouver un relai susceptible de prendre en charge les besoins de la personne.

Par ailleurs, l'équipe mobile associative – à l'inverse de la psychiatrie – n'a pas de mandat médico-légal. Les intervenants ne sont pas en position de mobiliser des actions inscrites dans le registre sécuritaire. D'un point de vue éthique, qui plus est, il est préférable, en l'absence de demande de la part des personnes, de ne pas user de ce registre.

Pour ces diverses raisons, je n'ai pas été en mesure de proposer une description d'autres registres d'actions, mais les trois proposés permettent un regard élargi et détaillé du travail que j'ai accompli, en cela qu'ils mobilisent différents registres mais également une grande palette d'outils, ces outils – tout comme les registres d'action – pouvant être mobilisés dans diverses situations distinctes et dans divers registres.

Ainsi les émotions sont mobilisées dans nombres d'actions et plus généralement dans le travail relationnel envers autrui. Si elles ne sont pas des outils de ce travail, elles sont, quoi qu'il en soit, présentes. En première instance, elles engagent l'intervenant et la personne dans la relation. La connivence et le tact, comme les émotions, mais également l'empathie ou les réactions de l'intervenant, sont également presque systématiquement mobilisés. L'ensemble de ces outils permet de durcir – dans le sens de solidifier – la relation, de créer un monde commun, des souvenirs partagés entre les interactants.

Ces outils – que je peux qualifier de principaux outils du travail relationnel – sont à la base des autres outils mis en œuvre, tels le travail de *care* ou encore le travail de suggestion, qui eux même se voient renforcés par un travail analytique et un travail organisationnel.

Comme le montre l'ethnographie de l'aide à domicile (Guichet, Hénaut, Hennion et Vidal-Naquet, 2012), d'autres intervenants à domicile font usage d'autres outils tels que la ruse. Pour ma part, toujours du fait du cadre de mon intervention, je ne l'ai pas mobilisée, la relation avec la personne étant trop fragile et précieuse pour être mise en danger.

En effet, dans ce travail envers les personnes, il s'agit avant tout de nouer une relation – qui a des effets sur l'intervenant et sur la personne – puisqu'elle est la condition à l'intervention même. Ruser, exercer une contrainte sur les personnes peuvent compromettre le lien, or, ces personnes, bien qu'elles aient un domicile, sont dans une situation de grande vulnérabilité et de précarité – économique, matérielle, mais aussi relationnelle. Elles sont isolées et dans des situations sociales souvent difficiles. Pour certaines, les dettes locatives importantes – liées à leurs troubles psychiques comme on l'a vu notamment avec Lavande – ou encore l'état de l'appartement compromettent leur chance de rester dans le logement. Les intervenants de l'équipe mobile ont la responsabilité de mettre en œuvre un soutien autour d'elles de manière à diminuer leur vulnérabilité et améliorer leur bien-être. C'est à ce prix que les troubles de l'habiter, du voisinage, du comportement, etc., qui ont pour origine leurs troubles psychiques dont les personnes souffrent, s'estompent, s'amenuisent.

Mais comme on l'a vu avec les accompagnements décrits ici, les intentions de l'équipe mobile sont en tension avec celles des bailleurs sociaux qui pourtant sont à l'origine de la demande. Ils sont les commanditaires et à ce titre, ils souhaitent imposer leurs attentes aux équipes d'appui avec lesquelles ils contractualisent.

En effet, les intervenants, au moment de justifier leurs actions, peuvent se trouver dans un ordre symbolique néo-bureaucratique – la survie de l'équipe et de son nombre d'emploi, les intérêts de l'association gestionnaire auprès des bailleurs sociaux pour d'autres dispositifs, etc. L'éthique est alors indispensable pour revenir au cadre des interventions des professionnels de l'équipe mobile, une éthique complexe qui mêle à la fois une éthique personnelle, une éthique de la responsabilité et une éthique professionnelle.

Le travail de l'intervenant - que j'ai été dans cette équipe mobile associative - s'est avéré très riche mais également très complexe, mêlant différents niveaux et différentes dimensions. Il m'a engagé, il a engagé ma personne – au niveau donc intime, individuel, mais également au niveau

personnel. Il m'a demandé une grande mobilisation et une analyse constante de mes actes et ressentis. L'intervention à domicile, le travail relationnel qu'elle demande, ont un coût important pour les intervenants qui ne peuvent pas – d'après l'expérience que j'en ai faite du moins – faire l'impasse sur cet engagement personnel et professionnel. La relation à autrui et son idée princeps qu'il ne faut pas nuire, et l'intervention à domicile sont en effet couteuses pour ceux qui les pratiquent.

Par ailleurs, on aurait pu développer davantage le travail de mobilité, qui joue à plusieurs niveaux également – mobilité physique mais également psychique – et qui, lui aussi, s'avère très couteux pour l'intervenant. Il n'est pas rare que ces services mobiles cherchent à se sédentariser et faire venir ainsi leur patientèle dans leurs locaux. L'aller-vers, démarche comme je le disais à la fois physique et psychique, prolonge l'engagement personnel et professionnel. Aller-vers s'est engagé un travail envers l'autre, c'est une attitude active qui s'oppose à l'attente, bien plus passive. Ainsi, l'équipe mobile associative a, elle-même, été traversée par ce désir de sédentarisation. Les psychologues ont mis en place pour certains locataires des accompagnements dans nos locaux. Lorsque la personne est impliquée dans la relation et qu'elle souhaite « sortir » de chez elle, cette démarche peut être envisagée. D'autant que cette pratique normalise en quelque sorte le travail proposé : cela ressemble à des séances dans un cabinet de psychologie libéral et tend à déstigmatiser les interventions des psychologues.

Toutefois, lorsque le lien est fragile, lorsque la précarité de la personne est importante et qu'elle se trouve dans une situation de grande vulnérabilité, l'aller-vers ne pourra pas cesser sous peine de rompre le lien. Malgré tout, j'ai rencontré un service d'aide à la vie sociale francilien, spécialisé dans les situations de handicap psychique, pour qui le coût de la mobilité n'était plus supportable (pour des raisons que je n'ai pas pu approfondir). Il a cessé toute mobilité. Les personnes qu'il accompagne doivent être en mesure de se rendre vers lui ce qui crée une sélection parmi les usagers (ceux capables d'aller vers les soins et ceux qui ne le sont pas) et ne permet pas de lutter contre les ruptures de parcours.

Outre le coût de ce travail relationnel pour les intervenants, un coût énergétique et émotionnel important, les descriptions que j'ai proposées ici interrogent la professionnalité et les frontières entre les différentes professions. En effet, il est difficile dans ce travail de délimiter ce qui relève de telle profession ou de telle autre. Chaque profession a ses particularités, bien sûr, ses savoirs, ses connaissances. Pour autant, l'intervenant dispose des mêmes outils. Il n'en fait cependant pas nécessairement le même usage, comme lorsque je parle du transfert et du contre-transfert. Tous les psychologues – selon leur formation – ne les utilisent pas. Pour ceux qui les utilisent

néanmoins, ils peuvent avoir une signification différente ; les intervenants non-psychologues, quant à eux, peuvent connaître leur existence, même les repérer et les analyser, mais ils ne les manient pas en vue d'agir de façon curative mais pour comprendre la situation et intervenir sans nuire à la personne.

En outre, l'outil principal de la relation étant l'intervenant lui-même, il existe au sein d'une même corporation des différences dans les pratiques ou encore des pratiques similaires chez des intervenants n'appartenant pas au même corps professionnel.

En tant qu'intervenante psychosociale, mes pratiques envers les personnes rencontrées dans le cadre de l'équipe mobile ne se distinguent pas outre mesure de celles d'un des psychologues, bien qu'il soit psychologue clinicien d'orientation psychanalytique. Les personnes n'étant pas en demande, il utilise sa formation de psychologue bien plus pour comprendre et évaluer les situations que pour les « traiter ».

Intervenir à domicile auprès de personnes en souffrance psychique, comme le montre les descriptions proposées dans cette section, c'est finalement l'art de la relation, c'est nouer une relation en tant que personne avec une autre personne et échanger avec elle autour de ce dont elle a besoin et finalement ce dont on a nous-mêmes besoin pour pouvoir le faire.

Conclusion Générale

La description fine de l'organisation des prises en charge des troubles psychiques depuis le domicile des personnes qui en souffrent, de l'ordre négocié qui se met en place entre les acteurs en présence, ainsi que du travail relationnel indispensable à la réalisation de ces prises en charge, me permet de dire que l'on assiste non pas à une désinstitutionnalisation, mais bel et bien à une transformation institutionnelle majeure de cette prise en charge. En effet, nous n'assistons pas à la mort d'institutions mais à une redéfinition de leurs missions, de leurs prérogatives et de leurs manières de faire et d'agir, à une distribution nouvelle des responsabilités, à une division nouvelle des tâches entre les nombreux acteurs intervenant dans les prises en charge.

Cette longue observation participante, ou plutôt participation observante, durant laquelle j'ai vu à l'œuvre cette transformation institutionnelle, m'a permis de décrire la fabrique de l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques dans et par le logement – même si le logement en soi n'est qu'un outil au service de l'autonomisation des personnes.

Durant près de deux siècles – de la naissance de la psychiatrie aliéniste aux changements de prises en charge dont j'ai rendu compte ici – les personnes souffrant de troubles psychiques sévères ont endossé le statut de personnes malades. En effet, avec le docteur Philippe Pinel, dès 1800, le fou devient un malade, un aliéné. Par ce statut, la personne connaît alors une trajectoire de personne malade, prise en charge par la médecine aliéniste, à l'hôpital. Ce statut efface presque les autres, celui d'époux, de citoyen, etc. (Quintin, 2020).

En permettant une vie hors de l'hôpital, la psychiatrie désaliéniste, qui voit le jour dans les années 1950, permet aux personnes d'endosser d'autres statuts, bien que celui de malade ou de patient reste encore liminaire et majeur. En effet, c'est la médecine psychiatrique qui, organisée en associations, permet à ses patients de quitter l'hôpital et de vivre dans la cité¹⁷¹. Bien sûr, une autre trajectoire s'ouvre alors aux personnes. Elles peuvent endosser d'autres statuts, tels que celui de membres de l'association qui loue leurs appartements par exemple. Les secteurs

¹⁷¹ Dans l'association de secteur que j'ai observée, l'équipe soignante, outre l'association de logement, a créé une association artistique, une entreprise d'insertion, mais également un centre d'accueil et de crise et un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel. Elle a également procédé à une implantation préalable, puis à une réactualisation des partenariats avec les structures publiques alentours.

de psychiatrie, mais surtout les associations qu'ils créent et gèrent, ces greffons, permettent aux personnes de travailler dans des entreprises d'insertion, de s'occuper dans des ateliers artistiques, de monter des projets individuels, etc. C'est donc bien une manière d'amener les personnes souffrant de troubles psychiques à retrouver d'autres statuts, comme celui de citoyen, de voisin, etc. C'est donc une manière de permettre aux personnes de vivre en tant que sujet.

Aujourd'hui, la position de la psychiatrie dans l'ensemble des institutions intervenant à domicile auprès des personnes souffrant psychiquement a changé¹⁷², tout comme le statut de patient ou de malade pour les personnes soignées en psychiatrie. Ce statut est un parmi d'autres, il n'est plus liminaire ni majeur. C'est là une part de la transformation institutionnelle à l'œuvre dans la prise en charge des troubles psychiques.

Pour comprendre l'autre part de cette transformation institutionnelle, il faut regarder de manière plus globale notre société, celle dans laquelle nous vivons, les uns et les autres. Comme l'a montré Alain Ehrenberg, l'autonomie est la valeur dominante, une attente collective à l'égard de chacun, quels que soient ses handicaps.

« On a assisté au cours des cinq ou six dernières décennies à la généralisation des valeurs de l'autonomie à l'ensemble de la vie sociale. L'autonomie, c'est-à-dire en gros, les valeurs de choix personnel et d'initiative individuelle. Un des changements majeurs est le déplacement de toutes nos valeurs vers l'activité et l'entrée dans un type de socialité où chacun doit être l'agent de son propre changement. » (Ehrenberg, 2016, p. 5)

Les personnes que l'on estime hors de la raison, les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères, n'échappent pas à l'attente – de leur part et de celle des autres - d'autonomie même si, dans ce cas, cette attente peut se transformer en injonction, s'avérer inatteignable et devenir persécutrice, surtout si les formes institutionnelles d'accompagnement font défaut ou sont dysfonctionnelles.

¹⁷² Des associations de secteur assurant la gestion locative d'appartements sous-loués aux patients de la psychiatrie existent toujours mais elles sont bien moins nombreuses et par ailleurs menacées par la diminution de personnel en psychiatrie, mais également par le moindre militantisme ou engagement de celui-ci, c'est-à-dire que le personnel aujourd'hui a un autre rapport au travail. En 2015, j'ai participé à la recherche « Loger pour soigner » dirigée par Nicolas Henckès. J'ai alors rencontré plusieurs associations de secteur dans un département d'Île-de-France. Et l'une d'entre elles, la plus importante en nombre de logements et de patients-locataires a tout simplement disparu suite à la décision du chef de pôle. Cette association comptait 50 logements et 70 patients-locataires. J'ai observé de près la disparition d'une autre association de secteur. La gestion locative des appartements a alors été transférée à une équipe médico-sociale.

Par ailleurs, l'autonomie peut prendre plusieurs sens. Elle peut être entendue, d'une part, comme le fait de faire et d'être comme les autres, et, d'autre part, comme un horizon que l'on doit permettre à l'autre d'atteindre.

Comme les autres, ces personnes doivent parvenir à vivre de manière autonome. La transformation institutionnelle, et partant les manières de prendre en charge les troubles et les personnes, le montre. De manière générale, l'hôpital n'accueille aujourd'hui que pour de brefs séjours – lors des crises –, les soins sont délivrés en ambulatoires par les CMP ou les psychiatres de ville et l'accompagnement social est assuré par le secteur médico-social et les acteurs sociaux des alentours. Depuis le logement, les personnes se trouvent à vivre de manière autonome, c'est-à-dire qu'elles doivent intérioriser les règles et les manières de faire qui conviennent et en outre être en mesure de gérer leurs comportements.

Il s'agit alors pour les acteurs de la fabrique de l'autonomie depuis le logement soit de permettre aux personnes vivant avec des troubles psychiques d'intérioriser les bonnes manières de faire, soit de les soutenir dans leur vie quotidienne afin qu'elles puissent vivre dans la cité.

Outre le changement de statut qu'entraîne la transformation institutionnelle, c'est également une nouvelle vision du trouble psychique, qui, d'un problème médical est devenu un handicap, ou, pour être plus exacte, une situation de handicap. Il ne s'agit plus simplement de soigner les personnes mais, pour une part, de les rétablir, c'est-à-dire de leur permettre de vivre comme les autres dans la cité, et pour une autre part, de lisser au maximum leurs différences en neutralisant les nuisances que peuvent provoquer leurs troubles. Il faut donc compenser la situation de handicap, c'est-à-dire fabriquer l'autonomie dont elles ont besoin pour quitter le statut de malade et endosser celui de citoyen à part entière.

Cette fabrique de l'autonomie, que j'ai détaillée dans ce travail, m'amène néanmoins à m'interroger sur les directions qu'elle peut prendre et partant les directions que peut prendre la transformation institutionnelle. En effet, si l'on peut se réjouir de la déshospitalisation, c'est-à-dire d'une prise en charge des troubles psychiques non plus par la ségrégation et de longs séjours hospitaliers, si l'on peut se réjouir de la non-désinstitutionnalisation de la santé mentale et partant du non-abandon des personnes souffrant psychiquement, il convient malgré tout de réfléchir à ce qui sous-tend le virage ambulatoire doublé d'une redistribution des responsabilités et des missions entre les différents acteurs en présence.

Les questions posées par Catherine Barral, Michel Chauvière et Henri-Jacques Stiker en 1999 dans la revue *Esprit* (1999) au sujet de la place des personnes handicapées me semblent tout à

fait correspondre à celle des personnes souffrant psychiquement aujourd'hui. On se situe, en effet, dans un « dilemme républicain » ouvrant deux voies : l'égalité des droits *versus* l'égalité des chances ou encore « un principe républicain d'intégration dans une norme *versus* un principe démocratique de la prise en compte des différences » (*op. cit.*, 1999, p. 12).

On voit alors deux orientations possibles.

« Deux grandes tendances se font jour dans la question de la relation à l'autre : le modèle de la différenciation et celui de l'assimilation, chacun ayant son extrême : le différencialisme qui, malgré parfois de beaux atours rejette « l'autre » dans les ténèbres extérieures, et l'assimilationnisme, d'ordre « anthropologique » si l'on ose dire, qui le dévoie et par conséquent le nie tout autant que s'il le rejetait. » (Stiker, 1999, p. 88)

Aujourd'hui, de manière générale, c'est bien le modèle de l'assimilation qui domine. Mais celui-là même peut prendre plusieurs voies. L'universel qu'il englobe, avec l'idée d'une « *indéniable universalité de l'humanité* » (*ibid.*, 1999, p. 90), peut rapidement passer de « *la reconnaissance de l'égalité à une volonté de l'identique. L'autre est destiné à devenir comme moi, car je représente cet universel de l'humanité* » (*ibid.*, p. 90). Or, et c'est l'autre voie possible pour le modèle de l'assimilation, « *l'universel doit rester une idée régulatrice, un horizon qui n'est réellement atteint que dans la diversité des hommes et des groupes, personne ne pouvant dire l'universel ou se placer comme le réalisant* » (*ibid.*, p. 90).

Autrement dit, cette transformation institutionnelle et partant la fabrique de l'autonomie des personnes depuis le logement peut suivre deux directions différentes : d'une part, une prise en charge ambulatoire visant à permettre aux personnes de se rétablir, c'est-à-dire de vivre bien dans la cité avec leur maladie stabilisée mais aussi leurs différences ou encore « un mouvement plutôt qu'un terme, un style plutôt qu'un contenu, une façon de retrouver une position de sujet plutôt qu'une maîtrise de compétences instrumentales ou relationnelles » (Corin, 2002) ; d'autre part, vivre dans la cité en voyant les nuisances occasionnées par les troubles neutralisées, c'est-à-dire que l'on n'accompagne pas le trouble et la vie avec le trouble, mais l'on éradique la nuisance qu'il occasionne, on nie alors la situation de handicap et l'on demande aux personnes les mêmes compétences qu'aux autres. Fabriquer l'autonomie peut donc être, soit le soutien par un travail relationnel que l'on apporte pour permettre à la personne d'acquérir des compétences de base, mais également pour offrir un étayage afin de vivre de façon autonome, comme sujet, soit un accompagnement non pérenne visant l'apprentissage de

compétences de base permettant cette vie autonome, sans étayage au long court, une approche qui s'articule souvent avec la recherche de neutralisation des nuisances.

Ces deux voies ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, la réalité est bien plus complexe. Ces deux voies s'entremêlent, se rencontrent, s'opposent ou s'articulent parfois au sein d'un même dispositif, d'une même institution ou d'une même prise en charge multi-institutionnelle. Pour autant elles diffèrent dans leur objectif princeps ce qui peut les rendre irréconciliables : l'intention de la première est tout entière tournée vers la personne souffrant de troubles psychiques quand l'intention de la seconde, elle, est tournée vers son entourage (ses proches, son voisinage, son logeur, etc.). On croit voir renaître le débat sur le contrôle de l'ordre social autour de la psychiatrie. Finalement, malgré une transformation institutionnelle profonde de la prise en charge des troubles psychiques, comme j'ai pu le montrer ici, l'implication de nombreux acteurs, la tension entre soin et contrôle social n'est pas abandonnée et travaille toujours dans les prises en charge.

Par ailleurs, outre le paradigme du rétablissement tendant à supplanter celui de la guérison, on voit aujourd'hui une révolution amenant le paradigme inclusif à supplanter celui de l'intégration, un paradigme qui tend à privilégier la première voie, c'est-à-dire des prises en charge dont l'objectif est la personne et non la neutralisation des nuisances qu'elle occasionne. En effet, l'inclusion c'est rendre la société accessible à tous, ce sont donc des institutions et une société qui s'adaptent aux personnes et non plus des personnes s'adaptant à elles. C'est une remise en question des choix faits en 1975, d'une part avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées qui définit des principes intégratifs et, d'autre part, la loi sur les institutions sociales et médico-sociales qui, elle, organise la ségrégation (*ibid.*, 1999, p. 11).

Aujourd'hui, les personnes en situation de handicap (le trouble psychique étant considéré depuis 2005 comme un handicap) doivent bénéficier d'accompagnements leur permettant de vivre dans le milieu ordinaire, grâce notamment à des compensations de ce handicap. C'est l'injonction à l'autonomie qui aujourd'hui concerne tout le monde.

Or, si l'on suit la seconde voie, celle qui cherche plutôt à annihiler les nuisances, celle au sein de laquelle l'institution de « prise en charge » se concentre sur l'entourage victime des nuisances, la fabrique de l'autonomie ne tient alors pas compte de la situation de handicap réelle de la personne, c'est-à-dire que la perte de rationalité liée aux troubles psychiques n'est pas comprise et prise en compte. On peut alors voir des suivis visant à empêcher certains comportements non pas avec et par le soin – ou le prendre soin – mais par l'éviction. A défaut

de pouvoir contrôler elles-mêmes leurs comportements, les personnes - censées comme tout un chacun être autonome - se voient éloigner ou repousser hors de la cité. L'éviction ne se fait plus par l'hospitalisation au long cours dans des hôpitaux spécialisés retirés du monde mais par une autre forme de ségrégation, c'est-à-dire par un circuit social qui ne se préoccupe pas des capacités des personnes, de leur vulnérabilité et des compensations à mettre en œuvre pour maintenir leur autonomie. Les personnes en grande souffrance psychique sont alors vues comme les autres, c'est une égalité de droits qui amène notamment le refus de l'irresponsabilité qui peut aller de pair avec leur statut et un traitement social ou pénal non spécifique - près de 35% des détenus en France souffriraient de troubles psychiques (Duburcq, Fagnani, Falissard et Rouillon, 2007). Cette forme de « normalisation » - qui ne compense pas la situation de handicap ou les vulnérabilités que connaissent ces personnes - ne peut se confondre avec l'inclusion, c'est une institutionnalisation de la prise en charge niant les conséquences des troubles. Comme normales, elles ont des droits, celui de participer à la société – et non plus être retirées du monde ou dans un monde parallèle (le monde spécialisé) – mais elles ont des obligations, notamment celle d'être autonomes, alors même que leur autonomie, pour être possible, nécessite des institutions justes et bonnes qui permettent de compenser les conséquences de leur handicap et partant de soutenir leur autonomie. C'est une institutionnalisation basée sur une stricte égalité des droits entre les citoyens et non pas sur une égalité des chances, autrement dit, un traitement équitable.

La trajectoire de ces personnes est alors celle de personnes vulnérables, voire en situation d'exclusion, leurs troubles, s'ils ne sont ni soignés ni compensés, ne leur permettant pas nécessairement ou de manière stable, de participer à la société. Dans cette situation d'exclusion, elles peuvent avoir de grandes difficultés à obtenir un logement personnel ou à s'y maintenir – en effet, quand elles y parviennent, elles peuvent connaître des expulsions - et connaître alors le circuit des personnes sans-abri.

D'ailleurs, on note aujourd'hui (Chauvin et Laporte, 2020) la présence plus fréquente de troubles psychiques sévères parmi les personnes sans-abri que dans la population générale. Comme l'indique le rapport Samenta (*op. cit.*, 2020), près de 31,5 % des personnes sans logement personnel en Île-de-France présente au moins un trouble psychique sévère.

« La prévalence globale des troubles psychotiques est de 13,2 % [...]. Ils ont été repérés chez 15,4 % des hommes et 9,1 % des femmes. »

Plus précisément, dans l'ensemble de la population, on remarque une prévalence de 8,4 % de schizophrénie [...], de 3,5 % de troubles délirants persistants [...] et de 1,3 % d'autres troubles psychotiques » (ibid., p. 63)

En population générale (dans le monde), la prévalence des troubles psychotiques est comprise entre 0,5% et 2% (Beltzer, Chan Chee et Gournier, 2014), et la prévalence des troubles psychiques (de la dépression à la schizophrénie) est de 18% (Milon, 2009) quand près d'une personne sur trois sans domicile personnel en Île-de-France souffre de troubles psychiatriques sévères. On voit alors tout l'intérêt de la fabrique de l'autonomie dans et par le logement.

En effet, sans logement, on voit qu'il est particulièrement complexe pour ces personnes d'accéder aux soins. Les personnes peuvent connaître des parcours de rue, des hébergements successifs dans des centres d'hébergements d'urgence, soit des situations non favorables à la mise en place de soins et à une stabilisation – voire un rétablissement – de leur état de santé mentale. De la même façon, la logique « en escalier » de la réinsertion, c'est-à-dire le fait d'acquérir des compétences afin de pouvoir intégrer un type d'hébergement puis un autre, etc., ne facilite pas le retour des personnes vers le logement et partant vers le rétablissement.

Ensuite, une fois dans un appartement, il faut pouvoir mettre en place un accompagnement permettant le maintien dans le logement, au risque de voir la personne repartir dans un parcours de sans-abri.

Le logement et la fabrique de l'autonomie que l'on peut penser alors sont la clé de la stabilisation des soins, la clé du rétablissement, c'est du moins le paradigme que partagent d'une part les associations de secteur, c'est-à-dire les associations de logements constituées par des membres d'équipes de secteurs psychiatriques, et d'autre part, le *housing first* ou le Chez Soi d'Abord. Ces deux types de dispositifs ont en commun notamment le fait de se centrer avant tout sur la personne. Autrement dit, leur objectif est d'orienter leurs actions non pas vers l'entourage subissant des nuisances, mais vers la personne souffrant de troubles psychiques. Il s'agit, par ailleurs, pour ces dispositifs de soutenir la personne dans son autonomie, de compenser sa vulnérabilité afin qu'elle puisse vivre bien dans la cité. C'est la première voie dont je parlais plus avant, une voie où l'on reconnaît les besoins spécifiques des personnes tout en leur permettant de vivre dans le monde ordinaire, et où les institutions tentent d'offrir les mêmes possibilités de vie à chacun basée sur l'équité, et non sur l'égalité. C'est une prise en charge des troubles psychiques tenant compte de toutes les dimensions de la personne (non plus

une psychiatrisation de la question sociale ou une socialisation de la question psychique, mais une prise en compte de l'enchevêtrement des dimensions sociale, biologique et psychique, pour une prise en charge s'adaptant aux besoins particuliers des personnes).

Ce sont précisément les principes du Chez Soi d'Abord, un dispositif hybride qui se formalise dans un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Il appartient à la fois au secteur sanitaire et au secteur médico-social puisqu'il se compose d'acteurs émanant de la psychiatrie publique et du médico-social, ce qui favorise la diffusion de pratiques mais également la mise en œuvre de prises en charge multi-dimensionnelles au sein desquelles la coordination, la négociation de l'ordre, sont assurées. En outre, le fonctionnement en GCSMS définit une division des tâches entre tous les acteurs et répartit la responsabilité de chacun. Il permet à chacun de partager une culture et une charte éthique à l'origine d'accompagnements globaux dont l'intention est la personne et son maintien à domicile dans de bonnes conditions. Le Chez Soi d'Abord est une alternative intéressante aux associations de secteur, puisqu'il offre des ressources globales aux personnes vulnérables et aux intervenants.

D'un point de vue pragmatique, il permet à des personnes sans abri avec des troubles psychiques d'accéder à un logement tout en bénéficiant d'un accompagnement¹⁷³. L'équipe du GCSMS – une équipe pluridisciplinaire, pluri-institutionnelle et plurisectorielle –, comme l'équipe soignante des associations de logements, intervient à domicile pour accompagner les personnes dans leur vie quotidienne, assure la captation de logement et gestion locative du logement et apporte les soins nécessaires (*care* et *cure*), chacune de ces actions s'accomplissant à partir d'un travail relationnel et tenant compte des troubles de la personne. Elle partage le même objectif général, bien que chaque acteur ait un objectif particulier. Une coordination de l'équipe est pensée afin de permettre la communication entre tous les acteurs et partant les négociations notamment d'un schéma d'intervention.

Le Chez Soi d'Abord, pour les personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques, est un exemple de fabrication de l'autonomie par le logement, une autonomie entendue non pas au sens de détenir ou d'avoir intériorisé des compétences basiques permettant la vie dans la cité, mais au sens de mener sa vie avec le soutien d'une équipe compensant les situations de

¹⁷³ J'ai croisé les professionnels de ce dispositif durant tout mon terrain de thèse, mais, j'ai fait le choix de ne pas l'inclure à mon étude. En effet, il fait l'objet d'études et est destiné aux personnes sans abri (une autre population que celle de mon étude). Par ailleurs, je n'y ai pas exercé et mon observation du dispositif est tout à fait insuffisante pour que je puisse prétendre le connaître.

handicap. Comme le mentionnait Jeannette Pols (2006), lorsque l'on adapte le suivi aux personnes, le « faire pour » peut être une pratique apportant de l'autonomie, dans le sens où ce qui prime n'est pas l'apprentissage de compétences basiques mais le projet global de la personne.

Outre le logement, il existe d'autres terrains de fabrique de l'autonomie qu'il nous reste à explorer et à décrire pour comprendre plus finement non seulement les transformations institutionnelles des prises en charge des troubles psychiques mais également la place dans la société des personnes qui en souffrent. Le travail, à l'instar du logement, peut être un haut lieu de fabrique de l'autonomie.

Pendant longtemps, lorsqu'elles étaient hospitalisées en psychiatrie, les personnes souffrant psychologiquement n'ont pas travaillé ou ont travaillé dans les colonies agricoles des asiles. Avec la déshospitalisation, avec la transformation institutionnelle que j'ai présentée dans ce travail, les personnes ont émis le « *désir de s'employer [...] de sortir du désœuvrement* » (Bretécher et Hersant, 2005, p. 38), tout comme l'on fait les personnes en situation de handicap. Après 2005, elles ont pu d'ailleurs accéder aux ESAT comme j'ai déjà pu le mentionner. Aujourd'hui, après « le logement d'abord », on voit émerger des dispositifs tels que l'emploi accompagné, c'est-à-dire un accompagnement des personnes en situation de handicap vers et dans l'emploi en milieu ordinaire, et, de ce fait, on voit progressivement les dispositifs spécialisés disparaître. Cela répond à la fois à une attente des personnes, des usagers, qui recherchent « *de la dignité, faite d'indépendance économique et de participation à l'œuvre commune* » (*ibid.*, 1999, p. 105), mais également à l'injonction à l'autonomie qui existe dans notre société. Il serait alors intéressant d'observer le travail mis en œuvre par les acteurs et les usagers, par les employeurs et les collègues afin de compenser le handicap psychique des personnes. Il serait intéressant de rendre compte de la fabrique de l'autonomie dans et par le travail pour les personnes souffrant de troubles psychiques, ce qui compléterait précieusement le travail mené ici. Comme dans le cadre du logement, on pourrait s'interroger sur le travail relationnel accompli, ainsi que sur les acteurs le mettant en place. On pourrait également tenter de comprendre et de mettre au jour les négociations à l'œuvre entre les différents acteurs et usagers intervenant dans cette fabrique de l'autonomie. En outre, cela compléterait le regard porté sur la santé mentale et la place que les personnes qui voient la leur altérée ont dans une société dont l'une des valeurs majeures est l'autonomie.

Cela m'amène pour conclure à m'interroger sur les personnes elles-mêmes. En effet, l'étude des prises en charge des situations des personnes souffrant de troubles psychiques, proposée

ici, est entièrement réalisée à partir des personnes prenant en charge (je précise à nouveau que la forme grammaticale passive – pris en charge – est trompeuse, puisque chaque personne impliquée dans les prises en charge sont actives). Il serait intéressant de compléter ou réviser cette étude en partant du point de vue des personnes prises en charge.

Je m'interroge, en outre, sur les personnes pour qui cette fabrique de l'autonomie ne peut se faire par le logement ou l'emploi. Quid des personnes souffrant de troubles psychiques et résidant dans un foyer d'accueil médicalisé ou une maison d'accueil spécialisée ? Comment accompagne-t-on dans ces lieux les personnes ? En quoi ces lieux ne sont pas de nouveaux asiles, bien qu'ils appartiennent au secteur médico-social - et non pas sanitaire -, privant les personnes à la fois de travail et de logement personnel ? Peut-on imaginer fabriquer de l'autonomie à partir de ces lieux ? De quelle autonomie s'agit-il alors ? Et comment précisément ce travail est-il accompli ? A l'heure de l'inclusion, ces questions me paraissent importantes à documenter afin de rendre compte le plus précisément possible de la fabrique de l'autonomie des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères.

Annexes

Annexe 1

Code de la construction et de l'habitation : les HLM

Les missions d'un bailleur social - Code de la construction et de l'habitation, Livre IV : Habitations à loyer modéré (Art. L411)

Article L411

Création Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 - art. 55 () JORF 31 juillet 1998

La construction, l'aménagement, l'attribution et la gestion des logements locatifs sociaux visent à améliorer les conditions d'habitat des personnes de ressources modestes ou défavorisées. Ces opérations participent à la mise en œuvre du droit au logement et contribuent à la nécessaire mixité sociale des villes et des quartiers.

Article L411-1

Modifié par LOI n°2019-1428 du 24 décembre 2019 - art. 65

Les dispositions du présent livre ont pour objet de fixer les règles relatives à la construction, l'acquisition, l'aménagement, l'assainissement, la réparation, la gestion d'habitations collectives ou individuelles, urbaines ou rurales, répondant aux caractéristiques techniques et de prix de revient déterminées par décision administrative et destinées aux personnes et aux familles de ressources modestes.

A ces habitations peuvent être adjoints, dans des conditions fixées par décision administrative, des dépendances, des annexes et des jardins privatifs ou collectifs, accolés ou non aux immeubles.

En outre, les ensembles d'habitations mentionnés aux premiers alinéas peuvent comprendre accessoirement des locaux à usage commun et toutes constructions nécessaires à la vie économique et sociale de ces ensembles.

Les organismes d'habitations à loyer modéré peuvent librement louer les aires de stationnement vacantes dont ils disposent par application de l'article L. 442-6-4.

La location est consentie à titre précaire et révocable à tout moment par le bailleur. Un locataire de ce bailleur ne peut se voir opposer un refus de location d'une aire de stationnement au motif que cette aire est louée librement à une personne ne louant pas un logement dans le parc de ce bailleur.

Lorsque les aires de stationnement sont mutualisées en application de l'article L. 151-47 du code de l'urbanisme, les organismes d'habitations à loyer modéré peuvent également louer librement les aires de stationnement dont ils disposent.

Les usagers bénéficient d'un droit d'usage sur toute place libre, sans droit de préférence sur une aire de stationnement identifiée.

Le droit d'usage est consenti à titre précaire et révocable à tout moment par le bailleur. Dans la limite des droits d'usage dont le bailleur dispose, un locataire de ce bailleur ne peut se voir opposer un refus de droit d'usage d'une aire de stationnement au motif que

cette aire est utilisée par une personne ne louant pas un logement dans le parc de ce bailleur.

Article L411-2

Modifié par Ordonnance n°2019-770 du 17 juillet 2019 - art. 5

Les organismes d'habitations à loyer modéré comprennent :

- les offices publics de l'habitat ;
- les sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré ;
- les sociétés anonymes coopératives de production et les sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif d'habitations à loyer modéré ;
- les fondations d'habitations à loyer modéré ;
- les sociétés de coordination mentionnées à l'article L. 423-1-2 ;
- les sociétés de vente d'habitations à loyer modéré mentionnées à l'article L. 422-4.

Les organismes d'habitations à loyer modéré mentionnés aux alinéas précédents bénéficient, en conformité avec la décision 2012/21/ UE de la Commission, du 20 décembre 2011, relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, d'exonérations fiscales et d'aides spécifiques de l'Etat au titre du service d'intérêt général défini comme :

-la construction, l'acquisition, l'amélioration, l'attribution, la gestion et la cession de logements locatifs à loyers plafonnés, lorsqu'elles sont destinées à des personnes dont les revenus sont inférieurs aux plafonds maximums fixés par l'autorité administrative pour l'attribution des logements locatifs conventionnés dans les conditions définies à l'article L. 831-1 et dont l'accès est soumis à des conditions de ressources. Font toutefois partie du service d'intérêt général, jusqu'au 1er janvier 2020, les opérations susmentionnées destinées à des personnes de revenu intermédiaire dont les ressources ne dépassent pas les plafonds fixés au titre IX du livre III, lorsque les logements correspondants représentent moins de 10 % des logements locatifs sociaux mentionnés à l'article L. 302-5 détenus par l'organisme ;

-la réalisation d'opérations d'accession à la propriété destinées à des personnes dont les revenus sont inférieurs aux plafonds maximum, majorés de 11 %, fixés par l'autorité administrative pour l'attribution des logements locatifs conventionnés dans les conditions définies à l'article L. 831-1 et dont l'accès est soumis à des conditions de ressources. Font toutefois partie du service d'intérêt général, dans la limite de 25 % des logements vendus par l'organisme, les opérations destinées à des personnes de revenu intermédiaire dont les ressources dépassent les plafonds maximums susmentionnés sans excéder les plafonds fixés au titre IX du livre III, majorés de 11 %, lorsque l'ensemble des opérations sont assorties de garanties pour l'accédant dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

-la gestion ou l'acquisition en vue de leur revente, avec l'accord du maire de la commune d'implantation et du représentant de l'Etat dans le département, de logements situés dans des copropriétés connaissant des difficultés importantes de fonctionnement ou faisant

l'objet d'un plan de sauvegarde en application de l'article L. 615-1 ou d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat visée à l'article L. 303-1 ou situés dans le périmètre d'opérations de requalification de copropriétés dégradées prévues à l'article L. 741-1 ainsi que, pour une période maximale de dix ans à compter de la première cession, la gestion des copropriétés issues de la cession des logements locatifs mentionnés au neuvième alinéa du présent article tant que l'organisme vendeur y demeure propriétaire de logements. A défaut d'opposition de la part du représentant de l'Etat notifiée dans le délai de deux mois à compter de la date de la réception de la demande, son avis est réputé favorable ;

-l'intervention comme opérateur, sans pouvoir être tiers-financier, dans le cadre des procédures prévues à l'article 29-11 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis et de l'article L. 615-10 du présent code ;

-les services accessoires aux opérations susmentionnées et les services que les organismes d'habitations à loyer modéré se rendent entre eux pour les besoins des opérations susmentionnées.

Au titre de la mission d'intérêt général que constitue la recherche de la mixité sociale et de la diversité de l'habitat, les organismes d'habitations à loyer modéré peuvent exercer les compétences d'aménagement, d'accession et de prestations de services prévues par les textes qui les régissent.

Les organismes mentionnés au présent article tiennent une comptabilité interne permettant de distinguer le résultat des activités relevant du service d'intérêt général et celui des autres activités.

Ils enregistrent les résultats de l'activité relevant de la gestion de services d'intérêt économique général mentionnés au présent article sur un compte ne pouvant être utilisé qu'au financement de cette activité. Toutefois, les sociétés peuvent les utiliser à la distribution d'un dividende, dans la limite d'un montant fixé par les clauses types mentionnées à l'article L. 422-5.

Conformément à l'article 88 XIII de la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018, le dernier alinéa de l'article L. 411-2 est applicable aux exercices comptables des organismes d'habitations à loyer modéré ouverts à compter du 1er janvier 2021.

Encadré 14. Missions du bailleur social au regard du code de la construction et de l'habitation

Annexe 2

Histoire de la personne malade

« La personne humaine s'est longtemps effacée derrière le soin ou le progrès scientifique » (Laude et Tabureau, 2018, p. 4)

Je rapporte ici à grands traits, à partir du premier chapitre du livre d'Anne Laude et Didier Tabureau, *Les droits des malades* (2018), l'histoire des droits des malades en France. L'acquisition de ces droits sociaux, individuels et collectifs, est le fait de changements administratifs et juridiques, de la transformation des institutions et du regard porté sur le malade, qui devient un patient puis une personne malade. C'est également le résultat de la lutte des usagers et de leurs représentants par des actions associatives.

Ils permettent, outre d'accéder aux soins, d'imposer le principe de consentement éclairé, le droit à une information claire et à une bonne qualité de soins.

Ces mutations interviennent dans un contexte social qui a connu de profonds changements, des progrès médicaux importants et donnent à voir l'évolution des rapports entre soignant-soigné.

« L'affirmation des droits des personnes en matière de santé a été en France la résultante de plusieurs mouvements de nature administrative, juridique, sociale et politique » (p. 11).

« Le projet politique d'une législation générale sur les droits des personnes malades » (p. 17) se forge dans un contexte mêlant à la fois le regard sur la seconde guerre mondiale et les expérimentations médicales nazies qui ont eu lieu, la lutte d'associations et d'usagers, des changements de paradigme et de sémantique, mais également des transformations institutionnelles, juridiques et administratives.

En parallèle, « les deux dernières décennies du XXe siècle sont également marquées par la mutation et l'expansion de l'action associative sur le champ de la santé. [Pour autant] l'engagement des malades et de leur famille n'est pas nouveau » (p. 15).

Emergence des Droits sociaux des malades

Lors de la Révolution française, on assiste à un renversement de perspective : il s'agit, dès 1793 avec les secours publics, de faire valoir les Droits de l'Homme pour les pauvres (plutôt que le principe de charité).

Si en Prusse, les droits sont plus rapidement acquis - instauration d'assurances sociales pour les maladies (1883) et accidents du travail (1884) puis invalidité et vieillesse (1889) -, en France on encourage la prévoyance individuelle. Les droits sociaux se développent à la fin du XIXe siècle.

Les lois qui posent les jalons des droits sociaux :

-loi du 30 juin 1838 pour les aliénés : accueil dans les asiles des aliénés et instauration des droits des personnes hospitalisées (pour les plus démunis, financement par la collectivité),

-loi du 13 août 1851 : droit des malades et incurables indigents à être admis dans les hospices et hôpitaux,

-loi du 17 juillet 1893 : gratuité des soins pour les personnes sans ressources consacrant le principe de l'assistance sociale,

-loi du 9 avril 1898 : indemnisation des accidents du travail (régime de responsabilité dérogatoire aux règles du Code Civil en faveur des victimes d'accidents du travail) ce qui ouvre la voie aux assurances sociales (on peut penser ici aux propriétés sociales, concept développé par Robert Castel dans *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat* (2007),

-loi du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 : création des assurances sociales avec couverture du risque maladies pour certaines catégories de salariés.

Droits individuels de la personne malade

En parallèle de l'émergence de droits sociaux, on voit l'émergence de droits individuels.

-jurisprudence du 18 juin 1835 (Thouret-Noroy) : droit à la réparation des malades en cas d'accident médical – condamnation d'un médecin pour négligence grave,

-deux Arrêts du 8 novembre 1935 : principe de responsabilité des hôpitaux en cas de faute (lourde s'il s'agit de l'activité des médecins ou chirurgiens),

-loi du 20 mai 1936 : base contractuelle à la relation entre le patient et le médecin libéral. C'est l'apparition de la notion de contrat et d'indemnisation pour faute contractuelle.

Information du malade et consentement

Cette question, au cœur de droits individuels, s'affirme au cours du XIXe mais ne s'impose pas.

-Au cours des années 1920 : des premiers textes reconnaissant des droits aux personnes hospitalisées apparaissent,

-circulaire du 31 mars 1926 : règlement intérieur des hôpitaux et hospices et organisation de l'accueil des malades,

-circulaire de 1937 : le ministre de la Santé publique invite le personnel soignant à protéger la liberté de penser des malades,

-circulaire du 16 juillet 1937 du directeur général de la l'AP-HP : interdiction de tutoyer les malades,

-1941 : la réforme hospitalière qui promeut l'hôpital public pour tous.

La rupture de 1945

L'après seconde guerre mondiale voit un changement de paradigme, lié notamment à la découverte des atrocités commises par le régime nazi, comme les expérimentations médicales pratiquées sans le consentement des personnes et sans respect de leur dignité humaine.

Des droits sociaux

En 1945, on peut noter la création de la Sécurité Sociale, organisée par deux ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945. Ce droit à la santé est réaffirmé au niveau international en 1948 avec l'article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme puis au niveau européen en 1961. En France, la généralisation de ce principe devra attendre la loi du 27 juillet 1999 avec la création de la CMU (couverture maladie universelle).

Des droits de la personne en matière de santé

La question du consentement (après l'horreur des expérimentations médicales nazies) est posée : le code Nuremberg statue sur le consentement volontaire du sujet humain, ainsi qu'un ensemble de textes pour les droits fondamentaux.

- la Constitution de 1946 - Alinéa 11 : principe de protection de la santé,
- loi du 20 décembre 1988 sur les recherches biomédicales : au préalable de toute expérimentation, le principe de consentement éclairé est posé,
- loi du 27 juin 1990 sur les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux : affirmation du droit à la dignité de la personne hospitalisée et de son droit à l'information et renforcement des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement,
- loi hospitalière du 31 juillet 1991 : introduction dans le Code de la Santé Publique d'une section intitulée « Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé »,
- loi du 22 juillet 1994 sur la bioéthique : proclamation de « la primauté de la personne interdisant toute atteinte à la dignité de celle-ci » qui pose le principe de consentement exprès de la personne,
- 27 juillet 1994 - Conseil Constitutionnel : principe de dignité de la personne humaine (lois de la bioéthique),
- loi du 9 juin 1999 : garantie du droit pour toute personne « d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » et de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique,
- 1999 : lors des Etats Généraux de la santé, l'idée d'une législation sur les droits de la personne malade s'impose et un projet de loi est mis en chantier,
- loi du 19 février 2002, dite loi Kouchner, promulguée le 4 mars 2002 : loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Au niveau international

- 1946 : OMS – l'un des droits fondamentaux de tout être humain est la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'avoir,
- 1948 : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme – droit pour toute personne d'avoir un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé.

En Europe

- 1950 : Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales,
- 1961 : Charte sociale – Art 11 : droit à la protection de la santé,
- 1997 : Convention d'Oviedo – Droits de l'Homme et biomédecine,

-7 décembre 2000 : charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne puis traité de Lisbonne – art 1^{er} : caractère inviolable de la dignité humaine puis droit à la vie, droit pour toute personne à son intégrité physique et mentale ; obligation de respecter dans le cadre de la médecine et la biologie le consentement libre et éclairé de la personne concernée (le traité de Rome de 57 ne parle pas des droits sociaux des personnes),

-9 mars 2011 : droit des patients en matière de soins transfrontaliers.

Emergence forte d'actions associatives pour les droits des usagers

Dès le début du XXe siècle, se créent des associations de malades, de représentants de malades. « Toutefois jusque dans les années 1980, les instances dirigeantes de ces associations accordent une place prééminente au corps médical » (p. 15).

-1918 : création de la Ligue Contre le Cancer,

-1938 : création de l'Association Française des Diabétiques (AFD),

-1955 : Association Française des Hémophiles,

-1958 : création de l'Association Française contre les Myopathies (AFM),

-Années 1960 : Création des Alcooliques Anonymes en France (apparu dans les années 1930 aux Etats-Unis),

-1972 : création de la Fédération Nationale des Insuffisants Rénaux,

-dans les années 1980 : Les associations de lutte contre le SIDA et l'Association Française contre les Myopathies mènent des actions qui, par le débat public sur la maladie, contribuent à façonner les politiques publiques en matière de santé.

En 1983 : le concept de « rien sans nous » adopté par les militants de la lutte contre le SIDA,

Act Up et AIDES : des actions citoyennes qui placent au cœur des revendications les droits des personnes, l'égal accès à la prévention et aux traitements et le refus de toute discrimination,

En 1987 : création du Téléthon. Il s'agit d'imposer les maladies graves dans le débat public et dans l'agenda politique, de participer à l'effort de recherche, et de poser des actions revendicatives sur la santé et l'accompagnement du handicap,

-1996 : le monde associatif accède au statut de partenaire institutionnel de l'action sanitaire. Cette même année, dans le plan Juppé sur la Sécurité Sociale, est prévue une représentation des « usagers » dans les conseils d'administration des hôpitaux,

-1997 : création d'un Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) qui réunit des associations de malades, des associations familiales, des associations de parents d'enfants handicapés et des associations de consommateurs. Le CISS soutient un projet de loi sur les droits des malades et participe activement à la loi du 4 mars 2002,

-2007 : Les Etats Généraux des infections nosocomiales se tiennent et sont à l'origine d'associations et d'actions associatives (réunions d'acteurs publics et privés du sanitaire et du médico-social),

-loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) : poursuite de l'institutionnalisation du mouvement associatif dans le système de santé,

-loi du 21 janvier 2016 de modernisation du système de santé – art 1^{er} : création d'une Union Nationale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé (UNAAUSS) chargée de donner son avis sur les politiques de santé.

Humanisation des hôpitaux

Les droits des malades s'opérationnalisent particulièrement au sein de l'hôpital et dans le cadre des hospitalisations : « L'ambition d'un hôpital [doit] dépasser sa mission originelle d'accueil des indigents et s'ouvrir progressivement à toutes les catégories de population » ce qui implique de réexaminer les conditions d'accueil et de prise en charge des malades.

L'impulsion juridictionnelle (Cours de Cassation et Conseil d'Etat) a fait évoluer les droits des personnes malades :

-Arrêt Teyssier du 28 janvier 1942 : l'obligation de recueillir le consentement du malade avant de pratiquer une opération, est imposée par le respect de la personne humaine ; le patient doit être éclairé sur les conséquences de l'intervention,

-Arrêté du 20 mai 1944 fixant les conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers (JO du 8 juin 1944) : bannir des normes officielles les chambres de plus de 6 lits (lutte contre l'image symbolisant les conditions médiocres de l'hôpital : les salles communes). En 1960, l'objectif est des chambres de 4 lits, même si, en 1972, 29% des chambres ont plus de 4 lits encore,

-Code de Déontologie Médicale, version de 1947 : « un pronostic grave peut être légitimement dissimulé au malade, un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection »,

-Deux arrêts du 29 mai 1951 et du 21 février 1961 : obligation d'information résultant du contrat médical. Cependant aucune disposition du Code de Déontologie Médicale n'imposait aux médecins d'informer leur patient ou de recueillir leur consentement avant 1995,

-circulaire du 5 décembre 1958 : doctrine d'humanisation des hôpitaux, consacrée ensuite par trois circulaires en 1970 – recommandations sur l'accueil des malades, visites et familles, horaires du lever et du coucher,

-rapport administratif de juillet 1970 de Bernard Ducamin : *Pour une politique de santé : humanisation des hôpitaux*,

-1974 : on assiste à une révolution sémantique et au passage de l'humanisation des hôpitaux aux droits des malades hospitalisés :

16 janvier 1974 : Charte des Droits et des Devoirs des Malades avec notamment le droit d'aller et venir, droit à la dignité, droit de communiquer, droit de se distraire et droit à l'information,

20 septembre 1974 : annexe de la circulaire – Charte du malade hospitalisé,

-Code de Déontologie Médicale, version de 1979 : le médecin doit « formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension de celle-ci par le malade et son entourage »,

-9 décembre 1988 : le Conseil d'Etat juge qu'une présomption de faute pèse sur les hôpitaux publics en cas d'infections nosocomiales (droit à l'indemnisation des victimes),

-31 juillet 1991 : la nouvelle loi hospitalière introduit la notion de droits des malades (qui s'applique en 1994 dans les lois de bioéthique),

-10 avril 1992 : le Conseil d'Etat supprime la notion de faute lourde pour ouvrir les indemnisations en cas d'accident médical,

-9 avril 1993 : Le Conseil d'Etat reconnaît, dans certains cas d'une extrême gravité, un droit à l'indemnisation des conséquences d'un aléa thérapeutique,

-Code de Déontologie Médical, version de 1995, issu du décret du 6 septembre 1995 : prescription de la recherche dans tous les cas du consentement de la personne examinée ou soignée,

-1995 : révision de la charte du malade hospitalisé, avec notamment le respect de la dignité et le principe de consentement. Elle devient la charte du patient hospitalisé et décline le droit à l'information, au consentement, à la vie privée, à la confidentialité, le respect de la liberté individuelle, de la personne et de son intimité,

-25 février 1997 : La preuve de l'information sur l'ensemble des risques encourus par le patient est à la charge du praticien,

-14 octobre 1997 : la Cours de Cassation facilite l'indemnisation des victimes en imposant l'information des patients sur l'ensemble des risques qu'ils courent,

-loi du 4 mars 2002 : loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,

-2006 : actualisation de la Charte du patient hospitalisé pour prendre en compte les évolutions du droit. Elle devient la Charte de la personne hospitalisée.

La démocratie sanitaire

Cette expression fait référence à la démocratie sociale mise en place en 1945 et montre une volonté d'aller au-delà de l'exercice de droits individuels. Didier Tabureau, lors du 1^{er} forum de l'Institut pour la démocratie en santé, en 2016, la définit comme « une organisation de la société reconnaissant le droit et la capacité de chacun de connaître, de décider et d'agir pour sa santé et la protection de la santé publique ».

-loi du 4 mars 2002 :

La loi Kouchner introduit la notion de démocratie sanitaire et se consacre pour une partie aux « droits de la personne », aux « droits et à la responsabilité des usagers », ainsi qu'à leur « participation au fonctionnement du système », aux « responsabilités des professionnels de santé », aux « orientations de la politique de santé » et à « l'organisation régionale de la santé ».

Les droits individuels

Les droits individuels dans la loi Kouchner englobent le droit au respect de la personne (dignité, vie privée, secret médical, etc.), le droit au respect de l'individualité (prohibition des discriminations, relations avec les proches, choix d'une personne de confiance, etc.) et l'affirmation de l'autonomie de la personne (droit à l'information, accès direct au dossier médical, codécision, etc.).

Les droits collectifs

Les droits collectifs dans la loi Kouchner englobent le droit à la représentation par des associations, le droit pour ces associations d'agir en justice et le droit pour les usagers de participer à certaines instances régionales et nationales d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé.

Après la loi Kouchner, un corpus de lois vient renforcer la démocratie sanitaire :

- loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et la fin de vie,
- les lois HPST de 2009,
- loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques,
- loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine,
- loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé,
- loi du 2 février 2016 : création de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Responsabilités des usagers du système de santé

Si la loi de 2002 inscrit dans la loi des droits pour les usagers, elle renforce également leurs responsabilités. En effet, le droit à l'information par exemple, comme l'accès direct au dossier de santé, s'accompagne du principe de codécision et donc étend les responsabilités de l'usagers.

Cette notion de responsabilité prend place dans une relation qui instaure de longue date des obligations aux usagers et assurés sociaux.

L'usager doit collaborer avec le médecin et livrer les informations permettant l'établissement d'un diagnostic, il doit suivre les prescriptions et conseils de ce dernier.

Encadré 15. Histoire du droit des malades

Annexe 3

Histoire de la prise en charge des troubles psychiques depuis le 19^{ème} siècle

Avant de pouvoir décrire les relations de prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques (ou étiquetées comme telles) et vivant dans la cité, il apparaît important, pour comprendre le couple que forme la paire d'agents impliquée dans cette relation, et ce qui s'échange entre eux, d'en retracer un bref historique. Il ne s'agit pas de proposer une histoire de la psychiatrie, puisqu'en effet, elle n'est pas le seul acteur impliqué dans la prise en charge des troubles psychiques – ne se focaliser que sur la médecine psychiatrique réduit le terrain d'observation et laisse de côté tout un pan de cette prise en charge – et par ailleurs, elle n'en conserve pas le monopole – bien qu'elle l'ait eu jusqu'au début du XXI^{ème} siècle¹⁷⁴. Il s'agit de proposer, à partir d'un bref historique des prises en charge en santé mentale, une histoire, depuis le début du XIX^{ème} siècle, de la *relation* de prise en charge, nous permettant, d'une part, de comprendre le rôle de chacun des agents impliqué en son sein, ainsi que les règles la régissant et partant de comprendre l'institution « prise en charge », le sens qu'elle revêt pour chacun des éléments de la relation et, d'autre part, de retracer l'historique de la *relation* de prise en charge permettra également de saisir les transformations à l'œuvre au sein des institutions mais également au cœur de l'institution qu'est la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques sévères – ce qui prend en compte le statut des personnes, les règles qui prévalent dans l'échange et ce qui est échangé. Par ailleurs, comprendre ce qui est échangé à une époque précise donne à voir les représentations collectives des troubles psychiques, de ceux qui en souffrent et ceux à même de les prendre en charge. Comme nous l'avons vu, dès le début du XIX^{ème} siècle, prendre en charge les troubles psychiques signifie soigner, compétence relevant de la médecine aliéniste – même si, comme je le montrerai, du fait même des conditions dans lesquelles sont placées les personnes, à l'asile puis à l'hôpital psychiatrique, le soin est loin d'être la seule chose échangée entre les soignants et les « internés ». Ce monopole – de la médecine aliéniste, devenue médecine psychiatrique à partir des années 1920 - court du XIX^{ème} jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle. Depuis le début du XXI^{ème}

¹⁷⁴ Il nous semble que la loi de 2005 sur le handicap psychique marque la fin de ce monopole puisqu'elle officialise le droit à la compensation des troubles psychiques (ici handicap psychique).

siècle, en revanche, prendre en charge peut prendre d'autres formes que le soin – au sens large puisqu'il faut englober par exemple les psychothérapies développées dans les années 1960 par les jeunes psychiatres réformateurs -, et d'autres agents, non médicaux, peuvent s'en trouver responsables. C'est donc une analyse des transformations institutionnelles que nous permettra de réaliser cette étude diachronique de la relation de prise en charge des troubles psychiques sévères.

Dans un premier temps, je propose donc un historique à grands traits de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques sévères reprenant les grandes lois régissant cette prise en charge, les acteurs impliqués, leur statut mais également les soins ou accompagnements proposés. Cet historique, pour la longue période de 1800 à 2015, est basé essentiellement sur la lecture d'articles ou d'ouvrages – scientifiques ou non - de psychiatres impliqués dans la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques, de malades ayant témoigné des soins et des conditions de vie qu'ils ont connus, de sociologues ou historiens ayant travaillé sur cette prise en charge à la période considérée, mais également sur la lecture des textes de loi régissant la prise en charge. Pour la période plus récente, de 2015 à aujourd'hui, l'historique repose, outre sur les lectures citées à l'instant, sur des observations-participantes et des participations-observantes¹⁷⁵, des entretiens menés avec différents professionnels de ces prises en charge – qu'ils travaillent dans le sanitaire, le social ou le médico-social ou qu'ils soient des membres de la famille -, des élus et des personnes souffrant de troubles psychiques.

Dans un second temps, je propose de donner à voir la place dans la relation et le rôle de la paire d'agents impliqués puis les règles qui la régissent depuis le début du XIXe siècle. A chaque période, j'indiquerai également ce qui est échangé entre les agents (du soin, quels types de soins – montrant ainsi ce que veut dire soigner et ce que veut dire troubles psychiques -, de l'accompagnement social, etc.).

Pour cet historique en deux parties, comme lorsque Georges Lantéri-Laura propose une histoire de la psychiatrie à l'aune de ses paradigmes, il me faut également convenir d'une périodisation, qui n'a rien de naturelle mais répond à des critères choisis. Pour ma part, je choisis l'organisation institutionnelle comme critère me permettant de découper cette histoire de la prise en charge des troubles psychiques en plusieurs périodes, des périodes se démarquant par

¹⁷⁵ Durant la période 2015-2020, j'ai exercé différents postes dans la fonction publique et dans des associations médico-sociales me permettant à la fois d'observer et d'éprouver (dans tous les sens du terme) la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques

des institutions dont les règles et les modalités d'admission et de fonctionnement, etc., ont évolué.

La périodisation que je choisis est donc la suivante :

- 1830-1920 : cette période est dominée par l'aliénisme, la prise en charge médicale de la folie par l'asile et le médecin aliéniste. C'est la loi du 20 juin 1838 qui régit à la fois l'organisation de la psychiatrie aliéniste mais également la place et le statut des aliénés, leurs droits, ainsi que les missions de la psychiatrie ;

- 1920-1939 : cette période de transition voit naître les services ouverts ou libres. Il s'agit de sortir de l'aliénisme mais également les aliénés de la loi de 1838 - au moins pour ceux dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire, ce qui modifie leur place dans la relation de prise en charge - et de commencer à penser le soin hors-les-murs. En outre, la psychiatrie devient une discipline indépendante, hors de la neurologie et c'est après-guerre que sont créées deux chaires – à Paris et Strasbourg – de psychiatrie – indépendante de la neurologie (Postel et Quételet, 1994 ; Guyotat, 1987) ;

- 1939-1980 : c'est bien sûr la naissance de la psychiatrie de secteur (ses origines et sa naissance juridique), la vague de la psychiatrie humaniste après-guerre, la naissance de plusieurs courants de psychiatrie que l'on retrouve institutionnalisés dans différents secteurs de psychiatrie. La volonté des psychiatres réformateurs en cette période après-guerre est de modifier en profondeur la relation de prise en charge en la rendant davantage symétrique mais également en transformant son contenu puisque les missions de la psychiatrie ne peuvent rester les mêmes ;

- 1980-2005 : cette période voit la mise en œuvre effective de la psychiatrie de secteur et du virage ambulatoire (de ses prémices à sa mise en œuvre). C'est également la dernière période avant la fin du monopole de la psychiatrie dans les prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques ;

- 2005-aujourd'hui : cette période s'ouvre par la loi de 2005 donnant naissance à la reconnaissance du handicap psychique. Cette reconnaissance, outre qu'elle permet de compenser ce handicap et donc de mettre en place des prestations, ouvre la prise en charge à de nouveaux acteurs et change les modalités de celle-ci ainsi que sa teneur.

Histoire de la prise en charge des troubles psychiques sévères du début du XIXème siècle à nos jours

Les trois tableaux ci-dessous donnent à voir de manière synthétique et pour chaque période envisagée, les acteurs des prises en charge, qu'ils soient médicaux, médico-sociaux ou sociaux, les lieux de vie des malades ou personnes en situation de handicap, les lieux de soins qui mettent au jour les modalités institutionnelles de prise en charge, les modalités de traitement et d'accompagnement, le statut des personnes prises en charge et enfin les lois les plus importantes régissant la relation de prise en charge.

Le XIXème siècle

Période		XIXème siècle
		1830-1920
Acteurs	Médicaux	Psychiatrie aliéniste puis psychiatrie (à partir de 1920) publique ou privée : psychiatres et gardiens puis infirmiers Elle doit protection sociale et assistance ; le psychiatre est là non pour un rôle thérapeutique (ce sont les murs et l'isolement qui le permettent) mais pour sa fonction d'authentification de la légitimité du placement
	Médico-sociaux et sociaux	Psychiatrie Préfet de police, préfet, juge Famille Paroisse Voisinage Artisan (prenant en charge des apprentis) Société de patronage
Lieux de vie		Asile Famille Rue Quelques trop rares « Foyers » : Jean-Pierre Falret notamment fonde en 1843 un asile-ouvroir puis un autre en 1864.
Lieux de soins		Asile
Modalités de traitement		Traitement moral (opposé au traitement physique) : Traitement par isolement et les murs assuré par les asiles qui sont gérés par les psychiatres ; thérapeutique par la parole et relation pensées comme possible Traitements somatiques : insulino-thérapie, thermothérapie, électro-chocs, balnéothérapie Traitement par le travail

<p>Modalités d'accompagnement</p>	<p>Accompagnement social par les travailleurs des asiles : les asiles étant des lieux de vie, ils prennent en charge les besoins dans leur vie quotidienne. Les "soins" sont pris en charge financièrement par la collectivité et par les familles. Les familles contribuent financièrement également à la vie des malades : Camille Claudel voit son quotidien amélioré par l'apport financier de son frère. Elles peuvent aussi être tutrices des malades. L'accompagnement est également fait par les artisans prenant les personnes en apprentissage lorsque celles-ci ne sont pas hospitalisées.</p>	
<p>Noms des troubles psychiques</p>	<p>Aliénation puis Maladies Mentales</p>	
<p>Statut des personnes</p>	<p>Les personnes avec troubles mentaux</p>	<p>Les personnes hospitalisées ont le statut d'aliénés (volontaires ou non) – c'est-à-dire plus de droits civils, ils perdent jusqu'à leur identité, considérés comme mineurs sous la tutelle de leur famille (époux ou frère ou père) et de l'établissement qui les accueille. Ils sont des mineurs juridiques le temps de leurs hospitalisations ; la commission administrative ou de surveillance de l'institution asilaire devient administrateur des biens des aliénés internés. Les aliénés, une fois sortis de l'asile, retrouvent leurs droits. La loi de 1838, encadrant les droits et statuts des aliénés, ne prévaut que lors des placements, volontaires ou non. Le statut des aliénés est donc celui de n'importe quelle personne ne vivant pas à l'asile. C'est le régime d'interdiction qui peut prévaloir – à défaut de régime de protection.</p>

	Les soignants	<p>La loi de 1838 donne toute la légitimité aux médecins aliénistes dans la prise en charge des aliénés au sein des asiles. Ils sont les administrateurs et chefs des asiles, ils en gèrent les financements et l'organisation.</p> <p>Par ailleurs, les médecins ont la responsabilité des expertises. Ce sont eux qui peuvent légitimer les placements des malades mentaux dans les asiles. Ils règnent en maîtres dans leur établissement et ont un pouvoir hiérarchique sur chaque salarié de l'asile.</p>
Lois régissant les soins, les statuts, les accompagnements	<p>Code Civil 1804 - Art 180, Alinéa 2 : "La nullité du mariage pour maladie mentale"</p> <p>Code Pénal de 1810 - Art 64 : il n'y a « <i>ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister</i> ».</p> <p>Loi Esquirol du 30 juin 1838 : des asiles dans tous les départements de France ; le placement volontaire (internement demandé par la famille proche), placement ordonné par l'autorité publique ou placement d'office - le psychiatre définit l'incapacité juridique du malade et sa dangerosité</p> <p>Loi du 15 juillet 1893 relative à l'assistance médicale gratuite : elle permet aux malades les plus pauvres (malades, vieillards et infirmes privés de ressources) de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé</p>	

Le XXème siècle

Période		XXème siècle		
		1920-1939	1939-1980	1980-2005
Acteurs	Médicaux	Psychiatrie asilaire publique et privée - Services ouverts d'hygiène mentale	Psychiatrie hospitalière publique et privée - Services ouverts d'hygiène mentale Psychiatrie en libéral	Psychiatrie intra et extra-hospitalière Psychiatrie hospitalière privée Psychiatrie de ville (libérale) Médecine de ville
	Médico-sociaux et sociaux	Service social Préfet de police, juge, Département, Famille, Paroisse, Association de loi 1901	Psychiatrie Préfet de police, juge, Département, Famille, Services sociaux, paroisse, Association de loi 1901	Psychiatrie Préfet de police, juge Famille Services sociaux Structures médico-sociales Elus locaux Tuteur ou curateur juge des tutelles associations
Lieux de vie		Asile puis hôpital psychiatrique (à partir de 1937) Famille	Hôpital psychiatrique Famille Foyer de vie (si troubles associés)	Hôpital psychiatrique Logements associatifs (de secteur) Famille Foyer de vie (si troubles associés)
Lieux de soins		Asile puis hôpital psychiatrique (à partir de 1937) Services ouverts ou dispensaires d'hygiène mentale	Hôpitaux psychiatriques Services ouverts d'hygiène mentale Cabinet médical	Hôpitaux psychiatriques Centre médicaux-psychologiques CAT Cabinet médical Domicile

Modalités de traitement	<p>Traitement par internement : Isolement et murs assurés par les asiles qui sont gérés par les psychiatres ;</p> <p>Traitements somatiques : insulinothérapie, thermothérapie, électro-chocs, balnéothérapie</p> <p>Traitement ambulatoire en services ouverts (non soumis à la loi de 1838)</p> <p>Travail en plein air</p>	<p>Internement : retrait social, Contrainte et contention</p> <p>Chimiothérapie</p> <p>Sismothérapie</p> <p>Psychothérapie Institutionnelle</p> <p>Psychanalyse, psychothérapie par la parole, psychothérapie dynamique ;</p> <p>Antipsychiatrie ; désaliénisme ; psychanalyse sans divan ; sociothérapie</p> <p>(toutes ces techniques peuvent être utilisées dans les hôpitaux psychiatriques ou en ambulatoire)</p> <p>Traitement par le travail ;</p>	<p>Chimiothérapie</p> <p>Psychothérapie par la parole et gestion des effets de la thérapie</p> <p>Psychothérapie institutionnelle</p> <p>Propédeutique (des éducateurs et des ergothérapeutes dans les équipes de psychiatrie)</p> <p>Contenance et réassurance</p> <p>Traitement par le travail</p> <p>Un chez soi</p> <p>Réhabilitation, réinsertion</p>
-------------------------	---	---	--

<p>Modalités d'accompagnement</p>	<p>Accompagnement social par les travailleurs des asiles : les asiles étant des lieux de vie, ils prennent en charge les besoins dans leur vie quotidienne. Les "soins" sont pris en charge par la collectivité et par les familles. Les familles contribuent financièrement également à la vie des malades : Camille Claudel voit son quotidien amélioré par l'apport financier de son frère ; Accompagnement par les psychiatres intervenant dans les consultations des services ouverts Sociétés de patronage</p>	<p>les équipes hospitalières (pour les secteurs de psychiatrie encore très hospitalo-centrés n'ayant pas de logements associatifs ou de CMP) En parallèle: Equipes de psychiatrie de secteur : de l'hôpital au CMP, une même équipe prend en charge les patients qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils vivent dans leur propre logement ou dans leur famille : Prise en charge de la gestion locative, de l'ouverture des droits permettant quelques revenus notamment Prise en charge de la vie quotidienne (courses, ménage, loisir, etc.); Les associations de loi 1901 (issues notamment des équipes de psychiatrie - ASM 13) Les services sociaux; les tuteurs ou curateurs; La famille; Les voisins; Société de patronage; Bien que le secteur soit officialisé par la circulaire de 1960, et malgré de nombreux textes législatifs, en 1973, le secteur n'est toujours pas en place et le recours à l'hospitalisation longue est toujours en hausse (d'après une enquête d'inspection générale des affaires sociales)</p>	<p>Equipes de psychiatrie de secteur : de l'hôpital au CMP, une même équipe prend en charge les patients qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils vivent dans leur propre logement ou dans leur famille Prise en charge de la gestion locative, de l'ouverture des droits permettant quelques revenus notamment Prise en charge de la vie quotidienne (courses, ménage, loisir, etc.) ; Les services sociaux ; les tuteurs ou curateurs ; La famille ; Les voisins CAT puis ESAT</p>
<p>Noms des troubles psychiques</p>	<p>Maladies Mentales</p>	<p>Maladies Mentales ; Grandes structures psychopathologiques : psychoses</p>	<p>Maladies Mentales ; Syndromes ; Grandes structures psychopathologiques : psychoses</p>
<p>Statut des personnes</p>	<p>Malades mentaux</p>	<p>Malades mentaux</p>	<p>Patient ou usager de la psychiatrie</p>

<p>Lois régissant les soins, les statuts, les accompagnements</p>	<p>Décret ministériel du 8 avril 1937 qui étend aux asiles d'aliénés la dénomination d'hôpitaux psychiatriques Circulaire Marc Rucart du 13 octobre 1937 : relative aux dispensaires ou services ouverts d'hygiène mentale alors généralisés sur le territoire français Circulaire Marc Rucart du 7 décembre 1938 "sur le régime des aliénés" s'intéresse à obtenir un meilleur rendement du dispositif existant sur le plan hospitalier</p>	<p>Circulaire du 21 août 1952 sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques Loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui Décret de mai 1955 : Inscription des dépenses d'hygiène mentale – les consultations de dispensaires – en dépenses obligatoires Loi du 4 février 1958 encadrant le travail thérapeutique : possibilité d'intégrer une association dans l'organisation du travail thérapeutique; Circulaire du 5 mars 1960 relative à la psychiatrie de secteur Loi de 1968 relative aux majeurs protégés: "il s'agit d'évaluer, d'une part, l'altération des capacités et de la compenser par une mesure de représentation et, d'autre part, les intérêts à protéger des personnes, indépendamment du fait qu'elles soient hospitalisées en psychiatrie" (Quintin, 2020, p. 319) la loi du 31 juillet 1968, qui donne un nouveau statut aux hôpitaux psychiatriques ; Circulaire du 24 janvier 1969 qui établit le principe de bisexualisation des hôpitaux psychiatriques ; Décret du 11 mars 1970 qui entérine le nouveau statut temps plein des psychiatres ; Circulaire du 18 janvier 1971 sur la carte de l'équipement psychiatrique ; Arrêté et la circulaire du 14 mars 1972 pour appliquer le décret du 11 mars 1970 ; Circulaire du 16 mars 1972 sur la psychiatrie infantile ; Circulaire du 12 décembre 1972 sur les conseils de santé mentale de secteur qui impose le découpage des départements en secteur et prévoit des conventions</p>	<p>Loi du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation psychiatrique : " Art. 4 ter. - Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci. " Art. 4 -L. 326-2. - Dans chaque département, un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier sont habilités par le représentant de l'État à soigner les personnes qui sont atteintes de maladies mentales" L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement énumère et définit : Art. 1 "les équipements et services ne comportant pas d'hébergement : -Centres médico-psychologiques -Centres d'accueil permanent -Hôpitaux de jour -Ateliers thérapeutiques -Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel -Services d'hospitalisation à domicile</p>
---	--	--	---

		<p>entre les hôpitaux et les départements ; Loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975 Budget de santé 1979 : le gouvernement annonce son intention de réduire progressivement les dépenses de santé, de l'ordre de 2% par an.</p>	<p>Art. 2 « les équipements et services comportant l'hébergement » : -Unités d'hospitalisation à temps complet -Centres de crise -Hôpitaux de nuit -Appartements thérapeutiques -Centres de post-cure -Services de placement familial thérapeutique.</p> <p>27 juillet 1990 4 mars 2002</p>
--	--	--	--

Le XXIème siècle

Période		XXIème siècle
		2005-2019
Acteurs	Médicaux	Psychiatrie intra et extra-hospitalière Psychiatrie hospitalière privée Psychiatrie de ville (libérale) Médecine de ville
	Médico-sociaux et sociaux	Juge des libertés juge des tutelles Psychiatrie Préfet de police, juge Famille Services sociaux Structures médico-sociales Elus locaux bailleurs sociaux associations Pairs Proche-Aidant
Lieux de vie		Hôpital psychiatrique Logements associatifs (de secteur) Logements accompagnés Famille Foyer de vie, Foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil médicalisée (MAS)

Lieux de soins	Hôpitaux psychiatriques Centre médicaux-psychologiques FAM ou MAS Cabinet médical Domicile
Modalités de traitement	Chimiothérapie Psychothérapie par la parole et gestion des effets de la thérapie Psychothérapie institutionnelle Contenance et réassurance Propédeutique : thérapie comportementaliste ; éducation thérapeutique du patient Sismothérapie Inclusion (travail, logement)
Modalités d'accompagnement	Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH); Le secteur médico-social: les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale; les mandataires judiciaires; les services sociaux des FAM et MAS; les équipes de gestion locative des logements accompagnés; ESAT- Emploi accompagné Les pairs: les GEM Equipes de psychiatrie de secteur : dans de rares cas, prise en charge de la gestion locative, de l'ouverture des droits permettant quelques revenus notamment et prise en charge de la vie quotidienne (courses, ménage, loisir, etc.. Aujourd'hui, tendance des équipes de secteur à transférer cette activité vers le secteur médico-social ; Les CLSM ; Les services sociaux ; les tuteurs ou curateurs ; La famille ; les voisins

Noms des troubles psychiques	Maladies Mentales ; Handicap psychique ; Troubles ; Grandes structures psychopathologiques
Statut des personnes	Personne Citoyen Personne malade/ Patient Personne en situation de handicap Usager Pair
Lois régissant les soins, les statuts, les accompagnements	Loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique et ouvrant droit à des compensations 2008 2011 2016 La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; la loi de modernisation de notre système de santé de 2016

Tableau 6. Evolution de la prise en charge de la santé mentale de 1838 à nos jours

Annexe 4

Récit de vie de Madame R.

Madame R. vit depuis près de vingt ans dans un appartement dont la gestion locative est réalisée par une association de secteur de l'Essonne quand je la rencontre en janvier 2016.

Vingt ans auparavant, à la suite de son divorce, une perte d'emploi et un accident de voiture, elle vit une période de grande désorganisation psychique et s'installe très sommairement sur un quai de la Marne non loin de la ville dans laquelle elle a vécu et travaillé comme vendeuse étant plus jeune. Elle a tout perdu.

« Je suis restée dehors, j'avais plus d'emploi, je n'avais rien, j'étais dépouillée complètement, complètement. Voilà. Mon histoire est brève mais elle fait du mal. Encore maintenant, elle fait beaucoup de mal. Là, vous voyez, par ce temps-là, je ne suis pas sortie, ça me rappelle les jours où j'étais dehors. Le premier jour où j'étais dehors, je me suis reçu la pluie à torrent et je n'avais pas de vêtements chauds et donc heureusement que j'ai réussi à faire une cabane avec des cartons et à me glisser dessous pour me protéger du froid. Voilà. Et je suis rentrée chez eux [le CMP et l'association de secteur] à cette période. »

L'équipe de secteur de psychiatrie – intervenant justement sur ce territoire – la repère et va régulièrement à sa rencontre, tentant de créer un lien avec elle. L'équipe qui sillonne régulièrement la ville lui apporte des victuailles, des couvertures et tente de la faire venir vers le CMP et le CATTP.

Une relation se met en place mais elle reste fragile. Madame R. se souvient des débuts de cette rencontre en de très bons termes.

« J'ai été un an SDF.

Je m'étais installée avec une petite cabane de l'autre côté du pont, près du CMP. Je ne savais pas que c'était un CMP.

Il y a Madame L. qui était médecin et qui est venue au-devant de moi, qui m'a réveillée dans ma cabane en me disant qu'il fallait que je vienne vers eux, que je vienne prendre un thé ou un café pour me réchauffer, surtout que j'ai passé l'hiver dans le dehors. Et ça n'a pas été tout drôle, tout facile.

Alors j'ai mis le pied dans le CMP de cette façon-là. J'étais malade d'une dépression très grave. Je le suis encore un peu mais ça va beaucoup mieux maintenant. »

Par une nuit d'hiver très froide, le psychiatre, en équipe, soucieux de la situation de Madame R., lui propose une hospitalisation, ce qu'elle accepte. Le lien créé permet que cette démarche se déroule avec son consentement et partant avec son adhésion « au projet de soin ». Elle reste sept mois à l'hôpital, le temps pour elle d'aller mieux aussi bien physiquement que psychologiquement. De son propre aveu, cette hospitalisation a été très bénéfique, une mise à l'abri durant laquelle elle a pu reprendre pied.

« J'ai été accueillie par [l'équipe de secteur de psychiatrie] qui habitait de l'autre côté du pont avant, c'est eux qui sont venus à moi, qui m'ont aidée. Ils m'ont mis dans une clinique psychiatrique. Parce que, par rapport à ma dépression, ils m'ont casée dans cet endroit, et j'ai attendu 7 mois pour toucher l'AAH, et pour me faire du bien un peu, pour que je puisse manger à ma façon et manger correctement. J'avais beaucoup maigri, énormément. »

Sept mois, c'est le temps mis à profit en outre pour ouvrir des droits sociaux à Madame R. Et lui permettre ainsi d'avoir des revenus. C'est également le temps qu'il a fallu pour mettre en œuvre un projet de logement. L'équipe de secteur, à la fin des années 1970, s'est organisée en association de loi 1901 afin de pouvoir louer des logements – sociaux ou privés – pour les sous-louer ensuite à ses patients. Madame R., tout comme près d'une centaine de personnes, bénéficie alors de l'un de ces logements.

L'association lui propose dans un premier temps un logement en colocation, avec deux autres personnes, ce qu'elle accepte. Elle s'entend bien avec ses colocataires, apprend à vivre avec elles. Jusqu'à ce qu'elle émette le souhait de vivre seule. Lors d'un projet de réhabilitation urbaine, la tour qui abritait le logement collectif qu'elle habite est détruite. C'est alors que le projet de vie dans un appartement individuel se met en place. Elle intègre le logement où je lui rends visite, un logement qu'elle loue seule.

Elle trouve un rythme de vie. Son temps se partage entre ses activités artistiques qu'elle organise une association créée également depuis le secteur de psychiatrie - elle peint et sculpte de nombreuses œuvres qu'elle conserve dans son appartement, qu'elle met en évidence - les ateliers et activités proposées par le CATTP et la gestion de son quotidien. Elle sort se balader, faire ses courses.

Outre ces activités, elle bénéficie d'un suivi au CMP, dans lequel elle se rend régulièrement. La gestion locative de son appartement est réalisée par l'association de secteur.

Concernant sa situation sociale, elle bénéficie là-encore d'un accompagnement de la part du secteur de psychiatrie qui lui permet d'ouvrir ses droits auprès de la MDPH mais également de

la CAF, etc. Lors de son passage à la retraite, l'assistante de service sociale de secteur permet qu'elle ne connaisse pas de rupture de revenus. Ce qui lui garantit de payer son loyer et ses factures.

Si, comme elle me le confie, son histoire « fait encore beaucoup de mal », Madame R. mène une vie stable et autonome dans ses choix. Bien qu'elle soit très étayée par l'équipe de secteur – aussi bien au niveau de ses occupations, que de ses soins et de son accompagnement social – elle vit seule dans son logement, à son rythme, selon ses envies, sans la présence constante de professionnels soignants ou éducatifs. Elle n'a pas connu d'autres hospitalisations, bien qu'elle vive d'autres épisodes difficiles.

L'accompagnement global offert par le secteur de psychiatrie qui permet la prise en compte de toutes ses dimensions et de l'intrication de celles-ci lui donne la possibilité d'habiter son logement, de l'investir et de mener une vie hors les murs. Elle a investi son lieu de vie, elle l'a décoré – avec des photos de son fils, avec les œuvres qu'elle a réalisées, avec des plantes – elle l'entretient.

Lorsque je lui rends visite, elle m'offre du thé et a fait des crêpes que nous partageons tout en discutant. Elle est heureuse de recevoir de la visite même si elle est très angoissée par les dépenses que cela occasionne. Nous partageons le même sachet de thé et je mange frugalement mais avec plaisir les présents. Cette vie seule dans un logement, si elle est souhaitée et appréciée par Madame R., lui provoque également de nombreuses inquiétudes, notamment autour des questions d'argent. Par esprit d'économie, elle ne chauffe pas son logement, ne rachète pas de téléviseur quand l'ancien tombe en panne – bien qu'elle apprécie de regarder des émissions –, ferme l'arrivée d'eau. L'équipe de secteur, dans son activité de gestion locative tient compte de ses angoisses, pouvant entraîner des épisodes particulièrement difficiles pour elle - et lisse les factures sur l'année afin de proposer des factures dont le montant est régulier, ce qui apaise Madame R.

Durant une période, très angoissée par sa dépense d'eau, elle avait cessé d'utiliser l'eau (aussi bien dans ses soins d'hygiène élémentaires que le lavage de l'appartement). C'est donc un élément important dans la gestion locative que doit prendre en compte l'équipe de secteur et c'est également cette prise en compte qui lui permet de conserver son appartement et de ne pas connaître d'autres épisodes de grande désorganisation.

Annexe 5

Fiche de Saisine d'un bailleur social (vers l'Equipe Mobile Associative)

FICHE DE SAISINE

Mission d'appui aux équipes sociales de l'office

Service rendu aux locataires les plus fragiles : marché 20XX-20XX

Situation suivie par :

Date d'envoi :

Références du locataire

<i>NOM :</i>	
<i>Prénom :</i>	
<i>Né(e) le :</i>	
<i>Situation familiale : Femme/Homme/Couple</i>	
<i>Nombre d'enfants au domicile (majeurs/mineurs)</i>	
<i>Tel :</i>	
<i>Adresse :</i>	
<i>Commune :</i>	
<i>Mail :</i>	
<i>Bâtiment/étage/escalier/porte</i>	
<i>Codes/clés/interphone :</i>	

Références du bailleur

<i>Bailleur :</i>	
<i>Direction territoriale :</i>	
<i>Conseiller social référent :</i>	
<i>RASI référente :</i>	
<i>Coordonnées gardien : (nom, tél, adresse loge)</i>	

Carnet d'adresse des partenaires (Nom et coordonnées)

CMP		
Service social	<i>Ville</i>	
	<i>Département</i>	
	<i>Hôpital</i>	
	<i>Du personnel</i>	
	<i>CMP</i>	
	<i>Autres (préciser)</i>	
Tutelle /curatelle		
Police		
CLIC /MAIA /réseau de santé		
Médecin traitant		
Infirmiers Libéraux		
Equipe Mobile de Psychiatrie		
MDPH		
Service d'aide à domicile		
Aidant (famille, proches, voisins...)		

Evaluation de la situation psychosociale du locataire (repères -mots clés). Cocher et /ou rédiger

Domaine de la santé	
<i>Mauvais état de santé ressenti par la personne (plainte exprimée ?)</i>	
<i>Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)</i>	
<i>Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, errance...)</i>	
<i>Symptômes physiques (chutes, plaies, perte de poids baisse de la mobilité...)</i>	
<i>Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant, gestion du traitement)</i>	
<i>Troubles addictifs</i>	
Domaine des aspects familiaux et sociaux	

<i>Isolement problématique (absence ou fragilité des liens : famille, entourage, voisin ; refus de laisser l'accès au logement)</i>	
<i>Difficultés à prendre soin de soi (se nourrir, se vêtir, se laver...)</i>	
<i>Difficultés à prendre soin de son logement (courses, ménage, préparation des repas, linge, budget...)</i>	
<i>Epuisement ou éloignement de l'aidant</i>	
<i>Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance,</i>	
<i>Problématique compromettant le maintien à domicile</i>	
<i>Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)</i>	
<i>Domaine des aspects économiques et/ou administratifs</i>	
<i>Difficulté dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, n'ouvre plus le courrier...)</i>	
<i>Perte ou difficulté d'accès aux droits</i>	
<i>Précarité économique, revenus insuffisants au vu de la situation locative</i>	
<i>Situation locative</i>	
<i>Lien bailleur/locataire altéré</i>	
<i>Notification contentieux (stade la procédure et cause)</i>	
<i>Demande de relogement</i>	
<i>Réhabilitation /travaux en cours</i>	
<i>Insalubrité/vétusté/encombrement/odeurs</i>	
<i>Risques (électrique, gaz, usage de feu...)</i>	

<p><i>Chronologie des actions menées par les équipes du bailleur :</i></p> <p><i>Attentes du bailleur par rapport aux problèmes locatifs rencontrés :</i></p>
--

Figure 5. Fiche de saisine du Bailleur social X

Annexe 6

Fiche de Saisine d'une RESAD francilienne

Atelier Santé Ville / Groupe santé mentale

RESAD

Grille de lecture pour l'analyse de situation

Date de remplissage de la grille :

Professionnel demandeur

Nom :

Service et fonction :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Professionnels invités :

Personne concernée

Age :

Sexe : masculin

Date de naissance

Situation familiale :

La personne et/ou la famille sont-elles :

Prévenu Oui Non

D'accord Oui Non

La situation

Quels autres acteurs sociaux ou de santé suivent la personne ?

CCAS –

CMP –

Circonscription Service Social (CG XX)

Mission locale –

Maison de l'emploi –

- CAF –
- Service social de la CRAMIF –
- Autres :
- Médecin traitant :

Quelles ont été les démarches mises en œuvre avant la présentation en RESAD ?

Cette personne a-t-elle des antécédents médicaux ou sociaux ? Si oui, lesquels ?

Quels sont les liens actuels de la personne (familiaux, sociaux, etc.) ?

Quelles ressources possède la personne (allocations, emploi, couverture sociale, etc.) ?

Figure 6. Fiche de Saisine RESAD

Annexe 7

L'échange et le partage d'informations entre professionnels

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Article 1

Art. R. 1110-1.-Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

- 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
- 2° Du périmètre de leurs missions.

Art. R. 1110-2.-Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;

Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;

Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;

Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;

Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;

Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;

Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ;

Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.

Art. R. 1110-3.-I.-Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article R. 1110-2 souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article L. 1110-4, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Encadré 16. Décret sur l'échange et le partage d'informations

Annexe 8

Les acteurs et leur relation dans la prise en charge de Myosotis

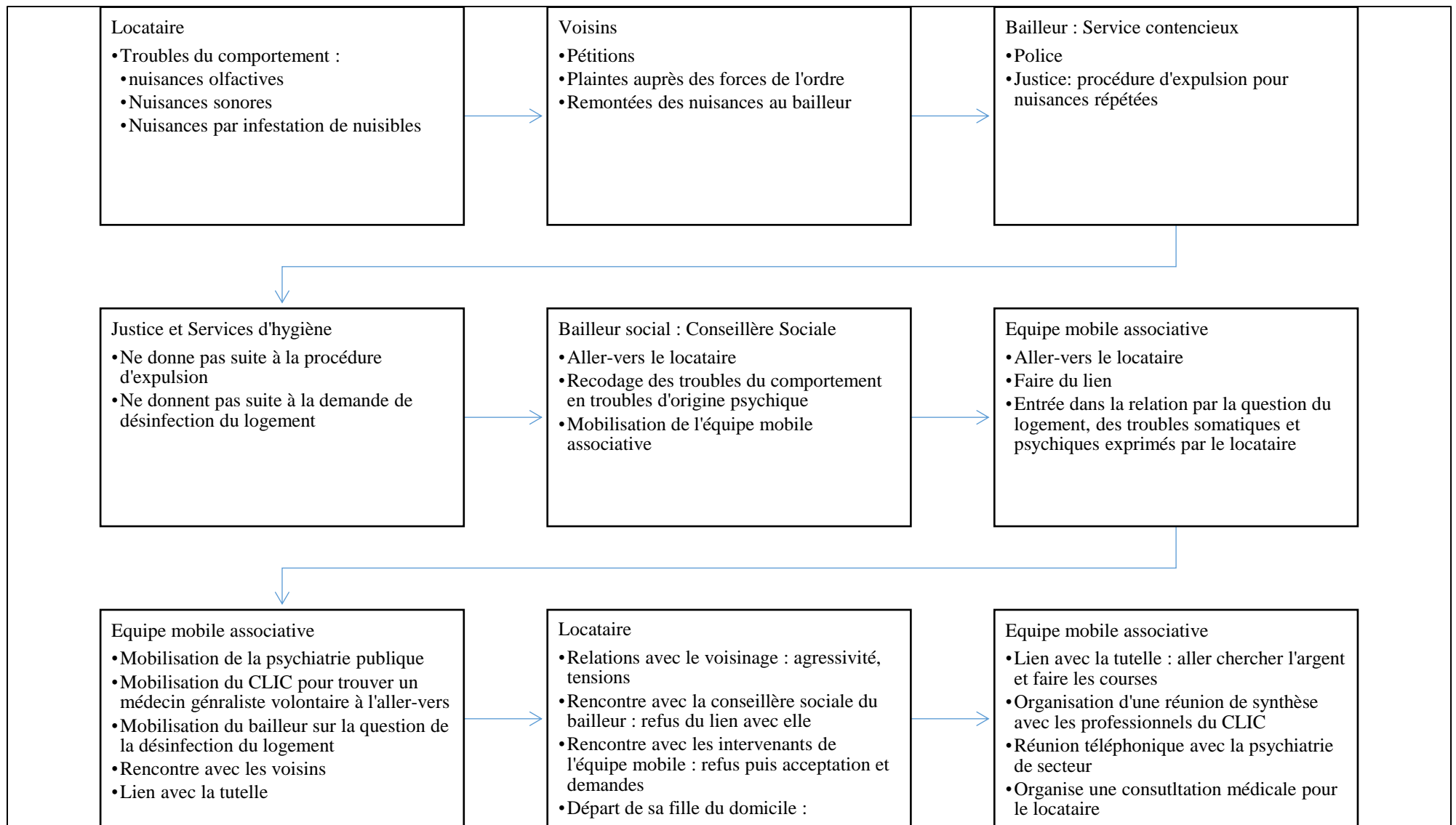
Les différents acteurs présents dans la situation		Quels sont leurs objectifs ?	Quelle dimension prend-il en charge ?	Qui le sollicite ?	Qui il sollicite ?	Quelles modalités d'intervention ?	Relation avec le locataire ?	Relation avec les institutions ?	Quelle demande du locataire ?
Le locataire		Gestion des nuisances par infestation de nuisibles Maintien dans le logement	Sociale	Le bailleur La Police L'EM	Le bailleur La tutelle	Aller-vers Appels téléphoniques		Le bailleur La tutelle, L'EM La Police Les voisins L'aide-ménagère Le médecin généraliste	Demande de mise sous tutelle Demande de relogement auprès du bailleur et de désinfection du logements Expression d'un mal-être physique et psychique
Les voisins		Gestion des nuisances occasionnées par le locataire	Sociale Psychique		Le bailleur La Police	Pétitions Appel téléphonique	Relation directe	Le bailleur La police L'EM	Aucune
Bailleur	Conseillère sociale (CS)	Gestion sociale des troubles du comportement	Sociale	Le service contentieux via les voisins	L'EM La tutelle	Aller-vers Courrier Via l'EM	Relation directe	Le locataire L'EM Les voisins La tutelle	Demande de relogement et de gestion de l'infestation de nuisibles
	Responsable des CS	Gestion sociale et coercitive des troubles du comportement	Sociale	Le service contentieux par l'intermédiaire	L'EM La tutelle La Police La Justice	Courrier Via l'EM Recours en justice	Relation directe	Le locataire L'EM Les voisins La tutelle La Police	Demande de relogement et de gestion de l'infestation de nuisibles

				re des voisins				Les services d'hygiène municipaux	
	Gardien	Gestion des manifestations quotidiennes des troubles	Psychosociale	L'EM Les voisins Auto-engagement	L'EM Les voisins	Aller-vers	Relation directe	Le locataire La CS et la responsable L'EM Les voisins La Police	Demandes ponctuelles (clé, courrier)
	Justice	Gestion du droit locatif	Sociale	Le bailleur		Jugement au tribunal	Relation indirecte	Le bailleur	Aucune
	Tutelle	Gestion sociale des besoins du locataire	Sociale	Le locataire	L'EM La MDPH	Aller-vers Courriers Appels téléphoniques	Relation directe	Le locataire Le bailleur La MDPH L'aide-ménagère	Demande de prise en charge par le locataire
	MDPH	Gestion de la compensation du handicap	Sociale	Le mandataire judiciaire	La tutelle Le locataire	Courriers	Relation indirecte	La tutelle Le locataire	Demande de prise en charge par le locataire
Equipe mobile (EM)	un psychologue	Mieux-être psychologique et maintien dans le logement	Psychique	Le bailleur	Le locataire Le bailleur La psychiatrie La tutelle Le médecin généraliste Clic/Maia L'aide-ménagère	Aller-vers	Relation directe	Le locataire Le Bailleur La psychiatrie La tutelle Le médecin généraliste Clic/Maia L'aide-ménagère Les voisins	Aucune

					Les voisins				
	un intervenant psychosocial	Mieux-être global Maintien dans le logement	Bio-psycho-sociale	Le bailleur	Le locataire Le bailleur La psychiatrie La tutelle Le médecin généraliste Clic/Maia L'aide-ménagère Les voisins La Police	Aller-vers	Relation directe	Le locataire Le Bailleur La psychiatrie La tutelle Le médecin généraliste Clic/Maia L'aide-ménagère La Police Les voisins	Aucune
Médecin généraliste		Gestion de la santé somatique	Biologique	L'EM	Le locataire	Visio-consultation	Relation directe	L'EM Le locataire	Aucune
Services d'hygiène municipaux		Gestion des nuisances par infestation de nuisibles	Sociale	Le bailleur		Via le bailleur	Pas de relation	Le bailleur	Aucune
Clic/Maia		Mieux-être global	Bio-psycho-sociale	L'EM		Ecoute des intervenants de l'EM et du bailleur	Pas de relation	L'EM Le bailleur	Aucune
Psychiatrie publique		Gestion de la maladie psychique	Psychique	L'EM		Aucune	Pas de relation	L'EM	Aucune
Aide ménagère		Gestion logistique des troubles du comportement	Sociale	L'EM	Le locataire L'EM	Aller-vers	Relation directe	Le locataire L'EM La tutelle	Aucune

	et des besoins quotidiens							
Police	Gestion sociale coercitive des troubles du comportements	Sociale	Le bailleur et les voisins	Le bailleur	Aller-vers	Relation directe	Le locataire Les voisins Le bailleur L'EM	Aucune

Tableau 6. Les acteurs impliqués dans la relation de prise en charge de Myosotis et leurs liens



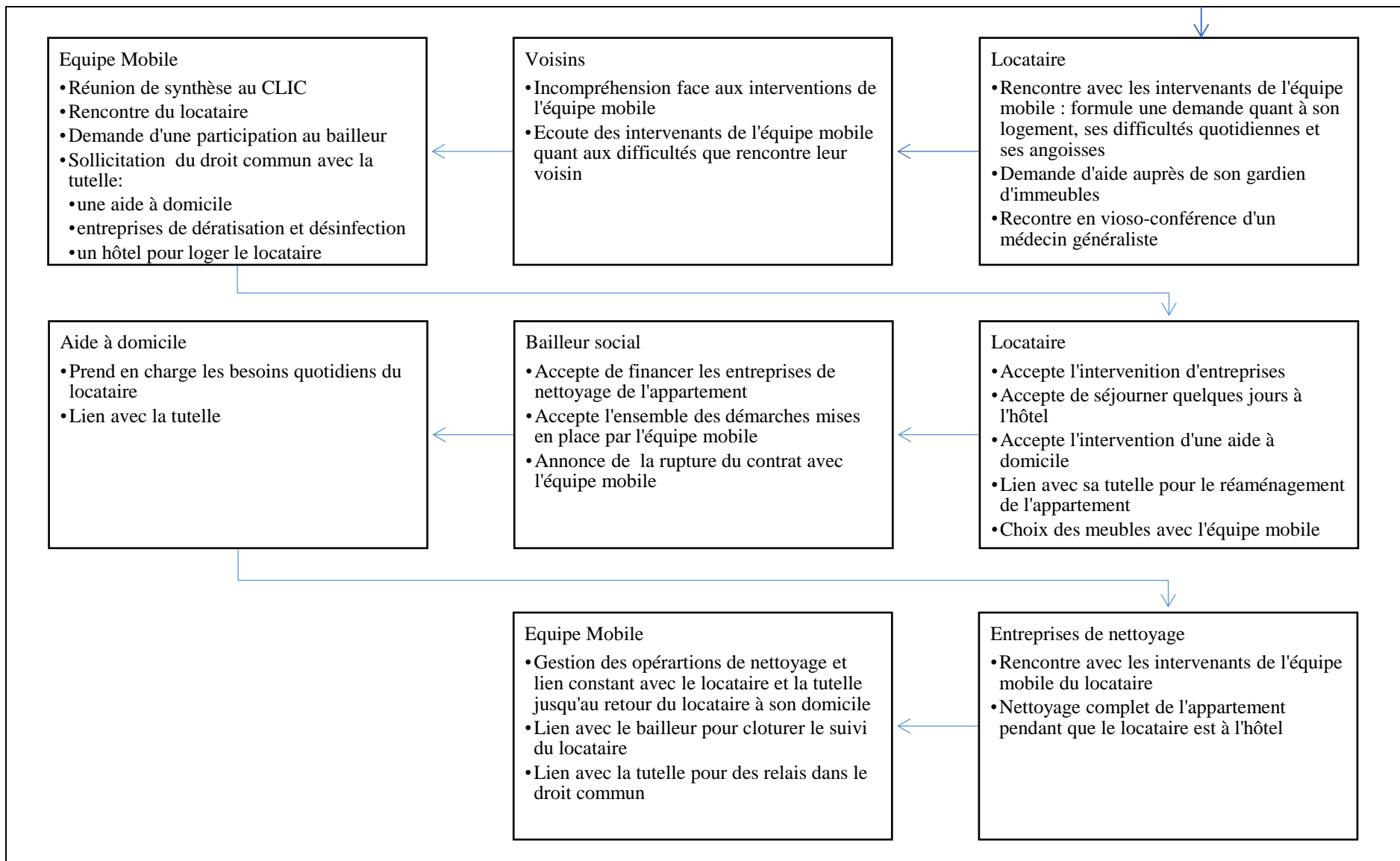
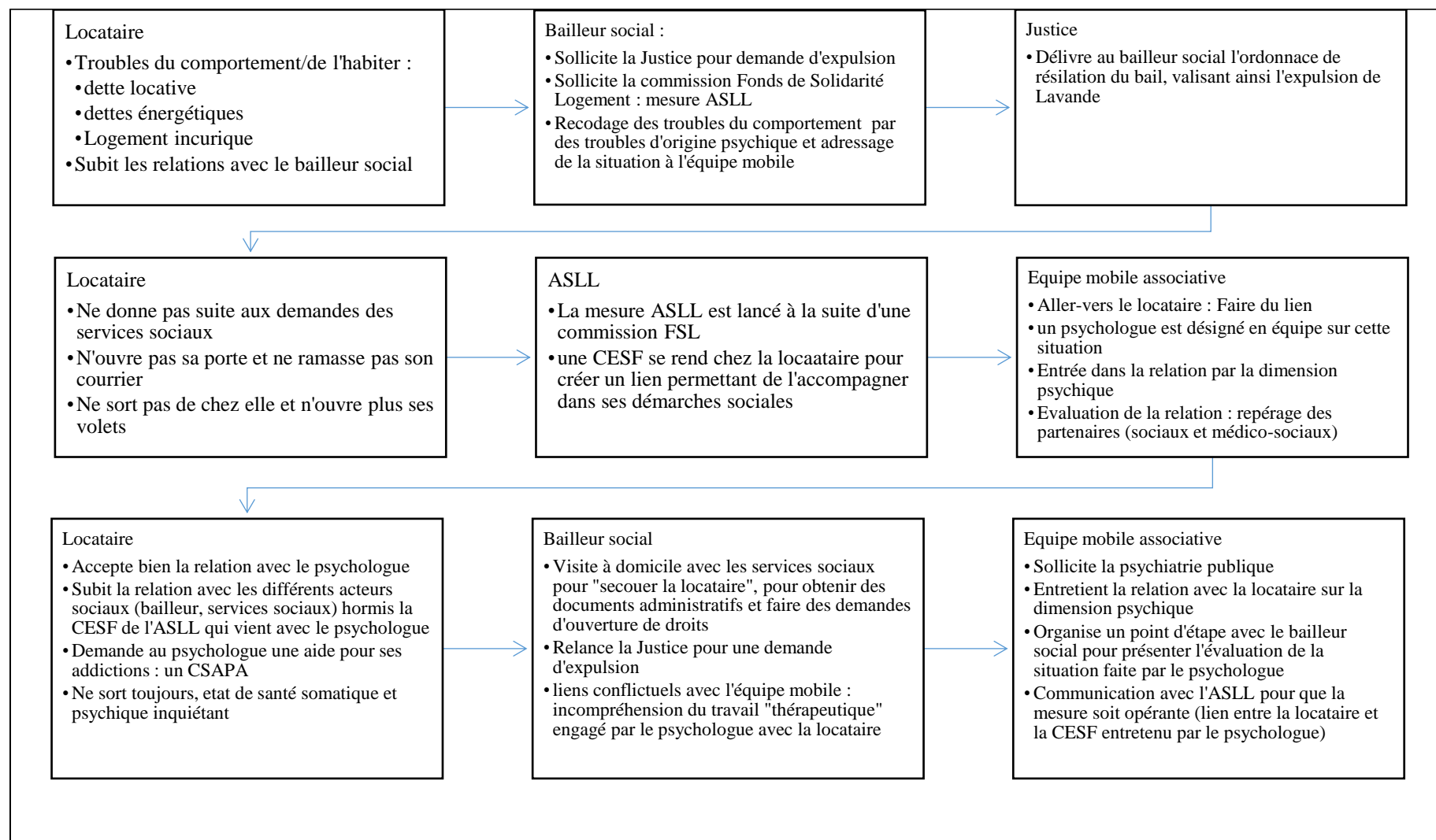


Figure 7. Processus de Prise en charge de Myosotis

Les acteurs et leur relation dans la prise en charge de Lavande



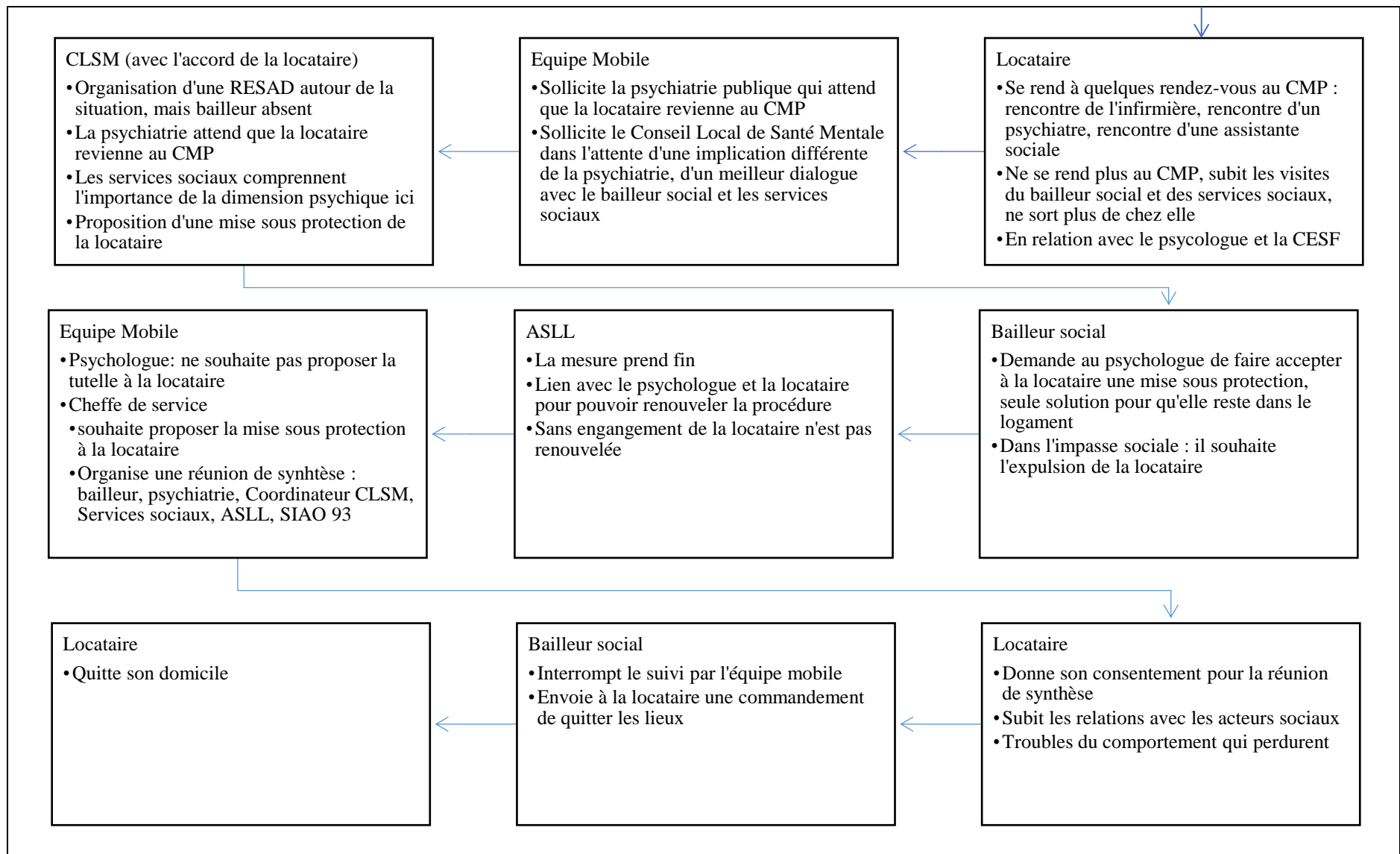


Figure 8. Processus de prise en charge de Lavande

Annexe 9

Présentation des équipes ELIAHS à Paris

Un partenariat entre les secteurs de psychiatrie de trois arrondissements, les CLSM, quelques bailleurs sociaux et la ville de Paris a permis de créer trois équipes, sur trois arrondissements, composées d'un psychiatre, d'un assistant de service social, d'un infirmier de secteur et d'un coordinateur.

« Ces équipes visent les objectifs suivants :

- *Mettre en place un dispositif capable d'évaluer et d'orienter des situations qui ne sont pas forcément repérées comme psychiatriques, mais correspondent à des personnes en difficultés psychosociales ;*
- *Réaliser une évaluation pluridisciplinaire et un diagnostic de la situation du locataire signalé ;*
- *Permettre une orientation et une prise en charge précoces ;*
- *Accompagner vers les soins ambulatoires (CMP - psychiatrie de secteur) le cas échéant ;*
- *Coordonner les soins avec les CMP : favoriser un circuit court de signalement et une prise en charge directe lorsque la situation du locataire relève de troubles psychiatriques (renforcer le réseau de l'accès aux soins) ;*
- *Soutenir et accompagner par une écoute active les salariés des bailleurs (gardiens d'immeuble, médiateurs, conseillers sociaux, responsables de site...) ;*
- *Assurer une liaison et une coordination entre les différents acteurs du territoire qui interviennent dans la prise en charge du locataire.*

[...] Des bilans des équipes ELIAHS du 13^{ème} et du 20^{ème} ont été réalisés. À 3 ans d'expérimentation, ce sont 370 locataires, dont l'âge moyen est de plus de 57 ans, qui ont été signalés aux équipes ELIAHS 13^{ème} et 20^{ème}. Parmi les locataires signalés, 46% sont des hommes et 54% sont des femmes. Seuls 45% d'entre eux étaient déjà connus par la psychiatrie de secteur. De 60 à 70% des locataires n'avaient aucun suivi social et/ou étaient en rupture avec les services sociaux de proximité lors du signalement. 3/4 des

locataires sans antécédents et évalués avec un besoin d'orientation vers la psychiatrie ont été pris en charge. Seules 5 % des prises en charge ont donné lieu à une hospitalisation, soit 3 à 4 fois moins qu'en file active classique de secteur en psychiatrie. A la fin de prise en charge par les équipes ELIAHS, 60 % des locataires sont suivis au CMP, 20 % ne relevaient pas de la psychiatrie et 20 % ont refusé l'orientation. Les bailleurs ont de leur côté constaté une baisse de moitié des signaux faibles. Sur 174 situations présentées aux équipes ELIAHS en 2017-2018, 47 % des locataires étaient en procédure d'expulsion, 19 % au stade ultime du contentieux. L'intervention conjointe des bailleurs et des équipes ELIAHS a permis que seules 3 expulsions soient effectives sur cette période, soit moins de 1 %. 3 locataires sur 4 en situation d'impayés ont repris leur paiement. [...]

Plus globalement ces expérimentations ont permis :

- A la psychiatrie de secteur d'intervenir plus en amont et d'éviter systématiquement une hospitalisation en urgence sur des situations de crise graves, de repérer en amont des situations et d'améliorer les prises en charge en développant un travail de prévention et d'accès aux soins ;*
- Aux bailleurs sociaux de répondre aux problèmes de troubles du voisinage importants provoqués par certains locataires qui présentent des troubles psychiques, d'avoir une réponse médicale, une prise en charge rapide, le plus en amont possible, tout en assurant une formation continue aux gardiens et travailleurs sociaux.*

En s'appuyant sur l'expérience et le savoir-faire d'une équipe dédiée issue du secteur de psychiatrie et en favorisant un circuit court de prise en charge, ce projet a eu pour finalités de fluidifier la procédure de signalement, de mieux orienter les personnes signalées vers les dispositifs les plus adaptés et ainsi d'éviter une « psychiatrisation » de toutes les situations complexes. L'amélioration et l'accentuation du travail de réseau effectué par les équipes ELIAHS a permis aux locataires signalés une meilleure fluidité des parcours de santé. »¹⁷⁶

¹⁷⁶ Présentation des 3 équipes ELIAHS (du 13^{ème}, du 19^{ème} et du 20^{ème} arrondissement) par la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) dans un courrier « Projet de délibération » adressé au Conseil de Paris en 2019, rendu public :

http://a06.apps.paris.fr/a06/jsp/site/plugins/odjcp/DoDownload.jsp?id_entite=50963&id_type_entite=6

Ces équipes dédiées fonctionnent là encore exclusivement avec les bailleurs sociaux qui sont impliqués dans leur financement. Elles ont permis au bailleur de ne plus avoir recours à l'équipe mobile associative.

Les avantages certains de ces trois équipes – comparativement à l'équipe mobile associative – sont, d'une part, la taille de leur périmètre d'intervention et, d'autre part, le partenariat formel qui les constitue avec la psychiatrie de secteur notamment. Là où l'équipe mobile associative intervient sur toute l'Île-de-France et donc un nombre très important de secteurs de psychiatrie, de CLSM, de SAVS ou toute autre institution ou acteur de la santé mentale, les trois équipes ELIAHS interviennent à l'échelle d'un arrondissement et d'une équipe de secteur. Les interlocuteurs qu'ils soient sociaux, sanitaires, médico-sociaux sont connus et un partenariat est déjà mis en place. Par ailleurs, elles sont une émanation du secteur de psychiatrie ce qui permet leur intervention rapide.

Annexe 10

Relation d'accompagnement de Rose pratiquée entre septembre 2017 et juin 2018

Je fais la connaissance de Rose en octobre 2017. Depuis près d'un mois, je me rends à son domicile toutes les semaines afin de la rencontrer ainsi que Lotus, sa mère avec qui elle vit.

Le bailleur social qui les loge a mobilisé l'équipe mobile associative que je dirige depuis juillet 2017 du fait d'importants troubles : nuisances sonores importantes et répétées. Rose et Lotus souffrent toutes les deux de troubles psychiques sévères ; seule Rose est suivie par la psychiatrie de secteur.

Alors que je me suis déjà rendue quatre fois au domicile de Lotus et Rose avant cette rencontre, je n'avais jamais rencontré cette dernière. Lors de mes visites, elle restait dans sa chambre ou était partie rendre visite à son ami, Mimosa. J'avais même fini par croire qu'elle n'existait pas. Lors de ma cinquième visite, je la rencontre donc dans la cour de l'immeuble. Elle m'interpelle : « Je n'y retournerai jamais ! » me dit-elle et je comprends qu'elle parle de son domicile.

Dès cette rencontre, un lien se noue entre elle et moi. Elle est vulnérable, frêle et démunie, mais elle est animée d'une volonté farouche qui me convainc de lui venir en aide.

Quand je lui demande où elle veut que je la conduise, elle me désigne le CMP où je la conduis donc.

Elle m'explique alors qu'elle m'a entendue plusieurs fois et qu'elle savait que j'allais venir aujourd'hui. En marchant pour se rendre au CMP, elle m'explique que sa mère ne lui permet pas de se soigner, c'est-à-dire qu'elle refuse que quiconque vienne au domicile pour lui apporter les soins quotidiens dont elle a besoin.

Outre ses troubles psychiques sévères, elle souffre en effet de diverses problématiques somatiques qui nécessitent des prises en charge à domicile mais sa mère leur refuse l'accès au logement. Elle est très diminuée physiquement et ne se déplace qu'en taxi pour rendre visite à Mimosa, son ami, qui paye les courses. Elle est sous tutelle et ne peut se permettre ce genre de dépense, pense-t-elle. Ce dernier vit lui aussi chez ses parents et, bien qu'il occupe un emploi, ne croit pas possible de pouvoir avoir un appartement autonome dans lequel il pourrait vivre avec Rose. En les regardant – je rencontre Mimosa plus tard – ils ressemblent à deux jeunes adolescents alors qu'ils sont âgés de 40 ans.

Une fois au CMP – du fait de son état de santé physique, nous mettons un long moment pour nous y rendre, elle marche avec beaucoup de difficulté et il me semble qu'elle ne voit pas très bien, impression qui va se vérifier -, je rencontre avec elle un infirmier qui la connaît bien. J'explique pourquoi je suis avec elle et comment j'ai été mobilisée sur la situation et les événements de la journée. Rose explique à son tour que sa mère aujourd'hui est ivre et qu'elle ne peut pas y retourner. L'infirmier va chercher l'assistante de service social et tous les quatre nous réfléchissons à ce que nous pouvons faire aujourd'hui. Etant donné son état, elle ne peut être placée dans un centre d'hébergement classique. Elle a besoin d'une assistance pour ses déplacements au moins, sa toilette. Par ailleurs, psychologiquement, elle n'est pas très stable. L'hôpital psychiatrique ne peut l'accueillir, ils n'ont pas de lit disponible, tout comme l'Infirmier Psychiatrique. Je contacte de mon côté le 115. Impossible de joindre l'urgence sociale.

L'heure avançant, alors que l'infirmier lui dit qu'elle va devoir retourner à son domicile faute de solutions, elle paraît de plus en plus terrifiée. Je lui demande ce qui la terrifie, elle m'explique alors que sa mère la frappe. Par ailleurs, lorsque cette dernière est alcoolisée, les violences s'accroissent. Je ne peux me résoudre à la ramener chez sa mère – d'autant qu'après avoir accompagné Rose, j'ai rendu visite à Lotus qui, en effet, est passablement ivre et en colère. Je choisis alors de trouver un hôtel en rez-de-chaussée et de l'y loger le temps de trouver une solution. Pour la question du coût de la chambre, Rose est sous tutelle et ne peut retirer de l'argent sans l'accord de sa mandataire judiciaire. Après avoir trouvé non loin de là une chambre d'hôtel en rez-de-chaussée, je fais donc l'avance pour deux nuits et envoie dans le même temps un mail à sa tutrice pour lui demander une rencontre en urgence afin de trouver, là encore, des solutions à la situation de Rose.

Elle passe sa première nuit à l'hôtel. Nous convenons de nous appeler le lendemain. Je lui demande également de joindre Mimosa, j'espère qu'il va la soutenir tant elle paraît seule et apeurée dans cette chambre.

En dépit des autres tâches qui m'attendent le lendemain, je prends une partie de la journée pour gérer cette situation. Je parviens à être en contact avec la tutrice, qui accepte de débloquer de l'argent pour Rose et propose également qu'une plainte contre Lotus soit déposée. En effet, par ce biais, nous pouvons lui trouver un hébergement. Elle m'indique également que Rose a une reconnaissance de handicap – délivrée par la MDPH – et qu'elle a par ailleurs une orientation pour un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). C'est une autre piste intéressante. C'est d'ailleurs cette piste qui va nous permettre de trouver une première solution.

Durant son séjour à l'hôtel, qui dure une longue semaine, je lui explique qu'au titre des violences qu'elle subit, son bailleur social peut consentir à lui accorder un logement pour lequel elle sera titulaire du bail mais qu'il exige en revanche qu'une plainte soit déposée à l'encontre de Lotus. Ce à quoi elle consent.

Sa nouvelle vie est épuisante et son état de santé se dégrade. Elle doit d'ailleurs être hospitalisée dans un service de médecine générale au bout de quelques jours.

Pendant le temps que dure son hospitalisation – je lui rends visite régulièrement, des visites durant lesquelles elle me raconte un peu son histoire que je tente de remettre en ordre – je poursuis la recherche d'un hébergement et active mon réseau personnel – suivant ainsi les conseils de mon superviseur. J'obtiens pour Rose une place temporaire – trois mois - dans un FAM. Il ne reste plus qu'à faire remplir un dossier d'admission à la fois à sa mandataire et au médecin de l'hôpital qui s'occupe d'elle. Un ophtalmologue, suite à mes demandes répétées, l'ausculte durant son séjour à l'hôpital. Elle est très mal-voyante et personne ne comprend que rien n'ait jamais été entrepris. Alors qu'elle commence à aller mieux, nous nous rendons dans une boutique d'optique pour lui choisir des lunettes.

Petit à petit, la vie s'insinue et l'anime. Elle se revitalise, prend du poids, est moins angoissée. Son élocution s'améliore, ses idées se clarifient. Elle me raconte son histoire.

Je sens en elle une lutte pour la vie qui semble de moins en moins fragile. Elle a alterné des années durant des périodes durant lesquelles elle s'anesthésie par l'alcool, par l'immobilité, et des périodes où elle s'accroche et tente de fuir. C'est lors d'une fugue – bien qu'elle soit âgée de trente-cinq ans alors, elle en parle ainsi – qu'elle rencontre Mimosa qui l'accepte comme elle est. Mais il est lui-même très fragile et ne peut l'aider à s'enfuir réellement. Ni Rose, ni lui, ne sont en mesure d'affronter Lotus. La situation reste donc inchangée un long moment avant qu'elle ne m'interpelle dans la cour de l'immeuble.

Bien que le bailleur social, lors d'une commission d'attribution, accorde à Rose un logement, je comprends que la vie autonome ne sera pas simple pour elle, ni pour Mimosa. Ils souhaitent cohabiter mais ne se sentent pas prêts à vivre sans accompagnement. Lors de la période durant laquelle Rose est hébergée temporairement par le FAM, je cherche donc un SAVS non loin du logement qu'on lui a attribué. Mais un problème majeur se pose. Aucun SAVS ne peut la prendre en charge et par ailleurs, l'appartement n'est plus sur le secteur du CMP qui la suit. Je cherche alors un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) éclaté qui puisse l'accueillir. Son dossier est accepté dans l'un d'entre eux, c'est-à-dire qu'elle peut bénéficier

d'un logement meublé durant dix-huit mois renouvelables une fois. Pendant cette période, elle bénéficie d'un accompagnement dans sa vie quotidienne mais également social. Les soins dont elle a besoin pourront être planifiés à son domicile et le logement – très gros avantage – se trouve dans le secteur du CMP qui la suit déjà. Un étayage peut ainsi être mis en place pour soutenir sa vie quotidienne dans un logement. En parallèle, le personnel social du CHRS éclaté fera avec Rose des recherches pour un appartement autonome.

Néanmoins, l'équipe du CHRS doit être convaincue de l'importance d'accueillir non pas Rose seule, mais le couple. Il faut de longues discussions avec notamment le psychiatre qui suit Rose et sa tutrice pour les convaincre.

Rose et Mimosa emménagent donc tous les deux dans le logement meublé du CHRS éclaté. Lors de ma dernière visite, Rose, ses lunettes sur le nez, m'accueille et m'offre un café. Elle me raconte sa vie quotidienne, me remercie chaleureusement.

Depuis qu'elle a refusé l'appartement du bailleur social au profit du CHRS éclaté, je ne suis plus mobilisée pour assurer son accompagnement. En effet, mon intervention est en lien avec le bailleur social. Par ailleurs, elle est étayée par son compagnon, mais également par sa tutrice, l'équipe pluridisciplinaire du CHRS (un psychologue et une assistante de service social) et l'équipe de psychiatrie de secteur (l'infirmier et le psychiatre du CMP). Je n'ai plus de raison de poursuivre l'accompagnement de Rose. La prise en charge de l'équipe mobile associative – et partant, la mienne – s'achève donc.

Annexe 11

Les registres d'action du travail relationnel proposés par Lise Demailly (2008)

Registres d'action

- 1) Le registre éducatif a pour objectif de socialiser, d'adapter, d'insérer, réadapter, etc., la personne que l'on accompagne, qui est perçue « encore en construction » ;
- 2) Le registre didactique vise à « transmettre des savoirs et des savoir-faire » à la personne qui est perçue comme « capable d'apprendre » ;
- 3) Le registre analytique fait accéder la personne qui le demande à son inconscient. La personne demande de l'aide pour « résoudre divers problèmes existentiels » ;
- 4) Le registre thérapeutique permet de réparer, rééquilibrer, « de favoriser le retour à un état de fonctionnement somatique ou psychique acceptable » d'une personne « en état de défaillance » ;
- 6) Le registre assistantiel vise à « aider ou organiser l'aide [...] dont autrui a besoin et qu'il demande » ;
- 7) Le registre de l'organisation et du management consiste à faire travailler, à impulser la mise au travail de la personne qui « a besoin d'un encadrement pour mieux agir [...] d'une stimulation pour s'organiser, se mobiliser, s'impliquer » ;
- 8) Le registre de la persuasion vise pour sa part « à produire des modifications dans les conduites et les représentations [...] créer du désir [...] inventer des mots qui vont tenir les imaginaires et influencer les corps » des personnes que l'on suppose « influençables[s], manipulable[s], suggestionnable[s] » ;
- 9) Le registre hiérarchique/bureaucratique consiste « à faire appliquer [...] des règlements définis par une institution supérieure, obtenir l'assujettissement, l'obéissance, la conformité » à une personne « censée respecter la loi et la règle » ;
- 10) Le registre de l'accompagnement permet de « fournir une aide physique ou psychologique selon la demande et les objectifs de transformation exprimés » par la personne qui « a une demande d'aide. [Elle] sait la formuler de façon autonome, même si elle évolue en cours de travail » ;
- 11) Le registre sécuritaire consiste à « exercer la violence légitime » sur la personne qui est « un assujetti à surveiller et punir » ;

12) Le registre d'intervention, lui, vise à « influencer, persuader et en même temps suppléer (faire pour, faire à la place de [...], même en cas de non-demande) » une personne « à qui l'on veut du bien pour son bien [...] [qui] n'est pas en demande, mais, en cours d'intervention, il est attendu qu'[elle] manifeste qu'[elle] comprend finalement le bien fondé, par sa compliance ou sa gratitude ».

Encadré 17. Les registres d'action dans les professions relationnelles (Demailly, 2008, p. 115-118)

Annexe 12

Observations et Entretiens menés lors de ce travail de thèse entre 2015 et 2019

Entretiens semi-directifs

Fonction	Organisation	DATE
Médecin Psychiatre	ARS	12/06/2019
Infirmière	Association de secteur - CMP	20/07/2017
chef de service	Structure d'hébergement - ESMS	04/01/2018
Cheffe de service	Structure d'hébergement - ESMS	27/01/2016
Psychologue-Coordo CLSM	CLSM	08/11/2017
Psychiatre hospitalier -chef de pôle	Hôpital psychiatrique	15/11/2015
Coordonnatrice CLSM	CLSM	15/02/2018
Psychiatre - Ex-Président	Association de secteur - CMP	06/11/2015
Psychiatre	Association de secteur - CMP	21/12/2015

Président	Association médico-sociale	23/11/2016
Psychologue-Coordo CLSM	CLSM	31/10/2017
Psychiatre et président	Association médico-sociale et CMP	16/03/2016
Directeur ESMS	Structure d'hébergement - ESMS	15/12/2015
chefe de service SAVS	Service d'accompagnement - ESMS	05/04/2018
Secrétaire - Trésorière	Association de logements - CMP	20/07/2017
Elu Nanterre	Mairie	19/03/2018
Maire	Mairie	25/04/2017
Infirmière	CMP	20/07/2017
Résident appartement locatif	Structure d'hébergement - ESMS	20/02/2016
Psychologue - Ex-Présidente	Association de logements - CMP	27/03/2018
Coordo CLSM	CLSM	09/10/2017
Psychologue - Présidente	Association de logements - CMP	09/12/2015 06/03/2018
Chargée de mission santé mentale	Bailleur social	15/05/2018
Infirmière	Association de logements - CMP	20/07/2017

Educatrice et trésorière	Association de logements - CMP	17/02/2016
Coordonnateur CLSM	CLSM	04/04/2018
Locataire	Association de logements - CMP	28/05/2016
Infirmière	Association de logements - CMP	20/07/2017
chefe de service	Service d'accompagnement - ESMS	03/03/2018
Locataire	Association de logements - CMP	30/05/2016
Responsable pôle social	Bailleur social	17/05/2018
Coordonnateur CLSM	CLSM	15/01/2018
Psychologue-Animateur GEM	Dispositif d'accompagnement	17/01/2018
ÉQUIPE MOBILE	Service d'accompagnement	18/05/2018

Observations et accompagnements

Période d'observations	Personnes accompagnées
Observations de septembre 2017 à juin 2018 (EM)	Myosotis
Observations de septembre 2017 à juin 2018 (EM)	Anémone
Observations de septembre 2017 à juin 2018 (EM)	Iris et Arum
Observations de septembre 2017 à juin 2018 (EM)	Aster
Observations en juin 2018 (EM)	Bleuet
Observations d'octobre 2017 à juin 2018 (EM)	Rose et Mimosa
Observations de février 2018 à juin 2018 (EM)	Lavande
Observations en mai 2017 (CLSM)	Coquelicot
Observations en novembre 2017 (EM)	Jasmin
Observations en décembre 2017 (EM)	Dahlia
Observations de janvier 2018 à avril 2018 (EM)	Hortensia
Observations mai 2018 (EM)	Amaryllis
observations mars 2017 (EM)	Glaïeul

Observation septembre à décembre 2017 (EM)	Jacinthe
Observation février 2017-Mai 2017 (EM)	Œillet
Observations en mai 2017 (CLSM)	Narcisse
Observations en avril 2018 (EM)	Chardon

Bibliographie

- Abdel-Ahad, P., Scheuer, M., Richa, S., 2013. La relation de soin avec l'adolescent en psychiatrie : Réflexions sur le pacte de soins et le consentement éclairé. *Laennec* 61, 28. <https://doi.org/10.3917/lae.131.0028>
- Abel, E.K., Nelson, M.K. (Eds.), 1990. *Circles of care: work and identity in women's lives*, SUNY series on women and work. State University of New York Press, Albany, N.Y.
- Abella, A., 2017. Chapitre I. Conviction, suggestion, séduction : des points de vue divergents, in : *Conviction, suggestion, séduction*, Monographies de la psychiatrie enfant. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 19–50.
- Abella, A., 2012. La séduction dans la cure des adolescents : Œdipe et/ou Narcisse ? *Revue française de psychanalyse* 76, 1479–1484. <https://doi.org/10.3917/rfp.765.1479>
- Abric, J.-C., 2003. De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale, in : *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Hors collection. ERES, Toulouse, pp. 11–19. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.02.0011>
- Achaintre, A., Balvet, P., 2013. Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie. *L'information psychiatrique* 89, 92–96. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0092>
- Agefiph, I., 2019. La perception de l'emploi des personnes en situation de handicap : Enquête auprès des entreprises, des salariés et du grand Public.
- Alam, T., Gurruchaga, M., O'Miel, J., 2012. Science de la science de l'État : la perturbation du chercheur embarqué comme impensé épistémologique. *Sociétés contemporaines* 87, 155. <https://doi.org/10.3917/soco.087.0155>
- Alerini, P., 2016. Les Mémoires d'une aliénée : D'Hersilie Roux vers de nouvelles perspectives. *Essaim* 37, 165. <https://doi.org/10.3917/ess.037.0165>
- Alexander, F.G., Selesnick, S.T., 1972. *Histoire de la psychiatrie. Pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours*, Armand Colin, ed, Collection U. Paris.
- Allen, D.F., Mariotti, C., 2014. Les « incohérents » et les « arrangeurs » de François Leuret. *Éléments pour une histoire du délire d'interprétation. L'information psychiatrique* 90, 567–574. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9007.0567>
- Allione, C., 2011. *La part du rêve dans les institutions : régulation, supervision, analyse des pratiques*. Encre marine, La Versanne.
- Amado, G., Minary, J.-P., 2008. Introduction. *Nouvelle revue de psychosociologie* 6, 7–10. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0007>
- American Psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and Statistics, Pichot, P., Guelfi, J.D., 1983. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.
- André, C., 2013. *La reconnaissance : des revendications collectives à l'estime de soi*.
- Anthony, W.A., 1993. Recovery from Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation Journal* 4, 11–23.

- Arborio, A.-M., 2009. 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot », in : *Sociologie des groupes professionnels*, Recherches. La Découverte, Paris, pp. 51–61. <https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0051>
- Arcella-Giroux, P., n.d. Les CLSM, une priorité pour l'ARS Île-de-France 1.
- Arcella-Giroux, P., Berthon, C., 2015. Les ARS et le développement des CLSM 91, 6.
- Arcella-Giroux, P., Quintin, A., 2019. Situations complexes dans la cité : naissance d'une réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD). *Pratiques en santé mentale* 65e année, 17–22. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0017>
- Arveiller, J.-P., 2002. Pour une psychiatrie sociale : cinquante ans d'action de la Croix-Marine. Erès, Toulouse.
- Arveiller, J.-P., 2000. La désinstitutionnalisation aujourd'hui : Nouvelles pratiques, nouveaux enjeux. *PSM, Pratique en Santé Mentale* 46, 4–8.
- Arveiller, J.-P., Corteel, C., 2007. Articulation entre champ sanitaire et champ social face aux personnes en situation d'exclusion sociale. *Vie sociale* 1, 59. <https://doi.org/10.3917/vsoc.071.0059>
- Astier, I., 2007. Les nouvelles règles du social, Le lien social. Presses universitaires de France, Paris.
- Atelier 4 - GEM et rétablissement, 2016. *Pratiques en santé mentale* 62e année, 47–49. <https://doi.org/10.3917/psm.161.0047>
- Ayme, J., 1994. Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Vigneux, Matrice 32–69.
- Bachelard, G., 2012. La poétique de l'espace, 11. ed. ed, Quadrige. Presses Univ. de France, Paris.
- Baillon, G., Chaltiel, P., Serra, P., 2002. L'association 1901 est-elle sous-traitant de la psychiatrie de secteur ou acteur à part entière ? Pour une psychiatrie sociale, Hors collection 201–213. <https://doi.org/10.3917/eres.arvei.2002.01.0201>
- Bailly-Salin, P., 2003. Lucien Bonnafé. *VST - Vie sociale et traitements* 78, 16–17. <https://doi.org/10.3917/vst.078.0016>
- Bajos, N., Bozon, M., 2008. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte, in : *Enquête sur la sexualité en France*, Hors Collection Social. La Découverte, Paris, pp. 381–407. <https://doi.org/10.3917/dec.bajos.2008.01.0381>
- Balzac de, H., 1839. L'interdiction, Charpentier. ed. Paris.
- Bantman, P., 2004. Réseaux et psychiatrie : Réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social. *VST - Vie sociale et traitements* 81, 25. <https://doi.org/10.3917/vst.081.0025>
- Baronnet, J., 2012. Les coûts économiques, sociaux et sanitaires du mal logement. *Recherche Sociale* 80.
- Barral, C., Chauvière, M., Stiker, H.-J., 1999. A-t-on renoncé à inclure ? Retour sur les lois de 1975 et leurs suites. *Table ronde. Esprit* 259, 9-16.
- Barrès, M., 2014. L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques en Ile de France (Rapport). ARS.

- Barrett, R., 2000. *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Institut Edition Synthelabo, Le Plessis-Robinson, France.
- Barreyre, J.-Y., 2008. La recherche au service de l'action sociale : chalandisation ou nouvelle instance de discussion ? *Pensée plurielle* n° 19, 31. <https://doi.org/10.3917/pp.019.0031>
- Barthélemy, P., Sebillotte Cuchet, V., 2016. *Citoyennetés*, Clio. Éditions Belin, Paris.
- Baszanger, I., 1986. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie* 3–27. <https://doi.org/10.2307/3321642>
- Baudrit, A., 2014. Introduction, in : *La relation d'aide dans les organisations, Pédagogies en développement*. De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, pp. 7–11.
- Bazin, N., 2007. Quel suivi médical au long cours pour les patients schizophrènes ? Quels acteurs de soins ? *L'Encéphale* 33, 33–35. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)78658-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)78658-X)
- Bécherraz, M., 2005. Significations des expériences de réconfort en santé mentale. Comparaison du réconfort vécu en soins généraux et en soins psychiatriques (Deuxième partie). *Recherche en soins infirmiers* 80, 49. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0049>
- Becker, H.S., 2004. *Ecrire les sciences sociales : commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*. Economica, Paris.
- Becker, H.S., Chapoulie, J.-M., 1985. Les entrepreneurs de morale, in : Briand, J.-P. (Tran.), *Outsiders, Leçons De Choses*. Éditions Métailié, Paris, pp. 171–188.
- Becquemin, M., 2012. Entre individualisation et « familialisation » de la protection de l'enfance : quelles créations/ innovations institutionnelles ? : Analyse comparative de trois associations en quête de légitimité (1920-1960). *socio-logos*. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2639>
- Becquet, V., 2012. Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses* 62, 51–64. <https://doi.org/10.3917/agora.062.0051>
- Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.-S., Moreau, D., 2015. « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences sociales et santé* 33, 5–14.
- Béliard, A., Eideliman, J.-S., 2008. 6 : Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique, in : *Les politiques de l'enquête, Recherches. La Découverte*, Paris, pp. 123–141.
- Bellahsen, Mathieu., Oury, J., 2014. *La santé mentale : vers un bonheur sous contrôle*. la Fabrique éd., Paris.
- Bellamy, R., Caria, A., Roelandt, J.-L., 2004. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale 12.
- Ben-Aziza, S., Gacia, P., Myslinski, M., 2007. Psychose et vieillissement : du symptôme à la dépendance. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 7, 39–45. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91448-8](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91448-8)
- Benoist, J., 1987. *L'Ethnographie*, 1985, 96-87, n° spéc. s. dir. A. Zempleni : Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. *Homme* 141–142.
- Benoît-Lamy, S., Boyer, P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.D., Pichot, P., Sartorius, N., American Psychiatric Association, 2005. *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Issy-les-Moulineaux.

- Bensa, A., Fassin, D., 2008. Les politiques de l'enquête, Recherches. La Découverte, Paris.
- Béquart, P., 2010. L'asm 13 : genèse et développement, in : Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie, Hors collection. ERES, Toulouse, pp. 31–38. <https://doi.org/10.3917/eres.chila.2010.01.0031>
- Berger, P., Kellner, H., 2012. Le mariage et la construction de la réalité. Armand Colin, Paris, pp. 293-320.
- Berger, P., Luckmann, T., 2012. La Construction sociale de la réalité - 3e éd. -. Armand Colin, Paris.
- Bernard, A.-M., Houdaille, J., 1994. Les internes de Charenton. 1800-1854. Population (French Edition) 49, 500. <https://doi.org/10.2307/1534035>
- Bernard, R., n.d. Jacques Ion, La fin des militants ? AGORA DÉBATS JEUNESSES 5.
- Bernardet, P., Douraki, T., Vaillant, C., 2002. Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe, Études, recherches, actions en santé mentale en Europe. ERES, Toulouse.
- Berque, A., 2007. 3. Qu'est-ce que l'espace de l'habiter ? Armillaire 53–67.
- Bert, J.-F., 2002. Roland Barthes, Comment vivre ensemble, cours et séminaire au collège de France (1976-1977). Le Politique [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/leportique.673>
- Berthon, G., 2010. Respect de l'autonomie, consentement... et usage de la contrainte en psychiatrie, in : Traité de bioéthique. ERES, p. 140. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.03.0140>
- Bétrémieux, M., 2015. Quelle psychiatrie dans un système de santé moderne ? L'information psychiatrique 91, 359–363.
- Bioy, A., 2012. 29. Faut-il avoir peur de la suggestion ? in : L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin, Aide-Mémoire. Dunod, Paris, pp. 181–187.
- Birmelé, B., 2018. Les chemins de l'inclusion. Défi social et projet personnel. Compte rendu du colloque de la Fondation John-Bost. Éthique & Santé 15, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.10.001>
- Blasco, S., Brodaty, T., 2016. Chômage et santé mentale en France. Economie et statistique 486, 17–44.
- Bloch, M.-A., Hénaut, L., 2014. La structuration de la coordination : des histoires différentes selon les champs d'intervention, in : Coordination et parcours, Santé Social. Dunod, Paris, pp. 43–96.
- Bogaert, É., 2015. La psychiatrie de secteur, c'est la psychothérapie institutionnelle dans la cité. VST - Vie sociale et traitements 126, 117–118. <https://doi.org/10.3917/vst.126.0117>
- Boileau, N., Riegert, G., 1990. L'art poétique : avec une notice biographique, une notice historique et littéraire, un lexique, un index des notes explicatives, une documentation thématique, des jugements, un questionnaire et des sujets de devoirs. Larousse, Paris.
- Bologne, J.C., 2016. Introduction. Pour l'histoire 7–24.
- Boltanski, L., 2011. L'amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action, Folio Essais. Gallimard, Paris.
- Boltanski, L., 1971. Les usages sociaux du corps. ahess 26, 205–233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

- Boltanski, L., Chiapello, È., 2011. *Le nouvel esprit du capitalisme*, TEL. Gallimard, Paris.
- Boltanski, L., Thévenot, L., 2008. *De la justification : les économies de la grandeur*, Nachdr. ed, NRF essais. Gallimard, Paris.
- Bonnafé, L., 2003. Les vrais enjeux : (VST, n°136, septembre 1981). *VST - Vie sociale et traitements* 78, 28. <https://doi.org/10.3917/vst.078.0028>
- Bonnafé, L., 1991. *Désaliéner ? : folie(s) et société(s)*, Chemins cliniques. Presses universitaires du Mirail, Toulouse.
- Bonnafé, L., 1957. Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée. *Information psychiatrique* 6, 299–311.
- Bonnafé, L., Gattari, F., Daumézou, G., Oury, J., Tosquelles, F., 1975. *Recherche Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*.
- Bonnet, C., 2014. Rétablissement et associatif. *Pratiques en santé mentale* 60e année, 15–22. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0015>
- Bonnet, C., 2007. La relation aux soignants, in : *Vivre et Dire Sa Psychose*. Érès, Paris, pp. 129–140.
- Bonnet, C., Arveiller, J.-P., 2012. Chapitre 11. Psychiatrie sociale et communautaire, in : *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Quadrige. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 179–196. <https://doi.org/10.3917/puf.kapsa.2012.01.0179>
- Bonnet, C., Vidon, G., 2012. Chapitre 57. Mesures sociales et réhabilitation en psychiatrie, in : *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Presses Universitaires de France, p. 1057.
- Bonnet, L., 2015. *Métamorphoses du logement social : habitat et citoyenneté*, Le Sens social. Rennes : PUR. DL 2015.
- Bouleau, J.-P., Bretécher, P., Ladieu, H., Hoste, E., Antoine, J.-M., Chevillon, B., 2009. *Les trente ans de l'association Diagonales : bâtir, habiter, penser - Le logement comme symptôme*.
- Bouquet, B., 2014. La complexité de la légitimité. *Vie sociale* 8, 13–23. <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>
- Bouquet, B., 2013. Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives, in : *Clinique et management : rupture ou transition ?*, Empan. Érès, Toulouse, pp. 13–25. <https://doi.org/10.3917/eres.sanch.2013.01.0013>
- Bouquet, B., 2009. Responsabilité éthique du travail social envers autrui et envers la société : une question complexe. *Vie sociale* 3, 43–55. <https://doi.org/10.3917/vsoc.093.0043>
- Bouquet, B., Riffault, J., 2013. Questions sur le temps et l'action sociale. *Vie sociale* 2, 107–110. <https://doi.org/10.3917/vsoc.132.0105>
- Bourbonnais, A., 2015. L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers* N° 120, 23. <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0023>
- Bourdieu, P., Wacquant, L., Ollion, É., 2014. *Invitation à la sociologie réflexive*, [Nouvelle éd.], trad. intégrale, corr. et augm. ed, Collection Liber. Seuil, Paris.

- Bourdillon, F., 2018. Santé publique et santé mentale. *Pratiques en santé mentale* 64^{anné}, 12. <https://doi.org/10.3917/psm.181.0012>
- Bourgoin, T., 2008. De la plainte en analyse de pratiques. *Le travail du récit. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* 41, 35–48. <https://doi.org/10.3917/nras.041.0035>
- Branger, J.-G., 2009. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple., *Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes.*
- Brassine, C., Lefebvre, A., 2007. L'auto-agression itérative de l'enveloppe cutanée : une défense paradoxale. *Psychologie clinique et projective* 13, 313–346. <https://doi.org/10.3917/pcp.013.0313>
- Bretécher, P., 2021. Relire Bonnafé Aujourd'hui. Relire "les personnages."
- Bretécher, P., 2019. Dispositifs et dispositions. *Chimères* 94, 155–160. <https://doi.org/10.3917/chime.094.0155>
- Bretécher, P., 2001. Un travail fou. *Chimères* 42, 81–96. <https://doi.org/10.3406/chime.2001.2350>
- Bretécher, P., Chaumont, Franck (Eds.), 2015. Le désaliénisme, le discours et la méthode, in : *Espaces de paroles : pluralité des pratiques analytiques avec les enfants : [colloque tenu à Évry les 27 et 28 janvier 2014]*, Association de Recherche et d'Enseignement sur la Clinique dans son rapport au lien Social. Erès, Paris, pp. 27–35.
- Bretécher, P., Hersent, M., 2005. Sortir du désœuvrement, in : *Répondre à la souffrance sociale.* ERES, p. 35.
- Bretécher, P., Rolfe, S., 2019. De petits déplacements. *Pratiques en santé mentale* 65^e année, 23–29. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0023>
- Breton, A., 1924. *Le manifeste du surréalisme*, Editions du Sagittaire. ed. Paris.
- Breviglieri, M., 2012a. Un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricoeur. *Études Ricoeuriennes / Ricoeur Studies* 3, 34. <https://doi.org/10.5195/errs.2012.134>
- Breviglieri, M., 2012b. La juste distance et l'enjeu du "bien-habiter" dans le soin et l'aide à domicile. *Contact. La revue de l'aide et des soins à domicile* 15–18.
- Breviglieri, M., 2009. L'insupportable. L'excès de proximité, l'atteinte à l'autonomie et le sentiment de violation du privé, in : *Compétences Critiques et Sens de La Justice, Etudes Sociologiques.* Paris.
- Breviglieri, M., 2008a. L'individu, le proche et l'institution : Travail social et politique de l'autonomie. *Informations sociales* n° 145, 92. <https://doi.org/10.3917/inso.145.0092>
- Breviglieri, M., 2008b. Le « corps empêché » de l'utilisateur (mutisme, fébrilité, épuisement), in : Giuliani, F., Laforgue, D., Payet, J.-P. (Eds.), *La voix des acteurs faibles.* Presses universitaires de Rennes, pp. 215–229. <https://doi.org/10.4000/books.pur.13085>
- Breviglieri, M., 2008c. Penser la dignité sans parler le langage de la capacité d'agir, in : *La Reconnaissance à l'épreuve. Explorations Socio-Anthropologiques.* PUS, Lille, pp. 83–92.
- Breviglieri, M., 2006. *La décence du logement et le monde habité.* Sensibiliser, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.

- Breviglieri, M., 2005. Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social, in : *Le Travail Social En Débat(s)*, Alternatives Sociales. Paris, pp. 219–234.
- Breviglieri, M., 2002. L’horizon du ne plus habiter et l’absence du maintien de soi en public, in : *L’héritage Du Pragmatisme. Conflits d’urbanité et Épreuves de Civisme*. Editions de l’Aube, Paris, pp. 319–336.
- Breviglieri, M., Lafaye, C., Trom, D., Centre culturel international de Cerisy-la-Salle (Eds.), 2009. *Compétences critiques et sens de la justice : colloque de Cerisy, Etudes sociologiques*. Economica, Paris.
- Breviglieri, M., Pattaroni, L., Stavo-Debaugé, J., 2003. Quelques effets de l’idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social. *Revue Suisse de Sociologie* 1, 141–157.
- Breviglieri, M., Stavo-Debaugé, J., 2006. Sous les conventions. Accompagnement social à l’insertion : entre sollicitude et sollicitation, in : *L’économie Des Conventions. Méthodes et Résultats*. Sous La Direction de Eymard-Duvernay. Paris, pp. 129–144.
- Brient, P., 2012. Vers une clinique du logement. *Bulletin de psychologie* Numéro 522, 515. <https://doi.org/10.3917/bupsy.522.0515>
- Brière, J.-L., 2018. Quelques constats. *Pratiques en santé mentale* 64e année, 4–8. <https://doi.org/10.3917/psm.184.0004>
- Brodwin, P., 2013. *Everyday ethics: voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press, Berkeley.
- Brodwin, P., Velpry, L., 2014. The Practice of Constraint in Psychiatry: Emergent Forms of Care and Control. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 38, 524–526. <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9402-y>
- Broutelle, A.-C., Le Morvan, F., 2009. La construction sociale des maladies. Regards croisés sur l’économie 5, 61–64. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0061>
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E., 2014a. La personnalité comme facteur de vulnérabilité. *Psycho Sup* 195–276.
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E., 2014b. Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. *Psycho Sup* 83–193.
- Brugère, F., 2009. La sollicitude et ses usages. *Cités* 40, 139. <https://doi.org/10.3917/cite.040.0139>
- Brunschwig, H., 2001. Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire & Inconscient* 2, 91–100. <https://doi.org/10.3917/imin.002.0091>
- Camberlein, P., 2008. Quelle politique publique pour les personnes handicapées et quelle place pour celles-ci à travers la loi du 11 février 2005 ? *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, Enfants d’ailleurs. Vivre les différences* 56, 249–251. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.04.008>
- Canguilhem, G., 2002. *Ecrits sur la médecine, Champ freudien*. Seuil, Paris.
- Cantalapiedra, S., 2016. *Saint-Alban, la révolution psychiatrique. Les films d’un jour - TV Sud*.
- Caria, A., Daumerie, N., Defromont, L., Roelandt, J.-L., Vandeborre, A., 2010. Représentation sociales du “fou”, du “malade mental”, du “dépressif” en population générale en France. *L’Encéphale* 36, 7–13.

- Carpentier, N., 2001. Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sosan* 19, 79–106. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>
- Carrier, C., Bay, B., 2017. L'aménagement de l'espace dans les établissements de santé : une expérience d'innovation sociale hospitalière. *Annales des Mines - Réalités industrielles* mai 2017, 28. <https://doi.org/10.3917/rindu1.172.0028>
- Carroy, J., 1991. Hypnose, suggestion et psychologie. L'invention de sujets, Hors collection. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14.
- Castel, R., 2011. La gestion des risques de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Les Éd. de Minuit, Paris.
- Castel, R., 2007. Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat, Impr. ed, Collection Folio/Essais ; 349. Gallimard, Paris.
- Castel, R., 1977. L'Ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme. Les Editions de Minuit.
- Castel, R., 1971. L'institution psychiatrique en question. *rfsoc* 12, 57–92. <https://doi.org/10.2307/3320399>
- Castillo, M.-C., Januel, D., Lannoy, V., Petitjean, F., Sez nec, J.-C., 2008. Etudes des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'évolution psychiatrique* 73, 615–628.
- Castillo, M.-C., Koenig, M., 2017. Au-delà des déterminismes : le rétablissement. *Perspectives Psy* 56, 217–223. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756217>
- Castra, M., Cresson, G., 2008. Émotions et sentiments dans le travail de soin professionnel et profane, in : Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H. (Eds.), *Le Langage Social Des Émotions : Études Sur Les Rapports Au Corps et à La Santé*, Sociologiques. Economica-Anthropos, Paris, pp. 52–75.
- Cefaï, D., Joseph, I. (Eds.), 2002. L'héritage du pragmatisme : conflits d'urbanité et épreuves de civisme, *Prospective du présent*. Aube, La Tour d'Aigues.
- Céméa, 2020. Vie sociale et confinement : La Trame. *Le Blog des Céméa*. URL <https://blogs.mediapart.fr/cemea/blog/200520/vie-sociale-et-confinement-la-trame>
- Chabert, C., Louët, E., David-Camps, F., 2017. Les dépressions extrêmes. *Approche psychanalytique et projective*, Univers Psy. Dunod, Paris.
- Chambon, N., 2017. Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble. *Rhizome* N° 65-66, 37–39.
- Chambon, N., Pichon, A., 2018. Supporter le travail de la relation ? *Rhizome* 67, 5–11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0005>
- Chanial, P. (Ed.), 2008. La société vue du don : manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée, *Textes à l'appui*. La bibliothèque du MAUSS. La Découverte, Paris.
- Chanial, P., Gaglio, G., 2013. « Aidons les aidants. » Une initiative mutualiste face au marché de la dépendance. *Revue du MAUSS* 41, 121. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0121>
- Chaperot, C., 2014. Formes de transfert et schizophrénie, *Des Travaux et des Jours*. ERES, Toulouse.
- Chappe, R., Dumont, R., 2019. Conserver son pouvoir d'agir au travail en milieu ordinaire, avec un handicap psychique. *Pratiques en santé mentale* 65e année, 58.

- Charazac-Brunel, M., 2014. 4. Les risques de suicide chez les patients déments. *L'Âge et la vie-Prendre soin des personnes âgées* 123–156.
- Châtel, V., Roy, S. (Eds.), 2008. *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*, Collection Problèmes sociaux & interventions sociales. Presses de l'Université du Québec, Québec, Québec.
- Chauvin, P., Laporte, A., 2020. *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Rapport de Recherche)*. Observatoire du Samu Social - Inserm, Paris.
- Chebili, S., 2018. Le syndrome de Diogène : une œuvre d'art manquée ? *L'information psychiatrique* 94, 365–370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1806>
- Chee, C.C., Gourier-Fréry, C., Guignard, R., 2011. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique* 23, 11–29.
- Chevalier, C., 2018. Voyage au cœur d'un groupe d'analyse clinique des pratiques et réflexions à propos du dispositif en formation. *Le sociographe Hors série* 11, 213–227. <https://doi.org/10.3917/graph.hs011.0213>
- Chevillion, B., Bourderie, M.-A., Rouxel, V., Escarret, J.-L., 2005. Hors du sillon : L'association Arimage dans les pas de Lucien Bonnafé. *VST - Vie sociale et traitements* 88, 74. <https://doi.org/10.3917/vst.088.83>
- Chiland, C., Bonnet, C., Braconnier, A. (Eds.), 2010. *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie, Santé mentale*. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Chossy, J.-F., 2011. Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge... à la prise en compte (Rapport parlementaire). Assemblée Nationale, Paris.
- Clavurier, V., 2010. Réel, symbolique, imaginaire : du repère au nœud. *Essaim* 25, 83–96. <https://doi.org/10.3917/ess.025.0083>
- Clesse, C., Dumand, I., Nassau, E., Prudent, C., Decker, M., Savini, C., Lighezzolo-Alnot, J., Batt, M., 2016. Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 16, 291–299. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.001>
- Closermag.fr, 2017. A Paris, elle séquestre 130 chats dans son appartement de 25m2 - Closer [WWW Document]. URL <https://www.closermag.fr/vecu/faits-divers/a-paris-elle-sequestre-130-chats-dans-son-appartement-de-25m2-745118> (accessed 10.22.20).
- Cloutier, G., Maugiron, P., 2016. La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *Information psychiatrique* 92, 7.
- Coldefy, M., 2016. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales, L'organisation des soins en psychiatrie* 21.
- Coldefy, M., 2012. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la Santé* 1–8.
- Coldefy, M., 2010. La géographie asilaire française : éléments d'analyse spatio-temporelle. *Villes en parallèle* 20. <https://doi.org/10.3406/vilpa.2010.1470>

- Coldefy, M., Curtis, S.E., 2010. The geography of institutional psychiatric care in France 1800–2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialized facilities for institutional care of mental illness. *Social Science & Medicine* 71, 2117–2129.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J., 2009. Une mise en perspective de l’offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins* 40, 197. <https://doi.org/10.3917/pos.403.0197>
- Coldefy, M., Lucas-Gabrielli, V., 2010. Territoires de santé : comment les régions ont-elles organisé ce nouvel espace ? *Villes en parallèle* 130. <https://doi.org/10.3406/vilpa.2010.1477>
- Coldefy, Nestrigue, C., 2015. Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d’offre de soins des territoires. *Rhizome, Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques* 6.
- Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (Recommandation de bonne pratique en psychiatrie), 2015. Fédération française de psychiatrie.
- Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C., Tran, J., 2014. Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l’hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l’autonomie. *Cliniques* 8, 88. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0088>
- Corcuff, P., 1998. Justification, stratégie et compassion : Apport de la sociologie des régimes d’action. *Correspondance : bulletin d’information scientifique de l’institut de recherche sur le Maghreb contemporain*.
- Coscia, L., Causa, P., Giuliani, E., Nunziata, A., 1975. Pharmacological properties of new neuroleptic compounds. *Arzneimittelforschung* 25, 1436–1442.
- Cosnard, H.-D., 1987. Nullité du mariage pour maladie mentale. *juro* 11, 303–305. <https://doi.org/10.3406/juro.1987.1514>
- Cottureau, M.-J., 2001. Dépression : mythe, réalité et prise en charge dans un secteur de psychiatrie publique parisien. *Figures de la psychanalyse* 4, 69–75. <https://doi.org/10.3917/fp.004.0069>
- Coupechoux, P., 2006. Un monde de fous : comment notre société maltraite ses malades mentaux.
- Cours des Comptes, 2021. Les parcours dans l’organisation des soins de psychiatrie (Rapport Public Thématique). Cours des Comptes.
- Cours des Comptes, 1991. L’organisation des soins psychiatriques.
- Cousteaux, A.-S., Pan Ké Shon, J.-L., 2008. Le mal-être a-t-il un genre ? : Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie* 49, 53. <https://doi.org/10.3917/rfs.491.0053>
- Coutant, I., 2012. *Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents*. La Dispute, Paris.
- Coutant, I., Wang, S., Rechtman, R. (Eds.), 2018. *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. CNRS éditions, Paris.
- Couturier, Y., Belzile, L., 2016. Chapitre 2. L’analyse des pratiques de coordination, in : *L’intervention de coordination, Formation des adultes et professionnalisation*. Champ social, Nîmes, pp. 37–87.

- Crignon-De Oliveira, C., Gaille, M., 2010. Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin. Paris, Seli Arslan.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.D., American Psychiatric Association, 2016. DSM-5 ® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- Crozier, M., Friedberg, E., 2014. L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Points, Paris.
- da Silva, N., 2013. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Revue du MAUSS* 41, 93. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0093>
- Danel, T., Deconstanza, P., Deprince, J., Elouahi, F., Ethuin, C., Haddouche, A., Lepla, A., Quagliozzi, S., Verrier, V., Amariei, A., Pastureau, D., Danel, S., Plancke, L., 2011. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *L'information psychiatrique* 87, 215–222. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8703.0215>
- Darmon, M., 2010. La socialisation : Domaines et approches, 2e édition. ed. Armand Colin, Paris.
- Dato-Toscano, Z., 2007. 13. L'habitat périurbain dans la ville contemporaine Librino, la « ville-satellite » de Catane, suspendue entre la ville qui ne l'est pas encore et la campagne qui ne l'est plus. *Armillaire* 239–249.
- Daumezon, G., 2018. Réflexions sur la formation en psychiatrie. *Perspectives Psy* 57, 264–275. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2018574264>
- Daumezon, G., 2008. 1958 : expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé (suite et fin) : réflexions du chef de service. *L'information psychiatrique* 84, 699–700. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8407.0699>
- Daumézou, G., Bonnafé, L., 1945. Psychiatrie médicale ou administrative. *Le médecin Français* 5.
- Davidson, L., 2003. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia, *Qualitative studies in psychology*. New York University Press, New York.
- de Séguin, A., 2014. Le lacunaire, pierre angulaire d'un dispositif institutionnel ? *Essaim* 33, 133–147. <https://doi.org/10.3917/ess.033.0133>
- de Stampa, M., Vedel, I., de Montgolfier, S., Buyck, J.-F., THOREZ, D., Gazou, F., Henrard, J.-C., Bergman, H., Ankri, J., 2013. Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées. *Santé Publique* 25, 7–14. <https://doi.org/10.3917/spub.131.0007>
- Debout, F., 2013. La psychiatrie de secteur à l'hôpital général est en grand danger. *L'information psychiatrique* 89, 13–14. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0013>
- Deegan, P.E., 1993. Recovering Our Sense of Value After Being Labeled: Mentally Ill. *JPN* 31, 7–9. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19930401-06>
- Degavre, F., Saussey, M., 2014. La fabrique des chercheur-e-s mise à l'épreuve des normes globales d'éthique. *jda* 137–158. <https://doi.org/10.4000/jda.4580>

- Delay, B., 2008. Les jeunes : un rapport au travail singulier ? Une tentative pour déconstruire le mythe de l'opposition entre les âges (projet de recherche européen SPReW No. 104). Centre d'études de l'emploi, Paris.
- Delion, P., 2011. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne : introduction à la psychothérapie institutionnelle. Dunod, Paris.
- Delisle, N., 2013. Pour une sociologie de la dépression. *Relations* (00343781) 41.
- Demailly, L., 2017. L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome* N° 65-66, 6–7.
- Demailly, L., 2008. Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles, *Sociologie*. Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq.
- Demailly, L., n.d. Documents : Connaissance et action publique. Le cas de la territorialisation de la politique de santé mentale. [WWW Document]. URL <http://inset.base-alexandrie.fr/Record.htm?idlist=1&record=19223084124910412669> (accessed 8.18.16).
- Demailly, L., Autès, M. (Eds.), 2012. La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses, *Recherches*. Armand Colin, Paris.
- Demazeux, S., 2016. Philosopher contre la psychiatrie, tout contre. *Rev synth* 137, 11–34. <https://doi.org/10.1007/s11873-016-0290-x>
- Derriennic, F., Vézina, M., 2001. Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques. *Travailler* 5, 7. <https://doi.org/10.3917/trav.005.0007>
- Descombes, V., 1996. Les institutions du sens, Collection "Critique." Editions de minuit, Paris.
- Desnos, R., 1925. Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles des fous. *La Révolution Surréaliste* 31.
- Deutsch, C., 2012. De la prise en charge à la prise en compte : Genèse d'un nouveau paradigme sur la manière de traiter les fous. *VST - Vie sociale et traitements* 113, 95. <https://doi.org/10.3917/vst.113.0095>
- Deveau, A., 2007. Plans, programmes et schémas à l'articulation entre la maladie mentale et le handicap psychique. *Vie sociale* 1, 29. <https://doi.org/10.3917/vsoc.071.0029>
- Devereux, G., Sinaceur, H., 2003. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Flammarion.
- Devisme, L., Brenon, L., 2007. 15. Habiter à côté (de la ville) ; être tout contre (son voisin). *Armillaire* 267–278.
- Deyres, M., 2019. Les heures heureuses. Les Films du Tambour de Soie, Bande à Part Films, Lux Fugit Films, RTS - Radio Télévision Suisse.
- Dide, M., n.d. L'hystérie et l'évolution humaine, Flammarion. ed. Paris.
- Dilip V. Jeste, M.D., 2003. Understanding and Managing Psychosis in Late Life [WWW Document]. *Psychiatric Times*. URL <https://www.psychiatrictimes.com/understanding-and-managing-psychosis-late-life> (accessed 4.7.19).
- Dill, J., Sassolas, M., Hochmann, J., 2015. Douze rencontres en terrain psychotique : A propos du soin institutionnel en psychiatrie. Erès, Toulouse (33 avenue Marcel Dassault 31500).

- Dormont, B., Moatti, S., 2018. Le plan santé évite les sujets qui fâchent. *L'Economie politique* N° 80, 8–16.
- Doron, C.-O., 2015. L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en santé mentale* 61^{anné}, 3. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0003>
- Dourlens, C., 2010. L'action publique à l'épreuve de la fragilité normative (Sciences de l'Homme et de la Société). Université Jean Monnet Saint-Etienne, Saint-Etienne.
- Dourlens, C., 2008. Les usages de la fragilité dans le champ de la santé : Le cas des personnes âgées. *Alter* 2, 156–178. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.03.004>
- Drogoul, F., n.d. les nouvelles frontières de la psychiatrie - Rapport Serpsy.
- Drulhe, M., 2008. Le travail émotionnel à l'épreuve de la transformation du système de soins, in : Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H. (Eds.), *Le Langage Social Des Émotions : Études Sur Les Rapports Au Corps et à La Santé, Sociologiques*. Economica-Anthropos, Paris, pp. 21–51.
- du Roscoät, E., Léon, C., Sitbon, A., Briffault, X., 2016. Appréhender la santé mentale des collégiens : un croisement d'indicateurs. *Agora débats/jeunesses* Horsséri, 57. <https://doi.org/10.3917/agora.hs01.0057>
- Dubar, C., 2010. *La crise des identités*, 4e édition. ed. Presses Universitaires de France - PUF, Paris.
- Dubois, V., 2003. *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*. Economica, Paris.
- Dubois-Fabing, D., Pichon, P., Arnevielhé, A., Sussillon, M.-P., Caron, B., Saillard, F., François, P., 2011. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Santé Publique* 23, 97–111.
- Dubret, G., Trémine, T., 2009. Quel avenir pour la psychiatrie à l'hôpital général ? *L'information psychiatrique* 85, 559–564. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8506.0559>
- Dujardin, V., Guézennec, P., 2019. Partenariat autour de l'évaluation des cas complexes : ce qui ne va pas de soi. *Pratiques en santé mentale* 65^e année, 6–12. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0006>
- Dumond, J.-P., 2013. Gérer les organisations de santé à la lumière du don. *Revue du MAUSS* 41, 167. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0167>
- Dumont, L., 1991. *Essais sur l'individualisme : une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Editions du Seuil, Paris.
- Durkheim, É., 2014. Chapitre Premier - Représentations individuelles et représentations collectives, in : *Sociologie et philosophie*, Quadrige. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 1–39.
- Durkheim, É., 2010. *Les règles de la méthode sociologique*, nouv. éd., Champs. Flammarion, Paris.
- Duvoux, N., 2014. Politiques d'insertion, une responsabilisation des pauvres ?, in : *L'Individu contemporain*, Synthèse. Éditions Sciences Humaines, Auxerre, pp. 209–214.
- Duvoux, N., 2009. *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, Le lien social. Presses universitaires de France, Paris.

- Eberhard, M., Mengotti, M., 2016. Expulsions locatives et sans-abrisme : un éclairage à partir des données du 115, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Observatoire du Samu Social de Paris, Paris.
- Ehrenberg, A., 2016. La santé mentale est une question sociale. Libération.
- Ehrenberg, A., 2015. SchizoAutonomie, in : Le Nouvel Esprit de La Psychiatrie et de La Santé Mentale.
- Ehrenberg, A., 2009. L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution, in : Comment penser l'autonomie ?, Éthique et philosophie morale. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 219–235. <https://doi.org/10.3917/puf.laugi.2009.01.0219>
- Ehrenberg, A., 2006. Malaise dans l'évaluation de la santé mentale. Esprit mai, 89. <https://doi.org/10.3917/espri.0605.0089>
- Ehrenberg, A., 2004. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Revue française des affaires sociales 77–88.
- Ehrenberg, A., 2001. De la névrose à la dépression. Figures de la psychanalyse 25.
- Ehrenberg, A., 1991. Le culte de la performance, Essai. Société. Calmann-Lévy, Paris.
- Ehrenberg, A., 2011b. La crise du symbolique et le déclin de l'institution : quels sont les arguments ? Quelle est l'alternative épistémologique ? Cliniques méditerranéennes 83, 55–66. <https://doi.org/10.3917/cm.083.0055>
- Ehrenberg, A., 2011a. La société du malaise. O. Jacob, Paris.
- Ehrenberg, A., 2016a. Santé mentale : quel cadre de réflexion pour quelle action ? Esprit décembre, 27–30. <https://doi.org/10.3917/espri.1612.0027>
- Ehrenberg, A., Donzelot, J., 2010. La souffrance des individus : un problème social ? À propos de la Société du malaise, d'Alain Ehrenberg. Esprit juillet, 7–21. <https://doi.org/10.3917/espri.1007.0007>
- Ehrenberg, A., Lovell, A., 2000b. La maladie mentale en mutation : Psychiatrie et société. Jacob, Paris.
- Ehrenberg, Alain., 2000a. La fatigue d'être soi : dépression et société. Odile Jacob, Paris.
- Eideliman, J.-S., 2009. Vivre avec un handicap psychique à domicile : une approche statistique par les arrangements pratiques. Revue française des affaires sociales 41–63. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0041>
- Elias, N., Chartier, R., 1995. Engagement et distanciation : contribution à la sociologie de la connaissance. Pocket : Fayard, Paris.
- Ellen Corin, 2002. Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? Santé Mentale au Québec 1, 65–82.
- Enjalbert, J.-M., 2006. Le groupe, le sujet et le schizophrène. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 46, 137–144. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0137>
- Esquenazi, J.-P., 2006. Principes d'une sociologie des institutions de discours. Questions de communication 335–356. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7941>
- Esquirol, J.-E., 1838. Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Baillière. ed. Libraire de l'académie royale de médecine, Paris.

- Estroff, S., 1998. *Le Labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, France.
- Ey, H., 1952. A propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique à Saint Alban. *Evolution Psychiatrique* 579–582.
- Eymard-Duvernay, F. (Ed.), 2006. *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, Collection "Recherches." Découverte, Paris.
- Eyraud, B., 2013. *Protéger et rendre capable : la considération civile et sociale des personnes très vulnérables*. Erès, Toulouse.
- Eyraud, B., Henckès, N., 2013. Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968. *Le Mouvement Social* 242, 61–79. <https://doi.org/10.3917/lms.242.0061>
- Eyraud, B., Velpry, L., 2014. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique* 207–222.
- Eyraud, B., Velpry, L., 2011. Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse. *Revue du MAUSS* 37, 103. <https://doi.org/10.3917/rdm.037.0103>
- Eyraud, B., Vidal-Naquet, P.A., 2015. *La protection des personnes vulnérables : la part de l'arbitraire*. SociologieS [en ligne].
- Faijan, C., 2018. Oser la rencontre des langages entre parents et professionnels du handicap. *VST - Vie sociale et traitements* 139, 95.
- Fassin, D., 2004. *Des maux indicibles*. Sociologie des lieux d'écoute, Alternatives sociales. La Découverte, Paris.
- Faucheux-Leroy, S., Kertudo, P., 2010. Les ménages "aux portes du logement." *Recherche Sociale* 93.
- Fauvel, A., 2002. Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880. *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 49–1, 195. <https://doi.org/10.3917/rhmc.491.0195>
- Favret-Saada, J., 1994. *Les mots, la mort, les sorts*, Collection Folio Essais. Gallimard, Paris.
- Felices-Luna, M., 2016. Attention au chercheur ! L'éthique sous la menace de la recherche, la science sous l'emprise des comités d'éthique en recherche. *Déviance et Société* 40, 3. <https://doi.org/10.3917/ds.401.0003>
- Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H. (Eds.), 2008. *Le langage social des émotions : études sur les rapports au corps et à la santé*, Sociologiques. Economica-Anthropos, Paris.
- Fernández, I.V., De Battista, J., Bauer, L., Dagfal, A., 2017. Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation ? Regards croisés entre la France et l'Argentine : à propos des réglementations en santé mentale. *L'Évolution Psychiatrique* 82, 228–239. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.10.002>
- Ferrand-Bechmann, D., 2011. Le bénévolat, entre travail et engagement : Les relations entre salariés et bénévoles. *VST - Vie sociale et traitements* 109, 22. <https://doi.org/10.3917/vst.109.0022>

- Feys, J.-L., 2014. Quel système pour quelle classification psychiatrique ? De Linné à Schotte en passant par le DSM et Szondi. *L'Évolution Psychiatrique* 79, 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.11.001>
- Fijalkow, Y., 2011. *Sociologie du logement. la Découverte*, Paris.
- Fisher, B., Tronto, J.C., 1991. Toward a theory of caring, in: *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. Albany, N.Y, pp. 35–62.
- Flament, C., 2007. L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam). *L'information psychiatrique* 83, 702. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8308.0702>
- Fleury, M.-J., Farand, L., Aubé, D., Imboua, A., 2012. La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Can Fam Physician* 58, e725.
- Floersch, J., 2002. *Meds, money, and manners: the case management of severe mental illness*. Columbia University Press, New York.
- Formarier, M., 2007. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 89, 33. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Fort-Jacques, T., 2007. Habiter, c'est mettre l'espace en commun. *Armillaire* 251–266.
- Foucault, M., 2007. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Collection Tel. Gallimard, Paris.
- Foucault, M., 1999. *Les Anormaux*. Cours au collège de France. Le Seuil, Paris.
- Foucault, M., 1997. *Il faut défendre la société : cours au Collège de France, 1975-1976*, Hautes études. Gallimard/Seuil, Paris.
- Foucault, M., Defert, D., 2000. *Dits et écrits : 1954 - 1988. 3 : 1976 - 1979*, Bibliothèque des sciences humaines. Gallimard, Paris.
- Foucault, M., Senellart, M., Ewald, F., Fontana, A., 2004. *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, Hautes études. Seuil : Gallimard, Paris.
- Fourquet, F., Murard, L., 1975. *Histoire de la psychiatrie de secteur*. Recherches n° 17, 638.
- François, C., 2017. Un droit au logement à géométrie variable. *Les ancrages socio-spatiaux du Fonds solidarité logement. Espaces et sociétés* 170, 91–106. <https://doi.org/10.3917/esp.170.0091>
- François, C., 2016. Une discrimination au délogement : les procédures judiciaires d'expulsion locative des résidents de foyers migrants. *Terrains & travaux* 2, 105–125.
- François, C., 2015. Produire et normaliser les familles par le logement : L'exemple du travail de relogement dans la rénovation urbaine. *Mouvements* 82, 36. <https://doi.org/10.3917/mouv.082.0036>
- François, C., 2014. Au mépris des locataires : Infériorisation sociale et assignation résidentielle des relogés de la rénovation urbaine. *Genèses* 96, 86. <https://doi.org/10.3917/gen.096.0086>
- Fraser, N., 1993. *Unruly practices: power, discourse and gender in contemporary social theory*, Reprinted. ed. Polity Press, Cambridge.
- Freud, S., 2010. *Deuil et mélancolie*, Petite bibliothèque Payot : 783. Paris : Éd. Payot & Rivages. impr. 2010.
- Freud, S., Anaconda Verlag GmbH, 2017. *Massenpsychologie und Ich-Analyse*.

- Fromentin, C., 2017. Pourquoi faire l'histoire de la psychiatrie ? Le cas de l'Évolution psychiatrique (1925–1985). *L'Évolution Psychiatrique* 82, 501–525. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.05.001>
- Funk, M., Benradia, I., Roelandt, J.-L., 2014. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique* 90, 331. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0331>
- Furtos, D.J., 2011. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY* 156, 29. <https://doi.org/10.3917/lcp.156.0029>
- Furtos, J., 2015. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan* 98, 55. <https://doi.org/10.3917/empa.098.0055>
- Furtos, J., 2001. Bulletin national santé mentale et précarité - Habiter. *Rhizome* 7, 1–16.
- Galibert, C., 2004. Prologomènes à une anthropologie de l'observateur et de l'acteur. *Revue internationale des sciences sociales* 181, 507. <https://doi.org/10.3917/riss.181.0507>
- Gallais, J.-L., 2014. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique* 90, 323. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0323>
- Galopin, C., Laizeau, A., 2020. Engager ses émotions dans la relation d'aide, *Savoirs Pros.* ed. Engager ses émotions dans la relation d'aide, Rennes.
- Gardou, C., 2012. Prologue. Lorsqu'un concept paraît... *Connaissances de la diversité* 9–15.
- Garrabé, J., 2012. Les chaires de clinique des maladies mentales et des maladies nerveuses à Paris. *L'information psychiatrique* 88, 549. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8807.0549>
- Garrau, M., 2018. Politiques de la vulnérabilité, CNRS philosophie. CNRS éditions, Paris.
- Garrau, M., Le Goff, A., 2010a. Au-delà d'une théorie morale du care : la centralité sociale des activités de care, in : *Care, justice et dépendance, Philosophies.* Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 67–107.
- Garrau, M., Le Goff, A., 2010b. Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care, *Philosophies.* Presses Universitaires de France, Paris cedex 14.
- Garrau, M., Le Goff, A., 2010c. Le potentiel moral des relations de dépendance : les apports de l'éthique du care, in : *Care, justice et dépendance, Philosophies.* Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 39–66.
- Gascuel, N., 2015. Le double jeu de Laforgue, in : *Dans le midi de Lacan, Point Hors Ligne.* ERES, Toulouse, pp. 73–82.
- Gauchet, M., Swain, G., 2007. La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique. Gallimard, Paris.
- Gaudard, P.-Y., 2010. Suggestion de l'idée de mort chez Marcel Mauss, catatonie mortelle aiguë, phobie et nodalités symboliques. *Journal français de psychiatrie* 39, 42. <https://doi.org/10.3917/jfp.039.0042>
- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Gautam, A., 2018. Clinical Practice Guideline for Management of Psychoses in Elderly 60, 8.
- Génolini, J.-P., Roca, R., Rolland, C., Membrado, M., 2011. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé* 29, 81. <https://doi.org/10.3917/sss.293.0081>

- Gentis, R., 1982. *Le projet Aloïse, Scarabée*. ed. Paris.
- Gerbes, A., Leroy, H., Leferrand, P., Michel, D., Jarno, P., Chapplain, J.-M., 2015. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *L'information psychiatrique* 91, 243. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9103.0243>
- Germain, G.A., n.d. L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'Ancien régime à la loi du 05 juillet 2011 134.
- Giddens, A., 1994. *Les conséquences de la modernité*, L'Harmattan. ed. Paris.
- Gilligan, C., 2008. *Une voix différente : pour une éthique du care*. Flammarion, Paris.
- Giordana, J.-Y., 2019. 5. La schizophrénie : une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale, in : *Les schizophrénies, Psychiatrie*. Lavoisier, Cachan, pp. 34–38.
- Girard, V., Estecahandy, P., Chauvin, P., 2009. *La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Girard, Y., Schmitt, M., Wattieaux, I., 2004. Fonction d'asile, fonction thérapeutique et chronicité, in : *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*. ERES, p. 75. <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2004.01.0075>
- Giust-Ollivier, A.-C., Oualid, F., 2011. Introduction. *Nouvelle revue de psychosociologie* 11, 7–11. <https://doi.org/10.3917/nrp.011.0007>
- Glaser, B.G., Strauss, A.L., 2012. *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin, Paris.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L., 2005. *Awareness of dying*. Aldine Transaction, New Brunswick, NJ.
- Goffman, E., 2007. *Façons de parler, Les sens commun*. Ed. de Minuit, Paris.
- Goffman, E., 1998. *Les rites d'interaction, Le sens commun*. Ed. de Minuit, Paris.
- Goffman, E., 1975. *Stigmate*. Ed. de Minuit, [Paris].
- Goffman, E., 1996a. *La présentation de soi, La mise en scène de la vie quotidienne*. Ed. de Minuit, Paris.
- Goffman, E., 1996b. *Les relations en public, La mise en scène de la vie quotidienne*. Ed. de Minuit, Paris.
- Goffman, E., Castel, R., 1968. *Asiles ; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus ... Présentation, index et notes de Robert Castel*. Editions de minuit, Paris.
- Goldbeter-Merinfeld, É., 2008. Formation et processus : un voyage aller-retour entre développement professionnel et développement personnel. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 41, 107–117. <https://doi.org/10.3917/ctf.041.0107>
- Gonnin-Bolo, A., 2010. Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles. *Revue française de pédagogie* 150.
- Goudeaux, A., 2012. Chapitre 7. Technique et transformation de l'activité humaine. Presses Universitaires de France.

- Gouilhers, S., Riom, L., 2019. Observer l'éthique en train de se faire : Pour une approche pragmatique des commissions d'éthique de la recherche. *Revue d'anthropologie des connaissances* 13, N°2, 503. <https://doi.org/10.3917/rac.043.0503>
- Gourier-Frery, C., Chan Chee, C., Beltzer, N., 2014. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*, Hors-série 1 – 6ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2014 29, 625. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>
- Grasso, F., Desjardins, M., Labbé, D., Barbic, S., Kehayia, E., 2014. Opérationnaliser l'inclusion dans les projets innovants. L'expérience du « MALL » à l'aune de la classification internationale du fonctionnement. *Alter, Le centre commercial : un laboratoire vivant / Mall as Living Lab* (Editeurs : Michel Desjardins et Isabelle Ville) 8, 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.04.002>
- Grimard, C., Zwick Monney, M., 2016. Les capacités d'agir des travailleurs sociaux. *Pensée plurielle* 43, 85–95. <https://doi.org/10.3917/pp.043.0085>
- Grimaud, L., 2007. Réflexions sur l'analyse des pratiques institutionnelles. *VST - Vie sociale et traitements* 95, 90–98. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0090>
- Groenemeyer, A., 2007. La normativité à l'épreuve : Changement social, transformation institutionnelle et interrogations sur l'usage du concept de déviance. *Déviance et Société* 31, 421. <https://doi.org/10.3917/ds.314.0421>
- Grosbois, C., 2017. L'artiste-intervenant et l'institution médicosociale. *VST - Vie sociale et traitements* 136, 44–50. <https://doi.org/10.3917/vst.136.0044>
- Guettier, B., 2015. Qu'avons-nous fait de nos 20 ans ? Une intervention institutionnelle dans un lieu de soins psychiatriques : passages et transformations. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 65, 133. <https://doi.org/10.3917/rppg.065.0133>
- Guibert, S., 2003. Les disparités de l'offre de soins en psychiatrie et leurs conséquences, in : *Droit d'être soigné, droits des soignants*. ERES, p. 99. <https://doi.org/10.3917/eres.thiry.2003.01.0099>
- Guichet, F., Hénaut, L., Hennion, A., Vidal-Naquet, P., 2012. Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, comment concilier protection et autonomie. (Rapport de Recherche), MiRe (DREES). DREES, Paris.
- Guillemain, H., 2017. Le retour aux sources. Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale. *L'Évolution Psychiatrique* 82, 527–535. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.02.008>
- Guillemain, H., 2006. Médecine et religion au XIXe siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860). *Le Mouvement Social* 215, 35–49. <https://doi.org/10.3917/lms.215.0035>
- Guillot, X., 2007. Habiter les flux de la mondialisation. *Armillaire* 207–228.
- Guirimand, N., 2018. Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décroiser/coordonner les parcours de vie. *Champ social Editions*.
- Guirimand, N., Mazereau, P., 2018. Le triangle de la coordination des parcours des personnes en situation de handicap. Modélisation de l'activité et des interactions entre familles, institutions et professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et médico-social, in : *Les nouveaux*

- enjeux du secteur social et médico-social, Inclusion et coordination. *Champ social*, Nîmes, pp. 46–75.
- Guyotat, J., 1987. La formation des psychiatres en France. *raipr* 83, 69–81. <https://doi.org/10.3406/raipr.1987.2614>
- Haliday, H., 2018. Peut-on réhabiliter le concept d’institution en psychiatrie ? *L’Évolution Psychiatrique* S0014385518301257. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.10.005>
- Hallouët, P., 2016. La politique de santé mentale, in : *Méga Mémo IFSI*. Elsevier, pp. 931–934. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74924-7.50117-2>
- Halpern, C., Honneth, A., 2011. Les luttes pour la reconnaissance, in : *Philosophies et pensées de notre temps*, Petite bibliothèque. Éditions Sciences Humaines, Auxerre, pp. 101–109.
- Hanon, C., 2014. La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ? *Le Carnet PSY* 180, 31. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0031>
- Haustgen, T., n.d. L’histoire de la psychiatrie française vue par les anglophones 16, 30.
- Haustgen, T., n.d. Les archives et l’histoire de la psychiatrie. 2e partie : l’hospitalisation des malades mentaux à Paris au XIXe siècle 11, 29.
- Hazif-Thomas, C., 2019. De la capacité de mobiliser une éthique de la sollicitude en psychiatrie. *Soins Psychiatrie* 40, 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.01.008>
- Hegel, G.W.F., Lefebvre, J.-P., 2012. *Phénoménologie de l’esprit*, GF. Flammarion, Paris.
- Heidegger, M., 2001. *Essais et conférences*, Collection Tel. Gallimard, Paris.
- Henckès, N., 2018. Les deux désinstitutionnalisations. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la seconde guerre mondiale, in : *Santé Mentale et Souffrance Psychique*. Paris, pp. 143–160.
- Henckès, N., 2015a. La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit* Mars-avril, 28–40. <https://doi.org/10.3917/espri.1503.0028>
- Henckès, N., 2015b. Les nouveaux assemblages de la santé mentale, entre clinique, science et mouvement social. *Pratiques en santé mentale* 61e année, 17–21.
- Henckès, N., 2011. Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis. *History of Psychiatry* 22, 164–181. <https://doi.org/10.1177/0957154X11401867>
- Henckès, N., 2009. Un tournant dans les régulations de l’institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l’avant-guerre aux années 1950. *Genèses* 76, 76–98.
- Henckès, N., 2007. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l’Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l’après-guerre aux années 1970*. EHESS, Paris.
- Henckès, N., 2005. Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans “ l’expérience du treizième arrondissement ” (Convention MiRe). Centre de Recherche Médecine, Sciences, Société, Santé.
- Henckès, N., 2020a. Accompagner l’habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ? *Pratiques en santé mentale* 66e année, 37–45. <https://doi.org/10.3917/psm.202.0037>

- Henckès, N., 16 novembre 2020b. Comment organiser le social ?, in : Séminaire. Presented at the Psychiatrie et Santé mentale. Approches Historiques, Philosophiques et Sociologiques, EHESS, Paris.
- Henckès, N., Azevedo, M., Quintin, A., 2019. Loger et Soigner Une sociologie d'un dispositif médico-social : les appartements accompagnés en santé mentale. Santé Mentale France.
- Hennion, A., 2015. Enquêter sur nos attachements. Comment hériter de William James ? SociologieS.
- Hennion, A., Vidal-Naquet, P., 2015a. La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile. ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap 9, 207–221. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.07.001>
- Hennion, A., Vidal-Naquet, P.A., 2015b. « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation. Sciences sociales et santé 33, 65–90. <https://doi.org/10.3917/sss.333.0065>
- Henrion, A., 2005. Eros et bénévolat : le beau couple. Pensée plurielle 9, 77. <https://doi.org/10.3917/pp.009.0077>
- Herouard, F., 2007. 8. Habiter et espace vécu : une approche transversale pour une géographie de l'habiter. Armillaire 159–170.
- Herrmann, M., Campione, U., Secret-Bobolakis, I., Félus, D., Félus, M., Gaudelus, B., Liberman-Goldenberg, L., Martin, B., 2015. Une pluralité de regards pour rompre l'isolement d'un patient. Perspectives Psy 54, 62–72. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2015541062>
- Hersent, M., Palma Torres, A., Laville, J.-L. (Eds.), 2014. L'économie solidaire en pratiques. Erès Editions, Toulouse.
- Hirschhorn, Monique., Association internationale des sociologues de langue française., Congrès, 2007. L'individu social : autres réalités, autre sociologie ? Presses de l'Université Laval, [Québec].
- Hochmann, J., 2017. Histoire de la psychiatrie, 5e édition. ed. Presses Universitaires de France - PUF.
- Hochmann, J., 2015. Les antipsychiatries : une histoire. Jacob, Paris.
- Honneth, A., 2009. Du désir à la reconnaissance. La fondation hégélienne de la conscience de soi, in : Comment penser l'autonomie ?, Éthique et philosophie morale. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 21–40. <https://doi.org/10.3917/puf.laugi.2009.01.0021>
- Honneth, A., Rusch, P., 2013. La lutte pour la reconnaissance. Folio, Paris.
- Honneth, A., Voirol, O., Rusch, P., Dupeyrix, A., 2008. La société du mépris vers une nouvelle théorie critique. la Découverte, Paris.
- Houzel, D., 2003. Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. La psychiatrie de l'enfant 46, 395. <https://doi.org/10.3917/psy.462.0395>
- Hughes, E.C., Chapoulie, J.-M., 1996. Le regard sociologique : essais choisis, Recherches d'histoire et de sciences sociales. Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- Huqueleux, V., 2016. Du contre-transfert aux contours de l'empathie : nécessité d'une éthique clinique. L'Autre 17, 182–191. <https://doi.org/10.3917/lautr.050.0182>

- Ion, J., 1998. L'engagement personnalisé comme mode d'intervention. Les cahiers du DSU.
- Ion, J.C., 2005. Introduction, in: *Laser Processing of Engineering Materials*. Elsevier, pp. 1–11. <https://doi.org/10.1016/B978-075066079-2/50004-0>
- Israël, L., 2012. Conseils de sociologues. Bruno Latour et Dominique Schnapper face au droit. *Genèses* 87, 136. <https://doi.org/10.3917/gen.087.0136>
- Israël, L. (Ed.), 2010. Santé, médecine et société, Académie des sciences morales et politiques (France). Presses universitaires de France, Paris.
- Jacques, M.-H., Bouchand, J., 2013. Handicap : l'école et après... ? Ruptures et continuité des parcours. Editions de l'INS HEA, Suresnes.
- Jaeger, M., 2014. Guide du secteur social et médico-social, Guides Santé Social. Dunod, Paris.
- Jaeger, M., n.d. Histoire de la profession "La naissance d'un corps." *Santé Mentale* 29.
- Jalenques, I., Legrand, G., Tourtauchaux, R., Galland, F., Pontonnier, A.-L., Vaille-Perret, E., 2009. Schizophrénie et vieillissement : aspects cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167, 380–384. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.009>
- Janaud, N., Vignol, J.-C., 2018. Mémoires filmiques de Saint-Alban. Pipo Kamp - Institut Jean Vigo.
- Jeantet, A., 2017. Chapitre II. Quels statuts des émotions dans le travail ?, in: *Travail vivant et théorie critique, Souffrance et théorie*. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 85–128.
- Jodelet, D., 1989. Folies et représentations sociales, 1re éd. ed, *Sociologie d'aujourd'hui*. Presses universitaires de France, Paris.
- Joubert, M. (Ed.), 2003. Santé mentale, ville et violences, Collection Questions vives sur la banlieue. Erès ; Obvies - Université Paris 8, Ramonville Saint-Agne : [Paris].
- Joubert, M., 2002. La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie. *Ethnologie française* 32, 103. <https://doi.org/10.3917/ethn.021.0103>
- Joubert, M., Louzoun, C. (Eds.), 2005. Répondre à la souffrance sociale : la psychiatrie et l'action sociale en cause, Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Jouet, E., Greacen, T., 2012. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie rétablissement, inclusion sociale, empowerment.
- Jouet, E., Greacen, T., Fischer, R., Morel, A., 2019. Chapitre 29. Usagers, parcours et rétablissement, in : *Addictologie, Aide-Mémoire*. Dunod, Paris, pp. 381–398. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0381>
- Jovelet, G., 2010a. Psychose et amour. *L'information psychiatrique* 86, 677. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8608.0677>
- Jovelet, G., 2010b. Psychose et vieillissement. *L'information psychiatrique* 86, 39. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8601.0039>
- Julien, D., 2014. Vivre et vieillir en établissement spécialisé : Une vie à part entière et surtout pas entièrement à part. *VST - Vie sociale et traitements* 123, 88. <https://doi.org/10.3917/vst.123.0088>

- Jusot, F., 2012. Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? *Les Tribunes de la santé* 36, 73. <https://doi.org/10.3917/seve.036.0073>
- Kant, I., Proust, F., Poirier, J.-F., 2006. *Vers la paix perpétuelle ; Que signifie s'orienter dans la pensée ? ; Qu'est-ce que les Lumières ? : et autres textes.* Flammarion, Paris.
- Kapsambelis, V., Kecskeméti, S., 2013. La consultation psychiatrique. Travail psychique, travail psychique partagé, in : *La consultation psychanalytique, Monographies et débats de psychanalyse.* Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 107–134. <https://doi.org/10.3917/puf.bouh.2013.01.0107>
- Kapsambelis, V., Laugier, F., 2012. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte.* Puf, Paris.
- Karavdic, S., Bucki, B., Baumann, M., 2015. Des souffrances multiples à la souffrance paroxystique. *Pensée plurielle* n° 38, 9. <https://doi.org/10.3917/pp.038.0009>
- Karim, S., Byrne, E.J., 2005. Treatment of psychosis in elderly people. *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 286–296. <https://doi.org/10.1192/apt.11.4.286>
- Karsenti, B., 2011. *L'homme total sociologie, anthropologie et philosophie chez Marcel Mauss.* Presses universitaires de France, Paris.
- Karsenti, B., 1998. Techniques du corps et normes sociales : de Mauss à Leroi-Gourhan. *Intellectica* 227–239.
- Karsenti, B., Quéré, L., 2004. *La croyance et l'enquête : aux sources du pragmatisme, Raisons pratiques : 15.* Paris : Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales. 2004.
- Karsz, S., 2013. *Pourquoi le travail social : définition, figures, clinique.*
- Kaufmann, V., 2008. *Les paradoxes de la mobilité : bouger, s'enraciner.* Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne.
- Kitanaka, J., Castel, P.-H., 2014. *De la mort volontaire au suicide au travail histoire et anthropologie de la dépression au Japon.* Ithaque, Montreuil-sous-Bois.
- Klein, F., 2014. *Être ergothérapeute en psychiatrie : narrations cliniques pour une poétique du soin.* Erès, Toulouse.
- Koechlin, P., 2002. Cinquante ans déjà, cinquante ans seulement. Pour une psychiatrie sociale, *Hors collection* 105–109. <https://doi.org/10.3917/eres.arvei.2002.01.0105>
- Koenig, M., 2017. Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Rhizome* N° 65-66, 8–9.
- Koenig, M., 2016. *Le rétablissement dans la schizophrénie : un parcours de reconnaissance.*
- Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., Blanchet, A., 2011. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie* Numéro 514, 339. <https://doi.org/10.3917/bupsy.514.0339>
- Kyomen, H.H., Whitfield, T.H., 2009. Psychosis in the Elderly. *American Journal of Psychiatry* 2, 146–150.
- La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes, n.d.

- Ladieu, H., 2014. Rapport Moral (Compte rendu de l'Assemblée générale de Diagonales). Corbeil-Essonnes.
- Ladieu, H., 2012. Rapport Moral (Compte rendu de l'Assemblée générale de Diagonales). Corbeil-Essonnes.
- Ladieu, H., 2010. Rapport Moral (Compte rendu de l'Assemblée générale de Diagonales). Corbeil-Essonnes.
- Laé, J.-F., 1996. L'instance de la plainte : une histoire politique et juridique de la souffrance, Collection "Droit." Descartes, Paris.
- Lafaye, C.G., 2016. Pour une typologie des médecins psychiatres. *L'information psychiatrique* 92, 453–465.
- Lafont, M., 2000. L'extermination douce, Collection Clair & net. Bord de l'eau, Latresne.
- Laforcade, M., 2017. Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome* N° 65-66, 25–26.
- Laforgue, D., 2009a. Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines 18.
- Laforgue, D., 2009b. Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines : Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel. *socio-logos*. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2317>
- Lantéri-Laura, G., 2004. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine 22.
- Lantéri-Laura, G., 2002. Cent cinquante ans de psychiatrie française et francophone. *Ann Méd Psychol* 9.
- Lantéri-Laura, G., 1998. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne, Esquisses. Éditions du Temps, Paris.
- Lanteri-Laura, G., 1972. La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale. *ahess* 27, 548–568. <https://doi.org/10.3406/ahess.1972.422522>
- Lanteri-Laura, G., Jean, T., n.d. Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif 10.
- Latour, Bruno, n.d. La science en action [WWW Document]. URL http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-La_science_en_action-9782707145468.html (accessed 11.15.15).
- Laude, A., Tabuteau, D., 2018. Les droits des malades, Que sais-je ? Presses Universitaires de France, Paris cedex 14.
- Lauret, M., 2010. Intérêts de la prise en charge psychanalytique dans le trouble de la personnalité borderline. *Psychologie Clinique* 29, 74–89.
- Lazarus, A., 1995. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher (Rapport du groupe de travail "Ville, Santé Mentale, Précarité et Exclusion Sociale"). Ministère à la ville et au développement social urbain, Paris.
- Le Blanc, G., 2010. Canguilhem et la vie humaine, Quadrige Essais, débats. Presses Universitaires de France, Paris.
- Le Bras, A., Artières, P., 2018. Un enfant à l'asile : vie de Paul Taesch (1874-1914). CNRS éditions, Paris.

- Le Galès, C., Bungener, M., 2019. The family accompaniment of persons with dementia seen through the lens of the capability approach. *Dementia* (London, England) 18, 55–79. <https://doi.org/10.1177/1471301216657476>
- Le Roy-Hatala, C., Leguay, D., 2013. « Handicap psychique » : le chemin qui reste à parcourir. *L'information psychiatrique* 89, 221. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8903.0221>
- Leader, D., 2011. *What is madness?* Hamish Hamilton, London.
- Lebon, F., 2018. Notes sur les transformations du militantisme et du travail social selon Jacques Ion. *Le sociographe* N° 61, 45. <https://doi.org/10.3917/graph.061.0045>
- Lecardeur, L., Benbrika, S., 2016. Vieillesse cognitive dans le trouble bipolaire et la schizophrénie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 16, 233–237. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.11.006>
- Lechevalier Hurard, L., Vidal-Naquet, P.A., Le Goff, A., Béliard, A., Eyraud, B., 2017. Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. *Revue française des affaires sociales* 41–60. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0041>
- Lecomte, C., 2011. Analyse des pratiques et processus de subjectivation en situation professionnelle. *Nouvelle revue de psychosociologie* 11, 53–66. <https://doi.org/10.3917/nrp.011.0053>
- Lefevre-Darnajou, K., 2004. La protection des majeurs vulnérables. Pourquoi la loi actuelle devrait être repensée ? *Gérontologie et société* 27 / 109, 155–164. <https://doi.org/10.3917/gs.109.0155>
- Lefort, C., 1971. Qu'est-ce que la bureaucratie ?, in : *Éléments d'une critique de la bureaucratie*, Travaux de Sciences Sociales. Librairie Droz, Genève, pp. 287–314.
- Legoullon, G., 2020. Les appartements thérapeutiques, entre expérimentation et institutionnalisation (années 1960-1980). *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 67–1, 99–123. <https://doi.org/10.3917/rhmc.671.0099>
- Leguay, D., Giraud-Baro, É., Vidon, G., 2009. Pour une redéfinition des missions de la psychiatrie en partant des besoins globaux des patients. *L'information psychiatrique* 85, 519–524. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8506.0519>
- Leiris, M., 2008. *L'Afrique fantôme*, Nachdr. ed, Collection Tel. Gallimard, Paris.
- Lemogne, C., 2014. Troubles mentaux et perte de chances en soins somatiques. *European Psychiatry* 29, 572–573. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.260>
- Lemperière, T., 2011. Brève histoire de la psychiatrie (1960–2010). *L'Encéphale* 37, H17–H18. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(11\)70011-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70011-2)
- Lenoir, R., 1974. *Les exclus : un Français sur dix*, 3. éd. mise à jour. ed, Points. Seuil, Paris.
- Léonard, C., 2013. Le care capacitant. Une alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle. *Revue du MAUSS* 41, 191. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0191>
- Léonard, J., 1977. *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*, La vie quotidienne. Hachette Littératures (réédition numérique FeniXX).
- Leroux, N., 2008. Qu'est-ce qu'habiter ? *VST - Vie sociale et traitements* n° 97, 14–25.
- Lesage de La Haye, J., 2010. *Mort de l'asile*. Editions libertaires ; Monde libertaire, Chaucre ; Paris.

- Lévy, D., 2011. Le métier de médecin aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales* 297–309. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0297>
- Leyreloup, A.-M., 2010. Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord* 25, 121–128. <https://doi.org/10.3917/sn.025.0121>
- Leyreloup, A.-M., 2004. Réseau de santé ou santé en réseau ? *VST - Vie sociale et traitements* 81, 20. <https://doi.org/10.3917/vst.081.0020>
- Lézé, S., 2013. Qu'est-ce que la psychiatrie aujourd'hui ? *L'information psychiatrique* 89, 115. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8902.0115>
- Limosin, F., 2012. Schizophrénie et vieillissement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 170, 275–277. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.04.001>
- Lips, M., 2007. « Précarité - Santé mentale » : une dynamique régionale. *Vie sociale* 1, 79. <https://doi.org/10.3917/vsoc.071.0079>
- Löchen, V., 2018. *Comprendre les politiques sociales - 6e éd., 6e édition.* ed. Dunod.
- Loffeier, I., 2015. La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite 20.
- Lombrail, P., 2007. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 55, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>
- Londres, A., 1925. *Chez les fous.* Albin Michel, Paris.
- Lopez, A., Turan-Pelletier, G., 2017. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 (Tome II No. 2017– 064R). Inspection générale des affaires sociales.
- Lorabi, O., Coscia, L., Llorca, P.M., n.d. Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe 8.
- Loriol, M., 2018. La « bonne distance » soignant/soigné. Une norme individuelle et collective à construire et préserver, in : *La souffrance des soignants*, Guides Santé Social. Dunod, Paris, pp. 117–139.
- Lovell, A., 1996. Coercion and social control - a framework for research on aggressive strategies in community mental health, in: *Coercion and Aggressive Treatment : A New Frontier in Mental Health Law.* New York, NY, pp. 147–1165.
- Lovell, A., Cook, J.M., Velpry, L., 2008. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.03.119>
- Luca-Bernier de, C., 2011. Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron* 206, 98–106. <https://doi.org/10.3917/cohe.206.0098>
- Lussault, M., 2007. Habiter, du lieu au monde. *Réflexions géographiques sur l'habitat humain.* Armillaire 35–52.
- Lussault, M., Younès, C., Paquot, T., n.d. Habiter, le propre de l'humain - Éditions La Découverte [WWW Document]. URL http://www.editions-ladecouverte.fr/catalogue/index-Habiter__le_propre_de_l_humain-9782707153203.html (accessed 12.7.15).
- Lyet, P., 2014. Renouveler les pratiques de construction des savoirs dans les « recherches collectives ». *Le sociographe* N° Hors-série 7, 87. <https://doi.org/10.3917/graph.hs07.0087>

- Lyet, P., Paturel, D., 2012. Pour dépasser les oppositions entre une recherche en, dans ou sur le travail social : une science-action en travail social. *Pensée plurielle* 30–31, 255–268. <https://doi.org/10.3917/pp.030.0255>
- Macherey, P., 2009. *La force des normes : de Canguilhem à Foucault*. La Fabrique éditions, Paris.
- Magdeleinat, C., Martin, B., Boudebessé, C., Piot, M.-A., 2012. Espoirs et créations de la psychiatrie de secteur. Entretien avec le Dr Jacques Fortineau. *Perspectives Psy* 51, 182–189.
- Makdessi, Y., n.d. Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités 30.
- Mallon, I., Le Bihan-Youinou, B., 2017. Le poids des émotions. Une réflexion sur les variations de l'intensité de l'(entr)aide familiale auprès de proches dépendants. *Sociologie* 8, 121–138. <https://doi.org/10.3917/socio.082.0121>
- Maresca, B., 2017. Mode de vie : de quoi parle-t-on ? Peut-on le transformer ? *La Pensée écologique* 1, 233–251.
- Marques, A., 2015. Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité. *Sciences sociales et santé* 33, 91–114. <https://doi.org/10.3917/sss.333.0091>
- Marques, A., 2010. Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité,. EHESS.
- Marques, A., Azocar, B., Daoud, V., Laffaille, M., 2013. Formation action sociale/santé mentale : évaluation d'impact. *L'information psychiatrique* 89, 43. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0043>
- Marques, A., Furlan, J., Velpry, L., 2015. Les pratiques de prescription des ordonnances de précarité à l'EPS de Ville-Évrard. *Santé Publique* 27, 623–631.
- Marques, A., Velpry, L., 2013. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. *L'information psychiatrique* 89, 465. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8906.0465>
- Martin, B., 2017. Le rétablissement en psychiatrie. *Perspectives Psy* 56, 201–202. <https://doi.org/10.1051/pps/201756201>
- Martin, Emily., Salgues, Camille., Lovell, Anne., 2012. *Voyage en terres bipolaires : manie et dépression dans la culture américaine*. Éd. Rue d'Ulm, Paris.
- Martin, P., 2005. Les refuges incertains. *Informations sociales* 5, 139–144.
- Martinache, I., 2010. *L'Autonomie des assistés*. Nicolas Duvoux, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2009, 269 pages ISBN : 978-2-13-057737-9. *Idées économiques et sociales* 162, 78–78. <https://doi.org/10.3917/idee.162.0078>
- Martin-Hunyadi, C., Berthel, M., 1991. Le syndrome de Diogène. *Médecine et hygiène* 1389–1393.
- Martouzet, D., 2007. Le rapport affectif à la ville : premiers résultats. *Armillaire* 171–192.
- Martuccelli, D., 2004. Figures de la domination. *Revue française de sociologie* 45, 469–497. <https://doi.org/10.3917/rfs.453.0469>
- Mathieu, F., 2014. Le manteau cloacal : Hypothèses psychodynamiques concernant l'incurie des sujets SDF. *Le Carnet PSY* 179, 39–45. <https://doi.org/10.3917/lcp.179.0039>

- Matthews, M.W., 1960. Psychotherapy in an orthopsychiatric setting : background and principles. *American Journal of Orthopsychiatry* 30, 49–52.
- Mauger, G., 2019. Une thérapie sociologique ? : « Devenir quelque chose comme un sujet ». *Savoir/Agir* N°49, 105. <https://doi.org/10.3917/sava.049.0105>
- Mauss, M., 2013a. Chapitre premier. Notion de technique du corps, in : *Sociologie et anthropologie*, Quadrige. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, pp. 363–372.
- Mauss, M., 2013b. *Sociologie et anthropologie*, Quadrige. Presses Universitaires de France, Paris cedex 14.
- Mauss, M., Fauconnet, P., 1901. *Sociologie*, in : *Œuvre*. Paris, p. 150.
- Mauss, M., James, W., Allen, N.J. (Eds.), 1998. *Marcel Mauss: a centenary tribute, Methodology and history in anthropology*. Berghahn Books, New York.
- Mauss, M., Weber, F., 2012. *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Quadrige Grands Textes. Presses Universitaires de France, Paris.
- McKenzie, R.D., 1921. *The Neighborhood: A Study of Local Life in the City of Columbus, Ohio*. I. *American Journal of Sociology* 27, 145–168.
- Mead, G.H., 2006. *L'esprit, le soi et la société*. Presses universitaires de France, Paris.
- Measham, F., Østergaard, J., 2009. The public face of binge drinking: British and Danish young women, recent trends in alcohol consumption and the European binge drinking debate. *Probation Journal* 56, 415–434. <https://doi.org/10.1177/0264550509346526>
- Méda, D., Vendramin, P., 2010. Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? *SociologieS* [en ligne], Théories et Recherches.
- Mercure, D., 2011. Perspectives internationales sur le travail des jeunes : Postface, in : *Modèles Culturels et Sens Du Travail*. Laval, pp. 269–288.
- Merton, R.K., 2000. *Social theory and social structure*, Enlarged ed., [Nachdr.]. ed. Free Press, New York, NY.
- Merton, R.K., 1936. The unanticipated consequences of purposive social action. *American Sociological Review* 1, 894–904.
- Meziani, M., Ebersold, S., Mayol, S., Toledo, R., n.d. Les conditions de mise en œuvre du GÉVA Sco 168.
- Michel, F., 2015. *Naissance de la clinique*, 9e édition. ed. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF, Paris.
- Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W., Roelandt, J.-L., 2014. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique* 90, 311. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0311>
- Milon, A., 2009. *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France (Rapport parlementaire)*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Paris.
- Mol, A., Moser, I., Pols, J. (Eds.), 2010. *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*, 1. Aufl. ed, VerKörperungen. Transcript-Verl, Bielefeld.
- Molinier, P., 2002. Souffrance et théorie de l'action. *Travailler* 7, 131. <https://doi.org/10.3917/trav.007.0131>

- Molinier, P., Flottes, A., 2012. Travail et santé mentale : approches cliniques. Travail et emploi 51–66. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5547>
- Molinier, P., Mugnier, C., Sabatier, J., Vaillant, A., 2016. Entre la Ville et Nous. Recherche-Action autour de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune. Fondation de France, Saint-Denis.
- Moncomble, F., 2007. Habiter les mobilités : l'axe forum des Halles/rue Montorgueil. Armillaire 279–293.
- Monsaingeon, C., Mugnier, C., Sabatier, J., Vaillant, A., 2018. En partant des GEM : je trame, nous tramons. Pratiques en santé mentale 64e année, 37–40. <https://doi.org/10.3917/psm.182.0037>
- Montandon, C., 2007. L'habiter intergénérationnel. Lieux de vie, lieux de mémoire dans un quartier de Vitry-sur-Seine, le Port-à-l'Anglais. Armillaire 333–352.
- Moreau, D., Laval, C., 2015. Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord ». ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap 9, 222–235. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003>
- Morel, A., Luquiens, A., 2019. Chapitre 25. Troubles psychiques et addictions, in : Addictologie, Aide-Mémoire. Dunod, Paris, pp. 303–325. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0303>
- Morel, S., 2018. Prises en charge intra- et inter-institutionnelles. Pour une sociologie du « partenariat », in : Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social, Inclusion et coordination. Champ social, Nîmes, pp. 35–45.
- Morvan, Y., 2007. L'habiter et l'économie domestique à l'ère de l'urbain généralisé. En lisant Levinas. Armillaire 141–155.
- Moscovici, S., 2017. Psychologie sociale, PUF. ed. Paris.
- Mottaz, A.-M., 2012. Accompagnement, in : Les concepts en sciences infirmières, Hors collection. Association de Recherche en Soins Infirmiers, Toulouse, pp. 42–43. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0042>
- Munerol, L., Baumann, C., Beck, F., Gautier, A., Briançon, S., 2012. Santé mentale, santé physique et limitation des activités de la vie quotidienne : une étude populationnelle à partir des données du Baromètre Santé 2010. Poster présenté aux 19e Journées des statisticiens des 350, 9–11.
- Muniglia, V., Rothé, C., 2012. Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide ? Agora débats/jeunesses 62, 65–79. <https://doi.org/10.3917/agora.062.0065>
- Murcia, M., Chastang, J.-F., Cohidon, C., Niedhammer, I., 2011. Différences sociales dans les troubles de la santé mentale en population salariée : résultats issus de l'enquête Samotrace. Santé Publique 23, 59–73.
- Nachi, M., 2006. Introduction à la sociologie pragmatique, Cursus. Armand Colin, Paris.
- Naudier, D., Simonet, M. (Eds.), 2011. Des sociologues sans qualités ? pratiques de recherche et engagements. La Découverte, Paris.

- Némoz, S., 2007. Entre logement solidaire et mariage d'intérêts, comment étudiants et personnes âgées parviennent-ils à cohabiter sous un même toit? Une comparaison de maisonnées intergénérationnelles parisiennes et madrilènes. *Armillaire* 313–331.
- Nestrigue, C., Coldefy, M., Paget, L.-M., Younès, N., 2016. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Revue française des affaires sociales, L'organisation des soins en psychiatrie* 253.
- Niedhammer, I., David, S., Bugel, I., Chea, M., 2001. Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. *Travailler* 5, 23. <https://doi.org/10.3917/trav.005.0023>
- Nizet, J., 2007. *La sociologie de Anthony Giddens*. La Découverte, Paris.
- Nizet, J., Rigaux, N., 2014. Le non-respect des règles et la question de la folie, in : *Repères*. La Découverte, Paris, pp. 51–64.
- Noddings, N., 1984. *Caring, a feminine approach to ethics & moral education*. University of California Press, Berkeley.
- Novo, A., Woestelandt, L., 2017. Recherches qualitatives ; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspectives Psy* 56, 66–80. <https://doi.org/10.1051/psy/2017561066>
- Nussbaum, M., 2012. *Capabilités : Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Flammarion, Paris.
- O'Connor, D., n.d. *Psychosis Psychotic symptoms in the elderly* 3.
- Offenstadt, N., 2008. Pragmatisme et justification. *Regards historiens. Hypothèses* 11, 137–140. <https://doi.org/10.3917/hyp.071.0137>
- Ogien, A., 1989. *Le raisonnement psychiatrique : essai de sociologie analytique*, Collection Réponses sociologiques. Méridiens Klincksieck, Paris.
- Otero, M., 2012. *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Boréal, Montréal.
- Oury, J., 2016. *La psychothérapie institutionnelle : de Saint-Alban à La Borde*, Edition d'Une. ed.
- Oury, J., 2001. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champs social éditions, Paris.
- Oury, J., 1980. *L'homme et sa folie*, in : *Onze Heures Du Soir à La Borde*. Paris.
- Padgett, D.L., 2002. *Meds, Money, and Manners: The Case Management of Severe Mental Illness*. By Jerry Floersch. New York: Columbia University Press, 2002. Pp. 286. \$49.50 (cloth); \$22.50 (paper). *The Social service review (Chicago)* 76, 701–703. <https://doi.org/10.1086/378972>
- Palmonari, A., Speltini, G., 2008. Allaitement, corps et contamination : notes sur les racines multiples de la connaissance sociale, in : *Une approche engagée en psychologie sociale : l'œuvre de Denise Jodelet*, Hors collection. ERES, Toulouse, pp. 199–205. <https://doi.org/10.3917/eres.madio.2008.01.0199>
- Paquot, T., 2007. Introduction. « Habitat », « habitation », « habiter », précisions sur trois termes parents. *Armillaire* 7–16.

- Paquot, T., n.d. Habiter la terre, la maison, l'appartement. Une lecture de Heidegger et Bachelard [WWW Document]. URL <http://www.reduplikation.net/post/22910466146/habiter-la-terre-la-maison-lappartement-une> (accessed 12.7.15).
- Paturel, D., 2014. La recherche participative comme enjeu pour la recherche en travail social. *Le sociographe* N° Hors-série 7, 103. <https://doi.org/10.3917/graph.hs07.0103>
- Paul, M., 2019. Accompagnement, in : *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, Questions de société. ERES, Toulouse, pp. 267–271.
- Paul, M., 2018. 2. Ce qu'accompagner veut dire, in : *Accompagner les adolescents, L'école des parents*. ERES, Toulouse, pp. 25–34. <https://doi.org/10.3917/eres.cotti.2018.01.0025>
- Paul, M., 2012. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers* 110, 13–20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>
- Paul, M., 2009. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs* 20, 11–63. <https://doi.org/10.3917/savo.020.0011>
- Paul, M., 2007. Ce qu'accompagner veut dire. *Carriéologie* 1/2, 121–144.
- Pecqueur, C., 2007. 20. Les difficultés à habiter Approche anthropologique et clinique de l'habiter. *Armillaire* 353–362.
- Peintre, C., Debrach, L., Marabet, B., 2017. L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique. *Vie sociale* 17, 215–235. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0215>
- Pélessié, J.-R., 2004. Les ingérables ou la logique de la patate chaude. *Empan* 56, 157–167. <https://doi.org/10.3917/empa.056.0157>
- Philippe, S., 2004. La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale. *Revue française de science politique* 54, 315. <https://doi.org/10.3917/rfsp.542.0315>
- Pichon, A., 2015. Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène. *Pratiques en santé mentale* 61e année, 19–24. <https://doi.org/10.3917/psm.152.0019>
- Pichon, P., Firdion, J.-M., Francq, B., Marpsat, M., Roy, S., 2013. *SDF, sans-abri, itinérant Oser la comparaison*. Presses universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Piel, E., Roelandt, J.-L., 2001. De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST-Vie sociale et traitements* 9–32.
- Pierrefeu de, I., Pachoud, B., 2014. L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. *Les ESAT de transition de l'association Messidor. L'information psychiatrique* 90, 183–190. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9003.0183>
- Pinel, P., 1800. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Richard Caille et Ravier, Paris.
- Pinel, P., Garrabé, J., Weiner, D., 2005. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Le Seuil. ed, Les empêcheurs de tourner en rond.
- Pionnié-Dax, N., 2017. Retrait social et repli à domicile chez l'adulte. *Retraits pathologiques ? L'information psychiatrique* 93, 271–273. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1628>

- Piquet, C., Letur, L., Atine, M., Denuit, S., Gauvain, I., Quintin, A., 2017. La vie affective des locataires de Diagonales. *Pratiques en santé mentale* 63e année, 25–31. <https://doi.org/10.3917/psm.174.0025>
- Poizat, D., 2009. Introduction, in : *Connaissances de la diversité*. pp. 7–9.
- Polack, J.-C., Sivadon, D., 1991. *L'intime utopie : travail analytique et processus psychotiques*, 1. éd. ed, Questions. Presses universitaires de France, Paris.
- Pols, J., 2006. Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry* 30, 77–104.
- Pols, J., 2004. *Good care: enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Trimboos-instituut, Utrecht.
- Postel, J., Quérel, C., 2012. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod, Paris.
- Poupeau, F.-M., 2017. *Analyser la gouvernance multi-niveaux, Politique en +*. Presses universitaires de Grenoble, FONTAINE.
- Pressard, F., 2009. Handicaps psychiques et travail en ESAT, in : *Les handicaps psychiques*, Hors collection. Presses de l'EHESP, Rennes, pp. 121–130. <https://doi.org/10.3917/ehesp.zribi.2009.01.0121>
- Protais, C., Moreau, D., 2009. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. *Commentaire du texte de Samuel Lézé. Séminaire GERN" Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité* » (Paris, 21 mars 2008). *Champ pénal/ Penal field*.
- Prouteau, A., Grondin, O., Swendsen, J., 2009. Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales* 137–155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>
- Przewlocka-Alves, A., Boussard-Lalauze, M.-F., 2011. Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron* 206, 123–129. <https://doi.org/10.3917/cohe.206.0123>
- Pudrovska, T., Karraker, A., 2014. Gender, Job Authority, and Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 55, 424–441. <https://doi.org/10.1177/0022146514555223>
- Quérel, C., 2012. L'atomisation de la psychiatrie, in : *Histoire de la folie*, Texto. Tallandier, Paris, pp. 539–578.
- Quintin, A., 2020. Couple trouble, couple contrôlé : Perspectives sociologiques. *Revue française de psychanalyse* 84, 315–325. <https://doi.org/10.3917/rfp.842.0315>
- Quintin, A., 2019a. À propos... de parcours. *Pratiques en santé mentale* 65e année, 79–82. <https://doi.org/10.3917/psm.192.0079>
- Quintin, A., 2019b. Des situations complexes. *Pratiques en santé mentale* 65e année, 3–4. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0003>
- Quintin, A., 2019c. Le « cas » des personnes souffrant de troubles psychiques à leur domicile : réflexion sur le travail psychosocial. *Pratiques en santé mentale* 65e année, 30–38. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0030>
- Quintin, A., 2016. Le logement et l'autonomie. *Pratiques en santé mentale* 62e année, 41–46. <https://doi.org/10.3917/psm.163.0041>

- Racamier, P.C., 2008. *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, 3. éd. rev. et augm. ed, Bibliothèque scientifique Payot. Payot, Paris.
- Rapoport, D., 2010. « Accueillir », in : *Accueillir, 1001 bébés*. ERES, Toulouse, pp. 11–18. <https://doi.org/10.3917/eres.myria.2007.01.0011>
- Ravon, B., 2008. *Souci du social et action publique sur mesure. L'expérience publique, singulière et critique des problèmes sociaux*. SociologieS.
- Ravon, B., Ion, J., 2012. *Les travailleurs sociaux, Repères*. La Découverte, Paris.
- Rawls, J., 1958. Justice as Fairness. *The Philosophical Review* 67, 164–194. <https://doi.org/10.2307/2182612>
- Reichmann, S., 1991. Impact du chômage sur la santé mentale. Premiers résultats d'une analyse de réseaux. *Sociétés contemporaines* 5, 99–116. <https://doi.org/10.3406/socco.1991.989>
- René, L., Ricoeur, P., 1996. *Code de déontologie médicale*. Éditions du Seuil, Paris.
- Revillard, A., 2019. *Handicap et travail, Sécuriser l'emploi*. Presses de Sciences Po, Paris.
- Rhenter, P., 2013. Vers un chez-soi : L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques. *Le sociographe* 42, 59. <https://doi.org/10.3917/graph.042.0059>
- Rhenter, P., 2010a. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *Journal français de psychiatrie* 38, 12–15. <https://doi.org/10.3917/jfp.038.0012>
- Rhenter, P., 2010b. Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? *Vie sociale* N° 1, 151–163.
- Richard, M.-C., Dessureault, M.-P., Déry, F., 2015. Devenir le parent qu'on n'a pas eu. *Le sociographe* 51, 55. <https://doi.org/10.3917/graph.051.0055>
- Ricoeur, P., 2015. *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil, Paris.
- Ricoeur, P., 1995. *Le juste*, Philosophie. Editions Esprit : Distribution-diffusion, Le Seuil, Paris.
- Ripa, Y., 2010. *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle*, Hors collection. Tallandier, Paris.
- Ripa, Y., 1986. *L'affaire Hersilie Rouy. L'Histoire*.
- Robert, C., 2017. *22e rapport état du mal-logement en France 2017*.
- Robert, C., Vaucher, A.-C., Domergue, M., 2014. *Crise du logement : bien la comprendre pour mieux la combattre*. Le Cavalier bleu éd., Paris.
- Robert, D., 2007. Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins. *Santé Publique* 19, 203. <https://doi.org/10.3917/spub.073.0203>
- Roche, A., 1998. Le cas d'Hersilie Rouy : L'indécidable. *Le Coq-héron* 3–22.
- Roelandt, J.-L., El Ghazi, L., 2015. Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'information psychiatrique* 91, 539–548.
- Ronai, E., Durand, É., 2017. *Violences conjugales. Le droit d'être protégée*, Santé Social. Dunod, Paris.
- Ros, J., Rullac, S., 2020. Chronique d'une Recherche Action Collaborative avec une association de soutien aux personnes exerçant le travail du sexe : enjeux conceptuels, méthodologiques et éthiques. *Pensée plurielle* 51, 133–147. <https://doi.org/10.3917/pp.051.0133>

- Rose, P., n.d. CEMEA et psychiatrie : le traitement collectif de Philippe Paumelle. Ed. Champ social et de la santé mentale, Vie Sociale et Traitement 45, 43–46.
- Rosset, C., 2018. La tyrannie du pathos. PSN 16, 7.
- Roth, È.-M., Heitzmann, E., 2008. Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). Travailler 19, 81. <https://doi.org/10.3917/trav.019.0081>
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F., Falissard, B., 2007. Etude épistémologique sur la santé mentale des personnes en prison (L'expertise psychiatrique pénale). Fédération Française de Psychiatrie, Paris.
- Roumieux, A., 1974. Je travaille à l'asile d'aliénés. Paris : Éditions Champ libre. 1974.
- Roux, C.D.-L., Dembinski, O., Demailly, L., 2014. Les équipes mobiles de psychiatrie et le travail de disponibilité : Modalités et enjeux d'une innovation, 1st ed. John Libbey - Eurotext.
- Rouy, H., 1883. Mémoires d'une aliénée, E. Le Normant des Varannes. Ed. Paul Ollendorff, Paris.
- Rouzel, J., 2018. Le travail d'éducateur spécialisé. Éthique et pratique, Guides Santé Social. Dunod, Paris.
- Rouzel, J., 2015. La supervision d'équipes en travail social, Santé Social. Dunod, Paris.
- Rouzel, J., 2014. Le transfert dans la relation éducative. Psychanalyse et travail social, Santé Social. Dunod, Paris.
- Rowe, M. (Ed.), 2011. Classics of community psychiatry: fifty years of public mental health outside the hospital. Oxford University Press, Oxford ; New York.
- Ruddick, S., 1989. Maternal thinking: toward a politics of peace. Beacon Press, Boston.
- Rullac, S., 2018. Recherche Action Collaborative en travail social : les enjeux épistémologiques et méthodologiques d'un bricolage scientifique. Pensée plurielle 48, 37–50. <https://doi.org/10.3917/pp.048.0037>
- Rullac, S., 2014. La recherche en travail social, une brève histoire d'un paradigme scientifique. Le sociographe N° Hors-série 7, 157. <https://doi.org/10.3917/graph.hs07.0157>
- Saïas, T., Austin, S. (Eds.), 2011. Introduction à la psychologie communautaire, Psycho Sup. Psychologie sociale. Dunod, Paris.
- Salmona, M., 2016. Violences sexuelles : les 40 questions-réponses incontournables.
- Sassolas, M., 2009. La psychose à rebrousse-poil. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Sassolas, M., Collectif, 2012. Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ? Erès, Toulouse (33 avenue Marcel Dassault 31500).
- Sassolas, M., Collectif, 2004. Malaise dans la psychiatrie : Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Sauret, M.-J., 2008. L'effet révolutionnaire du symptôme, Humus - subjectivité et lien social. ERES, Toulouse.
- Sauvage, A., 2007. 4. Raisons d'habiter Pour une modélisation anthropologique. Armillaire 69–88.
- Scelles, R., Davtian, H., 2017. Liens aidants/aidés en famille pour le meilleur et pour le pire. Erès, Toulouse.

- Schumacher, B.N. (Ed.), 2019. L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable. Erès Editions, Toulouse.
- Schweyer, F.-X., 2018. Sociologie des professions du champ sanitaire et social, in : Le management en santé, Références Santé Social. Presses de l'EHESP, Rennes, pp. 121–137.
- Seddik, F., 2007. Habiter le désert, naissance du monothéisme Selon le philosophe japonais Watsuji Tetsurô. Armillaire 193–205.
- Segapeli, S., 2007. Habiter les territoires périurbains. Armillaire 229–238.
- Sen, A., 2012. L'idée de justice. FLAMMARION, Paris.
- Sheppard, E., Biche, A., Launat, D., 2016. Logement et santé mentale. Le partenariat rennais. Pratiques en santé mentale 62^{anné}, 76. <https://doi.org/10.3917/psm.161.0076>
- Sicot, F., 2006. La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? *Déviante et Société* 30, 203. <https://doi.org/10.3917/ds.302.0203>
- Simmat-Durand, L., 2007. La mère toxicomane et le placement de l'enfant : des temps inconciliables. *Drogues, santé et société* 6, 11–45.
- Simmat-Durand, L., Toutain, S., 2018. L'alcoolisation massive des jeunes femmes : prises de risque spécifiques et approche genrée. *Aperçu des débats internationaux. Agora débats/jeunesses* 79, 37–52. <https://doi.org/10.3917/agora.079.0037>
- Simmel, G., 1999. Sociologie. Etude sur les formes de la socialisation, PUF Sociologies. Ed.
- Simondi, É., 2007. Analyse des pratiques professionnelles et accompagnement clinique des groupes. Un enjeu pour la formation aujourd'hui, un pari pour le travail social de demain. *VST - Vie sociale et traitements* 95, 74–78. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0074>
- Singly de, F., 2011. L'individualisme est un humanisme. Editions de l'Aube.
- Sivadon, P., 2005. Malades mentaux. Prise de vue, in : *Encyclopédie Universalis*. Paris.
- Sorba, M., 2018. Enquêter l'incurie et rencontrer une personne ? *Rhizome* 68, 16–17.
- Stavo-Debauge, J., 2005. Aux seuils de l'intégration et en butte aux discriminations. Le "parrainage à l'emploi", apprêter et soutenir une volonté, in : *Politiques Au Regard Du Proche*. Paris.
- Stavo-Debauge, J., Trom, D., 2004. Le pragmatisme et son public à l'épreuve du terrain. Penser avec Dewey contre Dewey, in : *La Croyance et l'enquête : Aux Sources Du Pragmatisme*. Paris, pp. 1–22.
- Stiker, H.-J., 1999. Quand les personnes handicapées bousculent les politiques sociales. *Esprit*, 259, 75-106.
- Stock, M., 2007. 6. Théorie de l'habiter. Questionnements. Armillaire 103–125.
- Strauss, A.L., Baszanger, I., 2016. La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Éditions L'Harmattan, Paris.
- Stridsberg, S., Coursaud, J.-B., 2016. *Beckomberga : ode à ma famille : roman*.
- Strohl, H., 2009. Le soin contraint ne peut pas remplacer l'offre adaptée de soins. *L'information psychiatrique* 85, 499. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8506.0499>
- Svandra, P., 2016. Le soin entre sollicitude et responsabilité. Une lecture croisée de Ricœur et de Levinas. *Éthique & Santé* 13, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.06.001>

- Svandra, Philippe, 2016. Repenser l'éthique avec Paul Ricœur : Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers* N° 124, 19. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>
- Swett, C., 1975. Outpatient phenothiazine use and bone marrow depression. A report from the drug epidemiology unit and the Boston collaborative drug surveillance program. *Arch. Gen. Psychiatry* 32, 1416–1418.
- Sylvestre, M., 2019. 10 000 logements accompagnés : vers la pérennisation du dispositif. *Actualités Habitat* 22–23.
- Taschini, E., Urdapilleta, I., Verhliac, J.-F., Tavani, J.L., 2015. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* Numéro 107, 435–461. <https://doi.org/10.3917/cips.107.0435>
- Technische Universität München, Wiesche, M., Jurisch, M.C., City of Munich, Yetton, P.W., Deaken University, Krcmar, H., Technische Universität München, 2017. Grounded Theory Methodology in Information Systems Research. *MIS Quarterly* 41, 685–701. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2017/41.3.02>
- Terssac, G. de (Ed.), 2003. La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, Collection "Recherches" à la Découverte. Découverte, Paris.
- Tessier, S., 2007. 6. Qu'arrive-t-il au mot ménager ? *Armillaire* 127–139.
- Thévenot, L., 2006. L'action au pluriel : sociologie des régimes d'engagement, Textes à l'appui. *Politique & sociétés*. Découverte, Paris.
- Thifault, M.-C., 2010. L'enfer préasilaire à la fin du XIX siècle et au début du XX : perceptions, interprétations et discours masculins sur la folie des femmes mariées. *Recherches féministes* 23, 127. <https://doi.org/10.7202/045670ar>
- Thin, D., 1998. *Quartiers populaires : l'école et les familles*. Presses universitaires de Lyon. <https://doi.org/10.4000/books.pul.12393>
- Thomas, G.M., 2004. Open Psychiatric Services in Interwar France. *History of psychiatry* 15, 131–153. <https://doi.org/10.1177/0957154X04039351>
- Tissot, S., 2014. *Les espaces de l'entre-soi*. Seuil, Paris.
- Tosquelles, F., 1950. *La société lozérienne d'hygiène mentale*. François Tosquelles.
- Toullec-Théry, M., Assude, T., 2012. *Faire travailler ensemble tous les acteurs de l'inclusion ?* Editions de l'INS HEA, Suresnes.
- Tourrilhes, C., Veyrié, N., 2014. Travail social, recherche et formation. Penser les tensions et les articulations. *Le sociographe* N° Hors-série 7, 15. <https://doi.org/10.3917/graph.hs07.0015>
- Trémintin, J., 2004. Critiques de livres, Pourquoi le travail Social ? Saül Karsz. *Lien Social*.
- Troisoeufs, A., 2009. La personne intermédiaire. *Hôpital psychiatrique et groupe d'entraide mutuelle*. *Terrain* 96–111.
- Tronto, J.C., 2008. Du care. *Revue du MAUSS* 32, 243–265. <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>
- Vanel, J., Ribes, P., Bourden, A., Arveiller, J.-P., 2017. Vie amoureuse et sexuelle : situations de handicap.

- Vasseur, C., 2003. La psychiatrie et la relation soignante : [extraits]. *VST - Vie sociale et traitements* 79, 22. <https://doi.org/10.3917/vst.079.0022>
- Védie, C., Touaimia, E., Astruc, J.-J., Quaderi, A., 2006. Syndrome de Diogène et appartenance communautaire. *Perspectives Psy* 45, 248–253.
- Velpry, L., 2016. « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? : Le cas des unités pour malades difficiles. *Sociétés contemporaines* 103, 65. <https://doi.org/10.3917/soco.103.0065>
- Velpry, L., 2010a. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie. *Journal français de psychiatrie* 38, 16. <https://doi.org/10.3917/jfp.038.0016>
- Velpry, L., 2010b. Subjectivité et psychiatrie : Travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 4, 115. <https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0115>
- Velpry, L., 2009. Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques. *Revue française des affaires sociales* 171–186. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0171>
- Velpry, L., 2008. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Sociétales. Colin, Paris.
- Velpry, L., Eyraud, B., 2014. Confinement and psychiatric care: a comparison between high-security units for prisoners and for difficult patients in France. *Culture, medicine, and psychiatry* 38, 550–577.
- Velpry, L., Eyraud, B., n.d. Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux 12.
- Vermorel, H., Vermorel, M., 2012. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique* 88, 759. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8809.0759>
- Vidal, J.-P., 2019. Supervisions en groupe et/ou analyse de pratique(s) professionnelle(s) ? L'enjeu décisif de la groupalité. *Dialogue* 224, 77–94. <https://doi.org/10.3917/dia.224.0077>
- Vidal-Naquet, P., 2013. Le care à domicile : tact et tactiques. *Recherche en soins infirmiers* 114, 7. <https://doi.org/10.3917/rsi.114.0007>
- Vidon, G., 2020. Arguments en faveur des soins sans consentement en ambulatoire. *L'information psychiatrique* 96, 191–194. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2080>
- Vidon, G., Antoine, J.-M., 2013. De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique* 89, 233–240. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8903.0233>
- Vidon, G., Combes, C., Gross, A., 2012. Discontinuité des soins et satellisation, in : *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*, Santé mentale. ERES, Toulouse, pp. 91–96. <https://doi.org/10.3917/eres.sasso.2012.01.0091>
- Vidon, G., Hardy-Baylé, M.-C., Younès, N., 2015. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *L'information psychiatrique* 91, 602–607. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1368>
- Villatte, A., Marcotte, D., Potvin, A., 2015. Ces étudiants à risque de dépression. *Le sociographe* 51, 65. <https://doi.org/10.3917/graph.051.0065>
- Villela-Petit, M., 2007. 1. Habiter la terre. *Armillaire* 19–34.

- Villette, M., 2014. Ethnographie dans l'entreprise. *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 117, 4. <https://doi.org/10.3917/geco.117.0004>
- Vincent, P., 2014. Comment en arrive-t-on à l'expulsion ? *Informations sociales* 184, 42–51. <https://doi.org/10.3917/inso.184.0042>
- Virole, B., 2020. Jeux vidéo et principe de réalité. *Enfances & Psy* 85, 55–59. <https://doi.org/10.3917/ep.085.0055>
- Von Buelzingsloewen, I., 2009. *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*. Flammarion, Paris.
- Vulbeau, A., 2011. *L'éducation tout au long de la ville*. Matrice, Vigneux.
- Wacquant, L., 2015. Pour une sociologie de chair et de sang : Traduction de Michaël Busset et Michaël Cordey, revue par l'auteur. *Terrains & travaux* N° 26, 239. <https://doi.org/10.3917/tt.026.0239>
- Wacquant, L., 2011a. Désolation urbaine et dénigrement symbolique dans l'hyperghetto. *Nouvelle revue de psychosociologie* 12, 13. <https://doi.org/10.3917/nrp.012.0013>
- Wacquant, L., 2011b. La chair et le texte : l'ethnographie comme instrument de rupture et de construction, in : *Des sociologues sans qualités ?*, Recherches. La Découverte, Paris, pp. 201–221.
- Wacquant, L., 2010. L'habitus comme objet et méthode d'investigation : Retour sur la fabrique du boxeur. *Actes de la recherche en sciences sociales* 184, 108. <https://doi.org/10.3917/arss.184.0108>
- Wacquant, L., 2008. Le corps, le ghetto et l'État pénal : Entretien réalisé par Susana Durão. *Labyrinthe*. <https://doi.org/10.4000/labyrinthe.3920>
- Wacquant, L., 2002. *Corps et âme : Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Agone, Paris.
- Wacquant, L., Bart, J.-Y., 2015. Les trois corps du pugiliste. *Sciences sociales et sport* 8, 21. <https://doi.org/10.3917/rsss.008.0021>
- Weber, F., Gojard, Séverine, Gramain, Agnès, n.d. *Charges de famille*.
- Weber, M., 1965. *Essais sur la théorie de la science*, Librairie Plon. Ed, *Recherches en Sciences Humaines*. Paris.
- Weber, M., Freund, J., 2012. *Le savant et le politique*.
- Weber, M., Kalinowski, I., 2017. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme ; précédé de Remarque préliminaire au recueil d'études de sociologie de la religion, I ; et suivi de Les sectes protestantes et l'esprit du capitalisme*. Flammarion, Paris.
- Wenger, E., Gervais, F., 2005. *Théorie des communautés de pratique*. Presses Université Laval, Québec.
- Wilhelm, A., 2002. Évolution d'un groupe d'analyse des pratiques de cadres infirmiers. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 39, 133–139. <https://doi.org/10.3917/rppg.039.0133>
- Wojciechowski, J.-B., 1997. *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, L'Harmattan. Ed, *Logiques sociales*. Paris, Montréal.
- Woolf, V., Malraux, C., 1996. *Une chambre à soi*. 10-18, Paris.

- Worms, F., 2006. De la non-justification. À quoi tenons-nous ? *Esprit* mai, 231–235. <https://doi.org/10.3917/espri.0605.0231>
- Younès, C., 2007. Conclusion. Au tournant de la modernité, habiter entre Terre et monde, in : *Armillaire*. pp. 363–373.
- Zaccà-Reyners, N., 2006. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit* janvier, 95. <https://doi.org/10.3917/espri.0601.0095>
- Zelizer, V., 2001. Transactions intimes. *Genèses* 42, 121–144. <https://doi.org/10.3917/gen.042.0121>
- Zempléni, A., n.d. La maladie et ses causes.
- Zielinski, A., 2011. La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d’humanité ». *Cahiers philosophiques* 125, 89. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>
- Zielinski, A., n.d. Une nouvelle façon de prendre soin 12.
- Zribi, G., 2015. Vieillesse des personnes handicapées mentales.
- Zunigo, X., 2007. La gestion publique du chômage des jeunes de milieux populaires. Education morale, conversion et renforcement des aspirations socio-professionnelles (Thèses de Sociologie). EHESS, Paris.

Table des matières

INTRODUCTION	17
LA TRANSFORMATION INSTITUTIONNELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES	17
LA VIE HORS-LES-MURS DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES	23
L'ETHIQUE DU CHERCHEUR-INTERVENANT PSYCHOSOCIAL	28
L'éthique auprès des personnes accompagnées.....	28
L'éthique de la relation aux professionnels	35
L'éthique de chercheure	40
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODE DE RECHERCHE	49
CHAPITRE 1 : LA PARTICIPATION OBSERVANTE ET L'ETHNOGRAPHIE ENACTIVE COMME METHODE DE RECHERCHE	53
I. Présentation des terrains de thèse : CLSM, secteur psychiatrique (une association de logement) et secteur médico-social.....	54
1. Un secteur de psychiatrie.....	54
2. Coordination d'un CLSM intercommunal francilien.....	58
3. Le secteur médico-social	60
II. Méthode de recherche : des entretiens semi-directifs à l'ethnographie enactive.....	63
1. Sociologie compréhensive : des entretiens semi-directifs et des récits de vie.....	63
2. La participation et l'observation comme méthode.....	66
CHAPITRE 2 : LA RELATION DE PRISE EN CHARGE : UNE INSTITUTION DE SENS	87
I. La Relation de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques	88
1. Un fait social relationnel.....	88
2. Les trois éléments de la relation de prise en charge : les personnes en relation et la <i>chose</i> échangé	90
3. Les trois dimensions de la personne : sociale, biologique et psychologique	92
4. Pratique de la prise en charge : son contenu	93
II. Les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères	104
1. De la folie aux grandes structures psychopathologiques : paradigmes de la psychiatrie proposée par un psychiatre.....	104

2.	De <i>Syndrome</i> à troubles psychiques.....	109
III.	L'organisation des prises en charge et ses transformations	116
IV.	La prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis leur domicile : un objet de recherche sociologique	122
1.	La dimension sociale des troubles psychiques.....	122
2.	La dimension sociale des prises en charge des troubles psychiques et des personnes qui en souffrent.....	129
CONCLUSION		135
 <u>DEUXIEME PARTIE : VIVRE HORS-LES-MURS AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES.....</u>		<u>137</u>
 CHAPITRE 1 : HABITER UN LOGEMENT AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES SEVERES		141
I.	L'institution de l'habiter : de l'hôpital à l'appartement autonome	146
1.	Qualité de vie dans un appartement autonome pour les personnes vivant avec des troubles psychiques.....	155
2.	Les règles d'interaction	175
3.	Les limites de la territorialité personnelle.....	179
II.	Mode de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques.....	183
1.	Investissement du logement : sur/non/dys-investissement.....	183
2.	Comportements hors norme.....	190
 CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DE RECODAGE DES NUISANCES EN TROUBLES PSYCHIQUES.....		201
I.	Le travail de recodage par le bailleur social	205
1.	La mise en récit de la situation ou le recodage de la situation	207
2.	Les informations détenues par le bailleur et transmises à l'équipe d'appui	212
3.	Les attentes du bailleur vis-à-vis de l'équipe d'appui	223
II.	Le travail de recodage dans le cadre de la RESAD.....	227
1.	La présentation de la situation.....	229
2.	Des informations pour convaincre	230
III.	Le travail de recodage par la famille	232
IV.	L'intrication des différentes dimensions de la personne et de ses troubles.....	237
 CONCLUSION		242

TROISIEME PARTIE : L'ORDRE NEGOCIE DES PRISES EN CHARGE EN SANTE MENTALE DEPUIS LE

DOMICILE.....245

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION DES RELATIONS DE PRISE EN CHARGE PLURI-INSTITUTIONNELLE ET DE LEURS ACTEURS ..253

- I. Un ordre négocié autour d'un objectif commun 259
 - 1. Les relations du locataire..... 268
 - 2. Les relations du bailleur 278
 - 3. Les relations de l'équipe mobile..... 283
- II. Une négociation d'organisation inter-institutionnelle dans l'impasse 305
 - 1. Les relations de la locataire..... 309
 - 2. Les relations du bailleur social 333
 - 3. Les relations de l'équipe mobile..... 349

CHAPITRE 2 : LES MODALITES DE LA RELATION DE PRISE EN CHARGES ET LEUR ORDRE NEGOCIE359

- I. Identifier et mobiliser des institutions dans une situation 365
 - 1. Emergence de dispositifs d'appui aux problématiques de santé mentale 367
 - 2. La Trame : un tissage de relations entre différents partenaires 376
- II. Négociation d'un objectif commun et d'un schéma d'intervention 381
 - 1. Les acteurs de la négociation 383
 - 2. Le contexte structurel de la négociation..... 388
 - 3. Le contexte situé de la négociation..... 398
 - 4. Les négociations des situations présentées 402

CONCLUSION..... 405

QUATRIEME PARTIE : LE TRAVAIL DE RELATION DE PRISE EN CHARGE407

CHAPITRE 1 : POUR PENSER LE TRAVAIL RELATIONNEL OU DE « PROXIMITE ».....415

- I. Le cadre des interventions auprès des locataires souffrant de troubles psychiques 417
 - 1. Le travail envers autrui : un travail de transformation (des interactants) et un travail d'accompagnement..... 417
 - 2. Le cadre des interventions et le regard porté sur la personne 424
- II. Pour analyser le travail relationnel : la proximité, ses registres d'action, ses outils et ses ordres de légitimité 431
 - 1. La proximité dans le travail relationnel envers autrui 431

2. Les registres d'action du travail relationnel et ses outils	433
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL RELATIONNEL DE L'INTERVENANT PSYCHOSOCIAL DANS LES ACCOMPAGNEMENTS A DOMICILE	445
I. Le travail envers autrui visant la transformation des interactants	449
1. Le travail thérapeutique : la commune humanité.....	449
2. Le travail de l'intervention : un processus pour prendre conscience de sa vulnérabilité 482	
II. Le travail envers autrui : le registre d'action assistantiel.....	510
1. Les outils du travail assistantiel	514
2. Ordre de légitimité : l'éthique de la responsabilité.....	546
CONCLUSION	551
 CONCLUSION GENERALE	557
 ANNEXES	567
 ANNEXE 1	568
CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION : LES HLM	568
ANNEXE 2	571
HISTOIRE DE LA PERSONNE MALADE	571
ANNEXE 3	578
HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES DEPUIS LE 19 ^{EME} SIECLE.....	578
ANNEXE 4	593
RECIT DE VIE DE MADAME R.	593
ANNEXE 5	596
FICHE DE SAISINE D'UN BAILLEUR SOCIAL (VERS L'EQUIPE MOBILE ASSOCIATIVE)	596
ANNEXE 6	599
FICHE DE SAISINE D'UNE RESAD FRANCILIENNE	599
ANNEXE 7	601
L'ECHANGE ET LE PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS	601
ANNEXE 8	603
LES ACTEURS ET LEUR RELATION DANS LA PRISE EN CHARGE DE MYOSOTIS	603

LES ACTEURS ET LEUR RELATION DANS LA PRISE EN CHARGE DE LAVANDE	609
ANNEXE 9	611
PRESENTATION DES EQUIPES ELIAHS A PARIS.....	611
ANNEXE 10	614
RELATION D'ACCOMPAGNEMENT DE ROSE PRATIQUEE ENTRE SEPTEMBRE 2017 ET JUIN 2018.....	614
ANNEXE 11	618
LES REGISTRES D'ACTION DU TRAVAIL RELATIONNEL PROPOSES PAR LISE DEMAILLY (2008)	618
ANNEXE 12	620
OBSERVATIONS ET ENTRETIENS MENES LORS DE CE TRAVAIL DE THESE ENTRE 2015 ET 2019	620
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>625</u>
<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>665</u>
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>670</u>

Table des illustrations

Figure 1. Pratiques du Psychiatre selon Georges Lantéri-Laura (1991, p. 242)	110
Figure 2. Les acteurs impliqués dans la relation de prise en charge de Myosotis et leurs liens	261
Figure 3. Cercle vicieux des réactions dans la situation de Myosotis	284
Figure 4. Les acteurs impliqués dans la relation de prise en charge de Lavande et leurs liens	306
Figure 5. Fiche de saisine du Bailleur social X.....	598
Figure 6. Fiche de Saisine RESAD	600
Figure 7. Processus de Prise en charge de Myosotis.....	608
Figure 8. Processus de prise en charge de Lavande	610