



ONSMP-ORSPERE



Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance

De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement

Valérie COLIN, Adrien PICHON, Loïc BONNEVAL
Sous la direction du Dr Jean FURTOS,
Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

Rapport de recherche

Complications de santé (somatiques et psychiques) et clinique psychosociale
(incurie dans l'habitat) dans la trajectoire d'accompagnement au logement des sans abris

Février 2012

En partenariat avec :



les petits frères des Pauvres

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2
UNIVERSITÉ DE LYON

LE FOYER
NOTRE-DAME DES SANS-ABRI



Remerciements

Nous remercions chacun pour sa participation et son implication dans la recherche.

Les municipalités de : Bourgoin Jallieu, l'Isle d'Abeau et Villefontaine,

Le Conseil Général de l'Isère,

La Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère,

Pluralis et Opac 38,

Le Conseil Scientifique de la Recherche du Centre Hospitalier le Vinatier,

Pour le soutien accordé à cette recherche de sciences humaines

Les membres du comité scientifique :

Martine Buhrig, chercheur anthropologue, Foyer Notre Dame des Sans-abris,

Bernard Duez, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2

Marie-Jo Forni, Infirmière- Formatrice pour l'Association de Formation et de Prévention du Risque Alcool, Drogues et Dépendance AFPRA (Mulhouse), Coordinatrice du réseau santé social justice de Colmar,

Pascale Pichon, sociologue, Maître de conférences, Centre Max Weber UMR 5283 (Saint Etienne),

Thierry Morel, sociologue, responsable pédagogique, ITSRA Clermont-Ferrand,

Pierre-Marc Navalès, Chargé de mission à l'UNAF0 (Paris),

Fabrice Gondre, Directeur Pôle urgence insertion au Diaconat Protestant de Valence,

Catherine Lombard, ARS, Rhône-Alpes,

Jocelyne Morens, DRJSCS Rhône-Alpes,

Marie-Claude Didier-Laurent, pour le GRSP Auvergne (en 2009)

David Grand, chargé de mission, MRIE (Lyon).

Marc Uhry, Coordinateur régional, Fondation Abbé Pierre

Benoît Eyraud, sociologue, Fondation Abbé Pierre

Membres du groupe ressource :

Les professionnels impliqués :

François Auffray, Responsable du Patio, Les Petits Frères des Pauvres, Grézieu-la-Varenne (Rhône),

Arnaud Audet, Chef de service, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire),

Caroline Berlemont, Educatrice spécialisée, Accompagnement post-CHRS et service d'accompagnement de proximité lié au logement, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Claire Daumas, responsable d'unité d'hébergement, AATES, Montoulivet (Haute-Savoie)

Bouزيد Dehbi, travailleur social, CHRSU, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Pascal Dessenne, Psychologue clinicien et responsable du Relais santé, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme),

Jocelyn Di Giuseppe, Educateur spécialisé, Responsable d'unité d'hébergement, AATES, Saint Pierre en Faucigny, (Haute-Savoie)

Chantal Eynard, travailleur social, responsable d'unité d'hébergement, AATES, Sallanches, (Haute-Savoie)

Adeline Gervex, Conseillère en économie sociale et familiale, Responsable de pension de famille, AATES, Annecy (Haute-Savoie)

Régis Gobet, Educateur spécialisé, Service d'accompagnement et d'orientation, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire)

Emmanuelle Gouyet, Chef de Service au Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Patrick Habouzit, Directeur du SAO, Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire),

Julie Herault, Animatrice, puis accompagnatrice ADVL (accompagnement dans et vers le logement), AATES (Haute-Savoie)

Alexandra Jean, Educatrice spécialisée, CHRSU, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Véronique Lafont, Educatrice spécialisée, Accueil de jour, Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire)

Philippe Lubrano, Travailleur social, Service d'accompagnement et de réinsertion sociale, Association Le Pont, Tournus (Saône et Loire)

Maryline Perrin, travailleur social, dispositif d'accompagnement de proximité Parabri, Association Parenthèse, Touloud (Ardèche),

Fabienne Simoncelli, Assistante de service sociale, Service d'accompagnement de proximité, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Laurianne Vallée, Chargée de développement social, AATES, Cluses (Haute-Savoie).

Sylvie Verger, Assistante de service social, places de stabilisation, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire)

Les chercheurs : Jean Furtos, Directeur scientifique de l'Onsmp-Orspere, Valérie Colin, docteur en psychologie, Onsmp-Orspere, Adrien Pichon, Psychologue clinicien, Onsmp-Orspere, Loïc Bonneval, sociologue, Maître de conférence, Université Lyon 2, Nicolas Meryglod, Psychiatre, CH Saint Jean de Dieu, Lucie Girardon, Psychiatre, Assistante des hôpitaux.

Nous remercions également les directeurs de chacune des structures partenaires de cette recherche pour avoir permis à leurs salariés de témoigner et de valoriser leur expérience dans le cours du travail d'élaboration.

Un merci tout particulier à nos relecteurs Benoît Eyraud, Maître de Conférences à l'Université Lumière Lyon 2 et le Dr Nicolas Méryglod et Lætitia Overney, sociologue et Dr en Sociologie, dont les critiques ont permis de faciliter la lecture et d'apporter encore de la rigueur par rapport aux résultats.

Sommaire

Sommaire.....	4
En guise de prologue.....	8
Gérard: l'impossibilité à habiter ailleurs que dans la relation ou dans un lieu de soin.....	8
CHAPITRE 1 : Présentation de la Recherche.....	17
1. Introduction.....	17
1.1. Origine du projet de recherche	18
1.2. Contexte général : moment de remaniement des politiques publiques et des administrations	19
1.3. Habiter, se loger, être hébergé, avoir un chez soi	20
1.4. Croisement d'une problématique de l'habiter avec une problématique de santé et logement	22
1.5. Explorer l'appropriation du projet de logement à travers le regard du travailleur social.....	23
2. Observation et intuition des professionnels : complications de santé suite à l'accès au logement	25
2.1. Hypothèse : s'installer dans un logement nécessite une réorganisation psychique potentiellement critique.....	25
2.2. Pistes pour vérifier cette hypothèse.....	26
CHAPITRE 2 : Méthodologie de la Recherche, son déroulement, ses outils	28
1. Quel est le public visé par cette recherche?.....	28
2. Quelles sont les pratiques et les praticiens de cette recherche ?.....	30
2.1. L'accompagnement de proximité.....	30
2.2. Homogénéité des terrains de pratique.....	31
3. Quelle approche méthodologique?	32
3.1. A travers le regard du travailleur social (cf. schéma n°1).....	32
3.2. Une dimension « action » et participative dans la recherche : des ajustements permanents entre chercheurs et praticiens.....	33
4. Objectifs et principes généraux de la partie quantitative.....	35
5. Les deux phases de l'enquête : questionnaire rétrospectif et démarche longitudinale.....	38
5.1. Le questionnaire rétrospectif.....	40
5.2. Démarche longitudinale et comparative.....	42
CHAPITRE 3: Résultats du questionnaire rétrospectif et de la démarche longitudinale.....	45
1. Comparaison entre les deux échantillons à partir des critères socio-démographiques, composition des ménages, ressources et liens familiaux	45
1.1. Échantillon dans le questionnaire rétrospectif: hétérogénéité des sans abris accueillis dans les dispositifs spécialisés.....	45
1.2. L'échantillon de la phase longitudinale: suivis d'hommes seuls pour comparer leurs trajectoires d'accompagnement.....	49
2. Description des suivis et des parcours résidentiels: mobilité au sein d'un même univers résidentiel	53
2.1. Les accompagnements dans la phase rétrospective de 20 mois en moyenne.....	53
2.2. Les accompagnements dans la phase longitudinale : une observation entre 3 à 9 mois.....	56
3. Des complications de santé constatées : conséquence de plusieurs facteurs.....	58
3.1. L'état de santé avant l'entrée dans le logement: souvent très dégradé ou méconnu.....	58
3.2. Évolution de la santé après l'arrivée dans le logement: des difficultés de santé qui se révèlent, s'aggravent ou se prolongent.....	59
3.2.1. L'évolution de l'état de santé après l'entrée dans le logement (questionnaire rétrospectif): des trajectoires différenciées.....	59
3.2.2. L'apport du questionnaire longitudinal : les complications de santé ne sont pas immédiates.....	64
3.3 Quelles modalités de partenariats avec les acteurs de la santé ?.....	69
4. Des accompagnements différenciés.....	72

4.1. Trois profils différents de personnes dans leur rapport à l'habiter, à la relation d'accompagnement à partir de l'investigation rétrospective.....	72
4.2. Les dynamiques de l'accompagnement : discordances et trajectoires.....	77
4.2.1. Comment appréhender des accompagnements non linéaires et traversés par des contradictions?.....	78
4.2.2. Comment mesurer les discordances dans les accompagnements?.....	82
4.2.3. Tendances dans les trajectoires: linéaires ou en « dents de scie » selon la durée de l'accompagnement.....	85
4.3. Comment expliquer les différences entre les trajectoires observées : comparer les accompagnements référés aux lieux et aux personnes.....	86
4.4. Tensions dans le champ de la pratique d'accompagnement : entre visée d'activation et visée compensatrice.....	91
4.4.1. Entre parcours « en escalier » et « logement d'abord ».....	93
4.4.2. Organiser la logique politique selon les pratiques : celles référées au lieu et celles référées à la personne (cf. schéma n°5).....	95
Résumé du chapitre 3 : rappel des principaux résultats de la démarche quantitative	97

CHAPITRE 4: Résultats à partir des « groupes ressources » et des témoignages des praticiens.....99

1. La chorégraphie de l'accompagnement : fonctions et positions dans l'accompagnement.....	100
2. La clinique psychosociale confirmée.....	104
3. Mieux identifier les effets consécutifs à la prise du logement : une phase critique du côté de l'accompagné	110
3.1. Cette crise se décline en au moins deux phases	110
3.2. Une aire d'illusion commune à recréer ? Les conceptions de D.W. Winnicott au service de l'accompagnement de proximité.....	112
4. Malaise et « complications de santé » chez l'accompagnant.....	117
4.1. « Les complications de santé », de qui parle-t-on ?.....	117
4.2. La part affective dans l'accompagnement.....	118
4.3. Le transfert dans la relation d'aide.....	118
5. Un moment de confusion-dépersonnalisation : une forme paroxystique du malaise de l'intervenant	119
5.1. Cette perturbation extrême est-elle due à une absence de tiers dans une relation intense ou est-ce un malaise professionnel à intégrer dans le métier?	121
5.2. De quoi cet envahissement professionnel est-il le signe?.....	123
6. L'hébergement dans la relation	125
7. Effets corporels et psychiques de l'accompagnement auprès de personnes en grande exclusion: une réaction du cerveau?	128
7.1. Les effets de l'accompagnement : description de sensations et troubles dissociatifs.....	128
7.2. Tentative de définition du phénomène: un malêtre vécu par délégation-procuration.....	132
7.2.1. Une problématique communicationnelle ?.....	132
7.2.2. Traces d'une mémoire traumatique non déclarative	133
7.2.3. Neurobiologie de la mémoire traumatique non déclarative.....	134
7.3. De la résonance empathique au raisonnement, résonner et raisonner.....	135
8. Chez l'accompagnant : des situations « aux limites » de la pratique surgissent dans cette crise vécu par l'accompagné.....	139
8.1. Caractéristiques psychologiques de ces situations	139
8.2. Effraction traumatique dans la pratique et recours à une éthique personnelle	140
8.3. Risques de cette pratique d'accompagnement et effets néfastes	141
8.3.1. L'emprise.....	141
8.3.2. Le désengagement.....	141
8.3.3. Etre à la limite de la loi, une pression supplémentaire.....	142
9. Ethique dans la pratique d'accompagnement de proximité.....	143
9.1. La figure d'Antigone.....	143
9.2. Le risque de l'arbitraire.....	143

Résumé du CHAPITRE 4 :	145
CHAPITRE 5: La dimension « action » de la recherche, modifications des pratiques.....	147
1. Production d'une (dé)formation.....	147
2. Transformations dans la pratique	148
2.1. Espace collectif de construction d'un fond commun	148
2.1.1. Espace « ressource ».....	148
2.1.2. Un effet de légitimation ?.....	149
2.1.3. Revalorisation professionnelle.....	149
2.1.4. Transfert de connaissances « psy »	150
2.2. Des aménagements concrets.....	150
2.2.1. Aménagement du poste de travail.....	150
2.2.2. Modification de la composition de l'équipe.....	151
2.2.3. Processus de réaffiliation, réinstitutionnalisation (fonction tierce)	151
2.2.4. Construction et formalisation de nouveaux outils chez les travailleurs sociaux.....	151
2.3. La prise de recul sur les pratiques.....	152
2.3.1. Nécessité d'un support : avec le questionnaire de la phase rétrospective	152
2.3.2. Sortir de l'urgence de la pratique, « se poser » pour penser dans la recherche.....	152
2.3.3. Identifier ses propres limites et les respecter.....	153
3. Des effets d'appropriation des outils de la recherche	154
3.1. Appropriation d'un espace interne de réflexivité vicariante : un espace potentiel de mise en récit....	154
3.2. Structurer une observation, aménager sa pratique.....	154
Résumé du CHAPITRE 5 :	155
CHAPITRE 6: Conclusions	156
1. Habiter : une situation à risque.....	156
2. L'hébergement dans la relation.....	159
CHAPITRE 7: Recommandations, différents niveaux de responsabilité.....	162
1. Le niveau de l'intervenant de première ligne: rester vivant et faire reconnaître ses besoins.....	162
1.1. Besoin de théoriser les pratiques hors les murs et les pratiques à domicile	163
1.2. Le besoin de groupalité.....	163
2. Responsabilité de l'encadrement.....	164
2.1. Le cadre est incarné par le directeur ou un responsable reconnu comme tel	164
2.2. Ménager de la marge de manœuvre.....	165
2.2.1. Nécessité d'un cadre présent et sécurisant.....	165
2.2.2. La transgression validée, la marge de manœuvre	166
3. Le niveau de l'institution : légitimation des pratiques.....	168
3.1. Recommandations à l'intention des directeurs d'établissements et d'associations.....	168
3.2. L'importance de l'équipe.....	168
4. Le niveau de responsabilité des partenaires.....	170
4.1. Recommandations en direction de la formation initiale des travailleurs sociaux.....	170
4.2. La nécessité d'un travail en réseau	170
5. Le niveau politique.....	172
5.1. Lutter contre le fractionnement et le cloisonnement des approches santé / social.....	172
5.2. Préserver les possibilités de liens humains.....	172
Bibliographie.....	175
Abréviations.....	181
Liste des tableaux:.....	182
Listes des schémas :	182
ANNEXES.....	183

Avertissement au lecteur

Ce rapport propose au lecteur le compte-rendu exhaustif de la recherche-action avec ses différents niveaux. Il s'adresse aux décideurs politiques et institutionnels, aux responsables de structures d'hébergement, aux praticiens de terrains « psy » et sociaux, aux chercheurs universitaires. La méthodologie est particulièrement détaillée; ainsi, en fonction des intérêts du lecteur, ce rapport peut se lire intégralement ou partiellement. Dans une unité d'ensemble, il présente des « tiroirs » dont chacun intéressera un certain type de lecteur. Le corps du texte est nourri d'encadrés thématiques situant les éléments pour aller plus loin dans la réflexion. La forme même de ce rapport, ainsi que la méthode empirique d'exploration témoignent de ce que la clinique psychosociale révèle comme imbriqués : les niveaux politiques, cliniques et sociaux, théoriques et pratiques.

Nous proposons d'emblée au lecteur une immersion dans la clinique de l'accompagnement au logement des personnes sans abris par le récit d'un des accompagnements observé dans le cadre de cette recherche. Ce récit reconstruit dans sa chronologie après-coup par les chercheurs s'appuie sur les renseignements et le témoignage du travailleur social. Il n'a de fictif que les noms des protagonistes et des lieux qu'ils traversent, comme tous les autres récits d'accompagnement. Ce récit met en lumière de divers problèmes ou questions qui seront mis au travail dans ce rapport, notamment autour des aspects relationnels de l'accompagnement, de ses présupposés, de ses conditions de viabilité et de son éthique.

En guise de prologue...

Gérard: l'impossibilité à habiter ailleurs que dans la relation ou dans un lieu de soin

Camille¹ est travailleur social. Elle accompagne Gérard depuis février 2010 dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement social de proximité dans une ville de taille moyenne. Ce dispositif a été créé par l'association dans laquelle elle travaille pour accompagner vers le logement les personnes exclues des différents dispositifs classiques, les « incasables ». Gérard a la cinquantaine et est en galère depuis une dizaine d'années. Il demeure en contact téléphonique ponctuel avec ses deux enfants qui ont une vingtaine d'années. Il touche une pension d'invalidité comme seul revenu. Son état de santé est jugé très préoccupant et plusieurs pathologies somatiques sérieuses sont connues dès le début de l'accompagnement (hépatite, bronchite chronique sévère). Malgré cela, le traitement est peu suivi. Sa présentation est variable et il semble socialement isolé. Il consomme de grandes quantités d'alcool et de tabac ce qui peut entraîner assez régulièrement des difficultés de comportement. Il peut se montrer incohérent et parfois agressif verbalement lorsque certains sujets sont abordés par le travailleur social (budget, santé...).

Première sortie de dispositif après une période d'amélioration de l'état général : la crainte d'un effondrement ?

En février 2010 Gérard est accueilli sur la structure en contrat de stabilisation² pour une durée de trois mois. Cette période lui paraît assez profitable du point de vue de l'accompagnant : les soins sont repris, l'humeur s'améliore. Trois mois plus tard, en mai, à la fin de son contrat de stabilisation, Gérard intègre une chambre dans un « hôtel au mois³ ». Lors de la première visite, Gérard apprécie la chambre malgré sa vétusté. Elle est meublée sommairement et Gérard et Camille ajoutent une télévision et une plaque chauffante. Gérard semble enthousiaste, il accepte la

¹ L'utilisation d'un prénom fictif pour nommer la professionnelle indique que cette relation d'aide touche, par nature, l'intimité du professionnel. Cette intimité mise au service de la relation, en dehors du dévoiement, est au cœur de cette étude.

² Les contrats de stabilisation marquent une première étape dans le parcours de retour vers le logement : il s'agit de se poser pour rompre avec l'errance, évaluer et commencer à construire un projet. En l'occurrence, il s'agit d'une chambre dans un accueil collectif type CHRS.

³ Les hôtels au mois sont des hôtels que l'on paye mensuellement mais qu'on peut quitter facilement.

proposition d'emblée. Camille a l'impression que Gérard s'approprie vraiment ce projet de logement : il se mobilise et peut être actif dans ses démarches, épaulé par Camille.

Malgré cette apparente motivation, les jours précédant l'entrée dans la chambre révèlent l'anxiété de Gérard, surtout dans le fait d'avoir à quitter la structure dans laquelle il dit s'être bien senti en dépit de ses difficultés à supporter le règlement intérieur (notamment par rapport à l'interdiction de consommer de l'alcool ou du tabac dans les locaux).

Le jour prévu pour l'entrée, Gérard ne se présente pas au rendez-vous convenu avec Camille, qui décide de lui téléphoner après vingt minutes d'attente. A l'autre bout du fil, Gérard semble désorienté : il pleure et dit ne pas savoir où il se trouve. Camille lui fixe un nouveau rendez-vous dix minutes plus tard sur une place de la ville qu'il connaît bien. Elle retrouve Gérard, trempé, sous une pluie battante. Ils décident d'aller boire un café. Gérard est fortement alcoolisé, il est blessé au visage. Il explique qu'il s'est battu en voulant défendre une femme victime des violences de son mari. Camille pense qu'il s'est effectivement battu mais a du mal à croire à cette histoire où Gérard apparaît comme un super héros. La conversation se poursuit autour d'un autre café et Gérard se calme peu à peu. Camille lui propose d'aller se doucher, se changer et préparer ses sacs dans l'ancienne structure et de revenir le chercher en fin de matinée. Vers 11h, Camille et Gérard se rendent à l'hôtel pour récupérer les clefs et poser les sacs dans la chambre. Camille a alors le sentiment qu'elle ne peut pas laisser Gérard seul et lui propose d'aller faire quelques courses en voiture. Ils effectuent aussi quelques démarches administratives et installent la télévision qu'ils viennent de récupérer. La journée se passe bien, Camille et Gérard bavardent beaucoup, rient parfois. Camille essaye de se rendre vraiment disponible, elle a le sentiment qu'il lui faut prendre le temps de faire retomber l'angoisse de Gérard.

Vers 17h, Camille voit que Gérard est maintenant installé chez lui, dans son logement, et pense qu'elle doit le laisser pour qu'il se confronte à cette nouvelle situation. Elle part en lui promettant de l'appeler bientôt.

Quelques jours passent. Camille est assez inquiète par l'épisode précédent qui est venu à la suite de plusieurs semaines d'une relation constructive. Elle a peu à peu la sensation d'être tenue par quelque chose de très fort dans son lien avec Gérard. Pourtant ça n'était pas gagné. Elle se rappelle du choc de leur première rencontre où il lui était apparu vraiment dégradé et isolé. De manière générale Camille, jeune professionnelle, se souvient de la très vive impression laissée par ses premiers mois dans son poste. Elle avait vraiment eu la sensation de découvrir un monde nouveau, inconnu d'elle, au contact de ces personnes en situation de grande exclusion. Elle se souvient avoir

été rapidement attirée par ce travail après un stage et malgré l'état de grande précarité des personnes qu'elle rencontrait parfois. Elle avait le sentiment de rencontrer des personnes exceptionnelles, une fois les apparences dépassées, et de vivre des moments très intenses avec elles. Mais il avait fallu tenir pour cela, et surmonter un premier mouvement de sidération, apprendre petit à petit à rentrer en relation, découvrir ce monde étranger.

Progressivement, Camille a le sentiment que la situation se dégrade. Gérard se plaint d'être installé trop loin de la ville, d'être isolé. Camille est obligée d'aller le chercher plusieurs fois pour l'accompagner en ville avant qu'il n'y arrive seul malgré ses troubles d'orientation spatio-temporelle. Elle le retrouve souvent dans des états de très forte alcoolisation avec une chambre extrêmement sale. Elle constate aussi que Gérard a pratiquement cessé de s'alimenter tout en augmentant sa consommation d'alcool. Camille a le sentiment que sa santé se dégrade mais Gérard refuse les soins. Les rendez-vous sont fréquemment ratés et Gérard n'est plus joignable par téléphone. Camille est obligée de passer plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par jour parfois, pour frapper à la fenêtre de sa chambre pour prendre de ses nouvelles. Elle l'aperçoit parfois allongé nu sur son lit, assommé par l'alcool et reste quelques minutes à l'observer le temps de vérifier sa respiration.

Nous sommes au début du mois de juin, soit un mois seulement après son entrée. Camille est très inquiète et se sent impuissante. Elle a l'impression que Gérard lui file entre les mains et qu'elle n'a plus de prise sur lui. Il n'est pas rare qu'elle rêve de lui la nuit, dans des rêves assez désagréables qui la réveillent. Elle aura aussi le sentiment, en revenant plus tard sur cette période, de s'être sentie un peu déboussolée, étrange. Une impression de décalage avec sa vie personnelle accompagnait un état de fatigue physique et divers maux somatiques (douleurs musculaires). Un sentiment d'isolement la gagnait, comme si elle ne pouvait plus partager ses difficultés avec personne. Il fallait également qu'elle fasse beaucoup d'efforts pour se rendre au travail le matin. Parfois, elle était même traversée par des idées qu'elle ne se connaissait pas : quitter son travail, partir...

Le recours à la contrainte pour sortir de l'impuissance : agir au-delà de son mandat ?

Ce sentiment d'étrangeté l'inquiète suffisamment pour la pousser à réagir. Après en avoir référé à sa chef de service, elle décide de monter Gérard de force à l'hôpital, en se montrant très insistante et en faisant fi de ses protestations, ce qui provoque leur première vraie prise de bec. Elle essaye de mettre le face à la réalité et lui dit qu'elle ne peut pas accepter qu'il se laisse mourir. Elle passe ensuite deux jours à nettoyer sa chambre qui était dans un état de délabrement extrême. Elle est

obligée de jeter de nombreux vêtements et couvertures impossibles à rattraper et de réparer le lit qui est cassé. C'est un épisode assez difficile pour Camille, au cœur de l'intimité de Gérard, et elle se demandera souvent ce qu'elle est en train de faire et si c'est bien à elle de le faire. Le sentiment que personne d'autre ne pourrait faire cela à sa place la pousse à poursuivre. Surtout, Camille a peur que les gérants de l'hôtel ne renvoient Gérard et elle ne veut pas qu'il retrouve cette situation en rentrant de l'hôpital. Malgré ses efforts pour camoufler les dégâts, Camille est obligée de négocier avec les gérants le retour de Gérard.

La sortie de l'hôpital n'offre pas l'accalmie escomptée ; la situation se dégrade à nouveau très rapidement et Camille doit accompagner Gérard à l'hôpital à deux nouvelles reprises.

Il a beaucoup maigri et ses problèmes pulmonaires se sont accrus. Camille a le sentiment que le même scénario se répète à chaque hospitalisation : l'hôpital garde Gérard quelques jours et le laisse repartir avec une prescription d'antibiotiques qu'il ne prend pas. De même, le souhait exprimé par Gérard d'entrer en cure de désintoxication est contredit par la mise en échec de deux entrées potentielles au cours de l'été. Pendant les trois mois d'été Gérard cumule les accidents domestiques et se blesse fréquemment lors de chutes. Camille est affolée par les quantités d'alcool qu'il absorbe. Chaque visite est précédée par l'angoisse très vive de le retrouver mort. Lors des hospitalisations, il y en aura trois en tout, elle va nettoyer la chambre de Gérard avec une collègue.

Les vacances d'été feront du bien à Camille, malgré une impression physique de flottement les premiers temps. Elle se sent un peu coupée de ses proches, comme dans une sorte d'engourdissement affectif. Elle a aussi parfois l'impression très fugace de sentir l'odeur de Gérard ou de l'apercevoir au coin d'une rue en promenade. Ces sensations s'estompent peu à peu.

A son retour de vacances fin août, Camille ne trouve plus Gérard dans sa chambre. Les gérants de l'hôtel ne l'ont pas vu depuis plusieurs jours et un voisin informe Camille que Gérard s'est ébouillanté les bras avec une casserole d'eau chaude avant de disparaître de sa chambre. Camille est très inquiète, elle passe son après-midi à le chercher dans toute la ville. Elle le retrouve dans un petit square, cadavérique et complètement hébété, ses deux bras infectés par la brûlure qui est devenue une plaie. Gérard refuse d'aller à l'hôpital mais accepte d'aller chez le médecin qui lui prescrit des antibiotiques. Camille sait que Gérard aura du mal à suivre son traitement et organise une entrée en urgence sur le dispositif *LHSS*⁴ de sa structure. Plus tard, elle aura la conviction que c'était ce que Gérard souhaitait : revenir sur la structure. Camille s'en voudra de n'avoir pas pris cette décision

⁴ Il s'agit de structures médico-sociales chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue, cf. www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-halte-soins-sante-LHSS-et.html.

plus tôt estimant s'être laissée déborder par une situation où elle se sentait seule responsable de sa vie. Elle estime par contre que ce sentiment de responsabilité, quoique très lourd à porter, l'a aidé à rester mobilisée et à résister à la contamination du désespoir de Gérard qui l'aurait conduit à lâcher prise comme lui, par épuisement et manque de perspective. L'entrée sur le LHSS, sans être miraculeuse, permettra à Camille de souffler un peu et de se sentir moins seule à porter l'accompagnement.

Le retour sur la structure : comment lutter contre la désillusion ?

Gérard intègre donc le LHSS au début du mois de septembre. Les premiers temps se déroulent bien, et Gérard est euphorique tellement il semble heureux d'être revenu sur la structure. Rapidement néanmoins, il montre quelques difficultés à supporter les contraintes imposées par ce cadre, notamment l'interdiction de fumer et de consommer de l'alcool dans les locaux. Le traitement médical recommence à être moins suivi. Parallèlement, une cure de sevrage est organisée pour la fin du mois d'octobre et l'approche de l'échéance semble inquiéter Gérard : il évoque la crainte de la solitude et insiste sur les fortes attaches affectives qu'il a nouées sur la structure (Camille, l'infirmière et quelques résidents du CHRS). Malgré tout, il reste motivé dans son discours pour effectuer cette cure même s'il s'alcoolise régulièrement de façon massive. Cette discordance entre le discours et les actes inquiète Camille qui n'arrive pas à imaginer que cette cure puisse bien se dérouler, ni que Gérard puisse tenir l'abstinence à sa sortie. Elle évoque avec lui des solutions qui lui semblent plus réalistes comme une démarche de réduction des risques.

L'entrée en cure : l'apaisement dans le fait d'habiter un lieu de soin

La date de l'entrée en cure arrive. Camille passe chercher Gérard à l'heure convenue mais il n'est pas dans sa chambre. Après une vingtaine de minutes d'attente, elle décide de partir à sa recherche sur l'espace public. Elle le retrouve dans un square en train de boire des bières avec des amis. Camille s'approche et engage la discussion : elle explique à Gérard qu'elle l'attend depuis un bon moment et qu'il est temps de partir. Gérard proteste et lui reproche de ne pas lui laisser le temps de dire au revoir à ses amis. Le ton monte un peu, Camille est obligée de négocier, mais Gérard accepte finalement de la suivre. Une fois les bagages chargés, Gérard et ses amis se disent au revoir dans une effusion de pleurs. Gérard continuera de pleurer pendant le trajet.

Arrivés sur place, Camille doit prendre en charge toutes les formalités, les bagages, les papiers, le contact avec les soignants. Malgré cette passivité, elle s'étonnera plus tard de la compliance de Gérard et du fait que cet accompagnement ait pu aller jusqu'à son terme.

Elle l'aide ensuite à installer ses affaires dans sa chambre, prend quelques minutes avec lui pour lui dire au revoir et s'en va après avoir discuté quelques instants avec les infirmiers.

Elle quitte Gérard avec un sentiment de colère mêlée de lassitude, colère d'être régulièrement mise en demeure de devoir tout assumer pour lui et de se voir ensuite vertement reprocher cette attitude maternelle par lui et lassitude de Camille devant la répétition de ces comportements. Camille s'est beaucoup contenue pendant cette séquence, soucieuse de préserver le bon déroulement de son admission et elle a besoin maintenant de souffler durant le trajet qui la conduit chez elle. Elle a essayé de mettre beaucoup de positif sur sa démarche en valorisant sa volonté affichée, mais en elle insiste la conviction que sans sa présence, Gérard ne se serait pas rendu en cure... La pression retombe, Camille pleure un peu sur la route du retour. Elle devra quand même retourner le voir après avoir encore une fois réglé pour lui des démarches auprès de sa banque et pour lui apporter des affaires oubliées lors du départ.

Les six semaines de cure semblent se dérouler plutôt bien. Camille passe voir Gérard une fois et l'appelle régulièrement au téléphone. Il tient un discours nuancé sur cette expérience, ne niant pas les difficultés que lui fait vivre l'abstinence mais capable aussi de reconnaître ce qu'il pouvait en tirer de bon. Camille note cette pondération dans ses propos comme un élément nouveau, étant plutôt habituée à des discours très clivés, en « tout blanc/tout noir ». Elle note aussi que c'est la première fois qu'il évoque une envie de projet, en l'occurrence retourner dans sa ville natale chercher ses outils d'artisan du bois pour se remettre à travailler. C'est en effet la première fois qu'elle l'entend formuler un souhait de ce type, même si elle le juge complètement irréaliste. Gérard s'inquiète par contre pour sa sortie comme il ne sait pas deux jours avant s'il aura une place en centre de postcure. Le manque d'anticipation l'angoisse, d'autant que l'hôpital où il fait sa cure ne souhaite pas le garder durant la transition en raison des transgressions effectuées lors de son séjour (deux alcoolisations durant des permissions de sortie). Par contre, on lui propose de l'accueillir à nouveau pour une semaine de sevrage quand il sera fixé sur la date de sa postcure. Camille n'est pas tranquille devant ce flou dans la transition entre la cure et la postcure. Elle redoute de le voir s'effondrer à nouveau durant l'intervalle, d'autant qu'il n'a pas d'autre solution d'hébergement que l'accueil d'urgence.

Néanmoins, Camille apprécie ce temps de cure comme une pause dans leur relation et un moyen pour Gérard de ralentir un peu sa consommation et de se requinquer un peu.

La sortie de cure : retour des doutes et nouvelle tentative pour établir une illusion

Nous sommes début décembre. Gérard est sorti de cure. Sans solution d'hébergement et en attente d'une place en postcure, il alterne les nuits en centre d'accueil d'urgence, chez des connaissances ou même dans la rue. Les alcoolisations massives reprennent très rapidement et le conduisent aux urgences à plusieurs reprises après des chutes. Camille, qui le sait de retour en ville, a le sentiment de « lui courir après », sans arriver à le trouver, car il ne passe plus sur l'accueil de jour où elle fait des permanences. Elle lui laisse des messages dans les différents services d'hébergement pour lui demander de passer la voir, sans succès. Un matin, Gérard passe même sur la structure pour disparaître avant que Camille ne descende de son bureau.

Elle passe ainsi plusieurs semaines à « lui courir après » sans succès, entre rendez-vous ratés et mauvaises nouvelles rapportées.

Gérard ne revient vers Camille qu'à la fin du mois de janvier, très affaibli, en mauvais état. Tentant de garder son calme, elle lui explique qu'il aurait dû confirmer sa place en postcure il y quatre jours et qu'il devrait déjà être en sevrage à l'hôpital. Gérard semble à peine comprendre de quoi elle parle. Il est complètement désorienté dans le temps, mais exprime son souhait de maintenir ce projet, comme une ultime solution. Camille réussit finalement à organiser son départ pour le lendemain après d'énergiques démarches auprès de l'hôpital. Gérard paraît rassuré et dit qu'il va passer la nuit à l'hôtel pour bien se reposer et se présenter le lendemain matin à 8H30. Ils discutent longuement, Camille essaye vraiment de le motiver, l'encourage dans sa démarche. Gérard semble convaincu et décidé, sincèrement. Camille le laisse repartir avec confiance et conviction après avoir quand même essayé de lui trouver une place sans succès avec le 115.

Aux limites de l'accompagnement : la rupture ou le dépassement ?

Le lendemain à 8H30 Gérard n'est pas là. Il arrive vers 11h, frigorifié, épuisé, affamé, complètement ivre. Camille imagine un instant l'accompagner aux urgences mais elle a peur qu'il s'en enfuie, comme à son habitude. Elle installe donc Gérard à l'écart dans un petit salon pour qu'il se réchauffe et se restaure mais aussi pour éviter qu'il ne parte sur un coup de tête dès qu'elle aurait le dos tourné. Elle appelle ensuite de son bureau le centre de sevrage pour tenter de négocier tout de même son admission et y parvient non sans avoir longuement insisté à nouveau. A son retour vers le

petit salon, elle trouve Gérard en train de boire au goulot d'une bouteille de rosé. Camille contient sa colère et lui demande de lui remettre sa bouteille en lui expliquant qu'il ne pourrait pas être admis complètement saoul au centre de sevrage. Gérard refuse. Camille craque. Elle lui dit avec beaucoup de ressentiment qu'elle remue ciel et terre pour lui depuis la veille pour qu'il soit accepté là-bas, pour trouver quelqu'un pour l'accompagner au centre à une heure de route et que le minimum serait qu'il y arrive dans un pas trop mauvais état. Elle lui dit de prendre le contrôle de sa situation et d'arrêter de mettre en péril tout ce qu'elle avait eu bien du mal à mettre en place et que de toutes façons elle n'a que cette solution à lui proposer. Elle termine très en colère en lui disant qu'elle a très peur pour sa vie. Gérard regarde Camille, un peu sidéré et accepte de lui donner sa bouteille. L'atmosphère se détend en attendant l'infirmière qui doit accompagner Gérard et il part pour le centre vers quatorze heures.

Une semaine plus tard, Gérard intègrera le centre de postcure pour une durée de trois mois.

Retour vers le lieu de soin : épilogue et horizon de l'accompagnement

Camille parle à Gérard au téléphone dix jours après son arrivée. Il est très content du centre, se sent bien entouré et commence à préparer sa sortie avec l'assistante sociale vers un CHRS hors alcool éventuellement.

Les premières semaines, Gérard est dans une sorte d'euphorie qui diminuera progressivement. Camille apprend par l'assistante sociale que Gérard a fait une crise d'épilepsie fin février mais il ne lui en parle pas.

Gérard confie à Camille le fait qu'il a écrit à son fils avec qui il a peu de contacts pour lui demander de ses nouvelles et récupérer le numéro de téléphone de sa fille qui vit dans une grande ville de la région et dont il est assez proche. Il a égaré son numéro lors de son dernier séjour à la rue. Camille retrouve le numéro dans un de ses dossiers et le lui transmet lors d'un de ses appels.

Camille juge cette postcure comme un événement très positif pour Gérard et note sa capacité à se re-projeter dans l'avenir et la meilleure cohérence de ses projets.

La distance lui permet de retrouver un lien plus tranquille avec Gérard qu'elle accompagne depuis maintenant un an, elle prend plus de plaisir à l'écouter. Gérard se confie plus, raconte sa vie là-bas même s'il ne prend jamais l'initiative d'un coup de fil à Camille. Il lui demande de ses nouvelles à chaque appel et raccroche à chaque fois en lui disant de prendre soin d'elle.

Commentaires :

Nous avons choisi de placer ce récit en ouverture du rapport en ce qu'il est paradigmatique des pratiques d'accompagnement que nous nous sommes attachés à observer et modéliser. Il illustre de manière très condensée les difficultés qui peuvent être rencontrées dans ces pratiques, à court, moyen ou long terme, tant du côté de l'accompagné que de l'accompagnant.

Du côté de l'accompagné se pose avec force la question de l'habiter dans les problématiques relatives à la grande précarité. Ce récit illustre avec intensité les difficultés rencontrées dans le parcours de retour vers le logement, leur aspect hétérogène, parfois discordant. Il vient souligner la complexité de tels parcours et soulève l'interconnexion de dimensions jusqu'alors dissociées : santé, logement, rapport sociaux, addictions...

Du côté de l'accompagnant, la pratique professionnelle est poussée à ses limites : limites éthiques dans l'intervention mais aussi limites personnelles, résistance individuelle face à ce qui se donnerait comme une altérité irréductible, insaisissable. On voit bien ici comment l'humanité du professionnel se trouve prise dans l'accompagnement et à quel point elle est sollicitée pour maintenir le lien en dépit de l'alternance des moments constructifs et destructeurs. Nous voyons aussi se profiler la question du cadre de ces pratiques : jusqu'où faut-il aller au nom du lien ? Comment qualifier ces moments, véritables épreuves, où le professionnel semble faire voler en éclat les limites de son champ d'intervention ? Faut-il légitimer cette plasticité de l'accompagnement et si oui, comment l'inclure dans le cadre institutionnel de l'accompagnement, du travail social afin qu'elle ne mène pas vers de pures actions individuelles auto-légitimées ?

Dans le lien se déploie toute la problématique de « l'hébergement dans une relation humaine, » comme première place à réinvestir dans le parcours d'accompagnement vers le logement. Si Gérard ne sait pas où il habite, s'il est désorienté, Camille est habitée par Gérard, et éprouve les effets de cette présence d'un autre en soi. Nous aurons à tirer les fils des questions soulevées par ce modèle et à interroger les conditions d'effectivité de ces pratiques « non conventionnelles » en termes de dispositif, de moyens, d'étayage réflexif.

L'horizon de notre démarche réside dans la volonté de mieux formaliser ces pratiques afin qu'elles déploient toutes leurs potentialités créatives dans les meilleures conditions d'exercice qui soient, dans une perspective durable et humaine.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE LA RECHERCHE

1. Introduction

Le cas de Gérard est typique d'un certain type d'accompagnement des personnes sans abri : l'accompagnement social de proximité lié au logement. Ces pratiques encore mal connues, en particulier dans leur rapport à la santé et aux soins méritent d'être étudiées et formalisées. Ce rapport propose une théorisation, des outils pour penser la relation d'accompagnement et pour mieux l'appréhender à partir d'une meilleure connaissance des enjeux de soin dans le contexte d'un projet d'habiter quelque part pris dans une nécessaire intersubjectivité parfois douloureuse.

Cette recherche-action inter régionale est le fruit d'un dialogue permanent entre les associations « au front » de l'accompagnement social des personnes issues d'un long parcours de rue avec les représentants des services déconcentrés de l'État dans ses dimensions sociales et sanitaires (ARS⁵ et DRJSCS⁶). A partir de leur préoccupation concrète et commune pour l'accès durable au logement pour des personnes précaires, l'ONSMP-ORSPERE engage une démarche heuristique qui articule l'accompagnement social, les problématiques de santé et d'habiter.

La présente recherche s'inscrit dans l'exploration de l'habiter pour les personnes en situation de précarité dans la continuité d'autres travaux de l'équipe de l'ONSMP-ORSPERE (cf. annexe n°3) où les praticiens de première ligne initient et contribuent à l'expertise du problème. Dans ce sens, les travaux de l'ORSPERE-ONSMP ont permis de préciser la cohérence psychodynamique et sémiologique de la clinique psychosociale depuis le rapport *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale* en 1999 sous la direction de J. Furtos et C. Laval⁷, avec des effets transversaux sur un grand nombre d'intervenants du champ social et médico-psychologique.

Il s'ensuit un champ très ouvert à explorer du côté des aspects transnosographiques de cette clinique, de ses effets pragmatiques et des conduites à tenir.

S'inscrivant dans cet ensemble, la présente recherche vise à **explorer l'appropriation du projet de logement (ou de relogement) en relation avec l'incidence des demandes de soin concernant les**

⁵Agence Régionale de Santé

⁶Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale.

⁷Pour des références plus récentes, voir aussi J. Furtos, 2008, *Les cliniques de la précarité*, Elsevier Masson SAS.

personnes en grande précarité dans le cadre de l'accompagnement au logement ; elle vise aussi à explorer certains signes du syndrome d'autoexclusion (J. Furtos, 1999) liés à l'habitat dans une société à précarité croissante.

1.1. Origine du projet de recherche

Ce projet de recherche-action est un effet direct de la journée inter régionale Rhône-Alpes – Auvergne du 26 juin 2008 à Bron sur le thème « Santé mentale et précarité⁸ – Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement ». Au cours de cette journée, et notamment dans l'atelier « habitat précaire et rue », des praticiens centrés sur l'accompagnement vers l'habitat des personnes issues d'un long parcours d'errance, se sont réunis afin de partager leurs observations et difficultés de terrain. Ce travail collectif a fait naître chez certains d'entre eux le souhait de théoriser leur pratique d'accompagnement et d'approfondir certaines questions cliniques soulevées à l'occasion des échanges. Notamment, la pratique de « l'accompagnement de proximité » telle qu'elle se pratique au Diaconat Protestant de Valence est à l'origine de ce souhait de théorisation. Cet accompagnement n'est ni strictement social, ni strictement psychiatrique, mais se compose dans un entre-deux à mieux cerner. Depuis 6 ans, cette pratique du Diaconat fait appel au « prendre soin », différent d'une technique de soin.

A partir de cette interpellation du Diaconat Protestant de Valence, ce besoin de théoriser les pratiques regroupe d'autres associations et dispositifs d'accompagnement social et aux soins pour des publics sensiblement similaires. Un petit groupe de professionnels de l'accompagnement des grands précaires a pu commencer à penser les modalités d'une recherche-action en collaboration avec l'équipe de recherche de l'ONSMP-ORSPERE⁹.

⁸ Journée organisée par les DRASS Auvergne et Rhône-Alpes sous la responsabilité scientifique de l'Orspere dans le cadre du plan Santé Mentale.

⁹ L'expérience des recherches antérieures montre que notre méthodologie nécessite une interpellation du terrain des pratiques (toujours à reformuler). Les demandes initiales portaient sur trois besoins : celui de reconnaître le travail d'accompagnement personnalisé, celui de valorisation d'une pratique sociale spécifique et celui de théoriser cette pratique par une méthode scientifique et des apports de disciplines autres que sociales ainsi que par la mise en commun des connaissances des praticiens du lien social de l'extrême.

Le point commun aux recherches-actions déjà effectuées concerne la méthodologie. Leur réalisation nécessite différentes étapes incontournables :

- interpellation de l'ONSMP-ORSPERE par un tiers institutionnel ou par les praticiens de terrain ;
- reformulation des problèmes posés en interne et mise en place d'un comité de pilotage ;
- élaboration d'un champ de préoccupation commun aux professionnels et aux chercheurs ;
- élaboration d'objectifs, d'une méthodologie et d'outils spécifiques ;
- planification d'un calendrier
- restitution des travaux aux acteurs engagés et aux partenaires de la recherche et journées d'études ouvertes à un public élargi

1.2. Contexte général : moment de remaniement des politiques publiques et des administrations

Au cours de cette étude, un changement politique encadrant les pratiques a influencé les résultats : depuis 2009, la stratégie nationale pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées s'intègre dans le chantier national prioritaire 2008-2012 initié par le Premier Ministre dont le principe du « logement d'abord¹⁰ » constitue le fil directeur.

Ces politiques publiques sont venues donner une impulsion générale à un mouvement déjà engagé dans de nombreux sites du travail social en France où le logement autonome était déjà visé pour des personnes SDF à condition d'un accompagnement adapté, c'est-à-dire intense et inscrit dans un partenariat professionnel. C'est le cas du service d'accompagnement à l'origine de cette recherche et d'autres services qui ont rejoint la démarche de recherche. Centrée d'abord sur ce premier service, l'observation des pratiques s'est ensuite élargie à d'autres sites où l'accompagnement au logement est une visée principale au sein d'un accompagnement global. **Il s'agit bien dans la présente étude d'explorer les contours de cette pratique audacieuse.**

A cette occasion, nous verrons que les catégories de l'action publique « housing first » et logique d'accès au logement par paliers successif « en escalier » ne sont pas pertinentes pour différencier les pratiques, c'est pourquoi nous proposerons de les distinguer à partir de deux modes de suivis, l'un **référé au lieu et l'autre référé à la personne** (cf. Chapitre 3).

Les pratiques professionnelles observées s'appuient sur un accompagnement social global, personnalisé, dont le logement ou le relogement est un des aspects centraux, mais non moins aussi important que celui de la santé. Le redéploiement des services décentralisés de l'Etat dans sa nouvelle partition entre santé et social ne rend pas compte de cette logique d'accompagnement qui lutte contre la segmentation du traitement des problématiques. C'est pourquoi on relève un fort mouvement¹¹ de demande de reconnaissance de la spécificité de ces accompagnements avec la multiplication de tentatives de clarification, de théorisation des pratiques dans lequel s'inscrit cette recherche.

L'ONSMP-ORSPERE est également particulièrement attaché à l'idée qu'une collaboration scientifique entre le champ de la psychologie et celui de l'analyse sociologique est susceptible d'offrir un éclairage heuristique à une problématique de travail social, d'action sociale qui croise la problématique du soin. Le regard pluridisciplinaire mis en œuvre dans cette recherche pose un regard attentif aux demandes de terrain.

¹⁰cf. la Circulaire n°DGCS/DGALN/DHUP/USH/2010/247 du 19 juillet 2010 relative à l'accompagnement vers et dans le logement, www.developpement-durable.gouv.fr

¹¹Citons pour exemples, *Le livre blanc de l'accompagnement social* de la FNARS, 2011, Paris, Editions de l'Atelier/Editions ouvrières, la promotion du « Logement accompagné » comme cœur de métier par l'UNAFO, notamment diffusée dans le magazine *action Habitat*, n°29, printemps 2011.

Cette recherche traverse donc la problématique de l'évolution du travail social, de ses extensions et de ses limites. Les pratiques observées indiquent les dimensions extrêmes du travail social qui bousculent l'identité professionnelle des intervenants et rendent compte d'un processus lié à l'efficacité professionnelle. Celle-ci fait évoluer les métiers à partir d'une série d'expériences qui dépassent les normes traditionnelles de l'accompagnement sans être transgressives au sens commun du terme, et deviennent légitimes. L'histoire des groupes professionnels définit ce qui est permis, ce qui ne l'est pas, la spécificité du métier. Nous verrons ainsi comment l'institutionnalisation des pratiques permet de mieux les valider, de les légitimer et ainsi de contribuer à les reconnaître.

1.3. Habiter, se loger, être hébergé, avoir un chez soi

Habiter semble naturel, évident et pourtant si difficile à définir. Si cette expérience est commune à chacun, celle de l'impossibilité d'habiter reste à discuter. Chaque discipline scientifique se saisit de cet objet qu'est l'habiter sans qu'aucune ne puisse en revendiquer l'exclusivité.

Cette recherche, centrée sur la construction d'un chez soi dans un accompagnement social global pour des personnes en mal d'habiter, n'échappe pas à la nécessaire, mais complexe, définition de ce qu'est l'habiter¹², œuvre typiquement humaine en tant que processus de localisation de soi dans un espace légitime et vivant.

De très nombreux travaux de références pourront nourrir la réflexion de chacun. Cependant, notons quelques repères pour cette recherche.

Habiter, c'est l'action du sujet humain sur un lieu et sur des objets pour en faire son enveloppe, son habit, ses habitudes. De l'étymologie¹³, nous retiendrons le sens du verbe latin *habitare*, issu lui-même du verbe *habere* qui a donné avoir, habiter, habitude et habit.

Habiter un espace, c'est habiter son corps, son histoire et son désir, sa parole dans un sentiment d'unité et de continuité d'existence.

Habiter, ce n'est pas seulement se mettre à l'abri ou avoir un toit sur la tête, c'est investir un espace comme un « chez soi », ce qui sous-entend « mettre de soi » en un lieu et dans des objets ce qui est

¹²Pour aller plus loin, cf. le travail de Perla Serfaty-Garzon et notamment : 2003, *Chez soi, les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin/SEJER.

Sur la notion de territoire (G.N. Fischer, 1992) qui vient de l'éthologie : disposer d'un territoire et maintenir une certaine distance par rapport à autrui. Il existe donc des comportements territoriaux comme chez les animaux, sauf que ces comportements ont ici une valeur psychique et non plus biologique (rôle de l'urine). Cf. également, Fernandez-Zoila A., 1987, *Espace et psychopathologie*, Paris, PUF, 135 p.

¹³Pour une étude approfondie de l'étymologie du verbe habiter, se référer au travail de Lucie Girardon, 2011, *La place de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*, Thèse de médecine, Université C. Bernard, consultable sur www.orspere.fr.

différent d'être logé ou hébergé. Habiter, c'est **aussi un processus psychique** (pour partie inconscient) nécessaire à tout investissement qui nécessite d'abord de l'énergie psychique, un accompagnement administratif et matériel, mais aussi un accompagnement social et psychologique dans certains cas.

Très concrètement, l'habitat, c'est un lieu où mettre ses habitudes. Les gestes habituels et le mode d'être de l'habitant sont la marque propre et l'empreinte dans la maison. Si l'intérieur de l'habitat reflète notre espace intime, c'est que la « maison » se déploie à partir d'un for intérieur.

C'est donc une notion d'action sur un espace, avec la marque de seuils, d'ouverture et de fermeture pour définir l'intérieur et l'extérieur dans un processus de territorialisation. Mais pour des sujets « en errance », c'est le trajet répété, habituel qui incarne les habitudes dans des non-lieux fixes. Dans ce cas, le trajet est investi comme lieu¹⁴ (avec tous les aléas de l'appropriation).

Comment habiter sans logement? Peut-on ne pas habiter un logement? La question reste ouverte : qu'est-ce qui permet aux personnes de « se poser » pour reprendre les termes des accompagnants ? Est-ce possible dans un hébergement à durée déterminée et courte, est-ce uniquement dans le cadre d'un contrat locatif... est-ce lié à des qualités minimales de l'espace habité en terme de taille, de confort...

La problématique de la possibilité de s'approprier un lieu relève de tous ces critères mais dans une alchimie propre à chaque personne. Certaines d'ailleurs seront dans l'incapacité de s'approprier un lieu fut-il tout disposé à cela (temps long, confort minimum, accompagnement adéquat...).

Dans cette recherche, l'habiter sera observé et décrit selon 4 zones (cf. schéma n°1) : la relation d'accompagnement, l'investissement du logement, la santé dont la santé mentale, les arrangements ordinaires de la vie quotidienne. En somme, habiter n'est pas seulement le rapport au logement (une seule zone sur 4). Nous observerons des accompagnements non linéaires, traversés par des contradictions, notamment à travers l'investissement convergent ou discordant de ces zones : on peut aller bien ou mal et investir un logement, un logement peut être investi de manière paradoxale.

¹⁴cf. V. Colin, 2002, *Psychodynamique de l'errance, traumatismes, fantasmes originaires et mécanisme de périphérisation topique*, Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.

1.4. Croisement d'une problématique de l'habiter avec une problématique de santé et logement

Certaines études sur le sans-abrisme, l'errance ou l'itinérance considèrent la problématique « santé » comme un élément à la source du problème ou comme facteur entravant la sortie de la rue. Cette recherche contient un implicite de base : il existe un lien entre habiter et santé dans le sens où, pour certaines personnes, il n'y a pas qu'un problème de logement (comme ce peut être le cas des « mal logés »), mais un problème d'habiter qui entrave une possibilité de soin.

Il ne s'agit pas pour autant d'attribuer les causes de ce problème d'habiter à la personne, à sa seule responsabilité, mais bien d'intégrer ces problèmes dans le contexte de la société avec la nouvelle pauvreté, la réalité des modifications des liens familiaux, le développement de l'assistance, l'affaiblissement des liens de solidarité, la précarité ambiante... et leurs effets sur les individus avec leur histoire et leur vie psychique.

On pourrait dire que lorsque s'exprime l'inorganisé du sujet, c'est soit sur le support de l'habiter (avec à l'extrême, l'incurie dans l'habitat), soit sur le support du corporel et du psychique (santé mentale) avec les troubles de la santé et les hospitalisations qui s'ensuivent. L'intérêt est de repérer comment l'expression du symptôme passe de l'un de ces supports à l'autre.

Cependant, pèse sur cette recherche le risque d'être catégorisée comme tendant à sanitiser¹⁵ un problème politique et social par recodage en termes de problématique de santé un problème social et politique. Or, dans cette recherche, les processus sociaux sont intégrés. La santé peut même y être envisagée comme un objet commun investi socialement qu'il faut avoir ou qu'on peut craindre de perdre dans une société précaire au même titre que d'autres objets sociaux (le travail, le logement, le statut...).

La santé est-elle un objet social?

Au même titre que le travail ou le logement, la santé est-elle un objet social c'est-à-dire, comme J. Furtos le propose, un objet socialement investi sur lequel pèsent les effets de la précarité : on a peur de la perdre quand on l'a, jusqu'à l'obsession de la perte ? Dans ce cas, comme pour le travail ou le logement, l'individu a un rapport plus ou moins précaire à sa santé. La santé serait, au même titre que les autres objets sociaux, investi par la société comme étant quelque chose à avoir. On peut avoir de plus ou moins bons rapports avec sa santé, on peut la perdre ou au contraire en jouir, en profiter.

Selon cette proposition, le rapport que la personne entretient avec sa santé pourrait être mesurable. Cette distance (plus ou moins grande) pourra être comparée avec ce que l'accompagnant porte à la place du sujet.

¹⁵D. Fassin, 2000, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 95-116.

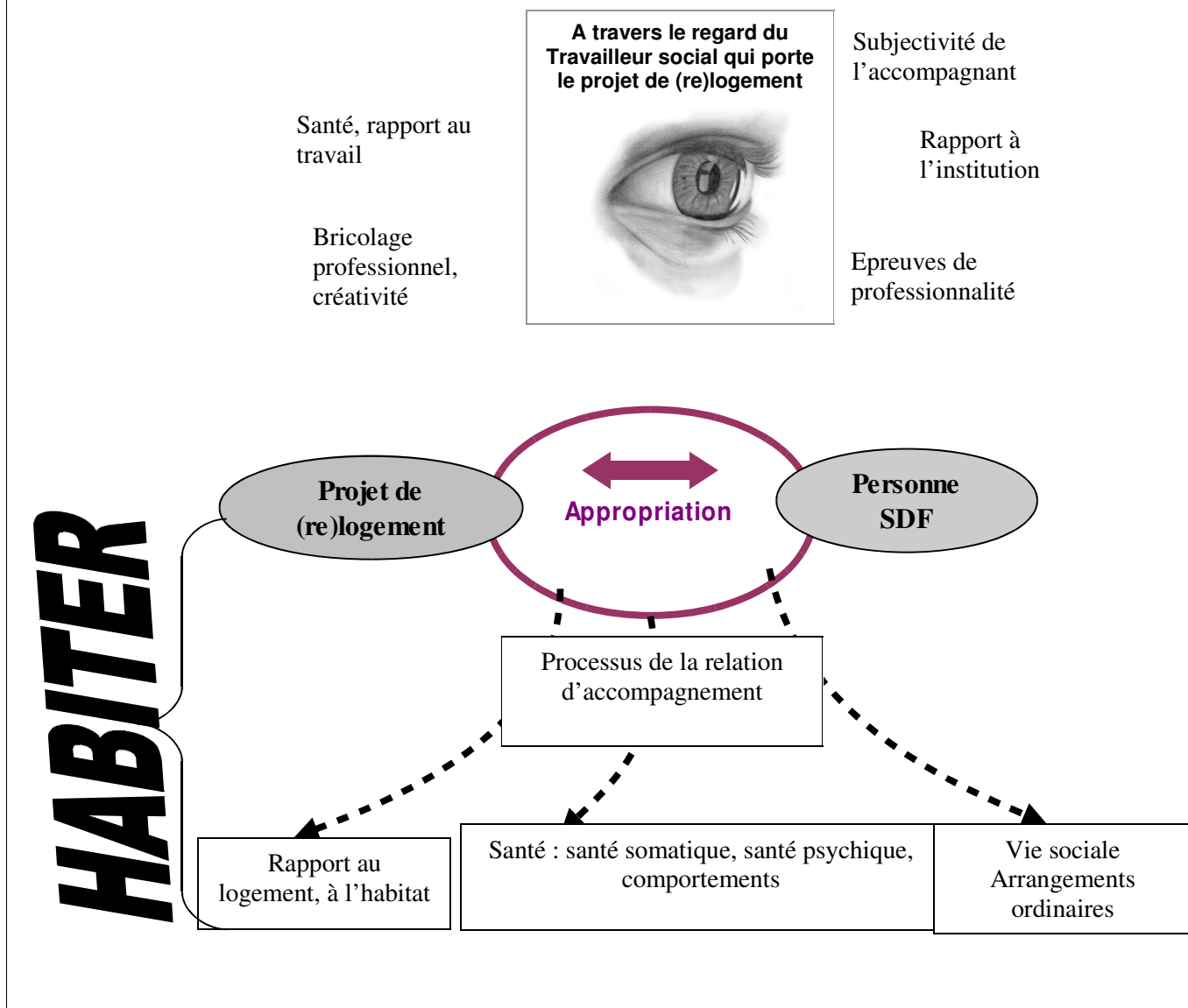
1.5. Explorer l'appropriation du projet de logement à travers le regard du travailleur social (cf. schéma n°1)

L'enjeu de cette recherche-action est d'explorer l'appropriation du projet de logement (ou de relogement) pour des personnes vivant à la rue à travers un accompagnement psychosocial de « proximité » au cours duquel des événements de santé apparaissent. L'exploration de ces complications de santé (somatiques et psychiques) permettra d'améliorer l'accès aux soins psychiques et de favoriser ainsi une meilleure stabilisation dans l'habitat. En outre, cette recherche pourrait aussi donner des informations sur des modalités partenariales efficaces et dans un autre registre nous renseigner sur les multiples formes de construction du « chez soi ».

Ces modalités d'intervention sous forme d'accompagnement en proximité avec « l'utilisateur-client » occupent une position centrale dans le champ de la prise en charge des sans-abris au côté des dispositifs d'accueil, de l'urgence et de l'hébergement d'urgence.

Cette recherche-action propose des repères théoriques pour déplier cette relation de proximité plus particulièrement dans ses composantes psychologiques et voir comment au sein de cet accompagnement global s'articulent les problématiques de logement et de santé.

Schéma n°1: Explorer l'appropriation du projet de (re)logement



2. Observation et intuition des professionnels : complications de santé suite à l'accès au logement

Notre démarche de recherche prend sa source dans l'intuition des professionnels fondée sur leur pratique quotidienne d'accompagnement de proximité avec des personnes sans abri. Elle pourrait se formuler ainsi:

Des symptômes somatiques et / ou psychiques apparaîtraient de manière remarquable en rapport avec l'entrée dans le logement d'une personne ayant un long parcours d'errance.

Les professionnels de l'accompagnement au logement observent une apparition de la demande de soins (somatiques et/ ou psychiques) chez les personnes issues d'un long parcours de rue (SDF) quelques temps après leur installation dans un logement personnel (hors hébergement d'urgence ou à durée déterminée) qui peut se manifester soit directement à l'occasion d'un accident, d'une chute ou d'une décompensation, soit indirectement, et plus fréquemment, par le souci de l'accompagnant (demande « portée »).

Les professionnels ont **l'intuition que la relation intersubjective prime sur le logement**, et du coup, pour certains, l'accès au logement peut se présenter comme le risque de perdre le lien d'accompagnement.

Les complications de santé, à authentifier en tout premier lieu, seraient le signe de la nécessité de prolonger l'accompagnement social même après l'accès au logement, même si cet objectif premier est atteint.

Mais il convient d'abord de valider ou non, l'intuition des professionnels: ces complications de santé sont-elles avérées? Et si tel est le cas, comment comprendre leur apparition et comment y répondre ou les intégrer dans l'accompagnement?

2.1. Hypothèse : s'installer dans un logement nécessite une réorganisation psychique potentiellement critique

Si ces symptômes somatiques et/ou psychiatriques sont avérés, sont-ils le signe d'une rupture de l'homéostasie biopsychosociale construite dans la vie à la rue, indicateur d'un moment de potentialité et en même temps de fragilité psychique comme dans toute crise ? L'émergence de ces symptômes serait rendue possible à partir du moment où les besoins primaires sont satisfaits et dans une relation engagée avec un professionnel. Dans ce cas, ces symptômes seraient « attendus » dans

le travail d'accompagnement de proximité. Le professionnel en charge de cet accompagnement pourrait intégrer cet aléa dans le parcours non comme une catastrophe, mais plutôt **comme un temps de fragilité où le « prendre soin » devient pour un temps un accompagnement au soin.** Le diagnostic des pathologies serait en relation avec une capacité de diagnostic améliorée par l'accompagnement social, occasionnant ainsi la consolidation du partenariat avec les soignants. Dans ce cas, l'accompagnement vers le logement pour ce public doit faire reconnaître la nécessité de la présence d'un accompagnement spécifique une fois la personne logée, comportant une dimension non seulement sociale mais aussi psychologique qui n'est pas réservée aux seuls spécialistes du psychisme, incluant un partenariat obligé avec la médecine somatique et psychiatrique.

L'apparition de symptômes somatiques et/ou psychiatriques suite à l'entrée dans le logement serait donc à comprendre comme une manière de survivre face à l'inorganisé si et seulement si cette mise en danger devient visible pour un autre.

2.2. Pistes pour vérifier cette hypothèse

- La première piste de recherche devra **vérifier de manière quantitative cette intuition** des travailleurs sociaux sur l'apparition de symptômes somatiques et /ou psychiques suite à l'entrée dans un logement pour le public visé.
- **Repérer si possible des phases dans le processus d'appropriation du projet de (re)logement** des personnes issues d'un long parcours de rue dans ses dimensions sociales et psychologiques. A travers les allers retours, les différents mouvements que vit la personne accompagnée et ceux que traverse le travailleur social, peut-on repérer des phases ? Peut-on repérer des paliers dans l'appropriation du logement : logement protégé, investi, personnalisé de matériel... Le repérage de phases dans l'accompagnement devrait aussi pouvoir aider à se « désagripper », autrement dit à répondre à la question de la fin de l'accompagnement. Comment arrêter l'accompagnement, quel relais possibles ?
- **Mieux discriminer les comportements témoignant d'une appropriation positive du projet de logement des comportements relevant d'une résistance à ce projet** à partir de

repères co-construits entre les approches sociologiques et psychiatriques sur le sens de ces comportements.

- Dans l'objectif de théoriser la pratique relationnelle de l'accompagnement psychosocial dit de « proximité » **en définissant les attendus de ce genre d'accompagnement**, les compétences relationnelles et personnelles invoquées et les équipements nécessaires en termes de formation initiale et complémentaire ainsi qu'en termes de soutien à la pratique. Il s'agit aussi d'intégrer l'accompagnement aux soins comme un souci ordinaire de la clinique psychosociale. L'objectif est de produire une conceptualisation qui contribue à une théorie des pratiques dites extrêmes par l'observation et la compréhension des expériences vécues.

Le traitement de ces questions a nécessité la mise en place d'un dispositif de recherche conséquent alliant méthode quantitative et qualitative qui doit être explicité. C'est pourquoi avant de présenter les résultats, le chapitre suivant détaille les perspectives méthodologiques retenues et le matériel collecté pour l'étude.

CHAPITRE 2: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, SON DEROULEMENT, SES OUTILS

1. Quel est le public¹⁶ visé par cette recherche?

Le public qui est concerné est par définition sans domicile et a un parcours chaotique au niveau du logement entre autre.

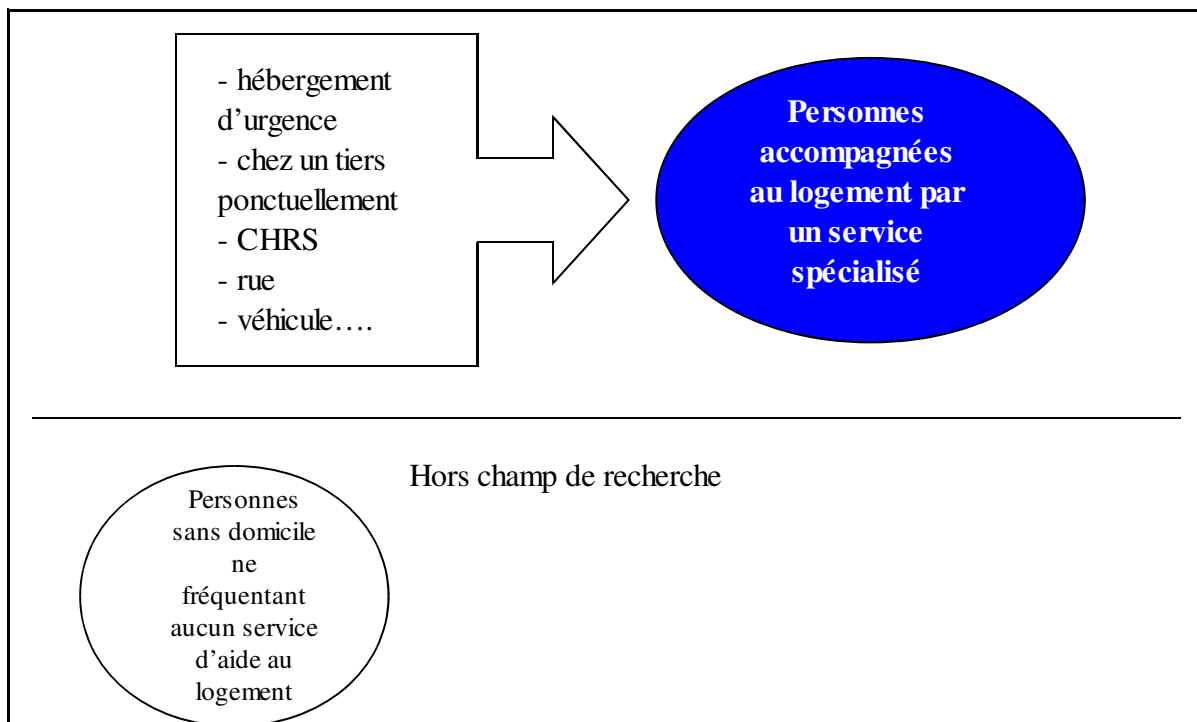
Il semble impossible de définir a priori les caractéristiques d'un public qui reste hétérogène dans sa composition sociologique et dans son mode de vie, c'est pourquoi nous nous appuyons sur la sélection que font les structures impliquées dans la recherche. **Ainsi, nos critères de sélection du public cible sont les critères d'inclusion et d'exclusion des services spécialisés dans l'accompagnement au logement engagés dans cette recherche.**

Cette question de la définition du public pour la recherche rencontre la problématique habituelle des structures associatives, ou autre, pour définir le public ciblé par leurs actions. Ces critères de sélection des structures, définis théoriquement, présentent une grande variation dans la réalité de la pratique et peuvent varier en fonctions des situations ou des interpellations des partenaires. Dans les faits, il y a une inclusion ou une exclusion qui s'opère. La recherche s'appuiera donc sur ce choix.

Par ailleurs, si une partie des « personnes en errance » passe dans les structures, une autre partie reste invisible. Donc, cette seconde partie de la population sans domicile fixe échappe logiquement à l'étude. Il n'y a pas de groupe témoin sur les non inclus de la recherche par définition méthodologique.

¹⁶ Nous renvoyons le lecteur à l'annexe n°2 pour une synthèse des problèmes de définition du sans abris et les questions politiques qui s'y rattachent.

Schéma n°2 : Le public visé par cette recherche



Aussi pour des raisons de faisabilité et de lisibilité et par cohérence avec la définition de la recherche qui porte sur l'accompagnement au logement, nous décidons d'exclure de l'observation, l'habitat dans la rue, l'hébergement d'urgence du type asile de nuit et l'hébergement collectif (type dortoir).

La définition du public¹⁷ de cette étude s'appuie sur celle des services d'accompagnement au logement spécialisés pour des personnes issues d'un long parcours de rue. La « rue » renvoie dans ce sens à tout le système lié à l'hébergement précaire, même chez un tiers, c'est-à-dire sans lieu de vie identifié comme personnel et domiciliant.

Le détail des échantillons sera présenté dans le chapitre suivant.

¹⁷La population visée par cette étude concerne les personnes vivant dans la rue ayant déjà un parcours de rue dont le score EPICES se situe entre 80 et 100 par définition du contexte.

2. Quelles sont les pratiques et les praticiens de cette recherche ?

2.1. L'accompagnement de proximité

Cette recherche-action part de la demande de théorisation d'une pratique sociale spécifique appelée « accompagnement de proximité¹⁸ ».

L'accompagnement de « proximité » est le nom d'un type d'accompagnement tel qu'il se pratique au Diaconat Protestant à Valence et qui comporte des caractéristiques communes à de nombreux accompagnements mis en place pour des personnes en difficulté pour habiter (au-delà d'investir un logement) et ayant une expérience marquante de la vie à la rue.

Cet accompagnement est généralement mené par des travailleurs sociaux au sens du Code de l'action sociale et familiale, principalement des assistants de service social ou des éducateurs spécialisés, plus rarement des psychologues embauchés sur des postes de travailleur social.

Que recouvre cette pratique ?

Emmanuelle Gouyet a mis en place cet accompagnement expérimental au départ sur Valence centre et elle décrit ainsi son travail : « La spécificité de cet accompagnement est qu'il prend en compte l'ensemble des besoins des personnes et s'adapte au fur et à mesure de leur évolution sans limite dans le temps. L'accompagnement est transversal, mobile et en lien avec les différents partenaires » (*Comment habiter dans la cité? Difficultés, partenariats, accompagnements*, actes de la journée interrégionale, 2008, p.111). « L'action de ce dispositif se situe dans la présence, dans le souci qu'on leur porte sur leur devenir, sur leur avenir afin qu'ils puissent se l'approprier à un moment donné » (E. Gouyet, 2008, p. 114). Cette pratique entre dans le champ des pratiques au plus près des besoins du sujet, en fonction de sa singularité dans la tradition du « travail social individualisé ».

Ces praticiens, « au front du social » pour reprendre une expression de Jacques Ion, témoignent de leur démarche active, sans attendre la demande, mais au contraire dans une finesse clinique à interpréter les signes d'une demande ou du moins d'un besoin en attente. « Se rapprocher¹⁹ », « aller vers²⁰ » sont des formulations imagées et pertinentes pour donner forme aux mouvements du travailleur social envers « l'usager » devenu une « personne ». La « proximité » attendue dans la relation avec « l'accompagné », condition de l'accompagnement et de la relation de confiance du travail, exacerbe la sensibilité à l'autre. Ce partage de sensations, de vécus, de pensées, à l'image

¹⁸Au cours de l'étude, cet accompagnement sera défini comme « accompagnement de proximité lié au logement ».

¹⁹I. Astier, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.

²⁰F. Mathieu, 2011, « Aller-vers les sujets SDF, perspective clinique », *Trouvons-Créons nos pratiques cliniques*. www.psychopole.org.

d'un bain commun, est le lieu d'exercice d'une « veille » sur la santé au sens large de l'accompagné à condition de rester solidement amarré²¹ à l'institution employeur.

2.2. Homogénéité des terrains de pratique

D'autres terrains de pratique se sont reconnus dans cette approche au plus près de la personne, incluant le « prendre soin », un accompagnement global et une visée de logement ordinaire en accès direct pour des personnes ayant un parcours chaotique d'hébergement « issu d'un long parcours de rue ».

Les services participants à l'étude:

Pour la première phase de l'étude, le recueil de données a eu lieu :

- Service d'accompagnement de proximité lié au logement, Diaconat Protestant, Valence (Drôme)

- Service d'accompagnement et d'orientation (SAO), Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire),

Pour la deuxième phase, le recueil s'est élargi avec :

- Services d'accompagnement et d'orientation de Tournus et de Mâcon, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire),

- Places de stabilisation, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire)

- Accompagnement post-CHRS, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

- CHRSUrgence, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

- 4 Unités d'hébergement (pensions de famille, résidences sociales), AATES, Montoulivet, Saint Pierre en Faucigny, Sallanches, Annecy, (Haute-Savoie)

- ADVL (accompagnement dans et vers le logement), AATES (Haute-Savoie)

- Accueil de jour, Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire)

- Dispositif d'accompagnement de proximité Parabri, Association Parenthèse, Toulaud (Ardèche).

Les professionnels de ces services ont participé régulièrement au processus de recherche avec d'autres services dans le cadre du « groupe ressource » constitué pour cette recherche-action et présenté plus loin.

Une certaine homogénéité des contextes locaux se dégage autour de la notion de ville moyenne. Cependant, il est important de rappeler que les terrains et les contextes locaux restent particuliers. Par exemple, à Valence, au sein du Diaconat protestant, il est possible de rencontrer une infirmière, ce qui représente un outil précieux pour l'accompagnement aux soins et oriente les accompagnements au logement. Au Puy-en-Velay, le FSL (Fond Solidarité Logement) est la porte d'entrée et ne s'adresse pas aux jeunes. Les outils sont différents selon les contextes et vont influencer sur l'accompagnement au logement. De même l'offre de logement, d'hébergement variera selon la spécificité locale: contextes géographiques, réseau, équipements.

²¹Pour le lien d'amarrage, se référer aux travaux de Colette Pitici, 2006, *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, Thèse de Doctorat, sous la direction du Pr. A. Ferrant, Université Lumière Lyon 2 et 2008, « Errances et amarrages », *Le Journal des psychologues*, T. 10, n°263, pp. 55-58.

3. Quelle approche méthodologique?

3.1. A travers le regard du travailleur social (cf. schéma n°1)

La recherche s'appuie sur le regard du travailleur social qui porte le projet de (re)logement, à travers sa santé, son rapport au travail, son bricolage professionnel, sa créativité, sa subjectivité et son rapport à l'institution. C'est d'abord à travers le processus de la relation de l'accompagnement que l'on accède au rapport au logement et à l'habitat de la personne, à sa santé au sens large qui intègre la santé mentale et à la zone de sa vie sociale, et à ce que l'on appelle couramment les arrangements ordinaires (paiement de loyer, les factures d'eau et d'électricité...).

Ces 4 zones sont interdépendantes pour constituer ce que nous avons proposé de nommer l'habiter qui dépasse le seul rapport au logement (cf. introduction).

Elles sont cependant distinguées ici pour des raisons de présentation et de clarification. Elles ne sont ni équivalentes, ni sur le même plan puisque la relation est le moyen par lequel on atteint les objectifs de logement, de santé et de vie sociale. Outre l'aspect méthodologique pour le recueil des données qui passent par l'intervenant social et la relation d'accompagnement, on sait aussi que dans ce champ de la pratique, la mise en place d'une véritable relation est souvent la condition préalable à la réalisation d'autres objectifs. Or souvent les attentes se situent au niveau des résultats en termes d'hébergement et de logement, d'accès au soin, d'une meilleure vie sociale en tenant pour acquise l'existence d'une relation solide. Or si cette relation est un préalable et qu'elle est reconnue comme telle dans les politiques sociales, il n'en reste pas moins qu'il est nécessaire d'accompagner aussi l'accompagnant pour qu'il continue à savoir où « il habite » professionnellement lors des incontournables épreuves qu'il traverse dans son expérience professionnelle.

A partir de cette relation, le recueil de données porte sur des événements de santé (maladie, symptômes, etc.), de l'accès aux soins (consultation médicale, hospitalisation, etc.). Les données proviennent du savoir des travailleurs sociaux et de la mise en lumière du souci qu'ils portent en termes de santé ou d'habiter. L'opinion sollicitée « que pensez-vous de » ou « qu'elle est votre impression sur » fait référence à la théorie de la souffrance portée qui s'exprime à travers cette opinion (différente d'un jugement de valeur). Cette méthode de recherche s'appuie sur une « épidémiologie » à partir du regard du travailleur social, « diagnostic » profane (non médical) de santé qui mérite d'être interprété.

3.2. Une dimension « action » et participative dans la recherche : des ajustements permanents entre chercheurs et praticiens

La recherche-action vise un apport de connaissances, l'éclaircissement d'une problématique particulière et en même temps, elle produit des modifications sur les pratiques par son processus même de transformation, ce qui est une visée explicite. La dimension action de cette recherche et ses effets seront repris dans les résultats.

Pratique à la fois de recherche et d'intervention

Le travail de recherche-action a donc pour objectif d'aider les acteurs en favorisant leur participation et leur implication dans l'analyse de leurs problèmes et dans la recherche d'issues possibles.

Il y a quelques termes qui définissent la recherche-action :

- c'est une recherche impliquée car le chercheur s'implique sur le terrain et tente d'influer sur les événements
- c'est une recherche imbriquée car il y a imbrication entre chercheurs et acteurs (qui sont impliqués sur le terrain) et entre le terrain et les contextes dans lesquels est situé ce terrain
- c'est une recherche engagée car par le biais de son objectif de changement, la recherche-action prend une dimension politique
- c'est une recherche appliquée car elle s'applique aux événements et situations concrètes du terrain

Deux instances ont été mises en place pour cette recherche-action: un groupe ressource et un comité scientifique.

→ Le groupe ressource comme lieu de co-production des savoirs: le travailleur social acteur de recherche

Dans notre méthodologie, les travailleurs sociaux sont non seulement interviewés sur leur regard porté sur leurs pratiques et sur les accompagnements, mais deviennent également acteurs de la recherche²² en tant qu'ils participent à l'espace de validation et de discussion des données dans le groupe ressource, 21 professionnels ont participé à ce travail de traitement des matériaux dans ce groupe réuni mensuellement pendant deux ans et demi²³. Cette méthode s'appuie sur l'interaction entre l'enquête et l'action à partir du regard du travailleur social. Le mouvement de l'un vers l'autre est le cœur même du processus de recherche et la source de production des savoirs et de la modification des pratiques.

²² A l'issue de la recherche, chacun a reçu une attestation de participation à la recherche qui détaille les compétences mises en œuvre et acquises au cours du processus.

²³ Pour un développement plus complet du fonctionnement et de la composition du groupe ressource, cf. annexe n°5 et n°6.

Loin de proposer un programme défini a priori (comme lors d'un séminaire par exemple), le déroulement thématique des séances s'est construit au fil des apports et des questions internes aux professionnels présents et aux chercheurs, et en fonction également d'autres événements connexes au groupe (les comités scientifiques de la recherche, des journées d'étude, des présentations de la recherche dans d'autres espaces, sortie d'un film...).

→ Le comité scientifique : une évaluation continue

Complémentairement au groupe ressource, un comité scientifique s'est chargé d'évaluer le processus de la recherche. L'évaluation continue permet un ajustement régulier (tous les 3 mois). L'invitation systématique au comité scientifique de tous les membres du groupe ressource, a donné les conditions pour que les experts se rencontrent et discutent dans cet espace interdisciplinaire.

Les membres du comité scientifique

Martine Buhrig, chercheur anthropologue, Foyer Notre Dame des Sans-abris,

Bernard Duez, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2

Marie-Jo Forni, Infirmière- Formatrice pour l'Association de Formation et de Prévention du Risque Alcool, Drogues et Dépendance AFPPRA (Mulhouse), Coordinatrice du réseau santé social justice de Colmar,

Pascale Pichon, sociologue, Maître de conférences, Centre Max Weber, UMR 5283 (Saint Etienne),

Thierry Morel, sociologue, responsable pédagogique, ITSRA Clermont-Ferrand,

Pierre-Marc Navalès, Chargé de mission à l'UNAFO (Paris),

Fabrice Gondre, Directeur Pôle urgence insertion au Diaconat Protestant de Valence,

Catherine Lombard, Médecin inspecteur de santé publique, Direction de la Stratégie et des Projets, ARS, Rhône-Alpes,

Jocelyne Morens, Pôle Développement Social Territorial, DRJSCS Rhône-Alpes,

Marie-Claude Didier-Laurent, pour le GRSP Auvergne en 2009,

David Grand, sociologue, chargé de mission, MRIE (Lyon).

Benoît Eyraud, sociologue, Fondation Abbé Pierre

Les données recueillies et leur analyse reposent sur l'expertise collective des intervenants de « première ligne » au contact du public visé. La démarche globale de recherche est participative, de la conception du projet à sa finalisation.

4. Objectifs et principes généraux de la partie quantitative

Le travail d'enquête s'est principalement axé sur la reconstitution de parcours d'accompagnements. L'appréciation générale des travailleurs sociaux sur leur pratique, ainsi que les dimensions institutionnelles ont plutôt été abordées en entretien et ne sont pas traitées dans cette partie. A cela deux raisons. La première est que les accompagnements au logement et leur déroulement sont des points d'entrée, des lieux d'observation, pertinents pour comprendre comment se déclinent concrètement les pratiques tout en réduisant le risque de reconstruction généralisante²⁴. La seconde renvoie à l'objet d'étude : il ne s'agit en effet pas tant de caractériser le travail et les méthodes que d'étudier des projets de relogement. Ceux-ci comprennent non seulement une dimension factuelle d'emménagement et de gestion quotidienne du logement, mais reposent aussi sur l'adhésion et la participation au projet, l'articulation entre ce rapport au logement et les autres dimensions de l'accompagnement, dont la santé. De proche en proche, toutes les dimensions de ce que l'on a défini plus haut comme l'habiter sont concernées. Cela signifie que l'on ne cherche pas à interroger le rapport au logement en tant que tel et son inscription dans les trajectoires sociales des individus (à l'instar du travail de P. Pichon²⁵) mais la façon dont le rapport au logement, à la santé et à ce que l'on a appelé plus haut les « arrangements ordinaires » s'articulent au sein d'une relation d'accompagnement.

La seconde remarque importante est le choix de travailler sur un matériau quantitatif, moins appelé à servir une généralisation de type statistique sur la base d'un échantillon représentatif, qu'à formaliser les relations entre les différents zones identifiées. Certes, un premier objectif est de confirmer, ou d'infirmer, l'hypothèse de départ selon laquelle les entrées dans le logement s'accompagnent de complications de santé. On se situe là dans le cadre classique de la démarche quantitative. Au-delà du test de cette hypothèse, on cherche à la fois à systématiser l'observation des relations entre les 4 zones de l'accompagnement (et donc à poser les termes d'une comparaison entre des cas particuliers) et à dégager un certain nombre de régularités. Ces orientations justifient de mener une enquête par questionnaire, avec ce que cela suppose de standardisation. Trois objections peuvent y être faites, auxquelles il est possible d'apporter des réponses.

²⁴ Voir S. Beaud, 1996, « l'usage de l'entretien en sciences sociales, plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n°35, pp. 226-257.

²⁵ P. Pichon (dir.), 2010, *Sortir de la rue, les conditions de l'accès au chez-soi*, rapport pour la DGAS.

a) Effectif, échantillon, validation des résultats : l'approche statistique suppose non seulement de pouvoir compter sur un effectif important mais aussi de contrôler la composition de l'échantillon par rapport à une population mère. Or, dans le cas présent, les effectifs sont relativement faibles, du fait même de ces dispositifs par lesquels passent en définitive assez peu de personnes, et on ne dispose pas d'une connaissance précise de la population mère (même si, dans le cas du questionnaire rétrospectif, on a traité de façon exhaustive tous les accompagnements en cours dans l'association). La validation repose donc sur une logique quelque peu différente, celle de la convergence des résultats²⁶. Les recoupements qui apparaissent en confrontant deux questionnaires successifs, produites par des méthodologies différentes (aussi bien dans le choix raisonné de l'échantillon que dans la conception et la passation des questionnaires), contribuent à solidifier les résultats quand bien même le contrôle, au sens statistique, s'avère imparfait. Ces deux enquêtes sont présentées ci-dessous.

b) Prise en compte de la dimension diachronique : cet aspect est bien évidemment central car la restitution de parcours et de processus pose de nombreuses questions méthodologiques (et pas seulement dans le cas du questionnaire) autour de la reconstruction que peuvent opérer les acteurs après coup²⁷. La première phase de l'enquête est directement confrontée à ces écueils car elle est rétrospective. On a toutefois tenté de limiter ce biais par la structuration du questionnaire (cf. infra). La seconde phase y échappe plus aisément car elle repose sur une démarche longitudinale. Sans se situer du côté des travaux les plus avancés en ce domaine, on s'inscrit ici dans le développement d'analyses longitudinales quantitatives et formalisées qui prennent une place croissante en sciences humaines et sociales²⁸.

c) Détermination des catégories employées dans les questionnaires : il s'agit sans doute de l'aspect le plus délicat à traiter. Dans le contexte étudié, la multiplicité des catégories institutionnelles, juridiques, et pratiques rend particulièrement ardue la tâche de se détacher de cette vision préconçue pour proposer d'autres concepts d'analyse. On sait à quel point l'usage statistique de catégories déjà instituées tend à les réifier et à imposer une certaine lecture de la réalité²⁹. C'est particulièrement vrai pour la notion de « logement d'abord » dont on a vu qu'elle ne saurait, sans confusion, être

²⁶ On s'inspire ici notamment de J-C Passeron, 1991, *Le raisonnement sociologique, l'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan.

²⁷ J. Peneff, 1990, *La méthode biographique, de l'École de Chicago à l'histoire orale*, Paris, Armand Colin.

²⁸ G. Boudesseul, 2008, « Un quart de siècle de méthodologie », *Bulletin de méthodologie statistique*, n°100.

²⁹ A. Desrosières, 2000, *La politique des grands nombres, histoire de la raison statistique*, Paris, Armand Colin.

reprise telle quelle. Or, il ne s'agit pas non plus de défendre une position uniquement constructiviste et réflexive sur l'objet d'études, mais bien de proposer de nouvelles catégories d'analyse. Dans cet esprit, les principes suivants ont guidé l'élaboration des questionnaires :

- Laisser suffisamment de questions ouvertes (surtout dans la deuxième phase, cf. infra) pour ne pas figer les réponses des enquêtés.
- Concevoir les indicateurs comme ne prenant leur sens que dans une configuration plus large de variables et non par eux-mêmes. Par exemple dans la phase longitudinale, la question de savoir si un individu a refusé un ou plusieurs logements peut avoir plusieurs sens. Le refus s'analyse selon les cas comme une dérobade ou comme l'expression d'un choix et d'une appropriation du projet de logement. Ce n'est qu'en le croisant avec d'autres variables, comme le fait d'apporter de la décoration, de se montrer accueillant lors des visites ou encore de ne pas manifester le souhait de quitter le logement, que l'on pourra trancher en faveur de l'une ou l'autre explication.
- Enfin, on s'écarte le plus possible des notions instituées pour privilégier ce qui émerge des entretiens et de la littérature sociologique et psychologique. Ainsi, les indicateurs du rapport au logement s'inspirent de plusieurs sources : l'étude historique du contenu de la notion d'habiter (émergence de la sphère privée, habitation comme lieu de régulation des rapports avec autrui, comme lieu de confort et de ressourcement, d'intimité et d'indépendance)³⁰, et la définition sociologique des rapports résidentiels³¹ comme point d'intersection de trajectoires individuelles et de contextes locaux (tout en sachant que le rapport au quartier et à l'espace urbain ne peut s'appliquer ici de la même façon). Les concepts proposés par P. Pichon dans le travail déjà cité (Aménagements, Attachements, Appropriations et Ancrages), qui se superposent pour partie à ceux mentionnés, nous servent également de référence, moins comme objet de discussion théorique que comme complément à la méthodologie et à l'analyse.

³⁰ M. Eleb, A. Debarre, 1995, *Architectures de la vie privée. L'invention de l'habitation moderne, Paris 1880-1994*, Paris, AAM et Hazan. N. Elias, 1973, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.

³¹ J-Y Authier, 2002, *Du domicile à la ville*, Paris, Economica – Anthropos. La notion de rapport résidentiel « renvoie aux formes d'appropriation et aux types de représentations du logement, mais aussi de l'immeuble, du quartier, de la ville, que les individus composant un ménage produisent à un moment donné de leur itinéraire. Ces rapports sont des constructions sociales déterminées par les autres types de rapports sociaux des individus, et par la configuration de leurs contextes d'habitat actuels. Ils sont également le produit de la succession des rapports résidentiels des individus et des ménages aux lieux antérieurement habités, et aussi de leurs projets résidentiels. » p4.

On pourra ne voir là que quelques remèdes à « l'imposition de problématique »³², écueil classique des méthodes par questionnaire. Il nous paraissait toutefois utile de les rappeler en préalable à la présentation des deux phases de l'enquête (le questionnaire rétrospectif figure en annexe n°11).

5. Les deux phases de l'enquête : questionnaire rétrospectif et démarche longitudinale (cf. schéma n°3)

La première phase du travail d'enquête a consisté à analyser rétrospectivement 65 parcours d'accompagnement au logement sur un dispositif unique au moyen d'un questionnaire administré par les chercheurs aux travailleurs sociaux à partir des dossiers (la totalité des accompagnements depuis la création du service spécialisé).

La réalité des dossiers sociaux

Les dossiers « sociaux » ne sont pas renseignés comme les dossiers médicaux. Ils contiennent le parcours logement, le contrat RMI (ou RSA), et peu d'éléments sur la santé sauf un certificat médical occasionnellement. Ainsi, la première phase exploratoire s'appuie sur la mémoire subjective des accompagnants comme indice de la relation avec l'accompagné. Il s'agit d'un savoir actuel sur le passé à partir de la mémoire reconstruite du travailleur social.

Une deuxième phase d'approche **longitudinale**³³ a vu la mise en place de dispositifs de recueil de données en ligne (questionnaire d'entrée de suivi, questionnaire mensuel de suivi, carnet de bord) qui nous ont permis de suivre en temps réel 22 accompagnements au logement « en cours » dans des dispositifs répartis sur 4 sites de la région Rhône-Alpes³⁴ auprès de 11 travailleurs sociaux/enquêteurs, ceci sur une durée d'observation de trois mois à un an.

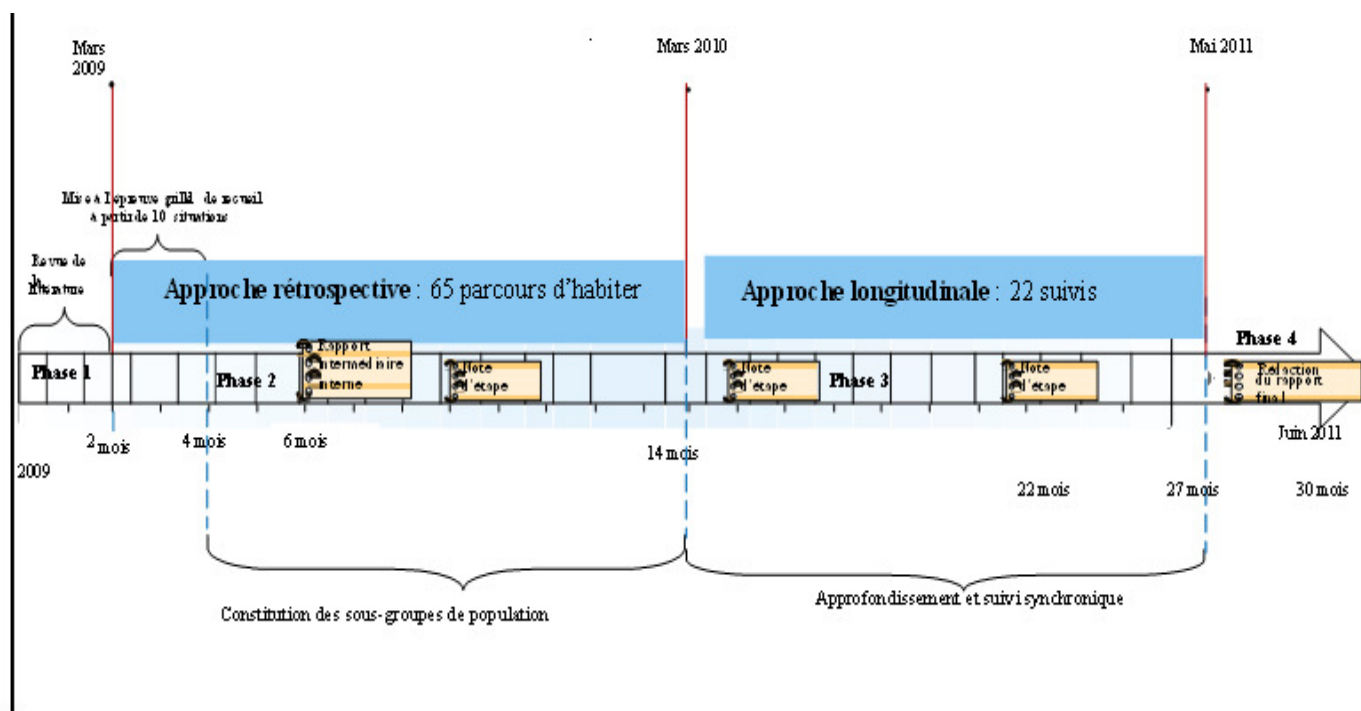
14 témoignages recueillis auprès de travailleurs sociaux sur leurs pratiques d'accompagnement, 14 réunions du groupe ressource et 6 comités scientifiques, nous ont permis de compléter ces données et de mettre nos hypothèses à l'épreuve.

³² F. de Singly, 1992, *L'enquête et ses méthodes, le questionnaire*, Paris, Armand Colin.

³³ L'approche longitudinale consiste à suivre un échantillon tout au long des événements qui intéressent la recherche (en l'occurrence, à partir du début des accompagnements), en se rapprochant autant que possible d'un suivi en continu. Il s'agit de la meilleure façon de mesurer des évolutions dans le temps puisqu'on évite une série de biais : la comparaison d'échantillons successifs (dont la composition varie), la comparaison à intervalles trop longs (qui laisse de côté les événements ayant lieu entre deux mesures), ou encore les erreurs liées à la mémoire ou à une recherche de cohérence « après coup » dans une démarche rétrospective. La difficulté à mettre en œuvre une démarche longitudinale contraint souvent à travailler sur de petits échantillons.

³⁴ Un service d'accompagnement de proximité (Drôme), un dispositif d'accompagnement de proximité (Ardèche), un SARS et un CHRS éclaté et accompagnement en places de stabilisation (Saône et Loire) et un CHS et des pensions de famille (Haute-Savoie).

Schéma n°3 : déroulement de la recherche



Synthèse de la méthodologie de traitement des données

Phase rétrospective: élaboration d'une typologie des publics concernés sur la base d'une analyse factorielle des correspondances multiples (cf. encadré méthodologique, chapitre 3), typologie fondée sur les caractéristiques sociodémographiques ainsi que sur les évolutions observées lors de l'entrée dans le logement

Phase longitudinale: analyse des 22 suivis selon 4 zones la relation d'accompagnement (vécu de l'accompagnant et investissement dans la relation), le rapport au logement (aménagement et vécu), la santé et son évaluation par l'accompagnant et les arrangements ordinaires et la vie sociale (degré d'isolement). Restitution des trajectoires suivies, des convergences (ou discordances) entre ces 4 dimensions. Comparaison entre les différents types d'accompagnement.

Discours des travailleurs sociaux sur leur pratique, leur exercice : analyse thématique.

Analyse croisée des données des 22 suivis.

5.1. Le questionnaire rétrospectif

Ce questionnaire a été administré par les chercheurs psychologues auprès des accompagnants du service d'accompagnement de proximité lié au logement du Diaconat Protestant de Valence entre mars 2009 et mars 2010. Il a été décidé de traiter l'ensemble des dossiers relevant de l'accompagnement de proximité de cette structure et 65 dossiers ont ainsi pu être retracés. 6 questionnaires ont également été passés entre praticiens à l'association le Tremplin du Puy-en-Velay. Ils n'ont pas été intégrés à la base de données mais étudiés après coup, comme élément supplémentaire de validation des résultats.

L'épreuve de la passation du questionnaire

Premier constat : la passation du questionnaire est un travail qui prend du temps. Pourquoi ? L'effort de mémoire nécessite de se replonger dans le suivi et de le raconter. Cette mémoire de l'accompagnant est affective, affectée, elle nécessite un premier travail psychique qui prend du temps. C'est un travail cognitif et psychique. Par ailleurs, l'exigence d'optimisation du temps est une pression supplémentaire pour l'accompagnant qui doit faire preuve d'une capacité à passer d'un dossier à l'autre, dossier qui raconte toujours une histoire de rencontre. Donc émotionnellement, ce n'est pas un travail facile, mais au contraire coûteux en énergie psychique. Il faut du temps pour passer des faits subjectifs à une objectivation sur papier. Les émotions arrivent avec parfois un peu de nostalgie, de la colère. *« C'est parfois frustrant, on ne se rappelle plus ce qui c'est vraiment passée. On peut confondre avec d'autres personnes »*. En même temps, il y a un certain plaisir à s'arrêter sur ce qui s'est passé, comme des retrouvailles heureuses. *« Reprendre ces expériences aide pour les situations en cours »* témoigne un enquêté.

Souvent les éléments sont présents dans la mémoire de l'accompagnant de manière plus ou moins chronologique. Or, le questionnaire rétrospectif exige une remise en temporalité chronologique. C'est un autre travail que d'historiciser les événements anhistoriques dans la mémoire. A l'image des récits des personnes accompagnées (effet du syndrome d'auto-exclusion), la mise à distance de l'histoire personnelle produit des trous dans le récit, ou des incohérences chronologiques.

En d'autres termes, nous recueillons également la manière dont l'histoire de l'accompagnement revient en mémoire à l'accompagnant en tant qu'elle est un indice des traces subjectives de la relation telle qu'elle était organisée (ou désorganisée) pour la personne suivie. L'effet haché d'un suivi indique la discontinuité vécue par le sujet par exemple. La difficulté à réinscrire dans la chronologie des faits ou des événements vécus témoigne de cet effort permanent du sujet pour se couper de son histoire et des effets sur lui de cette histoire.

Face à cette dimension chronophage et psychiquement épuisante du questionnaire rétrospectif, les travailleurs sociaux se sont sentis abattus. De plus, une suspension du recueil des questionnaires s'est imposée en raison d'arrêts de travail des travailleurs sociaux, puis à leur retour, le groupe ressource a choisi de « ménager » ce terrain face à l'essoufflement ressenti en espaçant les périodes de recueil.

Test du questionnaire rétrospectif administré en équipe éducative

Au regard de la dimension « chronophage » de la passation du questionnaire rétrospectif, un essai est réalisé à partir d'une population similaire et des pratiques comparables sur le site du Puy-en-Velay.

Ce test concerne 6 situations d'accompagnement. Les travailleurs sociaux ont été à tour de rôle enquêteurs et enquêtés. Ce travail confirme que la passation du questionnaire est une épreuve en termes de temps et de travail psychique. Il confirme également la nécessité d'une compétence « psy », à l'image des enquêteurs sur Valence, pour faire passer ce questionnaire orienté sur le souvenir « affecté » de l'accompagnant.

En plus d'une série de questions signalétiques et sur ce que l'on sait du parcours de l'enquêté (liens familiaux connus, ancienneté dans la galère notamment), le questionnaire est structuré autour de quatre phases :

T0 avant l'entrée dans le logement,

T1 après l'entrée dans le logement

T2 arrêt prématuré du suivi,

T3 fin de suivi

T4 suivi encore en cours au moment de l'enquête

Une frise chronologique accompagne chaque questionnaire. T2, T3 et T4 ne sont pas des étapes obligées et ne concernent qu'une partie des enquêtés. A chaque étape, plusieurs blocs de question sont posés : sur la santé au sens large, sur les troubles de l'habiter³⁵, sur les arrangements ordinaires (difficultés dans l'interaction, comportement dans l'espace public, etc.). Les questions sur la santé portent sur les événements de santé³⁶, les pathologies (maladies mais aussi handicaps, séquelles d'accidents) et traitements connus, mais aussi sur le rapport au soin, le rapport au corps, ainsi que le besoin de soins évalué par l'accompagnant. Il ne peut s'agir de diagnostics médicaux. Toutefois, en combinant l'évaluation que fait l'accompagnant de la santé et les facteurs qu'il peut objectiver (pathologies connues, etc.), on appréhende l'état de santé de l'individu et son évolution. Il est certes apparu une certaine tendance à minimiser les difficultés de santé du fait de la grande habitude que les accompagnants ont de ces publics précarisés. Néanmoins, dans la mesure où c'est la comparaison entre les dossiers étudiés qui est importante, ce biais ne remet pas en cause les résultats (sa prise en compte conduit même plutôt à aggraver le constat de complications de santé).

³⁵Les troubles de l'habiter recouvrent dans cette recherche : les problèmes de voisinage, les problèmes dans le paiement du loyer (autre que la pauvreté), les problèmes d'hygiène, l'accumulation chaotique d'objets, la collection d'objets, la tendance à être envahi par les « collègues » de la rue, l'absence significative du logement, le mode de vie reclus, la tendance à rendre l'accès au logement difficile.

³⁶Événements de santé : chute, accident, passage aux urgences, hospitalisations pour des soins somatiques ou pour des soins psychiatriques, consultation médicale avec un généraliste, consultation avec un autre soignant, maladie (non soignée).

Les troubles de l'habiter

Les contours de ces troubles de l'habiter ont été dessinés à partir d'une recherche-action précédente de l'ONSMP-ORSPERE sur « Les troubles du voisinage, La part de la santé mentale³⁷ » notamment à partir de la notion de trouble³⁸.

Une vigilance particulière est portée dans ces pratiques d'accompagnement à ces troubles de l'habiter qui, en tant qu'ordinaires nécessiteraient des régulations « naturelles » sans tiers institutionnels, mais qui dans ce contexte risquent de mettre en péril le maintien dans le logement par franchissement d'un seuil appelant une intervention tierce.

Ce questionnaire a été passé auprès de deux professionnels de l'accompagnement de proximité. La comparaison de leurs réponses ne laisse pas apparaître de différences significatives. De même, le fait d'avoir eu recours à deux enquêteurs psychologues différents, pour des raisons pratiques, n'a pas d'effet visible sur les réponses (les profils d'enquêtés et de réponses sont très similaires quand on compare les 41 premiers questionnaires saisis aux 24 autres). Malgré son apport, le questionnaire rencontrait deux limites principales : la prise en compte du temps (limite de toute approche rétrospective, cf. supra) et le nombre restreint d'indicateurs pour saisir le rapport au logement. Celui-ci n'était approché que par les troubles de l'habiter. Ces limites ont été prises en compte dans la phase suivante.

5.2. Démarche longitudinale et comparative

La seconde phase de l'enquête a bénéficié des enseignements de la précédente et une partie des indicateurs ont été revus, corrigés et parfois supprimés, tandis que des variables étaient ajoutées pour prendre en compte le rapport au logement. Les questionnaires ne sont donc pas similaires même s'ils restent proches, avec les mêmes blocs de questions.

Le dispositif et l'échantillon étaient toutefois différents. La démarche longitudinale nécessite un suivi plus lourd et un investissement important des accompagnants qui ont rempli eux-mêmes les questionnaires, se retrouvant placés en situation d'enquêteurs³⁹. 11 accompagnants de 4 sites ont participé à cette enquête et, s'il y a eu quelques questionnaires non utilisables car mal remplis, il a

³⁷« Les troubles du voisinage, santé mentale et régulations institutionnelles », actes de la journée d'étude ONSMP-ORSPERE sous l'égide de la DGS, Paris, le 4 mars 2010, www.orspere.fr.

³⁸F. Dagognet, 1994, *Le trouble*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond. Le trouble constitue à la fois un danger (car remet en cause les catégories de base de l'expérience de l'individu) et une « réalité indispensable et bénéfique ».

³⁹Chaque travailleur social a bénéficié, individuellement ou collectivement d'un temps de formation à l'utilisation et à la manipulation de ces outils en ligne.

tout de même été possible de suivre 22 cas depuis le début de l'accompagnement. L'enquête s'est déroulée entre la fin de l'année 2010 et le milieu de l'année 2011. Il ne s'agit pas d'une cohorte à proprement parler puisque les accompagnements commencent de façon décalée, mais d'un échantillon qui s'en rapproche autant que possible. Le choix avait été fait de cibler les suivis en fonction des caractéristiques des individus, selon des critères définis après la phase longitudinale (cf. typologie élaborée plus loin). Les contraintes pratiques rendent cette sélection difficile mais l'échantillon réuni répond en définitive assez bien aux exigences qui étaient posées.

Le dispositif d'enquête lui-même comportait trois volets :

- 1) Le premier est un « **questionnaire d'entrée de suivi** » à remplir lorsqu'un accompagnant ajoute un nouveau dossier. Idéalement, il devait se remplir au moment de l'entrée d'une personne dans le dispositif d'accompagnement, mais cela n'a pas toujours été possible. Pratiquement, la moitié de ces questionnaires (11 sur 22) ont été saisis dans les trois mois suivant l'entrée dans le dispositif. Les autres, entre 4 et 8 mois après.
- 2) Le deuxième volet est un « **questionnaire de suivi** » à remplir mensuellement à partir de la saisie du questionnaire d'entrée de suivi. Il permet de suivre l'évolution des dossiers, sachant que la saisie s'interrompt si la personne quitte le logement.
- 3) Le **carnet de bord** est le troisième volet: les accompagnants peuvent écrire librement à chaque fois qu'un événement dans un accompagnement leur paraît digne d'intérêt. On y trouve à la fois des récits de situations et des sortes de bilans d'étape. L'ensemble forme un matériel riche, analysé qualitativement (cf. monographies) et complétant la compréhension des autres questionnaires. Il y a eu 42 saisies dans ce carnet de bord concernant 15 dossiers. Il est intéressant de noter que certains professionnels se sont saisis de cet outil tandis que d'autres l'ont négligé, soit qu'ils aient à leur disposition des instruments similaires de mise à distance de leur pratique, soit qu'ils y voient un écho des contraintes administratives (ou pire, un outil de contrôle), soit encore que l'absence de médiation du chercheur décourage l'investissement dans cette partie-là de l'enquête. Quoiqu'il en soit, ce mode de recueil de données assez peu usité mériterait d'être à nouveau testé sur d'autres recherches.

Ces différents matériaux ont été regroupés dans une même base de données qui permet de les traiter conjointement. L'analyse a débuté par des études de cas (dont les monographies présentées ici sont le prolongement) avant de passer à des traitements plus systématiques. Ces derniers sont présentés en rapprochant autant que possible les résultats des deux questionnaires.

Après ces préalables méthodologiques concernant l'intérêt d'une recherche-action dans ce contexte de pratiques, les conditions de sa mise en œuvre, la présentation du public concerné par cette recherche ainsi que les pratiques sur lesquelles elle s'appuie, la partie suivante présentera les résultats de l'enquête quantitative, puis les résultats de l'élaboration du matériel des groupes ressources et des témoignages.

CHAPITRE 3: RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE RÉTROSPECTIF ET DE LA DÉMARCHE LONGITUDINALE

Ce chapitre a pour fonction de présenter les résultats issus des données à partir du questionnaire utilisé pour la phase rétrospective et des outils créés pour la phase longitudinale. Les données et résultats issus des groupes « ressources », réunions de travail des professionnels et des témoignages des accompagnants seront quant à eux présentés dans le chapitre suivant.

De plus, nous avons fait le choix d'une présentation des résultats comparés entre la phase rétrospective et la phase longitudinale, dans la continuité de l'exploration de l'hypothèse initiale de complications de santé suite à l'accès à un logement pour les personnes sans abri. La méthodologie étant complexe, le lecteur pourra bénéficier de précisions méthodologiques tout au long de l'exposé des résultats.

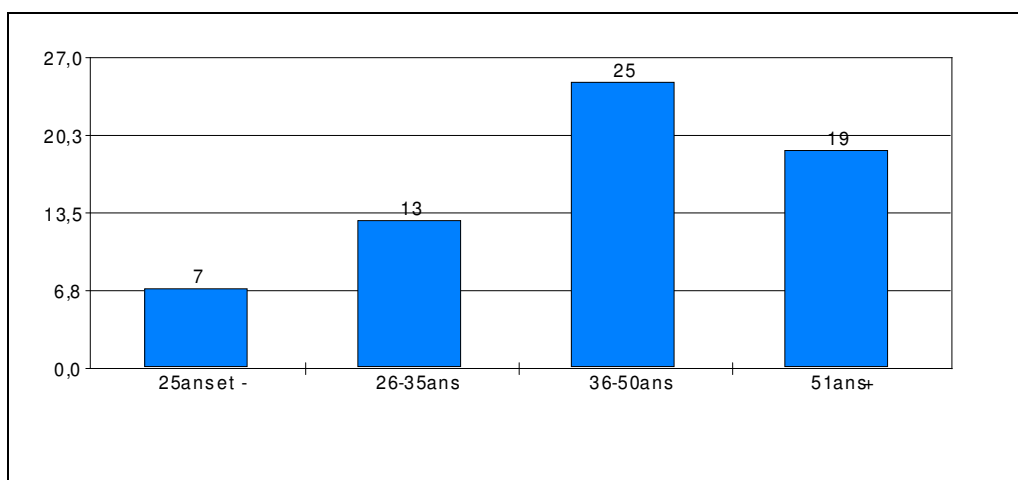
Aussi ce chapitre répond aux questions suivantes : qui sont les personnes dont les parcours ont été observés, qu'avons-nous observé de leurs parcours d'accompagnement, avons-nous constaté des complications de santé, que pouvons-nous conclure de ces observations et analyses?

1. Comparaison entre les deux échantillons à partir des critères socio-démographiques, composition des ménages, ressources et liens familiaux

Les variables permettant de caractériser la population étudiée sont assez similaires dans les deux questionnaires. Toutefois, plutôt que de comparer variable par variable les différences et points communs entre les deux échantillons, le choix a été fait, pour des raisons de lisibilité, de présenter successivement les deux populations avant de revenir sur les principaux points de comparaison.

1.1. Échantillon dans le questionnaire rétrospectif: hétérogénéité des sans abris accueillis dans les dispositifs spécialisés

La moyenne d'âge des 65 personnes interrogées est de 43 ans. Les différentes tranches d'âge se répartissent de la manière suivante :



Graphique 1 : répartition par classes d'âge, questionnaire rétrospectif

On compte 53 hommes et 10 femmes, ces dernières étant plus jeunes en moyenne (37 ans contre 44 pour les hommes). La majorité vit seul (49 personnes). Les femmes sont plus souvent en couple (la moitié d'entre elles contre 1 homme sur neuf). 5 hommes vivent en groupe, aucune femme. 48 n'ont pas d'animal de compagnie⁴⁰, 15 en ont. Les femmes ont plus souvent un animal de compagnie (6 sur 10). L'animal de compagnie n'est pas l'apanage des personnes seules, au contraire: 7 des neuf couples ont un animal de compagnie (et toutes les femmes en couple en ont), alors que seulement 6 personnes seules (sur 49) en ont un.

Commentaires

La place de l'animal de compagnie soulève un débat. Dans le cadre des maisons relais, l'animal de compagnie est interdit. Il peut y avoir des réunions de concertation où le règlement intérieur est revu parce qu'il faut faire exception. On entend fréquemment des raisonnements du type : « Mais si on autorise pour un, tous vont en avoir. Il y a assez de choses à voir sur la personne et l'hygiène sans rajouter des animaux ». Ce peut être également un projet : certains attendent d'avoir un logement pour avoir un animal. L'animal de compagnie interroge ainsi le statut du « chez soi » où une certaine liberté est attendue, comme celle de posséder un animal de compagnie.

En ce qui concerne les ressources, 34 touchent le RMI (52% du total), 19 ont d'autres ressources (retraite, salaire, AAH, etc.) et 10 n'ont aucune ressource. Ceux qui se retrouvent sans ressource sont surtout les moins de 25 ans (même si l'on en trouve parmi les plus âgés) et ceux qui sont dans la galère depuis moins de 10 ans.

⁴⁰Le recueil s'est surtout centré sur le « chien » en tant qu'animal de compagnie. Le chien est l'animal de compagnie le plus visible, même si certains possèdent des chats, des rats ou des perroquets.

Sortir de la « galère »

Comment expliquer ce long temps passé à « galérer » sans accès à un logement personnel durable ?

Notre propos n'est pas de répondre à cette question, mais bien d'ouvrir les perspectives de réponses.

D'abord, il existe un phénomène psychologique qui empêche de demander de l'aide notamment lorsque, pour se protéger de la souffrance, le sujet se coupe de lui-même et des autres (cf. syndrome d'auto-exclusion, J. Furtos, 1999 et 2008). C'est la non-demande, voire la récusation de l'aide⁴¹.

Ce processus subjectif qui isole radicalement le sujet se déploie dans un environnement d'exclusion, comme un processus d'adaptation au monde de la rue. Sont alors décrites des modifications ou des atteintes de la vie psychique ou de la santé mentale comme le prix à payer de ces déformations-adaptations de la psyché à des conditions de vie extrêmes. La survie décrite n'est pas seulement matérielle et faite de « débrouille » et astuces de survie, mais de stratégie affectives et cognitives pour survivre à l'attaque d'un certain équilibre bio-psycho-social. Ainsi, certains mécanismes psychiques se mettent en place, des syndromes et des symptômes pour « tenir le coup », c'est-à-dire pour maintenir une survie, pour ne pas sombrer encore plus loin et plus bas, pour ne pas décompenser.

Par ailleurs, ce qui peut aussi maintenir dans la rue consiste en une identification aux sous-groupes de marginaux, construisant par là une représentation de soi de marginal. Des travaux pionniers dans ce domaine indiquaient les processus psychologiques à l'œuvre, à ne pas comprendre comme des étapes linéaires et chronologiques. Ainsi le travail de Vexliard dès 1950 consiste à décrire les étapes de l'installation de la représentation de soi comme errant ou clochard. Kuhlman (1994) décrit l'aboutissement de cette acceptation d'image de soi en référence à la « shelterization » qui signifie l'institutionnalisation dans un lieu de l'assistance associée à la diminution de réponses interpersonnelle, d'une hygiène négligée et d'une augmentation de la passivité et de la dépendance envers les autres. Un premier paradoxe est souligné : si les errants adoptent une identité ou une représentation de soi de marginal, c'est pour maintenir une image de soi positive, pour en assurer malgré tout une continuité psychique et une permanence, pour lutter contre la perte du sentiment de continuité d'existence et contre une représentation de soi négative. Et cette accommodation à la vie à la rue (en fonction de la durée de l'errance) est justement ce qui va rendre plus difficile la sortie de la rue.

De nombreuses recherches et recueils de témoignages montrent comment l'assistance proposée aux personnes SDF ou itinérantes s'organisent comme un réseau de services favorisant davantage l'enlèvement que la sortie du système. Ce système capte la personne à cause de sa structure même, mais aussi du fait des caractéristiques de la population. Il n'est pas aisé de sortir du réseau d'assistance au sens large, de se détacher des liens de dépendance ou d'attachement qui se lient naturellement avec les structures et les professionnels ou bénévoles.

52 ont la nationalité française, parmi les autres on compte 6 originaires du Maghreb (dont 4 marocains) et 5 de l'Union Européenne (dont 3 allemands). Dans la phase longitudinale, deux seulement n'ont pas la nationalité française (un espagnol et un marocain).

⁴¹ CF. J.P. Martin, 2000, « La récusation de l'aide comme symptôme », *Rhizome*, n°2, pp. 4-5.

Des liens familiaux sont connus par l'accompagnant dans 35 cas au début du suivi, 46 ensuite (soit 7 cas sur 10). Leur nature est précisée pour 26 d'entre eux au début du suivi : 11 mentionnent leurs parents (décédés dans deux cas), 16 des enfants, mais seulement 6 leur conjoint ou ex conjoint, et 5 d'autres liens (surtout les frères et sœurs). Dans la suite de l'accompagnement, d'autres liens se révèlent parfois mais il s'agit toujours essentiellement des enfants et des parents. L'intensité du lien n'a pas pu être évaluée mais le fait d'évoquer surtout les enfants suggère que ces liens familiaux fonctionnent moins comme ressource (matérielle ou affective) potentielle que comme rappel d'une situation d'investissement antérieure à la rue, rappel marqué par l'enjeu parfois problématique de la façon dont le logement va, ou non, reconnecter avec cette vie. Si certains l'intègrent au projet de logement, notamment en manifestant le souhait de pouvoir recevoir leurs enfants à plus ou moins brève échéance, cela peut représenter une source d'angoisse pour les autres. **En effet, la relative sécurité apportée par le logement allégeant le poids des conduites de survie, ces dernières ne font plus écran aux processus et aux ruptures qui précèdent la vie à la rue.** L'information extrêmement parcellaire dont disposent les accompagnants à ce sujet ne permet malheureusement pas d'explorer cette direction, mais il paraît important de souligner que l'entrée dans le logement est une étape qui n'entre pas seulement en résonance avec la période de l'errance mais avec le parcours antérieur de la personne suivie, et en particulier sa socialisation familiale.

Les liens familiaux

Ces résultats viennent modérer l'impression que les personnes SDF sont coupées du monde. Même si les liens familiaux semblent peu nombreux, ils existent cependant. Attention, il existe une différence entre parler de sa famille et avoir des liens. Cependant, si la personne peut nommer ses proches, même si elle ne les fréquente pas, c'est que la famille existe psychiquement pour une majorité d'entre eux.

On sait aussi que pour certains, les liens, s'ils existent, peuvent être cassés. Pour certains aussi, il est dangereux de renouer des liens avec ses proches, au risque de reprendre l'errance parce que ce lien est intolérable. La problématique de la « rupture biographique » interroge les problématiques de l'accompagnement : faut-il favoriser le retissage avec la vie d'avant la rupture au risque de fragiliser des adaptations psychiques efficaces...Au nom de quoi ? A l'image du vœu d'avoir un logement, le vœu de renouer avec sa famille est à entendre, mais à mettre en œuvre avec précaution. J. Furtos propose de considérer ce désir de retrouvailles comme un rêve éveillé rendu pensable grâce à l'aide de tiers (cf. *Rhizome*, n°19, p. 15).

Une précédente recherche-action de l'ONSMP-ORSPERE sur « Accompagner jusqu'au bout... » publiée en 2002 avait démontré la récurrence d'un vécu de l'accompagnant, se sentant « seul au monde » pour telle personne, supportant ainsi les épreuves de ce genre d'accompagnement. La mise à distance active de la filiation de la part des accompagnés restait méconnue pour l'accompagnant. Cette filiation se révélait alors de manière spectaculaire au moment du décès par exemple.

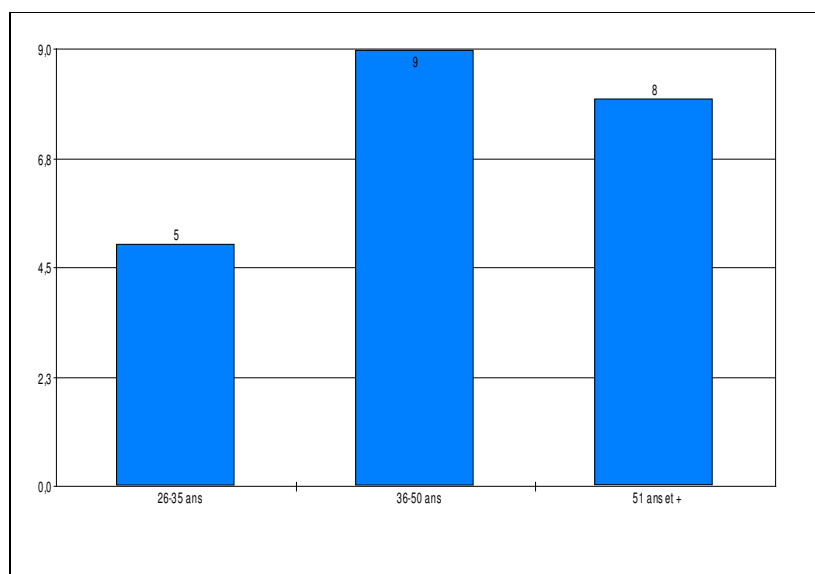
Pour tirer des conclusions sur les liens familiaux, il faudrait pouvoir comparer ces éléments avec une population tout-venant, même si le nombre de liens énoncés semble restreint a priori. De même, il serait pertinent de comparer ces éléments avec ce que les personnes disent elles-mêmes de la qualité de leurs liens familiaux.

1.2. L'échantillon de la phase longitudinale: suivis d'hommes seuls pour comparer leurs trajectoires d'accompagnement

D'un effectif plus faible, l'échantillon de la phase longitudinale est aussi plus homogène que le précédent. En particulier, il est presque exclusivement masculin (21 hommes et une femme), ne compte que des ménages d'une personne. La distribution par âge est assez proche, à ceci près que les moins de 25 ans, dont on a mentionné plus haut la spécificité, n'y entrent pas. L'âge moyen est de 48 ans, ce qui correspond aux résultats de la phase rétrospective, à savoir mettre l'accent sur des personnes d'âge moyen plus particulièrement concernées par les difficultés consécutives à l'entrée dans le logement. L'âge est assez lié à l'ancienneté dans la galère. 14 sont d'ailleurs dans « la galère⁴² » depuis plus de 3 ans, 6 depuis moins de 3 ans. L'ancienneté n'est pas évaluable dans deux cas, pour lesquels on peut supposer une ancienneté assez importante. Il s'agit de personnes dont le profil socio démographique est proche de celui des enquêtés de la première phase qui étaient les plus concernés par les difficultés consécutives à l'entrée dans le logement. Il faut également préciser qu'ils ont pratiquement **tous déjà eu un logement indépendant** (18 sur 22, et 3 pour lesquels on ne sait pas).

⁴²Ce terme de galère vient du langage de la rue et contient tout le panel des services d'aide: dormir dehors et avoir recours à des hébergements provisoires. La « galère » renvoie à « la débrouille », ces termes attestent d'une appartenance au monde « de la rue ».

Graphique 2 : répartition par âge, questionnaire prospectif, 22 suivis



10 d'entre eux touchent le RSA. Les autres ressources sont variées : minimum vieillesse, pension d'invalidité, rente accident du travail, Assedic, retraite, et même salaire. Ils gèrent dans l'ensemble leur budget par eux-mêmes (15 cas), et dans un cas sur trois, avec l'aide de l'accompagnant, sans qu'il y ait pour autant de mesure de tutelle ou de protection (1 seul cas). Ce tiers de « budgets accompagnés » concerne peu les bénéficiaires du RSA, et surtout ceux qui ont d'autres ressources. Les ressources sont donc quelque peu différentes dans les deux échantillons (Tableau 1).

Tableau 1 : type de ressources dans les deux questionnaires

	Rétrospectif (sans les moins de 25 ans)	Longitudinal
RMI – RSA	58%	45%
Autres ressources	32%	56%
Aucune ressource	10%	-

La principale différence tient au fait qu'il n'y a pas de personne suivie sans aucune ressource dans le questionnaire de la phase longitudinale : cela va dans le même sens que les remarques précédentes, à savoir qu'il s'agit d'une population plus homogène que celle traitée dans la première phase.

Pour autant, les signes de ruptures sociales sont réels, quoiqu'ils ne soient pas répartis uniformément sur l'échantillon. 2 seulement sont jugés « pas du tout isolée » et 14 très ou assez isolé. 4 seulement sont perçus comme se négligeant, les autres se partageant à parts égales entre ceux qui ont une présentation variable et ceux qui ont une présentation non négligée.

Les trajectoires antérieures des personnes suivies ne sont connues que de façon fragmentaire. Des liens familiaux sont connus dans 18 dossiers (l'une des personnes manifeste même le souhait de pouvoir recevoir sa fille chez lui), soit une proportion un peu plus importante que dans l'enquête rétrospective (8 sur 10 contre 7 sur 10). Ici aussi, on ne sait pas toujours si les liens se manifestent concrètement par des rencontres, des coups de téléphone, etc. ou s'ils sont ténus voire inexistantes. Ils sont au moins évoqués (Tableau 2).

Tableau 2 : liens familiaux et amicaux connus

Type de lien connu	Nb
Parent(s)	8
Compagne	5
Dont séparé	4
Enfant(s)	10
Dont : a un droit de visite	1
Autres membres de la famille	6
Ami(s)	5
Dont : de la rue	3

Bien que les proportions diffèrent quelque peu de celle du premier échantillon, on retrouve une répartition similaire : les enfants et parents sont les premiers cités, tandis que les (ex-)compagnes le sont nettement moins.

➔ Résumé de la comparaison des deux échantillons :

Rappelons que l'échantillon rétrospectif (65 personnes) prend en compte l'ensemble des dossiers suivis dans même une structure, tandis que l'échantillon longitudinal comporte 21 cas qui sont les nouveaux entrants dans le dispositif d'accompagnement au logement au sein de plusieurs institutions (depuis moins de six mois). Dans l'ensemble, les deux échantillons diffèrent sensiblement sur deux aspects. D'une part celui de la phase rétrospective comporte un sous-groupe assez spécifique, les moins de 25 ans, qui entrent moins dans l'analyse et ne sont pas repris dans la phase suivante. Il est d'autre part plus hétérogène dans la mesure où il compte des ménages en couple, voire en groupes, mais aussi des femmes, ainsi qu'une petite fraction de personnes sans aucune ressource. Ce n'est pas le cas de l'échantillon de la phase longitudinale, plus homogène (presque exclusivement des hommes vivant seuls). L'échantillon rétrospectif est donc plus adapté à une étude de la diversité des populations entrant dans ces dispositifs. L'échantillon de la phase longitudinale est quant à lui plus resserré (plutôt des hommes vivant seuls). L'analyse que nous ferons des différences observées dans les trajectoires des personnes ne repose donc pas sur les caractéristiques des personnes mais davantage sur la diversité des pratiques d'accompagnements mises en place...

Les jeunes

Les jeunes semblent moins poser de problèmes de santé, ils n'ont rien de « visible », comme s'ils n'étaient pas encore « abîmés », même si la consommation de produits toxiques est très fréquente. La question de leurs ressources financières est primordiale surtout pour les moins de 25 ans qui ont droit au RSA dans certaines conditions. La préoccupation pour les jeunes n'est pas prioritairement la santé, mais elle va porter sur le besoin de protection face aux dangers de la rue et sur l'accès à des droits. Il existe par ailleurs un dispositif spécifique (FAJ, Fond d'Aide aux Jeunes⁴³) pour les jeunes qui induit un accompagnement social très court car il ouvre à des aides financières et à une aide éducative des services de prévention.

⁴³ Le Fond d'Aide aux Jeunes (FAJ) a été créé en 1989 pour aider les jeunes de 18 à 25 ans en difficultés matérielles, d'insertion ou qui ont de faibles ressources. Cette aide se compose de 3 niveaux :

- ▶ L'apport d'une aide d'urgence temporaire à hauteur de 80€ maximum ou grâce à des tickets-services.
- ▶ Une aide au projet d'insertion d'un maximum de 1 000 €.
- ▶ Une aide de longue durée avec accompagnement (rédaction d'un CV, expression, offres d'emploi) dans le cadre d'un contrat d'insertion avec examen tous les 3 mois (150 €/mois maximum).

C'est le département qui finance et qui décide du montant accordé au bénéficiaire, sous la responsabilité du président du conseil général. La demande de cette aide s'effectue à l'aide d'un référent en mission locale, PAIO, travailleur social DGAS.

2. Description des suivis et des parcours résidentiels: mobilité au sein d'un même univers résidentiel

Du fait de la construction des échantillons, on retrouve des accompagnements différents. Ils sont plus longs dans la phase rétrospective et doivent donc être présentés à part.

2.1. Les accompagnements dans la phase rétrospective de 20 mois en moyenne

La durée des suivis est en moyenne de 20 mois, mais il est moins long pour les jeunes (6 mois pour les moins de 25 ans pour les raisons explicitées ci-dessus).

	Effectif	Nombre logements occupés (en moyenne) pendant le suivi	Durée du suivi en mois (moyenne)	Durée suivi en années (moyenne)	Durée moyenne par logement (en mois)	Durée moy. Par lgt (années)
25ans et -	7	2,4	4	0,3	3	0,3
26-35ans	13	3,0	13	1,1	7	0,6
36-50ans	25	2,6	27	2,3	16	1,3
51-60ans	12	2,6	23	1,9	17	1,4
61ans et+	7	2,9	20	1,6	9	0,7
GLOBAL	65 (1 non réponse)	2,7	20	1,7	12	1,0

Tableau 3 : caractéristiques des accompagnements dans la phase rétrospective

On le voit, les suivis sont assez longs, d'autant plus que certains sont encore en cours au moment du questionnaire. En rapprochant les durées de suivi et les durées d'occupation d'un logement on peut avoir une idée de la plus ou moins grande stabilité dans l'habitat. Celle-ci dépend traditionnellement de la position dans le cycle de vie⁴⁴, ce qui se confirme ici dans les grandes lignes avec une mobilité plus importante des moins de 35 ans (et a fortiori des moins de 25 ans). Il serait un peu rapide d'en déduire que les rythmes résidentiels de la population étudiée épousent ceux de l'ensemble de la population. En effet, le rôle de l'âge ne se confirme pas pour les plus de 60 ans, qui sont les moins mobiles dans la population générale, mais qui passent ici par plus de changements de logement que les 30-60 ans. C'est un résultat apparemment surprenant mais qui

⁴⁴ Voir par exemple B. Coloos et C. Taffin, 1998, « Mobilité résidentielle et statut d'occupation », *Logement et habitat l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp. 110-119. Ils rappellent que la mobilité résidentielle décroît rapidement avec l'âge.

renvoie au fait que les plus âgés sont, dans cet échantillon, également les plus touchés par de longues périodes à la rue et par des problèmes de santé plus importants que les autres. Au cycle de vie, au sens traditionnel, se superpose le parcours d'exclusion qui n'est pas sans effet sur le rapport au logement (cf. infra).

Plus largement, il peut paraître délicat de parler de trajectoire résidentielle au sens classique de la sociologie urbaine pour ces populations, c'est-à-dire, comme le définit Y. Grafmeyer, « *suggérer qu'une série donnée de positions successives n'est pas le simple fait du hasard, mais s'enchaîne au contraire selon un ordre intelligible* »⁴⁵. Dans les accompagnements dont il est ici question, les changements de lieux de résidence renvoient en effet moins souvent au déroulement d'un projet initial qu'à une série d'ajustements à des événements peu maîtrisables, comme les déménagements contraints suite à un conflit avec le bailleur ou le voisinage, ou encore des événements de santé. La notion de trajectoire en sociologie urbaine, qu'il ne faut pas confondre avec un certain usage courant du terme désignant une série de « passages obligés » ou « d'étapes » dans un parcours résidentiel, ne renvoie toutefois pas uniquement à une maîtrise par le ménage du parcours résidentiel. Elle a pu être employée pour des situations apparemment chaotiques et totalement imprévisibles, mettant par exemple en évidence un certain nombre de régularités dans les parcours résidentiels après des ruptures conjugales et professionnelles⁴⁶. Dans cette perspective, on observe une certaine cohérence dans les parcours étudiés, qui est avant tout une cohérence en termes d'univers résidentiels (Tableau 4). Ou, pour le dire autrement, malgré les changements fréquents de résidence (deux logements en un peu moins de deux ans de suivi en moyenne), les personnes demeurent dans le même type d'habitat.

⁴⁵ Y. Grafmeyer, 1994, *Sociologie urbaine*, Paris, Nathan, p. 65.

⁴⁶ J. Charbonneau, 1998, « Trajectoires sociales et stratégies individuelles en contexte d'incertitude », in F. Dansereau et Y. Grafmeyer (dir), *Trajectoires familiales et espaces de vie en milieu urbain*, Lyon, PUL, pp. 395-413.

Lieu de vie en T3/T4	résidence sociale	dehors, héberger, hôtel	ALT ⁴⁷	Bail	autre	Total
Lieu de vie en T1						
Résidence sociale	9	1		3	3	16
Hôtel		8				8
ALT	1	2	3	5		11
Bail, ordinaire				18	4	22
Total	10	11	3	26	7	57

Tableau 4 : parcours résidentiels observés dans la phase rétrospective

Lecture : ce tableau indique le logement au début du suivi (T1) et à la fin (T3/T4). 9 personnes sont ainsi logées en résidence sociale (CHRS, etc.) du début à la fin du suivi. 9 personnes abandonnent l'accompagnement de façon prématurée et ne figurent pas dans le tableau.

Les parcours résidentiels montrent ainsi une stabilité par type d'habitat : globalement, les personnes suivies restent dans le type de logement (CHRS, bail –privé, en logement social ou avec des dispositifs type ALT –, hôtel ou hébergement) qu'ils occupent en T1, au début du suivi. Assez peu passent d'un type de logement « aidé » à un bail ordinaire, sauf pour le système ALT. Les 8 qui sont dans des situations provisoires/précaires (hôtel, hébergement, à la rue, camping, etc.) ne rentrent pas dans le circuit du logement ou alors seulement de façon provisoire. En se focalisant sur cet aspect, on distingue trois types de trajectoires : 31 connaissent une certaine stabilité, 8 une progression (notamment des résidences sociales ou ALT vers un bail ordinaire) et 18 une dégradation ou un maintien dans des situations provisoires. Il faut ajouter à ce dernier cas une dizaine de personnes qui quittent le suivi de façon prématurée (étape T2 du questionnaire). On ne dispose que de peu d'informations sur leur devenir mais il y a souvent un passage de relais à une autre structure, un retour à la rue et/ou à l'hébergement d'urgence (qui était la situation de ¾ d'entre eux avant l'entrée dans le logement). Ces résultats invitent à souligner d'une part la difficulté inhérente à ces suivis, avec une proportion importante de décrochages ou d'absence d'instabilité résidentielle mal maîtrisée, et d'autre part la question de la durée et de la finalité des accompagnements : comment identifier les trajectoires « ascendantes » (par exemple, la stabilité en résidence sociale correspond-elle à une finalité possible de ces accompagnements ?) et à partir de quand considérer que la stabilité dans un logement justifie le passage à d'autres modes de suivi ? La

⁴⁷ Le dispositif logement Allocation logement temporaire (ALT) s'appuie sur une aide financière aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées dans l'urgence ou en moyens séjours (maximum 6 mois). Le logement doit être conventionné ALT. La prestation est versée par les CAF. Les organismes gestionnaires des logements ALT peuvent être des associations, des communes, des hôtels sociaux, des Foyers de jeunes travailleurs (FJT). Les références légales sont la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 et la loi du 29 juillet 1998 art 53. Pour plus de précisions, cf. <http://www.caf.fr>

présente recherche n'a pas pour objet de répondre à ces questions cruciales, mais il est important d'intégrer à une réflexion sur le sujet ce constat sur les trajectoires des personnes suivies.

La fin des accompagnements ne signe pas systématiquement celle des parcours résidentiels. Certes, on observe une proportion non négligeable (15%) d'interruptions brutales (décès 3%, incarcérations 3%, disparitions 5% ou causes non précisées 4%). Dans 4 cas sur 10, toutefois l'accompagnement s'interrompt parce que le relais est pris par un partenaire (ce qui, sans trop anticiper sur la suite, souligne l'importance de ce réseau) et dans un cas sur 10 en raison d'une évolution vers une autonomisation (accompagnée ou non). Le tiers restant concerne des accompagnements encore en cours au moment de la passation du questionnaire. Si l'on exclut ces accompagnements en cours, il apparaît donc que les autres ont évolué vers d'autres formes de suivi qui prolongent le parcours résidentiel.

2.2. Les accompagnements dans la phase longitudinale : une observation entre 3 à 9 mois

On ne peut aller aussi loin dans la description des parcours résidentiels suivis dans la phase longitudinale car l'observation porte sur une période plus brève et que les changements de logements sont moins fréquents. A deux exceptions près (un accompagnement de 24 mois et un de 11 mois), les suivis portent sur une période allant de 3 à 9 mois. L'observation commence entre 1 et 5 mois après le début de l'accompagnement et comportent entre 1 et 5 questionnaires de suivis. On compte 3 abandons prématurés, soit une proportion légèrement différente de celle de la première phase, mais comparable (respectivement un cas sur 7 et un cas sur 6).

Avant l'entrée dans le logement actuel, 9 étaient en CHRS (plus deux en contrat de stabilisation), 4 à la rue et les 7 autres dans diverses situations (hôtel, dans son véhicule, hébergés...). La proportion de personnes à la rue ou en hébergement précaire est donc moins importante que dans la première partie de l'enquête (respectivement la moitié et les trois quarts) ce qui, sans anticiper sur la suite, renvoie à la diversité des pratiques : il y a dans certains cas un passage transitoire en CHRS avant d'entrer dans un autre type de logement.

On rencontre trois types de logements dans les dispositifs pris en compte : des logements avec un bail ordinaire, des logements gérés par l'association mais dispersés dans l'espace urbain (et donc dans un contexte assez proche des précédents) et des logements en foyer, résidence sociale, gérée par la structure. Chacun a des implications différentes en termes d'autonomie, de règlement intérieur, ou encore de proximité des accompagnants. Toutefois, les situations sont moins éclatées

que dans la phase rétrospective où se trouvaient encore des hébergements à l'hôtel inscrits dans la durée. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

➔ **Résumé sur les trajectoires résidentielles** : On observe de la mobilité résidentielle au cours des accompagnements, durant lesquels les déménagements sont fréquents. La mobilité ne renvoie pas uniquement à l'incapacité pour les personnes suivies de s'installer dans la durée. Au contraire, l'impression d'une certaine stabilité se dégage puisque les personnes restent dans le même univers résidentiel, et circulent essentiellement entre des logements de catégories similaires. Ainsi, quelqu'un ayant fait l'expérience d'un logement avec bail ordinaire tendra ainsi ensuite à demeurer dans ce cadre, et non à aller et venir entre du logement à bail ordinaire, des résidences sociales ou encore de l'hébergement à l'hôtel. En revanche, on note peu de sorties des CHRS ou des résidences à l'hôtel vers le logement à bail ordinaire. On pourra y voir l'absence de « trajectoire résidentielle ascendante ». Cependant, cette appréciation suppose que l'accès et le maintien dans un logement à bail ordinaire est l'objectif principal de ces accompagnements, ce qui n'a rien d'une évidence. On peut en effet penser, indépendamment de toute référence à l'idée de trajectoire ascendante, que l'alternative entre résidence sociale et logement à bail ordinaire donne une plus grande latitude aux accompagnants pour ajuster le logement aux besoins de l'accompagné.

3. Des complications de santé constatées : conséquence de plusieurs facteurs

Autant le préciser d'emblée : si l'on observe bien une dégradation de la santé, il est difficile de l'attribuer à un seul facteur, en l'occurrence le rapport au logement. Par ailleurs, il reste délicat de trancher entre deux explications, celle d'une dégradation réelle de la santé contre celle d'une meilleure observation et d'un meilleur accompagnement au soin qui permettraient de mettre au jour des pathologies restées inconnues jusqu'alors. Certes les deux explications se conjuguent, mais leurs rôles respectifs ne peuvent être totalement déterminés. Pour les préciser, il importe de partir de ce que l'on sait de l'état de santé avant l'accompagnement.

3.1. L'état de santé avant l'entrée dans le logement: souvent très dégradé ou méconnu

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

C'est ce que suggèrent les données de la phase suivante, longitudinale, qui sont plus précises sur ce thème. Ils témoignent, sur 22 cas, d'une situation de santé assez mauvaise avant l'entrée dans le logement. Avant l'entrée dans le logement, 14 souffrent de pathologies somatiques connues : « dur d'oreille », suites d'une chute (écrasement des os de la cheville, traitement post opératoire non suivi), hépatite C, hypertension (avec un traitement non suivi), handicap à la jambe et rhumatisme/arthrose, etc. 4 suivent un traitement. 6 n'ont pas connu d'événements de santé mais 4 ont été hospitalisés et ont connu des événements nécessitant impérativement un soin d'après l'évaluation de l'accompagnant. 5 ont des troubles psychiatriques, essentiellement des syndromes dépressifs.

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

Si l'on élargit cette évaluation de la santé à d'autres dimensions connexes comme la consommation d'alcool, on retrouve également une proportion importante de situations préoccupantes. D'après les accompagnants, les consommations importantes (items « régulières » et « mettant la santé en danger ») concernent un tiers de l'échantillon, un quart n'est pas évaluable et une petite moitié a des consommations jugées occasionnelles ou faibles. En ce qui concerne le tabac, une majorité fume régulièrement, alors que les autres toxiques sont peu fréquents (du moins dans l'évaluation que peuvent en faire les accompagnants).

Il est nécessaire de garder présent à l'esprit cet état de santé avant l'entrée dans le logement pour comprendre la multiplication des événements de santé à partir de l'entrée dans le logement, qui est à la fois déclencheur et révélateur d'un état de santé déjà dégradé.

3.2. Évolution de la santé après l'arrivée dans le logement: des difficultés de santé qui se révèlent, s'aggravent ou se prolongent

3.2.1. L'évolution de l'état de santé après l'entrée dans le logement (questionnaire rétrospectif): des trajectoires différenciées

On peut donner une idée des événements de santé qui sont nombreux au début du suivi, qui témoignent de l'aggravation des situations, mais aussi du fait que l'entrée dans le suivi ouvre sur une meilleure observation des problèmes de santé et sur un meilleur accès aux soins. Les deux sont tout aussi importants : pour le second aspect, on note que presque la moitié des événements de santé sont des consultations (31 cas), mais on observe aussi beaucoup d'hospitalisations (23 cas, dont 10 en psychiatrie, soit trois fois plus d'hospitalisations en hôpital psychiatrique qu'avant l'entrée dans le logement). On rencontre des événements de santé dans 6 cas sur 10 (Tableau 5), contre 4 sur 10 avant l'entrée dans le logement. **Même si l'état de santé est mauvais avant l'entrée dans le logement, on assiste à une hausse sensible des problèmes de santé après l'arrivée dans le logement. Cette remarque va dans le sens de l'intuition de départ des intervenants et confirme l'importance des questions d'évaluation du besoin de soin, et d'accompagnement de la demande de soin.** Certes, le questionnaire rétrospectif ne permet pas de déterminer dans quelle mesure l'entrée dans le logement agit sur la santé, mais il fait ressortir l'importance de la dimension du soin dans les suivis considérés ici, ce qui fait émerger en creux la question de la place des professionnels de santé et du lien qu'ils pourraient avoir avec l'accompagnant.

<i>Type événement de santé</i>	<i>Nb</i>
Pas d'événement de santé	26
Chute	4
Passage aux urgences	5
hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)	13
Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)	10
Consultation médicale avec un généraliste	16
Consultation d'un autre soignant	15
Ensemble	63

Tableau 5 : Les événements de santé au début du suivi

NB : rajouter une précision sous le tableau : « le nombre d'événements de santé est supérieur à 63 car une même personne peut rencontrer plusieurs événements de santé. »

Il est délicat de comparer ces résultats avec ceux d'autres enquêtes qui se basent sur d'autres catégories ou sur une population différente. Notons néanmoins les quelques écarts que l'on observe ici avec l'enquête de l'INSEE de 2001 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds⁴⁸. Les membres de notre échantillon ont, proportionnellement, moins de consultations (un sur deux contre huit sur dix dans l'enquête de l'INSEE). En revanche ils sont plus souvent hospitalisés (4 sur 10 contre 3 sur 10), et ces hospitalisations sont plus fréquemment en hôpital psychiatrique (respectivement 1 sur 3 et 1 sur 4). Mentionnons également que certains troubles pointés par l'INSEE comme caractéristiques de la vie à la rue apparaissent ici assez peu, notamment les migraines et les troubles du sommeil. Sans que l'on puisse trancher à partir de la comparaison des deux enquêtes, ces remarques ne contredisent pas l'hypothèse de complications de santé consécutives au relogement, du fait de la proportion d'hospitalisations : d'une part, la fréquence des consultations médicales, plus faible que dans l'échantillon de l'INSEE, amène à nuancer l'idée selon laquelle la multiplication des événements de santé à l'entrée dans le logement relève d'une meilleure prise en charge médicale. D'autre part, la proportion d'hospitalisations, plus forte que dans l'enquête de l'INSEE, conforte celle d'une détérioration de la santé à l'entrée dans le logement. La part, importante, des hospitalisations en hôpital psychiatrique conduit même à penser qu'il y a une spécificité des troubles rencontrés par les personnes suivies ici.

⁴⁸ B. de la Rochère, 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE Première*, n°893.

Les événements observés ne caractérisent pas à eux seuls l'état de santé et l'accompagnant peut identifier des besoins de soins qui sont différés à cause des réticences de l'accompagné et des difficultés à « porter » pour lui la demande de soins.

Le besoin de soin, tel qu'il est évalué par l'accompagnant peut également être caractérisé. Il s'agit d'un besoin de soins psychiatriques dans 7 cas sur 65 (11%), mais il peut aussi consister en un besoin de consulter et, plus largement, en un besoin d'attention et de disponibilité de la part de l'accompagnant. Les plus malades et ceux subissant des événements de santé sont les premiers concernés, mais d'autres peuvent également avoir besoin de soin et de prise en charge (Tableau 6).

Tableau 6 : besoin de soins médicaux en fonction des événements de santé rencontrés

Besoin de consulter un généraliste	oui	Non
Évts santé :		
Evt santé (42 personnes)	38%	62%
Pas d'évt santé (20 personnes)	15%	85%

Tableau 7 : besoin du « prendre soin » en fonction des événements rencontrés

Besoin du « prendre soin de l'accompagnant »	Oui	Non
Évts santé :		
Evt santé (42 personnes)	31%	69%
Pas d'évt santé (20 individus)	20%	80%

L'évaluation du besoin de soin indique qu'une proportion non négligeable (1/5^e environ) de ceux ne subissant pas d'événement de santé manifeste tout de même un « besoin de soin ». Il apparaît une marge d'indécision entre le problème de santé avéré, plus ou moins pris en charge, et une évaluation du besoin de soin réel à propos de laquelle la question de la pertinence de l'intervention de professionnels du soin est également à poser.

Le « prendre soin », le care⁴⁹

Les pratiques de santé mentale, étendues au-delà des soignants au sens strict, indiquent l'existence d'une tension entre le soin et le prendre soin. Si les travailleurs sociaux revendiquent et justifient un prendre soin dans leur pratique, les soignants réclament aussi la possibilité de prendre soin de leur patient. « *Bien que sont de plus en plus abordées les notions du « care » et du « cure », le « prendre soin », au sens large, dans une temporalité qui ne se réduit pas nécessairement à l'aspect interventionniste préventif ou curatif de la crise (prendre soin, c'est aussi réfléchir au lieu dans lequel on travaille, créer de nouveaux réseaux de partenaires, de réflexion soignante...), les personnels soignants, eux, se vivent de plus en plus souvent démunis face à des dispositifs de soin où le « prendre soin » se réduit parfois à la gestion de la crise* » témoigne une infirmière en psychiatrie C. Favre (2011, *Rhizome*, n°41, p. 3).

Qu'est-ce que ce « prendre soin »? A quel titre devient-il usage professionnel? Dans les pratiques observées, nous retiendrons le « prendre soin » comme une préoccupation pour l'autre, un souci qui peut prendre la forme de la sollicitude et jusqu'au soin.

« Quelle que soit la qualité qu'on lui attribue : art du métier, autonomie, droit à l'expérimentation, éthique, parce qu'elle est source de créativité, il faut prendre soin de cette professionnalité, Matière Vivante, elle est fragile et précieuse » (C. Laval, C. Louzoun, 2008, *Rhizome*, n°33, p. 2).

Entre le début et la fin du suivi, les données du questionnaire montrent une certaine stabilité dans les situations observées. Cela vaut notamment pour l'appréciation de l'état de santé.

Tableau 8 : Évolution de l'état de santé entre le début et la fin du suivi

	Total
Stable en mauvaise santé	18
Amélioration de l'état de santé	4
Dégradation de l'état de santé	5
Stable en bonne santé	16
Total	43

Dans le tableau, on ne présente pas ceux pour lesquels le suivi s'arrête prématurément (T2) ni ceux, assez nombreux, pour lesquels l'accompagnant n'a pas répondu. Pour les autres, l'état évolue peu (en bien ou en mal). Les évolutions nettes concernent tout de même 1/5^e des cas renseignés (9 sur 43) et **il y a autant d'amélioration que de dégradation entre les premiers temps de l'entrée dans le logement et la fin de l'observation**. Il faut prendre ces résultats avec prudence, car on observe dans le même temps une très forte diminution des événements de santé qui

⁴⁹ Concept issu des milieux féministes anglo-saxons repris et popularisé par Carol Gilligan dans les années 1980. Son acception française le rapproche des notions de sollicitude, de souci pour l'autre, d'attention. Il rend bien compte de ces pratiques d'accompagnement social de proximité, dans les pratiques au service des besoins des autres. Cf. Paperman P., Laugier S. (dir.), 2005, *Le souci des autres, éthique et politique du Care*, EHESS, 348 p.

ne concernent plus qu'une personne sur dix (contre plus de la moitié après l'entrée dans le logement). Les hospitalisations (en hôpital général ou en psychiatrie) sont bien moins fréquentes qu'en début de suivi, ce qui peut être le signe d'une amélioration. On peut penser que le suivi mis en place réduit la fréquence des urgences et des autres événements de santé, sans pour autant permettre de retrouver une « bonne » santé.

Santé physique, santé mentale, consommation de drogue : multiplicité des facteurs définissant la « santé »

Cet homme de 41 ans « galère » depuis plusieurs années. Il vit dans un logement autonome qu'il tient bien, même s'il a un problème d'intrusion des collègues chez lui. 4 mois plus tard, il change de logement pour une location ordinaire (bailleur privé) qu'il investit de manière « ordinaire », selon l'accompagnant. Cet homme semble fragile, voire dépressif. Il est abstinent au niveau de l'alcool, et est épileptique. Il cache au départ sa toxicomanie. Il voit régulièrement un généraliste pour son traitement de l'épilepsie. Cependant, il gère mal les aspects financiers du paiement de son loyer. Dans son nouveau logement, il souffre d'insomnies (préexistantes ?) et délire. 4 mois après son entrée dans le logement, il est hospitalisé en psychiatrie en hospitalisation libre. Il suit ensuite une psychothérapie dans le cadre d'une association caritative où il consulte également l'infirmière. Il reconnaît tout à fait ses problèmes de troubles psychiatriques, mais continue à cacher sa toxicomanie. Il semble incapable de se protéger des autres qui continuent à entrer chez lui. Le besoin de se protéger est porté par l'accompagnante. Ses fréquentations sont dangereuses pour lui. En même temps, il éprouve une difficulté à sortir du milieu SDF, habitant en face d'un accueil de jour. L'accompagnement dure deux ans et demi et s'arrête lorsque les relais santé et social sont assurés.

Le problème d'habiter est connexe avec la problématique de santé mentale.

En tenant compte des autres facteurs (rapport à l'habitat, demande ou refus de soins, consommation d'alcool ou d'autres substances), on note quelques améliorations. Par exemple les comportements typique du mode de vie à la rue (mendicité, visibilité dans l'espace public, alcoolisation, regroupement), encore présents qui diminuaient peu au début du suivi, tendent à disparaître. Dans d'autres cas, la progression est moins nette. Ainsi, 30 enquêtés connaissent des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances avant le suivi (du moins, 30 dans le questionnaire). Parmi eux, la moitié (15 exactement) ne connaît aucune évolution entre le début et la fin du suivi, tandis que l'autre moitié évolue (le questionnaire ne précise pas si c'est en positif ou en négatif). Toutefois, c'est l'impression d'une certaine stabilité qui domine.

Porter et accompagner une demande de soins non exprimée

Didier est un homme de soixante ans accueilli dans une maison relais-pension de famille. Il perçoit une retraite qu'il gère de façon autonome. Il intègre son logement en janvier 2010 après un hébergement CHRS. Joseph, son accompagnant, le trouve en mauvais état général, de présentation variable et le juge assez isolé au début de l'accompagnement. Une mauvaise audition et une vue basse impliquent qu'il a besoin d'un intermédiaire pour entrer en contact avec les autres. Des problèmes pulmonaires sont connus. Didier boit de façon occasionnelle et fume régulièrement. Didier n'exprime pas de demande de soins mais certains comportements sont interprétés comme telle. Sa participation aux soins est variable et toujours accompagnée par le travailleur social.

L'apparition d'une certaine charge d'angoisse après la prise du logement entraînera la prescription d'un anxiolytique. Petit à petit la demande de soin émerge mais la participation reste variable. Quelques événements de santé sans gravité jalonnent les premières semaines.

Si le questionnaire rétrospectif ne porte pas spécifiquement sur la façon dont les personnes suivies s'approprient (ou non) le logement ni sur leurs manières d'habiter, il permet d'apprécier les transformations vécues à ce moment. Conformément à l'hypothèse de départ de l'étude, **on observe une dégradation effective de la santé au moment de l'entrée dans le logement suivie de trajectoires différenciées.**

3.2.2. L'apport du questionnaire longitudinal : les complications de santé ne sont pas immédiates

Les résultats des questionnaires de la 2^{ème} phase confirment les précédents tout en apportant une précision sur la temporalité. Lors du premier mois suivant l'entrée dans le logement, les complications de santé ne sont pas flagrantes et l'on observe la même proportion de pathologies et d'événements de santé. En revanche, si l'on prend en compte également l'évolution dans les mois qui suivent, huit accompagnés sur dix subissent des événements de santé (6 sur 10 avant l'entrée dans le logement). Les complications de santé sont de deux ordres : apparition d'événements de santé parmi ceux qui n'en avaient pas rencontré auparavant d'une part et prolongement des problèmes de santé pour ceux qui étaient déjà malades d'autre part, soit avec des événements de santé relativement peu graves mais récurrents, soit avec une détérioration continue de l'état de santé général.

En revanche, ces questionnaires ne permettent pas de revenir sur l'observation d'une stabilisation (en bien ou en mal) de l'état de santé sur le temps long des accompagnements. Il aurait été intéressant de disposer d'un suivi longitudinal sur un an et demi / deux ans pour s'en assurer.

Ils apportent également un certain nombre de précisions sur des aspects qui, bien que ne relevant pas de la santé stricto sensu, s'y rattachent peu ou prou et entrent dans la définition de l'habiter telle qu'elle a été définie plus haut. Trois points méritent de retenir notre attention :

-Consommation d'alcool : avec toutes les précautions à observer tant l'évolution de la consommation d'alcool est difficile à mesurer, on note une légère augmentation de la consommation (9 sur 22 ayant des consommations jugées régulières ou excessives, contre 7 auparavant).

Entrée dans le logement, consommation d'alcool et complications de santé

Sans être la cause du problème de santé, le logement peut en être le révélateur ou l'accélérateur. Ainsi, cet homme de 51 ans, libanais, entre dans l'accompagnement de proximité après avoir été exclu du CHRS où il refusait un sevrage pour l'alcool, même devant l'insistance des travailleurs sociaux. Il entre dans un logement en ALT trois mois plus tard. Dès ce moment, dans la relation d'accompagnement se dévoile « quelque chose de morbide » dira son accompagnante. Il est là sans être là. Sa santé se dégrade, il a le teint jaune, il s'amaigrit. Il est lui-même inquiet pour sa santé et demande à son accompagnante de le veiller en lui téléphonant une fois par semaine. Le téléphone mobile devient très important à ce moment-là, il lui permet de rester en lien. De même son réseau amical alerte aussi sur son état de santé. Le médecin qui le suit diagnostique une cirrhose. Vivant depuis un an et demi dans le logement ALT, il emménage dans une location ordinaire (bailleur privé). Peu de temps après, il est hospitalisé. A cette occasion, un cancer pulmonaire est découvert. Il reste ensuite en maison de repos. Un bilan de santé complémentaire est réalisé ensuite lors d'une courte hospitalisation. Il se sait condamné et envisage sa mort. Il demande aux travailleurs sociaux une présence semblable à celle de la famille auprès de lui. Il refuse cependant de reprendre contact avec sa famille naturelle. Il éprouvait de la honte vis-à-vis des siens, dont on ignore les raisons. Il reçoit la visite d'un collègue de la rue, il se fait entourer d'amis. Quelques mois plus tard, il décède et se fait enterrer sur le lieu même de l'accompagnement social. L'adoption réciproque entre travailleurs sociaux et cet homme les ont conduits à un accompagnement jusqu'au bout. Ses frères et sœurs seront contactés suite au décès.

-Appropriation⁵⁰ du logement : Les logements sont jugés investis positivement dans 10 cas sur 22, mais font l'objet d'un « investissement paradoxal » (incurie, dégradations, accumulation d'objets) dans 7 cas. Ce sont les personnes d'âge moyen (40-60 ans) qui « investissent » ainsi leur logement.

⁵⁰Nous pouvons différencier *installation*, *appropriation* et *investissement* d'un lieu. En ce qui concerne l'appropriation, G.N. Fischer et M.L. Félonneau la définissent ainsi : « l'appropriation est un processus psychologique fondamental d'action et d'intervention sur un espace pour le transformer et le personnaliser ; ce système d'emprise renvoie à des relations de possession et d'attachement » (G.N. Fischer, 1992, p. 91). « Ainsi, s'approprier un espace, c'est le faire sien, c'est le marquer de son empreinte, c'est l'utiliser comme support d'identité » (M.L. Félonneau, 1994). Sans *appropriation* constatée du lieu, il ne peut y avoir d'*investissement* psychique, c'est alors une *installation* temporaire. « Une des caractéristiques essentielles de l'appropriation, c'est la privatisation et la personnalisation de l'espace » (G.N. Fischer, 1994, p. 32).

L'appropriation du lieu passe aussi par la communication non verbale à partir de l'intervention sur un espace et de l'aménagement personnel du lieu.

Les indicateurs utilisés pour l'appropriation du logement montrent à nouveau un clivage au sein de l'échantillon opposant schématiquement une moitié dont le discours est plutôt positif (souhait de rester dans le logement, accent mis sur la sécurité qu'il apporte, mention de projets pour le logement et/ou d'autres domaines) à l'autre moitié plus réticente (désir de quitter le logement, discours marquant l'anxiété liée au logement, faible investissement en termes de décoration, apport d'objets personnels ou de mobilier). Ce sont les personnes installées depuis plus de 6 mois qui souhaitent le plus souvent quitter le logement. En revanche, les difficultés (notamment sous-investissement et formes « d'investissement paradoxal » comme l'incurie) semblent moins corrélées à l'ancienneté dans le logement et peuvent apparaître très rapidement.

-Relation avec l'accompagnant : Les relations avec les personnes suivies sont jugées le plus souvent normalement intenses et satisfaisantes sur le plan professionnel, mais quelques cas « débordent » (émotionnellement (5 cas) ou en dehors du temps de travail (3)), [NB : ce qui peut déjà faire beaucoup].

Erwan: le morcellement dans l'accompagnement, des temporalités dissociées

Le questionnaire longitudinal montre que la temporalité des accompagnements est loin d'être unique. Bien plus, les différentes dimensions de l'accompagnement suivent des rythmes partiellement dissociés, comme le montre le cas d'Erwan. Françoise accompagne Erwan depuis un an maintenant. Elle a l'impression que cela fait beaucoup plus longtemps. Elle en parle comme d'une "personne particulièrement déstabilisante, qui sauve les apparences à de nombreuses reprises, mais qui au plus profond de lui-même est en déroute complète". Erwan se présente de façon très fluctuante, donnant souvent suffisamment le change pour que Françoise relâche son attention et sa vigilance. Malgré tout, depuis quelques temps, il semble manquer de l'énergie nécessaire pour faire écran. C'est corporellement que Françoise perçoit les signes de son affaiblissement, comme si le corps d'Erwan le trahissait: amaigri, les traits tirés par une insomnie sévère et rebelle, traînant sa cheville comme un boulet, il semble de plus en plus tirer sur la corde et donne "l'impression de quelqu'un aux limites de son corps et de sa tête, au bord de la rupture avec lui-même". Françoise rapporte que cette incapacité à se poser des limites, flagrante aujourd'hui, ne date pas d'hier: c'est son patron qui l'obligeait à s'arrêter pour prendre des congés lorsqu'il travaillait voilà quelques années. Françoise est particulièrement en difficulté avec sa manière de ne pas extérioriser sa souffrance et de se dégrader imperceptiblement, sans attirer l'attention, voire en tenant pour lui-même et les autres des discours rassurant sur son état. Il lui fait l'effet "de quelqu'un qui est là sans y être, un fantôme se racontant et racontant des histoires"; "c'est comme s'il n'était pas en phase avec lui-même, comme s'il était désaccordé, désarticulé". Erwan utilise pour se décrire l'image d'un "Bulldozer avec un moteur de Solex".

Dans son logement, Erwan a pour habitude de ne jamais s'installer dans des habitudes: l'espace est sans cesse remanié par le déplacement des meubles, l'ajout de nouveaux éléments, et toujours très encombré, sauf depuis que Françoise a l'impression qu'Erwan fatigue. Il dissimule également à Françoise ses problèmes de financiers et ses retards de loyer en "noyant le poisson", à tel point qu'elle est obligée d'insister pour qu'Erwan lui donne accès à ces difficultés.

Les semaines passant, Françoise propose à Erwan de reprendre rendez-vous avec son médecin devant la dégradation plus manifeste de son état de santé. C'est au début de l'accompagnement que Françoise a aidé Erwan à reprendre contact avec un médecin après plusieurs années sans médecin traitant. Elle l'avait accompagné et restait dans la salle d'attente durant la consultation. Mais Erwan avait ensuite tenu Françoise éloignée de son rapport à sa santé: il disait se rendre chez le docteur mais ne faisait pas les examens prescrits et ne se rendait pas aux séances de kiné toujours pour des motifs qui ne relevaient pas de sa responsabilité. A l'automne, devant les plaintes récurrentes d'Erwan, Françoise l'encourage à retourner chez son docteur. Erwan ne refuse pas mais fait diversion pendant quelques jours. En novembre, Françoise se fait plus directive et explique à Erwan ses inquiétudes et son souhait de prendre rendez-vous pour lui et de l'accompagner. Erwan accepte mais "zappe" le premier rendez-vous. Lors de l'entretien qui suit avec Françoise, Erwan se remet à minimiser et à ne faire remonter ses ennuis qu'à une période très récente, mais finit par confier le fait qu'il avait souvent poussé son corps à ses limites, restant des heures dans le froid enfant, ou arrivant à l'armée au terme d'une marche très difficile alors que ses collègues avaient tous abandonné. De même, reconnaissant l'ancienneté de sa galère, il reparle d'un hiver passé sans hébergement durant lequel il avait montré une très forte détermination à ne pas se faire emmener par les travailleurs sociaux de la maraude. Enfin il confie à Françoise que la période actuelle est pour lui comme une petite mort et qu'il ne lui reste assez de forces que pour garder son logement, et lui-même, à peu près propre, mais pas pour le reste. Ils reprennent ensemble un rendez-vous auprès du médecin et conviennent que Françoise lui rappellera par téléphone ou SMS ses rendez-vous quelques heures avant.

Le jour de la consultation Erwan est présent et Françoise le prend de court dans la salle d'attente pour entrer avec lui dans le cabinet (Erwan n'était pas d'accord). Erwan présente Françoise au docteur ironiquement comme sa nounou, mais Françoise repose le pourquoi de sa présence et exprime devant lui le souci dans lequel elle se trouve, souci qui va même bien au-delà de son strict cadre professionnel dit-elle. Après avoir commencé par essayer de donner le change comme à son habitude, Erwan finit par confier au médecin son insomnie sévère, sa douleur très vive à la cheville opérée dans le passé, sa perte d'appétit liée aussi au fait qu'il vomit toute nourriture ingérée depuis trois semaines, ce que Françoise ignorait. Erwan a perdu huit kilos en trois mois effectivement. Le médecin tente d'aborder la question de sa santé psychique mais Erwan explique qu'il n'a pas besoin d'un psychiatre pour dire ce qui ne va pas. Il évoque sa fille qui lui manque et lorsque le médecin lui demande s'il peut se confier à son entourage, Erwan répond qu'à part Françoise il n'y a pas grand monde autour de lui en ce moment. La consultation se termine avec des prescriptions d'examens chez un chirurgien pour la cheville, chez un gastro-entérologue, une prise de sang et un nouveau rendez-vous une fois tout cela effectué. En sortant, Françoise a le sentiment que ce rendez-vous a marqué une nouvelle étape dans l'accompagnement.

Le mois suivant est donc consacré aux rendez-vous médicaux, avec une très forte implication de l'accompagnante. Erwan manifeste quelques signes d'investissements latéraux: décoration de son appartement, projets d'activités... Le mois d'après voit surtout l'interprétation des différents examens et la planification des suites à donner en termes de soins. C'est avec l'aspect gastro-entérologique que se manifestent le plus de difficultés. Les examens sont lourds et invasifs, et Erwan rate ses rendez-vous si Françoise ne l'accompagne pas. Même le protocole de rappel par SMS ne suffit pas, Erwan prétextant que les messages ne lui sont parvenus qu'après l'heure de rendez-vous. Ses douleurs à la cheville révèlent aussi un important besoin de soins. Le chirurgien rencontré conseille même une ré opération et la pose d'une prothèse. Erwan ne se sent pas prêt et tente de repousser au maximum cette opération

en prenant rendez-vous deux mois plus tard avec un rhumatologue pour des injections. Françoise a l'impression qu'Erwan débute à nouveau une période difficile et elle sent qu'il va falloir qu'elle le soutienne beaucoup, qu'elle maintienne sa vigilance sur le suivi des rendez-vous médicaux. Tout semble traîner en longueur, à l'image d'Erwan qui paraît se traîner lui aussi.

Par contre, Françoise est très impressionnée par l'investissement de son logement par Erwan: la décoration témoigne d'un goût certain que Françoise qualifie de "fin et féminin". Erwan s'est débrouillé pour récupérer un canapé confortable à qui il a donné une seconde vie, des plantes égayent l'espace et des bougies et lampes marocaines donnent une ambiance orientale. Erwan a en revanche tendance à accumuler les objets qu'il récupère, notamment des appareils électroménagers hors service qu'il projette de réparer.

C'est enfin à cette période, après trois mois de vaine insistance, que Françoise arrive à "mettre le nez dans ses factures" et son courrier. Elle constate du retard cumulé à tous les niveaux, ce à quoi elle s'attendait devant l'attitude très évitante d'Erwan à ce sujet. Ensemble ils tentent d'assainir la situation, prennent rendez-vous avec une assistante sociale, etc. Finalement, Erwan explique qu'il ne souhaite pas de mesure légale de protection mais que le soutien de Françoise l'aide beaucoup et lui convient. Là encore, Françoise a le sentiment d'une étape dans l'accompagnement.

➔ **Résumé sur les complications de santé à l'entrée dans le logement** : les résultats présentés ici confirment l'existence de complications de santé à l'entrée dans le logement. Il y a même là un phénomène massif concernant plus de six enquêtés sur dix dans les deux questionnaires. Certes, **les difficultés de santé ne commencent pas avec l'entrée dans le logement, mais elles tendent à se révéler, s'aggraver ou se prolonger après**. Elles ne se manifestent pas toujours dès les premiers temps d'entrée dans le logement mais souvent dans les 6-8 mois suivants, de façon sporadique ou continue selon les individus. Dans quelques cas, la crise suit immédiatement l'entrée dans le logement, se traduisant notamment par une forte anxiété et un rejet du projet. Le plus souvent toutefois, la période critique est plus tardive et peut faire suite à des premiers mois sans complication. Les problèmes de santé tendent ensuite à se stabiliser dans le temps long. Précisons que « stabiliser » n'est pas ici le synonyme « d'améliorer » : **les personnes en mauvaise santé ont en général tendance à le rester**. Si la question est celle du rôle des professionnels du soin et de leur lien avec le travailleur social, il apparaît alors que la problématique n'est pas seulement celle d'un accompagnement au soin en début de parcours mais également d'un suivi sur un temps plus long. Enfin, une entrée « réussie » dans le logement ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration du rapport à la santé. On pointe là un phénomène important qui est celui des discordances dans l'accompagnement, sur lequel nous revenons plus loin.

3.3 Quelles modalités de partenariats avec les acteurs de la santé ?

Les pratiques de partenariat avec les soignants sont omniprésentes soit au cours de l'accompagnement de proximité soit en relais à cet accompagnement (4 cas sur 10 quittent le dispositif de l'accompagnement spécifique par un relais avec les soignants). Ces pratiques pour autant sont très variables d'un site à l'autre: certains lieux bénéficient de praticiens « au domicile » tel un alcoologue par exemple, ou des visites d'une infirmière issue d'un hôpital spécialisé en psychiatrie, résultat d'une convention entre établissements. D'autres travaillent sur un réseau informel plus restreint mais efficace car les personnes se connaissent bien sur un petit territoire : le médecin généraliste est connu de la pension de famille et reste un interlocuteur privilégié. On repère donc une pratique de partenariat de soin autour des situations, individualisées. Chaque accompagnement renouvelle ou pas l'expérience acquise avec tel ou tel soignant. Les ressources d'accès au soin sont soit « internalisées » à la structure d'hébergement (une infirmière, psychologue salariés par l'association, un dispositif de Lit Halte Soins Santé, des consultations bénévoles d'un généraliste, etc.), soit « externalisée » dans les consultations classiques médecin générale et spécialisées sans formalisation particulière (à notre connaissance).

Cependant, l'articulation avec les soignants est à chaque fois particulière et peu formalisée.

Cette discrétion des partenaires du soin dans le récit des accompagnements est-il un effet de la recherche ou est-ce un enseignement sur la représentation de ces accompagnements centrés sur un binôme accompagné-accompagnant ? Ces pratiques de partenariats peu visibles dans le discours, annoncent un des effets de cet accompagnement en proximité avec l'accompagné, le sentiment tenace d'être seul et isolé des autres professionnels, alors même que cet accompagnement est pensé au cœur d'un réseau déjà là de partenaires institutionnels sociaux et sanitaires.

Trois figures principales apparaissent cependant :

- le **soin somatique** semble être bien souvent non seulement une porte d'entrée dans la relation de soin, mais représente un besoin réel (fréquence des maladies, événements de santé, passage aux urgences, etc.).

Un homme de 56 ans

Il vit en hébergement d'urgence sans difficulté majeure. Il a un physique particulier puisqu'il boite. Il entre rapidement dans un logement ordinaire qu'il trouve par lui-même. Il donne le change, se montre autonome, mais en même temps difficile pour lui de faire seul. Lorsqu'il est chez lui, il est impossible d'accéder au logement, il prend les rendez-vous avec son accompagnante dans un lieu d'accueil de jour. Il protège son espace et prend de plus en plus de distance avec son accompagnante. Par ailleurs, il a pris contact avec l'infirmière de l'association. Son investissement est déplacé sur les soignants. 4 mois après son entrée dans le logement, il se fait amputer des orteils. Son boitement était dû à un problème de santé et non à une déformation antérieure. Il ne semblait pas avoir mal et refusait plutôt d'être soigné à cet

endroit. L'accompagnement s'arrête car le relais est assuré par les soignants. La problématique santé est présente mais non accessible directement. Le soin passe par l'inscription dans un lieu et sans un lien stable.

- la figure du **soin psychiatrique** est importante eu égard aux besoins de soins en psychiatrie estimés dans cette population à partir de nos résultats: les événements de santé, et surtout les hospitalisations en hôpital psychiatrique passent de 3 à 10 entre avant l'entrée dans le logement et après, l'ensemble des hospitalisations passe de 15 à 23, les hospitalisations en hôpital psychiatrique sont multipliées par 3 alors que les autres hospitalisations sont à peu près stables. Autrement dit, c'est bien un phénomène émergent après l'entrée dans le logement.

Le soin psychiatrique fait bien partie du circuit de l'accès aux soins selon nos observations.

- la **figure du tuteur et du curateur**, même si elle n'est pas une figure du soin en tant que telle, intervient dans la gestion des biens en fonction de la reconnaissance d'un handicap.

Quand le lien est installé avec la personne, la question du handicap peut être discutée s'il y a lieu. Il semblerait que le préalable soit de renouer avec le prendre soin de son corps avant de s'interroger sur une demande de reconnaissance de handicap. « *Un certain nombre n'a pas conscience de son corps et de son être* » témoigne un travailleur social. La reconnaissance du handicap n'est pas une priorité dans l'accompagnement, il n'y a pas de forte revendication dans ce sens dans la pratique des accompagnants présents au groupe ressource.

La recherche de reconnaissance et de compensation reste un outil parmi d'autres du travailleur social pour trouver une source de revenu. Pour certains, cette reconnaissance au niveau de la MDPH⁵¹ est aussi une reconnaissance de travailleurs handicapés qui peut amener la personne à avoir une activité salariée plus facilement que dans un parcours classique.

La reconnaissance du handicap psychique

Il est cependant fait état de la difficulté pour faire reconnaître un « handicap psychique ». Pour certains, la reconnaissance par le statut peut offrir une sécurité pour la continuité d'un soin. « *Continuer à se soigner avec un confort financier un peu plus important que le RSA, ça tranquillise par rapport à la démarche de soins* » nous dit un travailleur social.

« *Parfois c'est très compliqué quand les gens arrivent au bout de cette démarche pour se faire reconnaître par la MDPH, pour avoir un statut « handicapé » et que la MDPH refuse. Ces personnes ont cheminé pour arriver jusque-là (faire la demande), pour se dire qu'elles ont effectivement un handicap psychique et que c'est ainsi qu'elles souhaitent être reconnues. Et quand la reconnaissance ne vient pas, il faut rester du coup dans ce statut du RSA alors que les démarches d'emploi d'insertion ne peuvent pas se réenclencher. Les gens ont du mal à reconnaître le handicap psychique, les lignes ne sont pas claires et pour la*

⁵¹ Maison départementale des personnes handicapées.

MDPH aussi qui sont difficiles à avoir. Ce sont les médecins des CMP qui remplissent les dossiers » témoigne un travailleur social.

Tutelle, curatelle : quel support à l'accompagnement ?

Les avis sont partagés sur les rapports entretenus avec les tuteurs et les curateurs. Il existe un conflit entre le travail idéal attendu du tuteur et la réalité. Il semble que la manière d'exercer sa fonction soit très personnalisée : certains dissocient la personne et le dossier au risque de protéger le dossier. L'existence d'un tuteur peut sécuriser un logeur et la personne elle-même dite « protégée ».

La fonction des curateurs et des tuteurs est celle d'auxiliaire et de représentant notamment par le règlement des factures « à la place de ». L'existence d'un tuteur valide le handicap social puisqu'il prend en charge à la place de la personne.

Retard de paiement : impact sur la pauvreté

Une personne accompagnée depuis plus de deux ans en logement. Elle touche le RSA, arrive à avoir des petits boulots, mais parfois le RSA n'est pas forcément versé à temps. Alors, elle ne paie pas ses loyers à l'association qui est locataire. Elle est accompagnée par une curatelle pour gérer ses factures... « *Plus on a de petits revenus plus c'est compliqué d'arriver à gérer son budget car le moindre écart de 10 ou 20 € impacte directement. De même, un RSA versé au 15 au lieu du 5 par exemple...* » témoigne un accompagnant. La curatelle est aussi un moyen de sécuriser les parcours et notamment pour cette dame qui pourrait tout à fait être locataire de son logement.... Pour cet accompagnement, le curateur est la clef de voûte pour que le propriétaire accepte qu'elle puisse prendre le logement. Le logeur est également sécurisé.

D'un point de vue technique, comment sont discutées les propositions d'une tutelle ou d'une curatelle ?

Ces accompagnements de proximité modifient probablement le regard sur ces mesures de protection par rapport à un travailleur social qui serait plus extérieur au suivi.

Le lien de proximité donne des indications sur ce que la personne peut aménager elle-même en s'appuyant sur l'accompagnant ou sur d'autres ressources. Des mesures de protection vont être pensées pour des personnes qui se font voler par exemple ou lors d'hospitalisations massives qui conduisent la personne à ne plus être en capacité d'être d'autonome suffisante dans ses démarches et à un moment où il faut légitimement quelqu'un pour le faire pour elle.

Ainsi, les partenariats ne se ressemblent pas d'une structure à l'autre, mais dépendent de l'histoire de la structure avec ses partenaires, des contextes locaux culturels et politiques. Que les ressources soient importées en interne ou utilisées dans le droit commun, il n'en reste pas moins que la demande de soin est portée par l'accompagnant jusqu'à ce que des relais puisse être construits et fiables pour l'accompagné.

4. Des accompagnements différenciés

Les développements qui précèdent confirment l'hypothèse de départ qui était celle de **l'apparition de complications de santé dans ces accompagnements au (re)logement**. Notre propos vise toutefois à aller plus loin en caractérisant plus finement ces suivis et les pratiques qu'ils suscitent. Cela nécessite d'être attentif aux différenciations qui les traversent car l'effet, massif, des questions de santé ne doit pas dissimuler la grande hétérogénéité de ces accompagnements. Dans un premier temps, on présentera la diversité des personnes suivies, en essayant de ne pas s'en tenir à un « chaque cas est unique », qui est certes la réalité de la pratique mais qui n'empêche pas un certain nombre de régularités. Le questionnaire rétrospectif, dont l'échantillon est plus large, servira de point d'appui à la discussion. Dans un second temps, on mettra en évidence une différenciation des pratiques, à partir de la distinction entre deux modes de suivi, les suivis référencés au lieu et référencés à la personne, qui est apparu dans l'analyse plus pertinente que celle entre « housing first » et logique d'accès au logement par étapes (« en escalier »). Cet aspect sera traité à partir du questionnaire de la phase longitudinale car l'échantillon, plus homogène, permet de faire ressortir des différences qui sont moins imputables aux caractéristiques des personnes suivies qu'aux modes d'accompagnement.

4.1. *Trois profils différents de personnes dans leur rapport à l'habiter, à la relation d'accompagnement à partir de l'investigation rétrospective*

Les personnes suivies ne réagissent pas toutes de la même manière à l'arrivée dans le logement et, à bien des égards, chaque suivi présente des spécificités irréductibles à toute standardisation des pratiques. Par ailleurs, l'information souvent fragmentaire dont on dispose sur les parcours antérieurs, et dont la restitution suppose une investigation longue auprès des personnes concernées⁵² n'entraîne pas dans le projet de cette recherche. Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de traits récurrents peuvent être observés, liant les caractéristiques sociodémographiques des personnes suivies, leur rapport au logement et leur rapport à la santé, de telle sorte que quelques profils peuvent être dessinés. Ces profils ne visent pas à résumer à eux seuls l'ensemble du déroulement des accompagnements, pas plus qu'ils ne prétendent être généralisables à d'autres situations concernant les sans-abri. L'objectif n'est pas non plus de dire qu'à chaque profil correspond un certain type de recommandations. Il s'agit plutôt de fournir un principe de repérage

⁵² Voir notamment S. Rouay-Lambert, 2004, « Sur les traces des sans-abri. Le cas exemplaire de Joan », *Espaces et Sociétés*, n°116-117.

au sein de la diversité des situations, tout en soulignant cette hétérogénéité qu'un discours un peu englobant peut tendre à ignorer.

La méthode retenue repose sur l'élaboration d'une typologie établie par une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) sur la base d'une Analyse des Correspondances Multiples, ou ACM, (voir encadré) sur les données tirées du questionnaire rétrospectif. Les moins de 25 ans ont été retirés de l'analyse⁵³ qui porte donc sur 57 personnes. L'effectif relativement faible limite certes la portée des résultats, sans pour autant les invalider. Il faut toutefois rester prudent dans leur utilisation. De façon à ne pas multiplier les variables et risquer de fausser l'ACM à cause des effectifs, nous n'avons retenu que sept variables. Une fois les classes construites, elles ont été systématiquement croisées aux autres variables du questionnaire, de façon à compléter leur caractérisation. Les variables retenues sont les suivantes :

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

Ces variables sont sélectionnées en tant qu'indicateurs des différentes dimensions de l'accompagnement. Elles sont certes réductrices, comme par exemple le fait de résumer la santé à l'évaluation générale de l'accompagnant, mais ce choix se justifie pour que l'ACM reste pertinente. Elles sont en outre assez représentatives de ces dimensions car congruentes aux autres variables qui les représentent. Par exemple, l'état de santé évalué par l'accompagnant rejoint le nombre d'événements de santé, de pathologies, l'évaluation du besoin de soin, ou encore le fait de suivre un traitement.

⁵³Les moins de 25 ans relèvent en effet d'un dispositif spécifique et sont trop éloignés du reste de l'échantillon pour que la comparaison soit pertinente.

Précision méthodologique : l'analyse des correspondances et la classification

La typologie est établie à partir d'une classification ascendante hiérarchique (critère de Ward) sur la base d'une analyse factorielle des correspondances multiples. De telles méthodes sont devenues assez classiques en sciences sociales depuis leur développement en linguistique par J.P Benzecri⁵⁴, et se sont notamment étendues à la sociologie⁵⁵. Elles ne sont toutefois pas connues de tous et il a paru utile d'en rappeler ici quelques principes portant moins sur la technique que sur les objectifs de cette méthode. Les résultats (liste des contributions aux deux premiers axes) figurent quant à eux en annexe n°1.

Pour présenter les objectifs de l'*analyse des correspondances multiples* (ACM), on peut partir du cas plus simple d'un tableau croisant deux variables (par exemple la classe d'âge et la mobilité résidentielle, cf. supra). On observe dans ce type de tableau des rapprochements entre les modalités, comme par exemple le fait que les 36-50 ans sont plus mobiles que les 26-35 ans. Ce « rapprochement » se mesure par la surreprésentation d'une modalité (ici la classe d'âge 36-50) dans une autre (ici la catégorie des « moins mobiles »). Ce type d'analyse se complique lorsqu'il y a plus de deux variables, et le tableau à double entrée n'est plus adapté. On passe donc à une méthode qui permet de calculer de tels rapprochements entre modalités pour un grand nombre de variables et d'où l'on peut tirer des profils combinant plusieurs variables. Elle consiste à projeter sur des axes les différentes modalités. La méthode permet une représentation graphique : deux axes dessinent un plan factoriel sur lequel on peut lire des profils. Si, par exemple, une tranche d'âge, un état de santé et un certain rapport au logement figurent à côté l'un de l'autre, sur le plan factoriel, cela signifie qu'il existe un groupe d'individus dans l'échantillon cumulant ces trois caractéristiques.

On peut établir des typologies sur cette base : les coordonnées des individus sur les axes permettent de mesurer une distance entre eux. Deux individus ayant le même profil sont situés au même endroit du plan factoriel. On peut donc opérer des regroupements sur la base d'une plus ou moins grande proximité. La *classification ascendante hiérarchique* (CAH) opère des regroupements de classes emboîtées les unes dans les autres (depuis une classe unique rassemblant toute la population jusqu'au cas où chaque classe ne contient qu'un individu). Il s'agit alors de repérer la classification qui crée les classes les plus homogènes. Chaque classe a une plus ou moins grande inertie (c'est-à-dire une plus ou moins grande dispersion des points représentant les individus autour du centre de gravité) et le *critère de Ward* est un algorithme dont le but est de sélectionner les classes présentant la plus faible inertie.

La typologie issue de la CAH permet de distinguer trois groupes aux caractéristiques distinctes et dont les réactions à l'entrée dans le logement diffèrent.

-Un premier groupe (15 personnes dans l'échantillon) que l'on peut considérer comme ne présentant pas de complication de santé particulière, bien qu'ils soient fréquemment en demande de soins. Ils se retrouvent dans toutes les classes d'âge et tous les types de ménage, se distinguant

⁵⁴ J.-P. Benzecri, 1979, *L'analyse de données*, Paris, Dunod.

⁵⁵ On se situe ici dans la perspective tracée par P. Cibois, 1983, *L'analyse factorielle*, Paris, PUF. Parmi une abondante littérature méthodologique, on notera une intéressante discussion de l'usage de ces méthodes en sciences sociales dans : F. Chateauraynaud, 2003, *Prospéro. Une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Paris, CNRS.

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

Une situation relevant du premier groupe Cette femme de 31 ans vit dans son camion avec ses chiens. Elle endosse l'identité de marginale. Elle accède rapidement à une location ordinaire, mais elle n'arrive pas à se protéger des intrusions des collègues. Le logement est rapidement squatté et elle déserte les lieux. Elle rompt d'ailleurs le contrat de location 3 mois après son entrée et retourne à la rue. Sa famille est présente depuis le début de l'accompagnement. C'est plutôt une femme qui serait dans une période de vie où elle a besoin de se construire personnellement à distance de sa famille et qui prend la route pour le faire. Elle revendique d'ailleurs son identité de routarde. A travers son discours instable, on reconnaît les traces d'une adolescence non achevée. L'accompagnement porte en même temps sur le logement et en même temps sur une inscription professionnelle. Elle s'inscrit dans un dispositif d'insertion par les arts. L'accompagnement s'arrête rapidement, elle se met en ménage avec un homme et de qui elle sera enceinte. Cet accompagnement présente des difficultés propres aux petites villes puisque les deux femmes (l'accompagnée et l'accompagnante) se connaissaient pour avoir été dans le même collège. La proximité de l'âge renvoie directement aux écarts de maturité et aux différences de parcours, où l'une est en position d'étayage et de conseil pour l'autre. La problématique santé n'est pas du tout au premier plan dans cet accompagnement. Il s'agit plutôt d'une période de transition qui s'achève au cours de l'accompagnement par l'expérimentation du logement autonome pour cette jeune femme. Elle fait la rencontre d'un homme avec qui elle s'engouffre pourrait-on dire dans la vie d'adulte par le couple et la maternité.

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

l'ambivalence du rapport à la santé est plus typique : les membres de ce groupe ont en général un rapport contradictoire à leur santé et sont à la fois en demande et en refus. Il s'agit de ceux qui correspondent le « mieux » à l'hypothèse de départ. Soulignons que le questionnaire fait ressortir d'autres facteurs que celui de la santé.

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

Il est tentant de ramener chacun des groupes à une position dans le cycle de vie et dans une trajectoire d'exclusion, chaque groupe étant marqué par un degré croissant d'isolement de ses membres. Les recoupements avec l'étude des parcours résidentiels vont également dans ce sens. Il manque toutefois des données supplémentaires sur les parcours de vie, les processus de rupture et la phase de vie dans la rue pour approfondir cette hypothèse.

Chacun des trois groupes représente environ un tiers de l'ensemble. Les plus touchés par les événements de santé sont ceux des groupes 2 et 3, notamment pour ce qui est de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Il apparaît que deux tiers de la population concernée connaissent

effectivement des difficultés en lien avec l'entrée dans le logement. Ces difficultés concernent la santé mais pas uniquement puisqu'elles portent aussi sur les autres zones de l'habiter (relation d'accompagnement, rapport au logement et arrangements ordinaires). Le groupe 2 est celui qui correspond le plus à l'hypothèse de départ avec une aggravation de l'état de santé consécutive à l'entrée dans le logement.

Les enseignements à tirer de cette typologie sont importants. Elle invite d'abord à placer la diversité des situations au cœur de la pratique (ce qui, dans les faits, est le plus souvent le cas) : l'accompagnement s'adapte aux difficultés spécifiques rencontrées. **Même au sein du premier groupe, apparemment « sans problème » (du moins relativement aux deux autres), se fait entendre une demande de soins, pas nécessairement perçue par l'accompagnant, mais qui suggère que l'adhésion au projet de relogement ne porte pas toutes les dimensions de l'habiter.** C'est particulièrement flagrant dans la monographie présentant l'accompagnement d'Erwan : au-delà même de la déconnexion entre les différentes temporalités de l'accompagnement, certaines de ces dimensions (et en particulier le rapport au logement et à la santé) évoluent de façon contradictoire. **De la même façon, les contradictions inhérentes aux accompagnements du deuxième groupe ou l'effort nécessaire pour que ceux du troisième n'aboutissent pas à un effondrement complet,** montrent bien que les enjeux auxquels l'accompagnant est confronté ne se résument pas au choix du logement.

4.2. Les dynamiques de l'accompagnement : discordances et trajectoires

La typologie élaborée, on le voit, ne conduit pas seulement à distinguer plusieurs groupes, pour ne pas dire plusieurs publics, mais pointe également un certain nombre de discordances à l'intérieur même de chacun d'entre eux. A bien y réfléchir cela n'est pas surprenant : si toutes les caractéristiques d'une personne et d'un accompagnement convergeaient, la formalisation de la relation soulèverait moins de difficultés. Une analyse fine des parcours d'accompagnement nécessite donc de mettre au premier plan ces formes de dissonance, ou de convergence, entre les différentes dimensions de l'habiter. De ce point de vue, le questionnaire de la phase longitudinale offre la possibilité de prolonger les résultats qui précèdent parce qu'il intègre de façon plus approfondie la zone du rapport au logement et parce que la régularité des questionnaires de suivi permet de saisir plus précisément les moments de désajustement.

Les profils des individus suivis dans cette phase les associent plutôt aux groupes 2 et 3⁵⁶, le premier groupe étant pratiquement absent. Sur ce critère également, l'échantillon est plus resserré et plus homogène que celui de la première phase. De fait, l'intérêt n'est pas tant de prolonger la comparaison entre les deux groupes (on retombe sur les mêmes constatations) que d'interroger d'autres principes de différenciation, principes à rechercher du côté des pratiques d'accompagnement. Rappelons en effet que cette deuxième série de questionnaires a été adressée à plusieurs structures et institutions relevant de fonctionnements différents.

On opère donc dans cette dernière phase de la présentation des résultats un double mouvement : d'une part un élargissement de l'analyse des suivis (intégration de l'ensemble des zones de l'habiter et attention portée aux contradictions qu'ils recèlent) et d'autre part une comparaison centrée sur deux types de pratiques, les accompagnements référés au lieu et ceux référés à la personne.

4.2.1. Comment appréhender des accompagnements non linéaires et traversés par des contradictions?

Pour déterminer quelle logique préside, référence à la personne ou référence au lieu, on s'est basé sur les entretiens avec les accompagnants avant de vérifier qualitativement sur chacun des cas suivis la pertinence du rattachement. Les deux logiques sont en fait des pôles entre lesquels les pratiques peuvent, au moins partiellement, osciller (cf. les tensions dans le champ de la pratique, en fin de chapitre). Il n'en reste pas moins qu'elles sont bien identifiables. On a ainsi 9 cas rapportés à l'accompagnement référé au lieu et 13 à l'accompagnement à la personne. Les 3 abandons prématurés faisaient partie d'accompagnements référés à la personne.

Nécessité de recodage

Rappelons que l'on a défini la notion d'habiter dans cette recherche à partir de quatre zones : la relation à l'accompagnant, le rapport au logement, la santé, et les arrangements ordinaires. Avant de passer à la présentation des résultats, il importe de préciser les indicateurs retenus pour chacune de ces zones dans le questionnaire longitudinal. Les effectifs ne permettant pas de travailler à nouveau avec les outils de l'analyse multivariée comme l'analyse des correspondances, le choix a

⁵⁶ Rappelons que les items des deux questionnaires ne sont pas exactement les mêmes de telle sorte que la typologie n'a pas été reconstruite dans la phase longitudinale. En revanche, les caractéristiques des personnes suivies (âge, degré d'isolement, etc.) permettent de bien les situer dans les 3 types mis en évidence.

été fait de recoder les variables du questionnaire. Nous avons ainsi travaillé qualitativement sur les variables (aussi bien les variables texte que les questions fermées) de façon à les recoder et à proposer de nouveaux indicateurs qui synthétisent chaque dimension, sans en réduire trop la complexité. Une ou deux variables sont ainsi retenues pour chaque zone. La démarche est répétée pour chaque étape du questionnaire : avant l'entrée dans le logement, dans le mois suivant l'entrée dans le logement, et pour chaque questionnaire de suivi. Le Tableau 9 donne la liste des variables retenues et les modalités des recodages.

Zone	Nom de la variable créée	Liste des questions retenues	Modalités de la nouvelle variable
Logement	Rapport au logement	-fait d'avoir refusé ou non un logement -thématiques du discours de la personne suivie (sécurité, anxiété, intimité, etc.) -évaluation de l'investissement du logement par l'accompagnant -aménagement : décoration, apport de meubles ou d'objets personnels -utilisation de la télévision -souhait de rester -comportement lors des visites de l'accompagnant -commentaire général sur le rapport au logement (question ouverte)	-Appropriation -Appropriation réticente -Malaise
	Troubles de l'habiter	-ensemble des questions sur les troubles de l'habiter : paiement de loyer, réclusion, envahissement, absence du logement, hygiène, conflits de <u>voisinage</u> , accumulation et collection d'objets, difficulté d'accès au logement (pour l'accompagnant)	-troubles liés à la gestion -troubles liés à l'isolement -troubles liés à la fois au repli et à l'isolement -pas de troubles de l'habiter
Santé	Rapport à la santé	-état de santé évalué par l'accompagnant -pathologies, événements de santé, traitements connus -gravité des evts de santé -consommation d'alcool ou autres substances -demande de soin -comportement face au soin -besoin de soin évalué par l'accompagnant	-non concerné (pas de pb de santé) -rapport au soin autonome -rapport au soin porté -rapport au soin ambivalent
Suivi	Relation à l'accompagnant	-évaluation générale de la participation au suivi -fait de se sentir en difficulté professionnelle lors des rencontres -fait d'être envahi lors des rencontres -satisfaction professionnelle liée au suivi -penser au suivi en dehors des rencontres -expérience de « situations limites » (question ouverte) -commentaire général sur le suivi (question ouverte)	-relation jugée normale -préoccupation contenue -débordement

Tableau 9 : recodages effectués sur les variables du questionnaire pour décrire les 4 zones de l'habiter.

Les modalités ainsi élaborées demandent à être précisées variable par variable.

L'appropriation du logement : l'*appropriation* recouvre les cas où le logement est investi, fait l'objet de décoration, ameublements, etc. et d'un discours plutôt positif. Il a pu être choisi (après refus d'une première proposition). Notons que l'appropriation est souvent jugée de façon positive par l'accompagnant alors même qu'il signale des « troubles de l'habiter », et en particulier des collections ou accumulations d'objets. Dans ces cas-là, on s'en tient à l'idée de « l'appropriation » en soulignant qu'elle ne se confond pas avec une norme de « bien occuper » son logement mais qu'elle se situe plutôt dans la capacité à investir les lieux, à y projeter une partie de soi tout en en tirant une forme de ressource personnelle et de stabilité⁵⁷. L'habitat reçoit l'espace psychique ou s'en fait le support. Il est à l'image de ces espaces d'investissements de la vie qui ne présentent pas une cohérence interne, mais plutôt une discordance dans l'investissement et aussi dans la qualité (la santé en décalage avec le reste, mais pour autant bonne appropriation du logement, etc.) En somme, avoir une bonne appropriation du logement est compatible avec des troubles de l'habiter. Pour le dire autrement, présenter des troubles de l'habiter n'est pas un signe de mauvaise appropriation du logement. Habiter est quelque chose de personnalisé, d'intime. Pour cette population observée, c'est un habiter spécifique qui peut comprendre des troubles de l'habiter et en même temps une appropriation jugée positive. On parle d'*appropriation réticente* lorsqu'un investissement visible dans le logement est contrebalancé par un discours ambivalent ou franchement négatif, et souvent par une grande anxiété en même temps que le souhait de rester. Les *malaises* désignent des situations d'investissement paradoxal (incurie) ou d'absence complète d'investissement redoublé par un discours négatif, de l'anxiété, un désir de partir.

Les indicateurs de l'investissement du logement comme « chez soi »⁵⁸

Dans le questionnaire, l'approche du logement combine des éléments factuels et des éléments relevant des représentations. On mesure les activités dans le logement et également le rapport aux objets sociaux ordinairement investis, de même que l'activité sur le logement (aménagement, ...). Sans reprendre tous les indicateurs présentés dans le tableau précédent, revenons sur certains d'entre eux :

→ La sensation du visiteur : pénétrer un lieu intime, ça se ressent à partir des éléments manifestes comme la disposition d'objets qu'ils soient ordinaires ou marginaux (cartons, sacs plastique, autres). Cette sensation est recueillie dans le questionnaire en ligne.

⁵⁷ A l'instar de la notion de trajectoire, le terme d'appropriation peut avoir un sens plus ou moins normatif. Il n'est pas rare que chez les bailleurs, voire les praticiens de l'accompagnement social, la dimension normative soit importante avec, en toile de fond, l'idée de l'occupation « en bon père de famille » qui figure encore dans les contrats de bail. On s'en tient ici à la façon dont est investi l'espace personnel du logement.

⁵⁸ Ces propositions sont à rapprocher du travail de recherche de E. Jouve, K. Choppin et D. Grand sous la direction de P. Pichon, 2010, *Sortir de la rue : les conditions de l'accès au « chez soi »*, Modys-CNRS UMR 5264.

→ « Habiter, c'est mettre de soi dans son logement » (J. Furtos, 2010, *Action Habitat*, n°26, p. 7), d'abord soi-même et quelque chose de soi. Dans le cadre du recueil des données, nous mesurons l'activité d'investissement autour du logement par l'aménagement concret et à travers le discours (projection d'y vivre ou pas) lié à l'appropriation.

→ La place des objets sociaux investis par tous, comme norme : la télévision, le téléphone portable...

Ainsi, habiter un lieu pour soi : croisement de ces deux critères, le sentiment du visiteur et les actions concrètes avec le discours.

Les troubles de l'habiter sont organisés autour de deux dimensions, celle de *gestion* qui ne se limite pas au paiement du loyer mais concerne la tenue du logement (problèmes d'hygiène, d'accumulation d'objets notamment, mais aussi troubles du voisinage) et celle d'*isolement* (réclusion, difficulté d'accès au logement). Certains cumulent les deux.

Le rapport à la santé peut renvoyer à trois modalités (en plus de ceux qui n'ont pas de problème de santé) : un rapport au soin *autonome*, c'est-à-dire où l'accompagné reconnaît la nécessité du soin (voire y contribue activement), un rapport *porté* par l'accompagnant et confronté au déni, aux refus, et à la dissimulation de l'accompagné, ou encore un rapport *ambivalent*. L'ambivalence n'est pas ici celle de l'accompagné : il s'agit de cas où la perception de l'accompagnant est difficile à saisir car elle pointe à la fois des complications de santé mais une évaluation faible, voire inexistante du besoin de soin.

Le déroulement du suivi est soit « *normal* », c'est-à-dire fondé sur une participation de l'accompagné et une forme de confiance mutuelle qui se construit progressivement, soit comme suscitant une *préoccupation contenue* c'est-à-dire avec des formes de réticences, de dérobades ou encore de comportements inquiétants mais qui n'atteignent pas l'accompagnant en dehors de son activité professionnelle. Le troisième cas de figure est celui du *débordement*, où les préoccupations dépassent le cadre professionnel, empêchent la bonne conduite des rendez-vous avec la personne suivie et remettent en question l'adhésion au projet et au suivi.

Du débordement à la préoccupation contenue : un exemple d'évolution du suivi

Cet homme de 44 ans vit dans un appartement en ALT avec un problème important d'hygiène et de saleté. Il vit selon un mode de vie reclus, dans un appartement qu'il tient fermé. Six mois plus tard, il accède à une résidence sociale. Dans ce logement, il entasse des poubelles, ferme les volets, réitère son mode de vie reclus. En même temps son état de santé n'est pas bon. Il fait des chutes, présente un problème d'alcool important. Une cure de sevrage et une posture sont préconisées et réalisées avant l'entrée dans ce logement. A sa sortie, il chute et se casse le tendon. Le problème de l'alcoolisation est omniprésent. Cet homme fait de nombreuses demandes de soins et se met en danger, de telle sorte qu'il est difficile de le regarder autrement que comme un malade. A partir du moment où il entre en

résidence sociale, les liens se resserrent avec l'accompagnante. Il demande beaucoup d'énergie à lui insuffler. Il faut dépasser son discours revendicatif au travers duquel il attaque tout le monde « *tout le monde est con* ». Dans le quotidien avec lui, tous les sens sont en alerte « *je ne peux plus le voir, le sentir* » confie son accompagnante. La relation est qualifiée d'infantile. Deux mois plus tard, il entre dans une pension de famille. Plusieurs hospitalisations sont nécessaires suite à des problèmes avec l'alcool. Il continue son mode de vie reclus et collectionne les médicaments. Dans la relation d'aide, il suscite la colère face aux contradictions de son discours et à sa passivité. Du coup, le travail d'accompagnement consiste à se décaler et à le décaler de son discours revendicatif dans l'ici et maintenant de la relation. C'est un épuisement de tous les instants. Il est très en demande puisqu'il lui faut le rassurer du rendez-vous suivant en le programmant à chaque nouvelle rencontre. Progressivement, l'accompagnement de proximité devient plus apaisé et plus distancié. Le discours est moins agressif et plus dépressif. Il prend un traitement antidépresseur, il dit « *tourner en rond* ». L'accompagnement est toujours en cours depuis plus de 3 ans. Dans cet accompagnement, la problématique santé est omniprésente sous la forme de l'alcoolisme et du problème sous-jacent de dépression. L'accompagnement est de l'ordre du portage affectif et s'inscrit dans le temps long.

L'isolement mesure à la fois la rareté des contacts sociaux, le repli et les difficultés de présentation de soi. Les « assez isolés » peuvent ainsi présenter une façade satisfaisante mais avec un risque de lâcher prise, de confusion dans l'interaction (en cas de conflit, de rencontre avec une personne mal connue, par exemple) tandis que les *très isolés* se montrent extrêmement fuyants et difficiles à cerner, y compris pour l'accompagnant. Ces difficultés de communication vont d'ailleurs souvent de pair avec une préoccupation et une inquiétude prononcées chez l'accompagnant.

4.2.2. Comment mesurer les discordances dans les accompagnements?

Ces cinq variables sont ensuite recombinaisons de plusieurs façons : croisées deux à deux, elles mesurent les discordances dans l'accompagnement. Par exemple, une *appropriation* concomitante d'un rapport à la santé *porté*, apparaît comme une discordance. **8 personnes suivies seulement ne présentent pas de discordances dans le mois qui suit l'entrée dans le logement.** Il s'agit majoritairement (5 cas sur 8) de personnes présentant de nombreux signes de malaise (dans le logement, la relation qui déborde, très grand isolement, rapport au soin porté). Dans les 14 cas restant on observe des discordances, ou des désajustements dans l'accompagnement : **il est donc exceptionnel que le projet de logement parvienne à porter toutes les dimensions de l'habiter. La plupart du temps, ces dimensions se déploient sans rapport entre elles et peuvent même avoir tendance à s'opposer.** Cette observation sera affinée par la suite mais elle est absolument centrale pour appréhender les accompagnements.

Les discordances : une forme spécifique d'articulation des dimensions de l'habiter ?

A l'inverse du cas d'Erwan présenté plus haut, les discordances entre les différentes dimensions ne sont pas toujours le signe d'une autonomie entre ces dimensions : elles peuvent relever de décalages dans le temps et d'enchaînements. C'est le cas pour cet homme de 37 ans. Il vit dehors en dormant sous des porches, proches d'un accueil de jour ou proche de l'hôpital. Mais il a des problèmes avec le voisinage, doit déménager du fait de son comportement violent. Il suscite la peur de l'agression chez les autres.

Il entre dans une résidence sociale très rapidement. Il investit de manière ordinaire sa chambre, même s'il laisse les fenêtres ouvertes alors qu'il est en rez-de-chaussée. Cependant, la relation avec lui est difficile car il est violent. Il a des antécédents psychiatriques connus par l'accompagnant. **Sa violence est cependant apaisée lorsque ses besoins sont assouvis (savoir où dormir, où manger). A partir de ce moment, ses demandes de soin augmentent.** Il consulte un généraliste et peut faire entendre ses plaintes du dos, demande même un lit médicalisé. Il se plaint alors beaucoup de sa santé dès qu'il est stable dans son logement. L'accompagnement s'arrête rapidement au bout de 5 mois, car des relais sont assurés avec d'autres travailleurs sociaux et le soin.

Le besoin d'un lieu comblé, la problématique santé peut émerger et être traitée. Cette situation met en évidence le poids de l'angoisse de l'absence de lieu pour soi avec le développement de l'agressivité envers autrui. On constate l'effet calmant d'avoir un lieu de dépôt pour soi et un lien au corps peut se renouer.

En particulier, l'écart entre l'appropriation du logement (assez souvent bonne) et un rapport au soin plus mitigé (*porté*) se retrouve fréquemment dès les premiers temps du logement (10 cas sur 22). Les deux dimensions les moins discordantes sont le rapport au logement et la relation avec l'accompagnant (discordantes dans seulement 5 cas sur 22), ce qui montre bien que le projet de relogement est premier dans ces suivis. Les commentaires (questions ouvertes du questionnaire) faites sur l'évolution de la relation au début du suivi attestent d'ailleurs de la construction du lien à la faveur de l'élaboration de ce projet : le terme de « confiance » revient régulièrement, ainsi que l'idée que l'accompagné se livre plus. S'il peut y avoir des retours en arrière dans la suite de l'accompagnement, la première phase est bien marquée par cet engagement réciproque. Pour autant, comme le montrent les discordances entre le rapport au logement et la santé, un tel engagement dans un projet partagé ne suffit pas à entraîner une dynamique vertueuse en matière de rapport au soin.

Quand les dimensions de l'accompagnement convergent vers l'amélioration de l'état de santé

Ramzi intègre un appartement géré par la structure qui l'accueillait précédemment en CHRS en novembre 2010. C'est un homme de 35 ans qui connaît des difficultés sociales depuis plusieurs mois. Il conserve des liens avec sa famille (père et frères) malgré une consommation d'alcool importante qui peut avoir un impact sur sa vie quotidienne (tendance à s'éparpiller et à être rapidement dépassé par les événements). Farid, le travailleur social qui

l'accompagne a quelques inquiétudes concernant son état de santé au début de l'accompagnement mais juge sa présentation satisfaisante compte tenu des difficultés sociales. La question de la santé semble être un sujet sensible car Ramzi participe de manière variable à sa démarche de soin. Ramzi perçoit le RSA et gère son budget de manière autonome.

Lors d'une visite de Farid pour faire le point sur le premier mois dans le logement, ce dernier, qui avait appris que Ramzi hébergeait un copain malgré le règlement du CHRS, aborde avec lui le fait de savoir s'il arrive à protéger son espace des envahissements des collègues de la rue. Au cours de la discussion Ramzi finit par reconnaître qu'il a hébergé un copain durant deux nuits car il ne supportait pas de le voir souffrir psychologiquement et physiquement seul dans la rue. En effet, cet ami sortait d'une cure de sevrage alcoolique. Ramzi explique que devant les difficultés rencontrées avec cet ami, il a dû se résoudre à "le mettre dehors". Farid évalue cet épisode de manière très positive en ce sens où il estime que Ramzi a pu anticiper un danger potentiel et se poser une limite. Cette discussion, amenée par une situation de transgression, permet à Farid et Ramzi d'évoquer ensemble le rôle de Farid, sa place dans l'accompagnement. Farid recommande à Ramzi de bien le solliciter et de ne pas se mettre en difficulté avec des situations de ce genre. Il lui rappelle que l'aide aux personnes est un métier et qu'elle ne s'improvise pas. Ramzi acquiesce et explique qu'il n'avait pas osé l'informer plus tôt par peur de sa réaction.

Environ un mois plus tard, nous sommes alors à la fin du mois de janvier 2011, Ramzi explique à Farid lors d'une de ses visites, qu'il s'est engagé dans une démarche psychothérapeutique avec un psychologue du centre hospitalier depuis la fin du mois de décembre et qu'il est en train d'organiser son admission très prochaine en cure de sevrage alcoolique: "je vais enfin pouvoir avancer" explique-t-il.

C'est ainsi qu'à la fin du mois de janvier Ramzi intègre le centre de sevrage et de cure pour une durée de quatre semaines. Les premiers jours semblent un peu difficiles comme le rapporte Ramzi au téléphone à Farid, mais il est bien soutenu dans cette démarche par sa famille et par Farid qui lui rendra visite par deux fois.

Discordances entre le logement et la santé

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui a eu un accident de la circulation en revenant du travail lorsqu'elle avait 20 ans. Elle a perdu une jambe dans cet accident et est depuis reconnue handicapée. Pendant 10 ans elle a essayé de travailler. Pour elle, c'est aussi un handicap psychique. Elle a des troubles du comportement importants dont celui de la consommation de cannabis en dents de scie. Quand elle consomme, elle ne « gère » plus du tout et cela la met en difficulté. Elle est accompagnée depuis un an et demi. Elle a eu un 1^{er} logement qui pour elle était insupportable à garder pour des causes extérieures à elle. Depuis 10 ans elle alterne hébergements dans sa famille et logement personnel qu'elle garde au maximum 6 mois. Elle est régulièrement hospitalisée en psychiatrie à peu près deux fois/an à l'automne et au printemps. A sa dernière sortie d'hospitalisation, il y avait une possibilité pour elle d'accéder à un logement en direct. Une « greffe » d'accompagnement s'est faite sur ce logement qu'elle loue directement. C'est un logement qui lui convient tout à fait. Ça fait 7 mois qu'elle y vit et qu'elle se rend compte de ses difficultés à rester dans un logement. Elle se retrouve entre 4 murs face à elle et elle commence à dire : « je m'ennuie, je ne veux plus de psychiatrie ».

Quand elle s'est mise à parler de ses malaises, de ses envies de suicide, l'accompagnante sentait ses propres limites à accompagner et à écouter ... Elle refuse l'hospitalisation, malgré un rendez-vous pris avec un psychiatre extérieur au CMP. Dans cette phase où elle va très mal, elle alterne hébergement dans sa famille, ailleurs et retour dans son appartement. A son retour, elle a mis en place des démarches pour pouvoir postuler en CAT. Elle a du mal à accepter d'être à la recherche d'emploi depuis 10 ans.

Elle constate aussi que son problème d'addiction est une barrière pour le travail. « *La reconnaissance de son handicap c'est énorme, il ne lui manque pas qu'une jambe mais aussi elle a du mal à se contrôler et être en lien avec les gens* ».

Depuis 1 an et demi, l'accompagnement est au rythme d'une rencontre par semaine. Pour elle, espacer les rendez-vous toutes les deux semaines la met en grande difficulté.

Avec son exemple, nous voyons un investissement paradoxal de l'appartement. Elle dit qu'elle ne pourrait pas trouver mieux que cet appartement. Il semblerait que le loyer peu cher soit un élément essentiel de la qualité de l'investissement de cet appartement, comme si elle pouvait s'en détacher facilement. Cette impression de ne pas trop investir est important pour elle. L'aspect de la réversibilité facile semble renforcer l'intérêt même du logement, comme un élément de sécurité : **pouvoir quitter le lieu facilement rendrait l'objet logement moins dangereux.** Les questionnaires renforcent cette idée que pour apprécier le logement il est important d'avoir la possibilité de pouvoir s'en défaire assez vite, de ne pas trop investir. Le fait de pouvoir se dire « je peux le quitter facilement » vient atténuer l'intensité de cet engagement.

4.2.3. Tendances dans les trajectoires: linéaires ou en « dents de scie » selon la durée de l'accompagnement

L'autre opération réalisée avec ces variables recodées consiste à mettre en évidence le sens des trajectoires en regardant, pour chaque individu, l'évolution dans le temps des réponses. Le terme de « trajectoire » a été discuté plus haut et nous n'y revenons pas ici. Certes les temps de suivi sont relativement courts pour parler de trajectoires, mais sur quelques mois de suivi on observe des amorces de tendances. Les trajectoires peuvent être linéaires (dans le sens d'une amélioration, de la stabilité –qui reste le cas le plus fréquent– comme d'une détérioration) ou en dents de scie, avec des allers et retours entre amélioration, stagnation et détérioration. **Plus les suivis s'étendent dans le temps et plus la probabilité de rencontrer des trajectoires stables ou en dents de scie augmente, alors que les trajectoires linéaires dans le sens d'une « amélioration » ou d'une « détériorations » sont moins fréquentes.** La caractérisation des trajectoires ouvre sur une multitude de cas car les discordances se prolongent et se recomposent au fil des questionnaires. Par exemple, les 5 *appropriations réticentes* repérées au cours du premier mois après l'entrée dans le logement, évoluent de la façon suivante : une devient un *malaise*, une reste stable en *appropriation réticente*, deux évoluent en dents de scie et une seule marque une progression vers une *appropriation*. Nous ne proposons pas ici un panorama exhaustif des trajectoires suivies mais une

comparaison entre les différents types d'accompagnement à l'aide du triple outil des variables recodées, des discordances et des trajectoires.

4.3. Comment expliquer les différences entre les trajectoires observées : comparer les accompagnements référés aux lieux et aux personnes

Plusieurs hypothèses ont été testées successivement pour expliquer les trajectoires et dissonances observées : une comparaison des résultats par institution, par accompagnant et par type de pratique, en distinguant ce qui se rapproche le plus du « housing first » de ce qui ressemble à la « logique d'escalier ». Aucun de ces critères ne donne de résultats totalement satisfaisants : une même institution peut abriter des façons de faire différentes ; chaque accompagnant, au-delà de sa singularité, présente de nombreux points communs avec certains de ses collègues (de la même structure ou non) et, enfin, la distinction « housing first » / « logique d'escalier » est trop réductrice pour décrire les pratiques. Pourtant, l'entrée par les pratiques a sa pertinence à condition de ne pas la ramener à cette opposition qui est, certes, celle des catégories de l'action publique, mais pas celle des praticiens eux-mêmes.

Les convergences et oppositions que l'on a pu identifier se structurent plutôt autour de deux pôles que l'on a nommé « **accompagnement référé au lieu** » et « **accompagnement référé à la personne** ». Dans le premier cas, les accompagnants ont en charge les logements gérés par l'association (en résidence sociale ou non) et organisent le travail d'accompagnement autour des flux de personnes passant par ces logements. Certains passages peuvent d'ailleurs être assez longs, mais un changement d'institution signifie bien souvent aussi un changement de personne référente, avec ce que cela peut représenter de sentiment de séparation, voire d'abandon. L'avantage de ce type de fonctionnement est toutefois réel puisqu'il offre un cadre plus construit, mais aussi plus contraignant, que les autres ainsi que les ressources du collectif et du travail en équipe pour l'accompagnant. L'accompagnement référé à la personne ne se définit pas par l'espace mais par le suivi, au travers des différents lieux occupés, par un même accompagnant. La situation est alors symétrique : moins de risque de séparation et de passage mal maîtrisé d'une institution à l'autre, mais également a priori moins de ressources collectives à disposition de l'accompagnant. En anticipant quelque peu sur la discussion, on peut d'ailleurs affirmer qu'**un des enjeux est la capacité à structurer ces accompagnements à la personne de telle sorte que la charge du suivi**

n'incombe pas totalement à l'accompagnant référent, mais qu'il soit le point nodal d'un réseau de partenaires et d'intervenants sollicités ponctuellement ou régulièrement, notamment dans le domaine du soin.

Sur la base des recodages présentés ci-dessus, il devient possible de confronter de façon systématique les accompagnements référés au lieu et à la personne. Les différences entre les deux ne s'expliquent pas par le fait qu'elles s'adressent à des « publics » différents : on retrouve les membres des différents groupes identifiés plus haut (groupes 2 et 3) dans chacun des accompagnements. Pour les personnes du groupe 3, on retrouve les mêmes tendances quel que soit le type d'accompagnement, alors que des différences apparaissent pour ceux du groupe 2, selon qu'ils sont dans un accompagnement référé au lieu ou à la personne.

Les logements occupés sont assez différents dans les deux types d'accompagnement, et l'on observe bien plus souvent des logements en bail ordinaire dans les accompagnements référés à la personne. Cela les rapproche du « housing first » sans pour autant que les deux se recoupent : il peut y avoir du « logement d'abord » dans un appartement géré par une association comme il peut y avoir un accompagnement à la personne dans lequel l'entrée dans le logement avec un bail ordinaire ne se fait qu'après quelques étapes dans la relation. Précisons que les types de logement n'expliquent pas les effets d'appropriation ou les effets de non appropriation. **En d'autres termes le type de logement offert n'influence pas les possibilités d'appropriation.** Et offrir un logement ordinaire (qui pourrait paraître comme la meilleure offre possible) n'est pas une garantie d'une meilleure appropriation (sur la durée de l'observation).

Une différence très importante apparaît dès les premiers temps dans le logement : **la discordance, pointée ci-dessus, entre le rapport au logement et le rapport à la santé concerne surtout les accompagnements référés à la personne** (8 cas sur 13 contre 2 sur 9 dans les suivis référés au lieu). Rapport à la santé, au logement et à l'accompagnant vont souvent de pair dans les suivis référés au lieu, alors que dans ceux référés à la personne le rapport à la santé reste indifférent à la dynamique impulsée par le projet de relogement et l'engagement dans la relation avec l'accompagnant.

Les éléments les plus importants de la comparaison entre les deux logiques, référée au lieu et référée à la personne, sont présentés dans le Tableau 10.

Axe d'analyse	Accompagnements référés au lieu (9 cas, aucun abandon prématuré)	Accompagnements référés à la personne (13 cas dont 3 abandons prématurés)
Type de logement	se divise entre du logement en structure (non autonome, type CHRS 5 cas) et du logement « autonome » (non collectif mais géré par la structure, 4 cas)	plutôt orienté vers du logement à bail ordinaire, et pas en structure (10 cas, les autres : 2 à la rue, 1 autonome géré par la structure)
Type de public	Les plus de 50 ans légèrement surreprésentés, mais paradoxalement une « ancienneté dans la galère » plus courte. Globalement moins de pathologies, mais ceux qui ont des problèmes de santé les cumulent en général avec un fort isolement alors que dans les accompagnements référés à la personne, c'est l'un ou l'autre.	Un peu plus de difficultés dans les « arrangements ordinaires » (isolés, négligés et en retrait) mais surtout plus de pathologies déclarées que pour les suivis référés au lieu : 11 cas sur les 13. La gravité de ces pathologies est également plus importante.
Entrée dans le logement	Plutôt une meilleure appropriation du logement (même si cela reste clivé entre ceux du groupe 2 et du groupe 3), la relation déborde moins : même si la préoccupation existe, elle est plus contenue. C'est le rôle de l'institution qui « absorbe » une partie de cet envahissement, par un effet de lieu et/ou d'équipe. Dans le rapport aux soins : moins souvent « porté » par l'accompagnant, parfois ambivalent : l'accompagnant signale des problèmes de santé mais pas de besoin de soin.	Appropriation plus réticente et ambiguë, relation qui déborde plus souvent, signe d'une difficulté plus grande à assumer et porter le projet de relogement. Le rapport au soin est plus souvent porté : cela signale un rôle important de l'accompagnant dans l'accès au soin
Discordances	Les accompagnements sont « concordants » mais seulement dans les premiers temps : toutes les dimensions convergent dans 2 cas sur 3 (en bien ou en mal...) Comme si le projet de relogement s'inscrivait dans un ensemble plus large où tout accroche (ou décroche : à peu près moitié moitié). évolution discordances : en hausse dans la majorité des cas	Accompagnements « discordants ». Le principal écart porte sur le lien entre le rapport à la santé et l'appropriation du projet de logement. 3 cas de figure : bonne appropriation mais rapport au soin porté (5 cas sur 13), bon rapport au soin mais mauvaise appropriation du logement (5 cas sur 13), et malaise profond dans le logement doublé d'un rapport au soin totalement porté, ce qui conduit à l'abandon prématuré des suivis (3 cas sur 13). Ensuite convergence des dimensions

		(à l'inverse de la tendance générale de l'échantillon).
Trajectoires	Globalement caractérisées par des suivis dont l'évolution est plutôt linéaire, que ce soit en mieux ou en pire, qu'il s'agisse de l'appropriation du logement ou de la relation avec l'accompagnant. En revanche, l'évolution de la santé est en dents de scie	Dans l'ensemble des trajectoires plus accidentées, en dent de scie dans le rapport au logement comme dans la relation. Celle-ci « déborde » plus souvent sur l'accompagnant. Plus d'amélioration de santé.

Tableau 10 : bilan de la comparaison entre les accompagnements référés au lieu et référés à la personne

Dans les accompagnements référés au lieu, le projet de relogement s'inscrit dans une démarche globale, d'autant plus que l'institution (ou le groupe) peut absorber (ou aider à contenir) une partie des préoccupations inhérentes aux suivis. Le rapport au soin est donc plus intégré au projet de relogement. **En revanche, ces suivis ont du mal à s'inscrire dans le temps** et des divergences apparaissent entre l'appropriation du logement et le rapport à la santé. Les dissonances existent dans les mêmes proportions au début du suivi et durant les trajectoires (un cas sur trois si l'on considère la discordance rapport au logement/ rapport à la santé), mais ne concernent pas toujours les mêmes personnes. **A l'inverse, les accompagnements référés à la personne sont moins homogènes au départ, avec des dissonances assez fortes entre l'appropriation du logement et le rapport à la santé.** Portant toutes les dimensions du projet, l'accompagnant est souvent « débordé » ou « envahi » par la relation. **Pourtant les différents aspects, les 4 zones de l'habitat, convergent ensuite. Par exemple, on ne compte plus qu'un tiers de divergences entre le rapport au logement et le rapport à la santé à la fin des questionnaires (contre 8 sur 13 au début du suivi).** On notera en particulier deux cas où, le logement étant approprié dès le commencement de l'accompagnement, le rapport au soin tend à s'autonomiser et à être moins porté par l'accompagnant. Il n'existe pas d'évolution similaire dans les accompagnements référés au lieu. Il ne s'agit donc pas de valider ou d'invalidier l'un ou l'autre de ces modes de pratique, mais de pointer les questions qu'ils soulèvent, notamment pour l'accompagnement référé à la personne : le rôle de l'accompagnant demande-t-il à être plus reconnu et formalisé en lien avec la question de la « groupalité » (travail en réseau, etc.) puisqu'il semble seul à pouvoir porter à la fois le projet de logement et l'appropriation du rapport au soin, voire de « faire institution » (cf. le besoin de

groupalité, chapitre 7). Dans cette perspective, la comparaison entre les deux modes d'accompagnement est moins une évaluation comparée visant à promouvoir l'une par rapport à l'autre qu'un moyen de mettre en évidence l'aspect moins homogène au départ des accompagnements référés à la personne. Pour les deux types d'accompagnements, mais de manière plus forte pour celui référé à la personne, les discordances entre le rapport au soin et le rapport au logement montrent notamment que, s'il peut susciter l'adhésion à un projet de relogement, l'accompagnant doit porter seul le rapport au soin.

4.4. Tensions dans le champ de la pratique d'accompagnement : entre visée d'activation et visée compensatrice

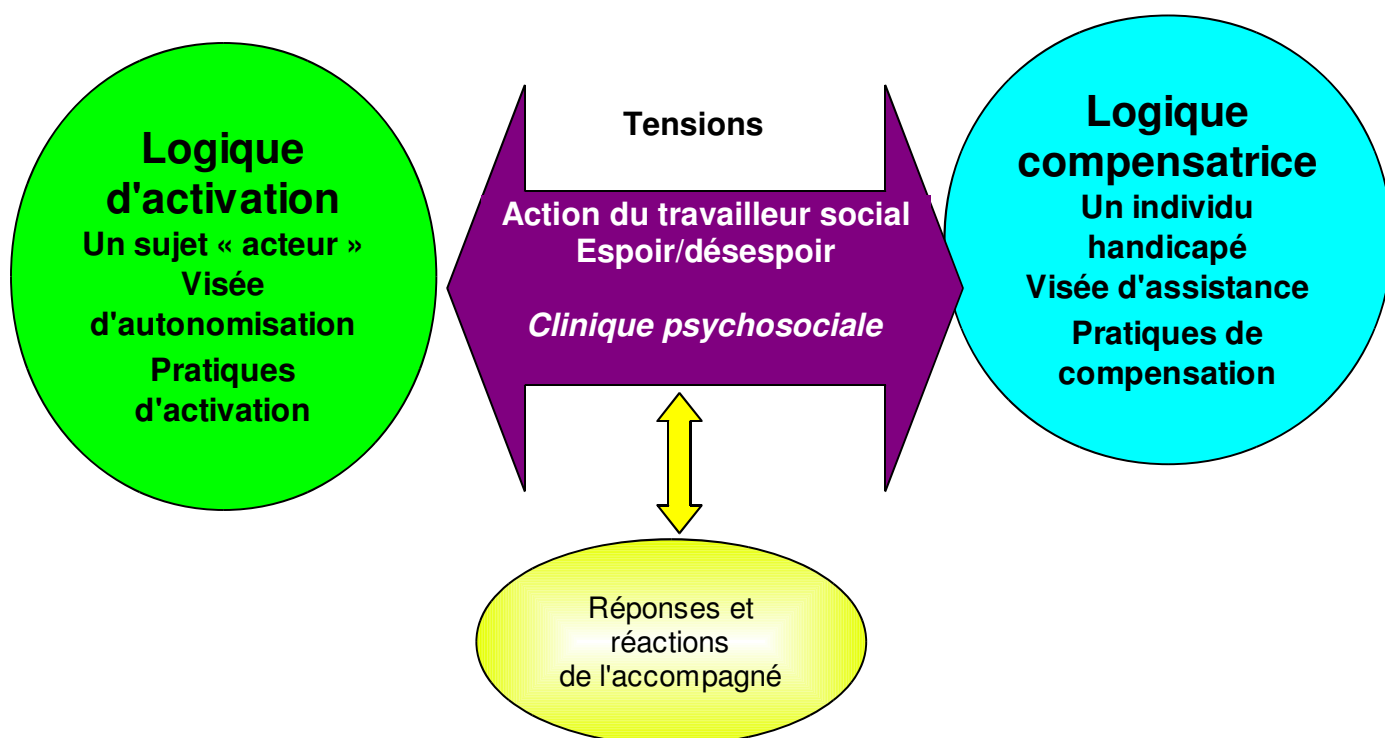
Nous avons vu précédemment que l'opposition « housing first » et logique « en escalier » n'est pas pertinente pour décrire les pratiques et analyser les résultats de l'enquête, alors que la perspective du « housing first » est censée structurer les pratiques d'accompagnement au logement.

Alors que le ministère de l'Ecologie, du Développement durable, des transports et du logement développe une stratégie nationale forte pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, inspirée d'expériences nord-américaines, cette orientation n'offre pas encore la clarification espérée au sein des pratiques. Parfois perçue comme le simple habillage des réductions budgétaires et de la remise en cause des CHRS, cette politique fait sans doute aussi les frais d'une application « à la française » d'une conception et d'une logique anglo-saxonnes. Le « housing first », traduit par « le logement d'abord », a été appréhendé au travers du prisme des tensions qui traversent le travail social en France, et notamment celle, classique, entre une visée d'assistance et une visée d'autonomisation. La demande faite aux institutions et aux praticiens de s'approprier la notion du « logement d'abord » doit donc composer avec ces logiques qui structurent déjà le champ du travail social.

Ces deux logiques (assistance et activation) sont présentes, et parfois de manière conflictuelle, dans la compréhension et l'application du logement d'abord. Pour le dire de manière schématique, l'une des logiques relève de la recherche de l'activation d'un sujet, alors que la seconde cherche à compenser un handicap⁵⁹ et/ou un déficit. Ces deux logiques sont des pôles extrêmes que l'on identifie pour clarifier la discussion, mais les pratiques réelles sont intermédiaires, combinant les deux, l'intervenant social oscillant entre les deux pour se repérer et guider sa pratique (cf. schéma n°4).

⁵⁹ Le handicap est entendu ici au sens de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui regroupe 3 dimensions : déficience, incapacité et désavantage.

Schéma n°4 : Tensions entre une visée d'activation et une visée de compensation



Légende du schéma :

Le premier pôle concerne **une logique d'activation**⁶⁰ qui s'adresse à un « sujet » singulier. Ses comportements et ses difficultés sont interprétées comme des défenses au sens psychodynamique du terme qui donc ont un sens et se dépassent, avec de l'accompagnement. Derrière cette logique, on reconnaît l'influence de la psychanalyse dans le travail social. **La visée est celle de l'autonomisation** : on mettra en œuvre des pratiques d'activation, injonction à l'autonomie, notion d'acteurs, sujet libre.

A l'autre extrême, on reconnaît une logique que nous appellerons **compensatrice**. Dans cette compréhension, l'individu souffre d'un manque, d'un déficit, dont il n'est pas responsable et qu'il faut compenser. Dans ce pôle de compréhension, on reconnaît l'influence de la lutte pour la reconnaissance du handicap (victimologie, le combat du droits des usagers...). L'individu est objet du soin. **La visée est celle de l'assistance** : interprétation de la passivité, de la chronicité, on mettra en œuvre une pratique de compensation, de reconnaissance du handicap.

Il existe donc une tension entre les visées de l'accompagnement.

Espoir et désespoir sont vécus par le travailleur social en fonction de sa référence qui varie selon le moment de l'accompagnement face à la fixité des parcours ou au contraire aux moments d'euphorie, ou aux moments de déprise nécessaire, voire de pessimisme en fonction des réactions de l'accompagnant.

⁶⁰ Aujourd'hui, les politiques publiques de « mise en mouvement » consistent à faire passer les usagers de l'intervention sociale d'une position d'assisté à celle d'acteur dans des domaines variés. La Loi 2002-2 redéfinit les droits des usagers du secteur social et médical dans ce sens et encourage la participation directe des usagers au projet d'accompagnement. Il s'agit là d'une sorte de « tournant anthropologique » ... autrement dit d'une autre conception de l'homme, pour le moins du public, des usagers... non plus seulement envisagés comme des bénéficiaires mais comme des acteurs.

Prendre en charge l'aide aux démarches administratives (cf. monographie de Gérard, en préambule) est un des indicateurs de cette oscillation : d'une prise en charge assumée à une plainte récurrente du travailleur social.

Pris entre ces deux visées, le statut du « **faire** » est interrogé. Même si les politiques publiques et les définitions du travail social insistent sur l'importance du « faire avec⁶¹ », les logiques qui infiltrent la pratique ne sont pas aussi tranchées.

L'exemple des problèmes d'hygiène dans le logement⁶²

Lorsqu'un problème d'hygiène apparaît dans le logement, dans la logique d'activation : l'accompagnant fait le ménage en vue d'une réappropriation (logique éducative ou encore selon le modèle de la thérapie comportementale qui contient une mise en situation anxiogène progressive et accompagnée, donc une démarche interventionniste de la part de l'accompagnant).

Dans la logique compensatrice : le travailleur social fait à la place par compensation, de manière substitutive, ou met en place une aide-ménagère à domicile. Le changement n'est pas visé, la logique est palliative. En fonction de la personne accompagnée, face à des problèmes d'hygiène dans le logement, l'action peut suivre l'une ou l'autre des logiques, osciller entre les deux.

C'est pourquoi il existe un flou (ou un flottement) dans les pratiques, variant en fonction des interprétations différentes.

Pour sortir de ce brouillage dans l'interprétation et l'application du « logement d'abord », nous le situerons en vis-à-vis de la logique du parcours en escalier, logique plus spécifique au champ de l'accompagnement au logement. Enfin, nous reviendrons sur la différenciation proposée plus haut entre pratiques référées à un lieu et référées à la personne, qui nous semble mieux caractériser les situations observées.

4.4.1. Entre parcours « en escalier » et « logement d'abord »

Deux pôles organisateurs de la pratique s'imposent pour constituer des repères non seulement historiques dans l'évolution des politiques publiques, mais aussi des repères opérationnels. L'une tient de la logique ascendante dans le parcours de logement. Le « Parcours Résidentiel » construit des itinéraires résidentiels pour des personnes ou des familles en difficulté. Les étapes en termes d'hébergement ou de logement se succèdent en fonction des difficultés des personnes, de l'habitat temporaire à un habitat définitif avec quatre grandes étapes : l'hébergement d'urgence, l'hébergement d'insertion et/ou temporaire, le logement d'insertion et/ou temporaire et le logement ordinaire. Cette logique graduelle vaut également pour les soins: d'abord soigner le problème

⁶¹Cf. B. Bouquet, C. Garcette (sous la dir.), 2009, *Assistante sociale aujourd'hui*, Paris, Maloine: « Cette démarche orientée vers le « faire ensemble » est attentive aux processus, au cheminement des personnes, à leurs parcours ».

⁶²Des formations spécifiques sur l'hygiène dans le logement sont mises en place pour répondre aux demandes des accompagnants au logement à la demande de l'UNAFD (Union des professionnels du logement accompagné) réalisées par l'AFPRA (Association de Formation et de Prévention du Risque Alcool).

d'alcool avant de se loger. L'autre logique prône « le logement d'abord » avec l'accompagnement de proximité pour tenir ce logement ordinaire. Le soin dans cette logique n'est pas un préalable à la possibilité de se loger.

Cette dernière approche contrecarre (et répond à la critique de) l'approche habituelle de gradation dans l'ascension sociale : passage par l'hébergement d'urgence, puis CHRS, puis structures au plus long cours, etc. « Ses partisans suggèrent d'essayer de mettre les sans-abri d'emblée dans un logement normal et d'adapter l'accompagnement à leurs besoins. On les trouve aux Etats-Unis mais aussi dans les pays scandinaves et anglo-saxons » (F. Spinnwijn, 2008, « L'Europe des sans-abri », *Conférence-débat de l'Association Emmaüs*, Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole normale supérieure, Paris, p. 24).

L'Etat se positionne clairement pour mettre en place une politique du « logement d'abord » dans le cadre de la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées et lance un programme d'expérimentation sur quatre sites en France (en cours).

Cette pratique est une recommandation issue du rapport remis par le Dr Vincent Girard à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports le 8 janvier 2010⁶³.

« Aux Etats-Unis, entre 2005 et 2007, 30% des personnes sans-abri chroniques ont été relogés, grâce en grande partie à la généralisation sur tout le territoire des programmes « housing first » qui ont débuté dans les années 90-91 à New York sous l'impulsion du Docteur Sam Tsemberis »⁶⁴.

Cette pratique s'appuie sur les notions de rétablissement (recovery), d'empowerment qui entrent petit à petit dans le langage du travail social en France. Reste à voir si la culture française « paternaliste » peut être positivement dérangée par ces formulations et propositions ?

Du côté des pratiques de terrain, dans le cadre de la première logique en escalier, les retours à la rue sont vécus comme des échecs, comme une preuve d'immaturité du projet logement. Pour la seconde logique, les retours à la rue et les allers retours sont inclus dans le processus d'accompagnement et ne font pas rupture dans l'accompagnement.

Ces deux logiques peuvent coexister au sein d'une même institution.

⁶³ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, 2009, *La santé des personnes sans chez soi*, rapport ministère de la santé et des sports.

⁶⁴ Annonce de l'expérimentation nationale du 26 janvier 2010, Ministère de la santé et des sports, www.developpement-durable.gouv.fr

Ces tensions s'imposent aux pratiques existantes mais ne suffisent pas à les définir. Elles traversent le travail social, au sens large, mais sont particulièrement prégnantes dans la pratique clinique étudiée ici, l'accompagnement de proximité, auprès des sujets qui nécessitent un autre pour penser et/ou pour faire. Pourtant, comme on l'a précisé dans la présentation des résultats du questionnaire, la dichotomie entre « logement d'abord » et logique « en escalier » n'explique pas à elle seule la diversité des accompagnements : se reposer uniquement sur ces deux catégories, qui restent avant tout des catégories de l'action publique, tend à brouiller l'analyse. De la même façon, on peut supposer qu'elle brouille la lisibilité des pratiques pour les professionnels eux-mêmes. On observe par exemple des accompagnements qui sont censés relever de la logique du logement d'abord, mais qui sont en fait des accompagnements qui, tout en mettant l'accent sur le logement, se donnent les missions plus globales.

Ainsi, il est apparu nécessaire de proposer une autre classification des pratiques observées dans le champ, en tensions, de l'accompagnement de proximité, de façon à tenter de sortir de ce brouillage. Ce qui fait repère dans ces pratiques n'est pas le type de logement, mais le point d'ancrage, la référence de l'accompagnement, qui peut être attaché soit à la personne accompagnée, soit au lieu d'habitation, même si toutes ces pratiques ont à cœur de mettre en place un accompagnement personnalisé et global. Ces deux types d'accompagnement ont été présentés plus haut, pour faciliter la compréhension des résultats du questionnaire, mais il est important d'y revenir ici de façon plus approfondie.

4.4.2. Organiser la logique politique selon les pratiques : celles référées au lieu et celles référées à la personne (cf. schéma n°5)

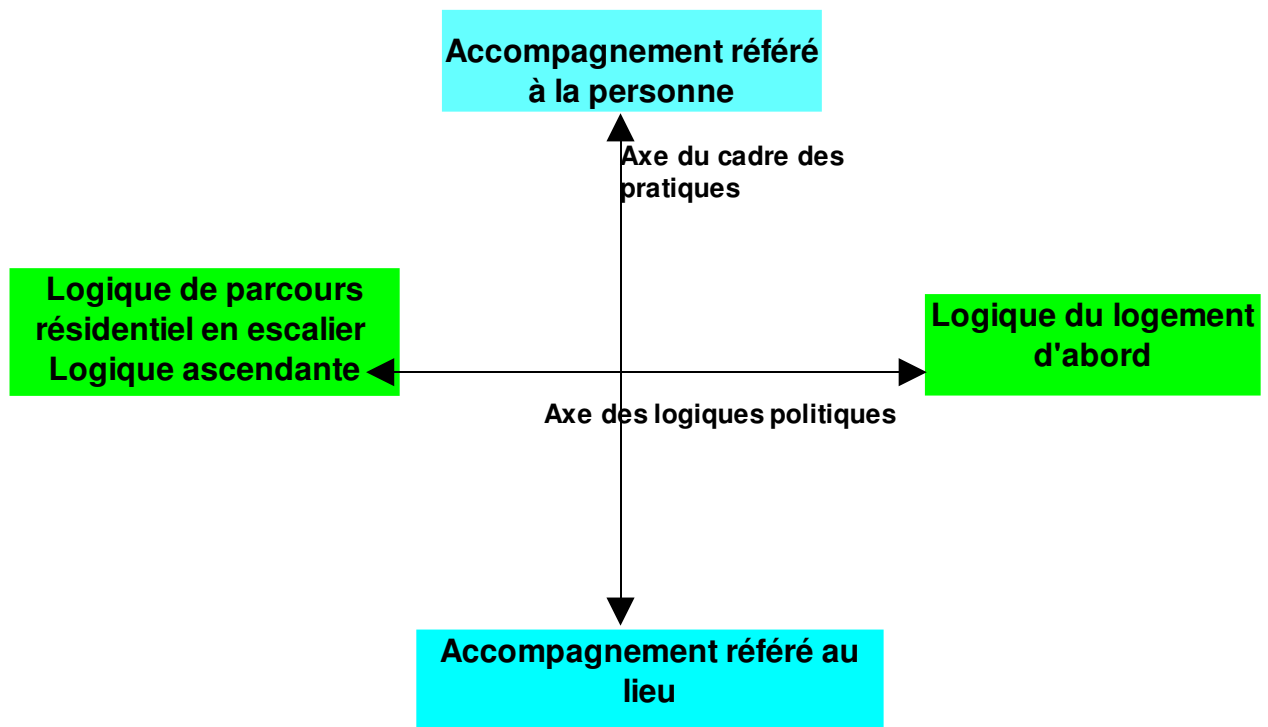
Nous faisons l'hypothèse que faire de l'accompagnement individuel en étant référé à la personne ou en étant référé au lieu ne produit pas les mêmes effets dans la relation d'accompagnement. L'une des pratiques est transversale aux lieux, l'autre est située, bornée par les lieux.

Dans les pratiques référées à la personne⁶⁵, rappelons que la tendance est à l'accompagnement au logement ordinaire (10 sur 13 cas dans le questionnaire), alors que les pratiques référées au lieu (l'ensemble des 9 accompagnements concernés) accompagnent à des logements en structure collective ou en structure éclatée (CHRS, logement non collectif géré par la structure, pension de famille). Mais, encore une fois, ce n'est pas pour autant que les accompagnements référés au lieu

⁶⁵La figure extrême de cette pratique se définit par ses attributs : « une voiture, un téléphone portable, un carnet d'adresses et une feuille de paie ».

relèvent de la logique d'escalier, pas plus que ceux référés à la personne ne sont du « logement d'abord » (puisqu'il peut y avoir des étapes intermédiaires avant l'octroi du logement). S'en tenir à l'opposition héritée du débat public conduit donc à mélanger des conditions d'accès au logement, des types de logement, et des modes d'accompagnement.

Schéma n°5 : Repères dans la pratique d'accompagnement au logement



Légende :

Deux axes différents traversent les pratiques actuelles de l'accompagnement au logement. L'axe horizontal représente les catégories de l'action publique, théoriques. L'axe vertical est celui du cadre des pratiques telles qu'elles s'observent et se comparent.

Au-delà de cette confusion qui vient de la non congruence entre les catégories de l'action publique et celles qui structurent, de fait, le champ des pratiques, **il importe de souligner l'impensé du débat public, qui est celui de l'écart entre logement et habitat**, avec tout ce que cette dernière notion suppose d'investissement de l'espace personnel, mais aussi « d'arrangements quotidiens », et de rapport à la santé. S'agit-il donc d'accompagnements au logement ou d'**accompagnements à habiter** ? Habiter en référence à une norme, mais aussi par rapport à un habiter qui peut être

paradoxal ou déroutant parfois. Peut-être que l'accompagnement de « proximité », tel qu'il se pratique au Diaconat Protestant de Valence est du côté de l'accompagnement à habiter pour des personnes qui ont du mal à habiter quelque part. Ce travail d'accompagnement à habiter passe par l'habitat dans la relation, l'hébergement dans la relation pour ceux qui ont le plus de mal à investir un lieu. Ils habitent d'abord la psyché et le corps de l'autre.

Résumé du chapitre 3 : rappel des principaux résultats de la démarche quantitative

- les parcours résidentiels observés se font à l'intérieur d'un même type d'habitat. On note en définitive assez peu de « trajectoire résidentielle ascendante » : ceux qui n'ont pas un logement en bail ordinaire dès l'entrée dans l'accompagnement ne s'orientent que rarement vers ce type de bail.
- les complications de santé sont avérées à l'entrée dans le logement. Dans une certaine mesure, elles prolongent des problèmes de santé préexistants mais de nouvelles complications apparaissent dans les mois suivant l'emménagement, et celles déjà existantes ont tendance à ne pas s'améliorer. Ces deux effets sont majoritaires dans les suivis étudiés. Pour autant, ces suivis sont hétérogènes et il faut opérer des distinctions pour les analyser :
- On distingue trois types de publics : un tiers qui s'adapte plutôt bien à ces accompagnements, un tiers pour lesquels l'entrée dans le logement marque une aggravation, moins en termes de santé que de comportements de rupture, désocialisation, manifestations d'une souffrance psychique. Le dernier tiers, regroupant les personnes qui étaient les plus isolées et les plus malades, se caractérise surtout par le prolongement de ces difficultés antérieures à l'emménagement.
- Pour décrire les différentes pratiques, il faut distinguer les accompagnements référés à la personne et ceux référés aux lieux, cette distinction collant plus à la réalité des pratiques que l'opposition entre l'injonction politique du « housing first » face à la « logique d'escalier »
- Les accompagnements référés aux lieux offrent des projets de logement plus encadrés et plus globaux (en ce sens qu'ils concernent tous les aspects de l'habitat) que ceux référés à la personne, mais peinent à s'inscrire dans le temps. Il pourrait sembler qu'il manque encore aux accompagnements référés à la personne une certaine capacité de mobilisation au début du projet notamment dans le rapport à la santé. On peut faire l'hypothèse qu'ils sont plus adaptés pour le long terme. S'agit-il de mieux formaliser les missions et de définir les ressources nécessaires (notamment

en termes de partenariat et d'accompagnement du travailleur social) pour compenser les discordances observées ?

Les résultats de la démarche quantitative confirment l'apparition de difficultés consécutives à l'entrée dans le logement. Elles soulèvent également deux séries de questions qui sont traitées dans les chapitres suivants : 1) la question de la mise en pratique des catégories de l'action publique (notamment la notion de « logement d'abord » pour analyser les pratiques d'accompagnement réelles), de leurs éventuels ajustements eu égard à la pratique ; et 2) celle de la signification que l'on peut donner aux difficultés décrites ici, notamment aux discordances. Pour traiter ces questions, nous quittons l'approche quantitative. La dimension institutionnelle ainsi que le rapport entre l'orientation politique et les pratiques sont repris dans le chapitre suivant qui interroge la notion de logement d'abord. Les chapitres 5 et 6 proposent quant à eux une approche plus clinique de la relation d'accompagnement pour en expliquer les particularités.

Nous venons de voir que les pratiques d'accompagnement social de proximité sont organisées à l'intersection de plusieurs logiques qui conduisent à un certain nombre de tensions dans l'exercice même de ces pratiques en termes d'objectifs, de méthodes, de positionnement professionnel ou de limites dans le champ de l'action. Il est important de rappeler qu'il s'agit de pratiques relationnelles avant d'être des techniques et qu'elles confrontent de fait à des moments d'incertitude en raison parfois du manque de balises qui pourraient borner cette action professionnelle. De sorte que le travailleur social est souvent confronté, dans un isolement parfois néfaste, à la nécessité de guider son intervention au moyen d'une dialectique incessante entre registre individuel et commande institutionnelle. Ce recours à la créativité professionnelle peut faire éprouver, en plus de l'incertitude, un sentiment de difficulté dans l'exercice de son travail et de manque de reconnaissance qui peut prendre l'allure d'une véritable épreuve dans la professionnalité⁶⁶. Nous allons à présent nous attacher à présenter des illustrations de ce que peuvent être ces épreuves notamment à travers une analyse des discours des professionnels sur leurs pratiques.

⁶⁶ « Les épreuves de professionnalité sont caractérisées par ce va et vient incessant entre la dimension subjective et la dimension institutionnelle de l'exercice de la profession, par cette articulation précaire entre des normes professionnelles auxquelles les agents se réfèrent pour juger de la qualité et du sens de leur travail, des ressources dont ils disposent pour en assurer la réalisation et des situations concrètes d'action dans lesquelles ils sont pratiquement engagés comme personnes » (B. Ravon (sous la direction de), G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal-Naquet, 2008, *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité*, MODYS, ONSMP-ORSPERE, pour l'ONPES).

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS À PARTIR DES « GROUPES RESSOURCES » ET DES TÉMOIGNAGES DES PRATICIENS

L'intuition de départ est donc confirmée pour une part de la population observée telle que l'analyse quantitative le montre. A partir de ce constat, il est important de comprendre cette « **crise** » authentifiée consécutive à la prise du logement pour un 1/3 de notre échantillon. Cette crise se manifeste d'avantage par une dégradation de l'état général, des difficultés relationnelles, une augmentation de la consommation d'alcool et des troubles de l'habiter⁶⁷ que par des événements de santé bien déterminés difficiles à repérer par des travailleurs sociaux dont les normes en matière de santé sont aussi décalées par rapport à la population ordinaire. En vis-à-vis de cette crise vécue par l'accompagné, d'autres événements apparus au cours de la recherche et discutés dans les échanges du groupe ressource apparaissent de l'ordre des **complications de santé chez l'accompagnant**. Ce phénomène nous apparaît également avec force : c'est le malaise des travailleurs dans l'accompagnement.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées et seront explorées dans cette partie du rapport :

- La clinique psychosociale est confirmée.
- L'hébergement dans la relation comme premier hébergement: De fait on peut penser alors que le premier « hébergement » que retrouvent les SDF dans cette conjoncture, c'est l'hébergement dans une relation très individualisée, dans le transfert sur l'accompagnant qui prendrait à sa charge une partie de l'activité et des défenses nécessaires pour que l'individu conserve son logement (démarches administratives, nettoyage, mais aussi une certaine forme d'investissement psychique par procuration...). L'attention et le souci pour l'accompagné constituent dans ce cas l'expérience d'un regard humanisant qui redonne une place sociale.

Ces deux hypothèses s'articulent puisque ce serait dans l'unité psychosomatique du travailleur social que vont se déployer d'abord les troubles de l'habiter de la personne SDF.

Avant de déployer ces deux hypothèses, nous décrirons les différentes positions qu'occupe le travailleur social dans cet accompagnement, qui le situent par rapport à l'accompagné dans ses différentes fonctions.

⁶⁷ Problème de voisinage, problème dans le paiement de loyer (autre que pauvreté), problème d'hygiène, accumulation chaotique d'objets, collection d'objets, tendance à être envahi par les « collègues », absence significative du logement, vie sur le mode reclus, tendance à rendre l'accès au logement difficile.

1. La chorégraphie de l'accompagnement : fonctions et positions dans l'accompagnement

Dans les récits que font les travailleurs sociaux lorsqu'ils évoquent leurs pratiques, que celles-ci soient référées au lieu ou à la personne, on perçoit différentes positions de l'accompagnant dans la dynamique d'accompagnement. Le discours des travailleurs sociaux sur leur rôle et sur leur position renvoie à l'image d'une avancée en terre étrangère, potentiellement hostile. L'accompagné irait à la rencontre d'un monde qui lui est étranger, tout autre, exotique, donc il aurait besoin de l'assistance de l'accompagnant pour se rassurer, se sécuriser. On peut tracer les contours d'une sorte de « chorégraphie » de l'accompagnement⁶⁸ en fonction des différentes places et fonctions tenues par l'accompagnant auprès de l'accompagné.

→ **En éclaireur** : l'accompagnant ouvre la voie, il se trouve en position antérieure, aux avant-postes, et assure une fonction motrice ou d'embrayeur de l'activité (sa présence encourageante et sécurisante permet à l'usager de mobiliser ses potentialités, ou dans un premier temps de s'imprégner du déroulement de l'action, comme dans un apprentissage) : pousser une porte, parler à un interlocuteur au nom de la personne qu'il accompagne. En même temps il sécurise les lieux, il permet à l'accompagné situé en position postérieure de constater l'absence de danger, il avance « à couvert ». Par exemple, au cours d'un accompagnement dans une administration, l'accompagnant « traîne⁶⁹ » l'accompagné, ouvre la porte et s'adresse à l'agent administratif pour la personne accompagnée. Au bout d'un certain temps, la personne accompagnée va revenir au premier plan et commencer à pouvoir répondre en son nom propre. L'accompagnant va pouvoir peu à peu s'effacer pour laisser l'accompagné éprouver, expérimenter cette situation nouvelle **d'autonomie accompagnée**. On est alors en accompagnement côte à côte.

→ **En côte à côte** : c'est l'accompagnement le plus courant, où accompagnant et accompagné se trouvent sur le même plan, les regards dans la même direction. Les mots peuvent s'échanger sans se regarder, lancés à la volée, comme un ballon d'essai comme par exemple lors de trajets en voiture où la personne accompagnée pourra livrer beaucoup d'elle-même⁷⁰.

⁶⁸ En référence à la Chorégraphie de la rencontre de René Roussillon : Roussillon, R., 2003, « Séparation et chorégraphie de la rencontre », in Barbier A., Porte J.M., *La séparation*, Paris, In Press.

⁶⁹ C'est un terme qui revient souvent dans le discours des travailleurs sociaux pour décrire leur nécessaire action déterminée devant la résistance active ou passive qui leur est parfois opposée.

⁷⁰ L'importance des trajets en voiture comme situation propice aux échanges et aux confidences est une constante dans le discours des travailleurs sociaux interrogés dans cette recherche. Ce phénomène serait peut-être à interroger en profondeur dans un autre travail.

Dans le côté à côté, l'accompagnant peut être là uniquement pour soutenir l'accompagné et intervenir sur sa sollicitation, par exemple à un guichet de banque ou chez le médecin où la personne accompagnée pourra se tourner vers son accompagnant pour demander un avis, une explication. C'est une **autonomie étayée** où l'accompagnant joue le rôle de médiateur et de traducteur...

- L'accompagnant en arrière-plan, « **background object**⁷¹ » : l'autonomie de la personne accompagnée est déjà plus importante dans ce cas de figure. L'accompagnant est là uniquement comme présence d'arrière-plan, c'est l'accompagné qui va à la rencontre de l'altérité en sachant qu'un renfort est toujours possible bien que moins facilement disponible que dans l'accompagnement en côté à côté. On peut dire que, dans cet accompagnement, l'accompagnant est intégré au niveau psychique et que la possibilité de sa présence concrète n'est là que pour rassurer, « au cas où ».
- **Le tuilage** (contient une superposition, une continuité) : cette situation correspond au moment où s'effectue un changement d'accompagnant au cours de l'accompagnement, ce changement doit se faire de manière progressive de sorte que l'investissement de l'accompagnant passe de l'un à l'autre comme dans des vases communicants : la quantité d'investissement démobilisée d'un accompagnant sera progressivement remobilisée en direction du nouvel accompagnant, à mesure que la confiance et le sentiment de sécurité progressent. Au bout d'un certain temps, correspondant à l'accomplissement de ce processus de transition, le premier accompagnant peut se retirer de l'accompagnement. Par exemple, une personne accompagnée doit changer de résidence géographique et donc de référent social. Des rencontres à trois sont organisées pour la transition, on visite un logement potentiel à trois, on rencontre aussi la propriétaire. Malheureusement dans cette situation, le nouvel accompagnant ne se place pas suffisamment en position d'éclaireur et de médiateur avec la propriétaire. La rencontre a donc lieu sur le mode de la confrontation entre deux altérités radicales, hétérogènes (« c'est un ivrogne, un déchet »), et le tuilage échoue.

Raymond: le choc des altérités comme entrave à l'habiter

Raymond entre en septembre 2010 dans le dispositif d'accompagnement vers le logement dans lequel travaille Evelyne. Un temps de "tuilage" a été organisé pour cette entrée pendant lequel Raymond est toujours accompagné par la travailleuse sociale qui l'accompagnait jusqu'alors et peut également commencer à bénéficier de l'accompagnement d'Evelyne.

⁷¹En référence aux travaux de J.Grotstein, 1981, *Splitting and projective identification*, New York, Jason Aronson

Evelyne entend parler de Raymond depuis la création du dispositif dans lequel elle travaille, soit depuis environ un an. Il semble incarner la figure du SDF qui veut sortir du circuit de la rue et qui justifie l'existence de ces dispositifs. A ce titre, Evelyne a beaucoup soutenu sa candidature pour l'entrée dans le dispositif.

La première rencontre se déroule de façon plutôt informelle en présence de l'ancienne accompagnatrice, hors les murs de l'institution, lors d'une visite d'appartement, ce qui est une première pour Evelyne. Cette visite a lieu deux semaines avant la commission d'admission sur le dispositif et Raymond manifeste un fort enthousiasme, fait part de son "coup de cœur" pour l'appartement. Tout se déroule comme prévu et Raymond est admis sur le dispositif lors de la commission. Evelyne organise donc une rencontre avec la propriétaire de l'appartement deux semaines après, mais elle se retient de lui parler de Raymond en détail préférant que la rencontre se fasse sans préjugés.

Le jour de la rencontre, Raymond est accompagné par son ancienne accompagnatrice. Evelyne et la propriétaire sont déjà là. A l'arrivée de Raymond c'est le choc pour la propriétaire qui est "estomaquée". S'adressant à Evelyne devant Raymond: "c'est un clochard, un déchet, il pue l'alcool!"⁷² Raymond s'est effectivement présenté alcoolisé pour se donner du courage selon Evelyne. Evelyne est sidérée par la réaction de la propriétaire, elle ne pensait pas que l'écart entre les réalités de ces deux personnes allait se manifester de manière aussi violente. Elle a mal au cœur pour Raymond et est heurtée par un jugement aussi tranché qu'elle trouve paradoxalement aussi très vrai et brut, sans "le voile de l'accompagnement social qui parfois gomme ce qui apparaît aux yeux de tout un chacun". Après un quart d'heure durant lequel les accompagnatrices argumentent auprès de la propriétaire qui maintient un refus sans appel, Raymond quitte la pièce aussi silencieux qu'il était resté jusqu'alors, lançant juste qu'il les attend dehors. Lorsqu'elles sortent Raymond est parti. Evelyne est désolée de n'avoir pas pu lui dire au revoir.

Evelyne ne réalisera qu'après-coup à quel point elle a dénié la marginalité évidente de Raymond et le nécessaire travail de préparation qu'elle aurait dû faire auprès de la propriétaire. Elle comprend mal ce qui a pu à ce point lui faire « oublier » ce point crucial de son travail.

Durant les jours et les semaines suivantes, Raymond s'alcoolise beaucoup et ne répond pas aux coups de fil d'Evelyne. C'est l'autre accompagnatrice qui la tient informée de l'état de Raymond. Alors qu'Evelyne continue les démarches de recherche de logement, Raymond et elle tentent de se joindre sans succès.

Mais les démarches piétinent et Evelyne, gagnée par un sentiment d'inutilité vis à vis de Raymond, n'essaye plus de le contacter. Au bout de trois mois, elle l'appelle pour lui souhaiter la bonne année mais Raymond, visiblement alcoolisé et en compagnie d'une autre personne avec qui il parle durant l'appel, a du mal à tenir une conversation cohérente et finit par raccrocher. Evelyne lui envoie ensuite une carte de vœux mais hésite à se manifester d'avantage comme elle n'a aucun logement à lui proposer. Elle est rassurée de savoir que l'autre accompagnatrice poursuit son travail d'accompagnement avec lui.

⁷²Il est à noter que cette situation de violence dans les mots de la part du logeur si elle peut paraître extrême est pourtant l'indice du rejet que peuvent faire vivre les personnes très marginalisées dont ne sont pas exempts les soignants.

Parallèlement à ces différentes « positions » dans l'accompagnement, on observe aussi que le travailleur social peut assurer diverses fonctions dans son accompagnement dans une sorte de vicariance fonctionnelle⁷³ :

- L'accompagnant peut assurer une **fonction de porte-parole**, interprète ou médiateur entre deux espaces sociaux a priori hétérogènes : monde des personnes en situation d'exclusion, monde des marges sociales et monde social orthonormé, espace social normalisé et régi par des conventions symboliques orthodoxes. Il peut assurer cette fonction lors d'un entretien avec un représentant d'un corps de métier utilisant un vocabulaire et des codes relationnels très précis (médecin, agent administratif par ex). De la sorte il permet une meilleure circulation des communications entre l'accompagné et la personne avec qui il est en interaction. Cette fonction découle des pratiques relevant de l'ethnographie clinique (cf. infra encadré « *Vers une ethnographie clinique: rapport au terrain et démarche active* »).
- **Fonction de « logeur »** : nous appelons cette fonction hébergement dans la relation (cf. *infra*) dans laquelle l'accompagnant héberge l'accompagné au sein de son unité psychosomatique, c'est à dire dans l'expérience vécue de son corps propre et de sa pensée, de sa vie psychique. C'est la métaphore que nous utilisons pour décrire les modalités de la relation que nous observons dans ces pratiques.
- **Fonction motrice** : il peut arriver que le travailleur social assume pour l'autre une certaine part d'activité, de rapport pragmatique au réel que la personne en situation d'exclusion n'est plus capable d'assumer vis-à-vis de certaines tâches qui impliquent une confrontation avec la sphère sociale normalisée : pousser la porte d'une administration tout en entraînant la personne par le bras alors qu'elle était sur le point de partir (voir plus haut position « en éclaireur »), faire le tri dans des papiers entassés dans un coin de l'appartement... On voit bien ici les problèmes particuliers que soulève cette fonction en ce qu'elle convoque les notions de libre arbitre et de contrainte. La limite est bien souvent ténue entre cette forme nécessaire d'intervention et d'autres formes qui relèveraient plutôt de l'emprise ou de l'intrusion (cf. logique compensatrice d'assistance, p. 92).
- **Fonction de tuteur narcissique** : dans certaines situations de transactions sociales codifiées notamment avec les représentants d'administrations, le travailleur social peut avoir pour

⁷³On entend ici une mise à disposition volontaire et réfléchie du travailleur social qui se voit délégué certaines fonctions du sujet qu'il ne peut assurer pour lui-même temporairement.

fonction de soutenir le sujet dans la verticalité de son rapport au représentant potentiellement écrasant d'une institution sociale. L'une des travailleuses sociales rencontrées parlait de « redonner une colonne vertébrale » par une présence requalifiante lors d'entretiens avec des représentants des administrations qui avaient tendance à considérer la personne en situation d'exclusion comme un « cas impossible ».

A partir de ces différentes fonctions identifiées par les professionnels dans leurs accompagnements, nous verrons comment la clinique psychosociale se déploie et **comment la relation d'accompagnement devient le premier hébergement.**

2. La clinique psychosociale confirmée

J. Furtos, dès 1999, a proposé de parler de clinique psychosociale pour identifier un champ particulier d'observation et de pratiques qui consistait à prendre en compte les mouvements psychiques de l'individu dans le cadre d'une mission sociale (de réinsertion, d'éducation, d'accompagnement au logement...).

La clinique psychosociale est en effet définie comme l'apparition et la prise en compte de la souffrance psychique d'origine sociale sur les lieux du social, une souffrance dont les effets apparaissent sur les lieux du social avant même les lieux du soin. Elle peut être exercée par des "psy" et par des "non psy". Pour décrire cette clinique, un certain nombre d'invariants⁷⁴ ont été décrits et certains seront confirmés et affinés par cette recherche.

Cette clinique se déploie sur les lieux du social, c'est-à-dire dans la rue, sur le lieu du travail, dans les lieux d'habitation et dans tous les endroits en dehors de l'hôpital psychiatrique ou du cabinet d'un psy (à l'école, au travail...). D'ailleurs cette souffrance est souvent d'abord socialement traitée. Dans cette recherche, cette souffrance apparaît dans l'accompagnement au logement, le logement comme objet social investi collectivement.

On constate une extension de cette clinique actuellement avec des recherches menées avec des élus, avec des bailleurs, auprès des demandeurs d'asile...

- ➔ La clinique est psychosociale car on observe une indétermination entre ce qui est psychique et ce qui est social sans délimitation précise, voire de manière intriquée. Ce qui fait souffrance est aussi bien psychique que social et pas plus psychique que social. Cette intrication produit d'ailleurs une difficulté de diagnostic: impossible d'attribuer les causes de

⁷⁴V. Colin, J. Furtos, 2005, « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine » in M. Joubert, C. Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, Erès, pp. 99-115.

la souffrance exclusivement à la psychopathologie, à la maladie mentale ou aux effets d'un environnement social excluant. Le lien avec le soin psychiatrique n'est pas évident, le diagnostic n'est pas clair. Même si la plupart du temps les travailleurs sociaux n'ont pas de mal à repérer la maladie mentale, il reste cependant une zone d'incertitude surtout lorsque la situation résiste au soin.

- ➔ Le malaise chez l'intervenant : comme premier signe de la souffrance psychique de l'autre qui bien souvent ne se dit pas en tant que telle, mais à travers le malaise de l'intervenant quel qu'il soit qui, s'il n'est pas clivé de lui-même, ressent quelque chose de douloureux qui à la fois ne lui appartient pas, vient de l'autre et en même temps le touche personnellement (dans sa propre histoire, mais aussi dans son impuissance professionnelle). Certains chercheurs ont nommé ce dépôt en soi comme relevant d'un transfert topique (B. Duez, 2000), ou d'un transfert par retournement (R. Roussillon, 1991).

Le mal-être est un sentiment diffus

Il peut se vivre de manière plus ou moins massive à certaines périodes de l'accompagnement. Un des risques pour l'accompagnant est de passer **du diffus au confus** et de ne plus avoir de distance suffisante pour faire le tri entre ce qui est « à moi » et « à lui » dans le vécu. C'est d'autant plus difficile quand ce malaise diffus et prégnant vient s'inscrire dans le corps de l'accompagnant : maux de peau, céphalées, épuisement indéterminé, troubles du sommeil, ... Les maux eux-mêmes ne sont plus ou somatiques ou psychiques, mais intriqués et indistincts : la relation devient parfois compliquée avec l'entourage, on ne se comprend plus soi-même.... Les contours du malaise sont flous, en miroir de certains contours psychiques incertains pour le sujet. Certains vécus sont alors fait de sensations très primaires, impensables pour la plupart, sans dispositif adapté de recueil ou de dépôt de cet impensable. Ce stress identifié est au service de la relation avec l'utilisateur, au service de l'utilisateur à condition que l'accompagnant ne soit pas « cassé » par la méconnaissance d'un malaise dont il ne peut ni se distancier ni parler.

Eu égard à ce risque attendu dans cette clinique psychosociale, il est impératif de se doter de dispositifs de tri de l'expérience subjective de malaise ou de mal-être. Trier ce qui m'appartient et ce qui ne m'appartient pas est à l'image de l'effort du sujet pour sortir de la confusion.

Ce mal être se traduit par une **indétermination professionnelle** qui porte sur la fonction exercée dans le poste (psy, travailleur social, médecin ou bailleur) mais aussi entre la personne et le professionnel, avec un risque de se perdre. Ce qui conduit au burn-out (épuisement professionnel), démission, arrêts de travail ou rupture de la relation, passage à l'acte, représailles... Cette souffrance

portée⁷⁵ si elle n'est pas traitée comme un signe du mal-être de l'autre produit un risque de brouillage de l'identité professionnelle, qui peut attaquer le travail et la groupalité interne.

Du côté de l'accompagné:

➔ Cette souffrance s'exprime à travers des actes qui font symptômes : l'impossibilité ou la grande difficulté à tenir l'investissement des actes de la vie ordinaire (paiement du loyer, hygiène corporelle, ...) à travers aussi les difficultés d'appropriation d'un logement, les troubles du voisinage, des relations sociales en dents de scie, une santé fluctuante et souvent préoccupante avec des moments de crise, des échappements à la relation d'aide proposée ou même des récusations de l'aide.

Frédéric: l'impossibilité à nouer un lien d'accompagnement et le retournement d'un éprouvé d'absence de "prise"

Frédéric a intégré un logement en CHRS éclaté depuis un mois quand Sandra reprend son accompagnement pour la première fois dans le carnet de bord du dispositif de la recherche-action. Elle explique qu'elle l'a toujours senti réservé et défensif. Elle est aussi assez impressionnée par l'apparence physique de Frédéric, ses nombreux tatouages notamment. De même, lors de ses visites chez lui, Sandra ne se sent pas accueillie et a même le sentiment de forcer un peu son intimité. Au bout d'une semaine dans le logement les voisins se plaignent de nuisances et des rencontres sont organisées avec la direction. Malgré cela, Frédéric ne réajuste pas son comportement et l'institution prend la décision de le faire changer d'appartement en l'avertissant qu'en cas de plaintes il serait mis fin à son accompagnement. Sandra a le sentiment que le changement produit un apaisement chez Frédéric, elle le trouve plus serein et espère que cela va se répercuter dans leur relation.

Mais Frédéric reste dans sa position de repli évitant, est absent lors de ses rendez-vous avec Sandra. Elle se rend compte lors d'une de ses visites en entendant des voix inconnues et des bruits de chiens derrière la porte que son appartement est squatté au moins durant la journée. Dans ce genre de cas, Sandra a pour habitude d'entrer dans les appartements comme elle a un double des clefs, mais elle renonce du fait de la présence de chiens. Lorsqu'elle revoit Frédéric, Sandra essaye de discuter de cela avec lui mais elle a l'impression qu'il "la mène en bateau". Elle a globalement un sentiment d'insatisfaction dans cet accompagnement et ne se sent pas aussi professionnelle que dans les autres accompagnements dans la mesure où elle ne se permet pas de dire facilement les choses.

Une autre fois, alors qu'elle arrive pour son entretien, elle entend Frédéric derrière la porte discuter avec une autre personne d'un sujet qui semble assez grave. Elle l'entend prononcer qu'il ira "tuer quelqu'un s'il le faut" et se demande, l'espace d'un instant, si elle va frapper à la porte ou pas. Elle se décide finalement à frapper à la porte puisqu'ils avaient convenu de ce rendez-vous. Frédéric la fait entrer et demande à l'autre personne de partir, et l'entretien peut avoir lieu.

Néanmoins, au bout d'un mois dans le nouveau logement, les voisins de Frédéric téléphonent à l'institution pour se plaindre du bruit, du passage de personnes avec des chiens. Accompagnée par la chef de service, Sandra se rend chez Frédéric pour lui signifier

⁷⁵J. Furtos, C. Laval, 1998, « L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité », *Confrontations psychiatriques*, n°39.

la fin de son hébergement. Sandra s'attend à ce qu'il proteste, essaye de se justifier et de les faire changer d'avis, mais Frédéric acquiesce et demande quand il doit quitter le logement. Quand elles lui annoncent qu'il doit quitter le logement le lendemain, Frédéric ne discute pas. Sandra est sous le choc devant l'inconsistance du lien qu'elle a tenté de créer avec lui. Elle juge que cet accompagnement est un échec et a le sentiment que Frédéric ne s'est jamais saisi du projet qu'elle essayait de faire émerger, et que les seules actions qui ont pu être conduites l'ont été de son fait à elle. Elle reste sur une sensation d'impuissance et d'inachèvement qui semble objectivement justifié.

→ L'inversion sémiologique, un « monde à l'envers » (J. Furtos, 2005, 2008) : la clinique psychosociale se présente d'abord sur le mode du négatif. Dire sa souffrance à un non-psy n'est pas une erreur d'orientation, demander un travail et un logement au psychiatre n'est pas une erreur non plus (ce qui a conduit à la patate chaude). On note une inversion des demandes, mais aussi des demandes normalisées (un travail, un logement, une famille).

La capacité à prendre soin de soi par le souci de l'autre : un monde à l'envers?

Suite à l'arrêt de travail pour surmenage de l'un des travailleurs sociaux, un résident d'une pension de famille se mobilise et vient rencontrer la direction pour réclamer plus de personnel pour mieux s'occuper de lui et pour assurer les remplacements. Cette action dépasse la coopération attendue des usagers au projet de logement, puisqu'il manifeste du souci pour autrui, et précisément pour quelqu'un qui prend soin de lui. Peut-on entendre que sa capacité à prendre soin de lui passe par le souci qu'il manifeste à un autre, figure de sa « bien traitance » ?

Cet épisode fait écho à la mobilisation de personnes marginales accueillies dans un lieu d'accueil de jour face au risque de fermeture du lieu d'accueil faute de subvention. Le personnel déprimant à cette mauvaise nouvelle, les accueillis ont manifesté leur solidarité en participant activement à la fabrication d'un géant de papier sur un char pour défiler dans l'espace public et devenir visible. La dynamique enclenchée par les accueillis a alors permis au personnel de se mobiliser et de rentrer dans une action collective à des fins d'interpellation des pouvoirs publics⁷⁶.

Comme Gérard, présenté dans le prologue, certains accompagnés se montrent soucieux de la dangerosité effective dans la relation d'aide et de leur capacité d'attaque des aidants. Ils ont conscience qu'ils ont besoin de protéger cette capacité vicariante de l'aidant.

→ Une déliaison activement entretenue chez l'utilisateur qui peut se traduire par la mise à distance de la famille⁷⁷ (cf. recherche sur la mort des personnes SDF). Cette force de déliaison de nature inconsciente peut se transférer, se répercuter dans les équipes qui sont empêchées de faire équipe (surtout en l'absence de possibilité d'analyse de la pratique).

⁷⁶ Cette « aventure » est relatée dans un film « Invisible Géant », Foyer Notre Dame des sans abris.

⁷⁷ V.Colin, J. Furtos, 2002, « La solitude exposée du sujet SDF, déni de la filiation instituée », *Rhizome*, n° 10, p. 14.

La déliaison est aussi présente dans les parcours des personnes où la continuité est souvent interrompue ou sans sens pour la personne. Les ruptures peuvent être actives dans le parcours de vie et d'accompagnement jusqu'à la disparition (échappements, trous dans les parcours, décès...).

Un accompagnement fuyant : l'absence de création de lien.

Cet homme de 30 ans vit en hébergement d'urgence et « galère » depuis plusieurs années. Il semble qu'il n'arrive pas à habiter quelque part, mais qu'il se mette simplement à l'abri. Il entre rapidement dans une chambre d'hôtel au mois. Il semble fragile et suscite l'envie de le protéger. En même temps, cette fragilité apparente fait hésiter avec une débilité mentale importante. L'accompagnante ne sait pas s'il adhère vraiment au projet de logement à l'hôtel, si c'est le bon choix pour lui. N'est-ce pas le mettre davantage en difficulté ? La préoccupation de l'accompagnante se porte davantage sur la santé mentale de cet homme, et elle pense à la nécessité d'une expertise psychiatrique. Outre son état mental, il n'a pas de ressources suffisantes pour tenir son loyer, peut-être bénéficierait-il d'une AAH ?

4 mois après son entrée dans la chambre d'hôtel, il disparaît du jour au lendemain sans laisser de traces ou d'adresse. C'est un accompagnement qui laisse dans le doute et avec une énigme sans réponse aux questions de l'accompagnante qui perçoit que quelque chose a manqué ou n'a pas été possible à ce moment-là pour cette personne. La problématique d'habiter et la problématique santé ne peuvent pas être dénouées, ni abordées, ni traitées.

- La récusation de l'aide, le refus du soin se présentent sous deux formes extrêmes : soit sous forme de disparition de la demande et/ ou sous forme du « trop » de demandes (relation d'aide inconditionnelle, totale). Pour faire une demande de soin, il faut aller bien. Et plus on va mal, moins on peut demander de l'aide. La récusation de l'aide est décrite comme un symptôme de cette clinique dans un processus d'autoexclusion où le sujet cherche à se couper de sa propre souffrance pour ne plus souffrir. La notion de santé n'a aucun sens dans cette logique coûteuse en énergie pour s'empêcher de souffrir. Ainsi, le refus du soin est attendu sous une forme passive ou active. Il est à noter que les personnes font aussi face à un refus de soin de la part des soignants.

Du côté des professionnels: évolutions notables dans la pratique

- Le prendre soin organise l'action et ses limites: on ne trouve plus de visée de guérison, mais plutôt l'idée de la réduction des risques de retour à la rue et de comportements dangereux pour la personne. On distingue soigner et prendre soin. Cette logique compréhensive tient compte du contexte socio-économique : le prendre soin est effectivement délégué pour un temps à un autre, la personne étant dans l'incapacité de prendre soin d'elle-même. Ceci conditionne la possibilité de se réapproprier le souci pour soi par un autre à condition que l'accompagnant se soucie de sa

propre souffrance⁷⁸ non pas seulement comme en écho avec sa propre histoire, mais comme objet de son travail.

- Une contrainte à développer une écoute psy sans se transformer en psy. La nécessité de la réflexivité est acquise et fonde la dimension clinique. L'observation fine de signes cliniques oriente l'action sociale.
- Il n'y a plus d'appel incessant à la psychiatrie sauf en cas de besoin avéré, mais plutôt une demande de reconnaissance de ce travail de care réalisé par les travailleurs sociaux. Le travail en réseau est devenu une évidence, reste cependant à asseoir la possibilité de reprise réflexive de cette pratique de première ligne qui se vit comme « multicarte », « couteau suisse » par la multiplicité de ses fonctions et de ses positions vis à vis de l'accompagné.

⁷⁸J. Furtos, 2002, « Le soin de soi dans la relation d'aide » in *Rapport annuel de la MRIE*.

3. Mieux identifier les effets consécutifs à la prise du logement : une phase critique du côté de l'accompagné

Identifier la nature de cette phase critique permettra de répondre aux questions suivantes : cette « crise⁷⁹ » est-elle évitable ou nécessaire? Et comment l'anticiper si elle ne peut être annulée? Comment aider à la dépasser du côté de l'accompagné comme pour l'accompagnant afin qu'elle ne se transforme pas en une rupture ? Plus on possède une connaissance sur les processus psychiques en jeu lors de cette crise, plus grande sera la préparation du travailleur social (dans le sens d'une préparation anti-traumatique, afin que l'événement soit attendu et non pas subi). De même que les dispositions institutionnelles pourront s'organiser (ne pas être seul, structurer des espaces de réflexivité et de reprise de la pratique et peut-être de prise de décision...intégrer un temps de travail dans le profil de poste pour la recherche de logements).

L'anticipation de la crise comme non accidentelle peut servir également à prévenir le bailleur d'un « échec » possible suite à la prise du logement, voire à affiner les partenariats en intégrant la mise à disposition de plusieurs logements dans le parcours résidentiel.

3.1. Cette crise se décline en au moins deux phases

Une phase qui s'appelle couramment dans le langage du travail social «**la lune de miel**» : on repère une relation idyllique où l'on a des éléments positifs, les démarches avancent, la personne est en demande. Dans cette phase, la préoccupation du travailleur social est modérée. C'est une sorte d'euphorie dans ce moment-là, peut-être annonciatrice de la deuxième phase de cette crise que l'on a appelé le « creux de la vague » toujours de manière imagée. Les résultats du questionnaire confirment l'existence de cette phase de construction du lien, d'instauration de la « confiance » (ce terme, rappelons-le, revient souvent dans les réponses aux questions ouvertes).

Le « **creux de la vague** » va être identifié à partir d'un certain nombre d'indicateurs, par exemple l'augmentation de la consommation d'alcool. Là, on a retrouvé l'ambivalence au niveau des demandes : demande de soin et en même temps la personne échappe aux soins et aux rendez-vous. On note aussi une augmentation des événements de santé et surtout on observe une augmentation du souci pour l'autre⁸⁰ vécu par l'accompagnant. Ce souci pour l'autre peut se manifester dans le corps

⁷⁹ Pour rappel : des effets suite à la prise du logement ont été observés pour 2/3 de l'effectif de la phase rétrospective. Ils ne portent pas seulement sur l'aggravation de l'état de santé, mais aussi sur les autres zones de l'habiter, dont la relation d'accompagnement, le rapport au logement et les arrangements ordinaires.

⁸⁰ Il y a plusieurs types de souci pour l'autre : un souci pour la vie de la personne (sa sécurité, sa construction identitaire, le sens de sa vie...) et un souci pour sa santé médicale. Ces deux types de soucis sont très imbriqués.

de l'accompagnant. Non seulement sa pensée est occupée, mais il peut aussi se sentir fragile au point d'être touché dans son corps. Dans la relation, on va pouvoir parler de charge mentale qui augmente pour l'accompagnant. Aussi bien, pour l'accompagnant que pour l'accompagné, on trouve dans ces moments-là, davantage d'angoisse, de peur de se faire envahir par les collègues de la rue et aussi les contraintes relatives au logement vont être très envahissantes.

L'alternance parfois rapide et toujours imprévisible de ces phases produit des effets douloureux d'incompréhension et d'impuissance chez l'accompagnant qui ne sait jamais « sur quel pied danser » dans ces accompagnements qualifiés d'accompagnements « en dent de scie ».

Robert ou l'utilisation instrumentale de l'accompagnement

Robert est un homme de 36 ans en situation de galère depuis trois à dix ans. Philémon, le travailleur social qui le rencontre, a le sentiment d'un hiatus entre son look qualifié de "teuffeur", ses fréquentations et un niveau de langage assez soutenu, les capacités qu'il semble montrer. Rapidement, Philémon a aussi le sentiment que Robert maîtrise très bien les rouages de l'aide sociale et qu'il peut "utiliser" le travailleur social pour parvenir à ses objectifs. En l'occurrence, Robert souhaite quitter la rue pour un logement individuel et obtenir une aide sociale. Une fois le déménagement effectué et l'aide perçue, Robert ne se manifestera plus auprès de Philémon. Celui-ci essaye de reprendre contact d'abord par téléphone mais Robert semble le maintenir à distance en lui disant que tout va bien et qu'il n'a pas besoin de lui pour le moment. Néanmoins Philémon est inquiet, il pense souvent à Robert en dehors de son temps de travail et ce sentiment de disparition contraste fortement avec les sollicitations "incessantes" de Robert sur les aspects techniques de son accompagnement social avant son emménagement. Il est d'autant plus inquiet qu'il a appris beaucoup de choses sur Robert par le biais de collègues qui l'ont déjà croisé, notamment l'existence d'épisodes dépressifs assez graves consécutifs à des ruptures sentimentales. Sa santé physique le préoccupe moins que son état psychique: en effet, Robert ne présente aucun trouble de santé manifeste même si son apparence détonne et que Philémon connaît sa consommation d'alcool régulière parfois associée à d'autres toxiques.

Mais les mois passant, Robert semble disparaître de l'accompagnement: il ne vient plus au centre médico-social et Philémon ne fait que le croiser de loin en loin. Philémon hésite longtemps avant de lui téléphoner, ne sachant pas comment motiver son appel autrement que par le fait de prendre des nouvelles. Il craint que Robert ne le prenne mal. De toute façon, c'est très souvent sur sa messagerie vocale que tombe Philémon. Un jour Robert décroche et Philémon lui exprime alors son plaisir à l'entendre. Robert s'en étonne, n'y croit pas trop, et se demande même pourquoi Philémon l'appelle. Philémon lui dit qu'il l'aperçoit souvent en ville et lui fait part du fait qu'il ne lui semble pas en très grande forme. Il poursuit en évoquant son suivi au CMP, la poursuite de son traitement (éléments dont avait connaissance Philémon auparavant), ce que Philémon justifie après-coup dans une optique de prévention comme il sait que Robert a traversé par le passé des phases de grave dépression. Mais Robert reste évasif, peu accessible.

Quelques jours plus tard, Philémon le croise en train de faire la manche près d'un bureau de tabac (c'est apparemment un fait nouveau pour Philémon). Il engage la conversation avec un Robert au bord des larmes, bourré de tics nerveux. Robert semble touché par la sollicitude de Philémon mais ne donne pas les raisons de son malaise actuel. Connaissant un

peu son histoire, Philémon se risque à lui demander si c'est une rupture amoureuse qui le rend aussi triste et Robert acquiesce sobrement, expliquant qu'il ne souhaite pas entrer dans les détails. Robert évoque une grosse dette d'électricité mais ne souhaite pas constituer un dossier d'aide financière. Philémon l'écoute attentivement. Robert lui donne l'impression d'une incroyable solitude, "seul contre tous" mais aussi dans une forme de déni du besoin d'autrui dans la résolution de ses difficultés; l'expression "self help man" lui traverse l'esprit pour rendre compte de ce repli autarcique dans les périodes difficiles. Philémon interpelle avec inquiétude Robert sur son hygiène et sa présentation. Robert répond qu'on ne fait pas la manche en costume trois pièces, mais Philémon poursuit en évoquant l'état de son logement, à quoi Robert répond que "c'est effectivement très crade chez lui". Robert continue de faire la manche quand Philémon le quitte avec le sentiment d'une grande étrangeté entre eux deux, comme s'il ne le connaissait absolument pas. Il se fait également la réflexion qu'il n'a pas songé à lui donner les trente centimes qui lui manquaient pour s'acheter ses cigarettes.

Ce cas illustre l'échec de l'instauration d'une relation de confiance réciproque. A aucun moment la personne suivie ne s'en remet à l'accompagnant.

3.2. Une aire d'illusion commune à recréer ? Les conceptions de D.W. Winnicott au service de l'accompagnement de proximité

Pour approfondir cette question, nous reprenons les discussions et élaborations du groupe ressource et le travail sur les entretiens avec les travailleurs sociaux qui nous ont amené à reprendre les théories de Donald Woods Winnicott pour éclairer les enjeux et la dynamique de la relation d'accompagnement social auprès de personnes en situation d'exclusion.

De par sa position d'indépendant dans les débats qui agitaient la société britannique de psychanalyse et son insistance sur le rôle de l'environnement dans la construction de l'autonomie (« un bébé ça n'existe pas⁸¹ »), Winnicott et ses théories ont toute leur place dans une recherche qui s'emploie justement à théoriser la relation d'accompagnement social de proximité, c'est-à-dire un système relationnel complexe reliant une forme de dyade (accompagnant et accompagné) au sein d'un environnement plus global.

Il est important d'insister sur le fait que, bien que les théories de Winnicott se soient construites à partir du modèle de la relation mère-bébé, l'accompagnement social auprès de sujets en exclusion, sur lequel nous portons le focus, concerne des personnes adultes. Nous rejetons avec force les modèles qui concevraient le sujet SDF conçu comme un être immature dont le développement se

⁸¹Sous-entendu un bébé seul.

serait arrêté à la petite enfance. Notre position se fonde en revanche sur l'affirmation Winnicottienne que « l'enfant est le père de l'homme » et sur le constat que l'autonomie, bien plus qu'un état, est un processus de conquête asymptotique, transversal dans la vie de tout sujet, processus impliquant nécessairement des relations à des autres (un homme tout seul ça n'existe pas) et "remis sur le métier" à chaque étape de la vie dans une sorte de crise remobilisant les problématiques rencontrées dans les phases précédentes du développement. Aussi, la relation d'accompagnement social, qui vise l'horizon de l'autonomie et de la ré inclusion sociale du sujet, est-elle un puissant attracteur des enjeux rencontrés dans le processus d'autonomisation et convoque tout naturellement la figure et les théories du grand pédiatre et psychanalyste britannique.

L'illusion dans la relation d'accompagnement

Nous avons souvent évoqué lors de nos échanges avec les professionnels la fragilité du lien entre accompagnant et accompagné particulièrement dans les premiers temps de la relation et souvent pendant longtemps après : rien ne semble jamais acquis, surtout au début, et la relation semble devoir être préservée de tout incident qui pourrait précipiter la rupture. Il semble important dans cette phase d'écarter temporairement la question de l'autonomie et des exigences temporelles de l'accompagnement de manière à réduire le sentiment d'altérité et de favoriser l'instauration d'un climat de permanence, de proximité, de familiarité, sans évoquer le terme éventuel de la relation.

Winnicott insiste beaucoup sur l'importance pour le bébé que l'environnement s'adapte activement à ses besoins de manière à lui donner l'impression qu'il fait surgir de lui-même l'objet de satisfaction. La mère doit placer le sein à l'endroit et au moment précis où l'enfant hallucine ce sein, de sorte qu'il fera l'expérience du trouver-crée, illusion omnipotente dont l'expérience positive contribue à développer le sentiment de confiance en soi et dans le monde. Cette illusion vise à réduire le sentiment de détresse (Hilflosigkeit) lié à l'état de dépendance absolue dans lequel se trouve le bébé, détresse qui aurait un caractère traumatique si elle n'était résolue.

L'étape suivante dans ce processus consiste à désillusionner progressivement l'enfant à mesure que croissent ses capacités à supporter les défaillances de l'environnement. Mais Winnicott insiste beaucoup sur le fait que pour pouvoir supporter la désillusion, il faut impérativement avoir eu l'expérience positive de l'illusion auparavant. Une défaillance trop précoce constitue un empiètement traumatique dont le sujet se défend par l'isolement et le retrait de la réalité extérieure (dépression anaclitique de R. Spitz (1947) qui est l'un des modèles, en ce qui concerne le bébé, du syndrome d'auto exclusion de J. Furtos).

Les travailleurs sociaux insistent tous sur la nécessité au départ d'être dans une « relation pure » avec l'accompagné, « sans filtre », sans arrière-pensée afin que s'instaure cette phase de « lune de miel » dans l'accompagnement. Il semble alors nécessaire de ne pas trop faire référence aux objectifs institutionnels, à la « commande sociale », mais plutôt de pouvoir « rêver à deux » sans trop faire intervenir des éléments frustrants de la réalité. Souvent est aussi évoquée la dimension active de ces accompagnements (ne pas attendre qu'il soit fait appel, aller au-devant...) et la diversité des tâches qu'ils peuvent être amenés à accomplir pour l'accompagné (peut-être au-delà du mandat du travailleur social ?), comme si l'accompagnant était entièrement à sa disposition pour tout, et pas seulement un « technicien du social ».

La désillusion

On peut donc dire que la dimension importante de l'accompagnement après l'instauration de cette aire d'illusion consiste à effectuer ce travail de désillusion de manière progressive et soutenable pour l'accompagné, afin qu'il puisse supporter les inévitables « défaillances » de l'accompagnement et que le lien demeure malgré tout.

Le problème majeur tient peut-être au fait que les accompagnés n'ont pas nécessairement connu dans leur histoire une expérience positive d'illusion omnipotente, mais bien plutôt des défaillances graves de l'environnement, des traumatismes précoces, autant que l'on puisse reconstruire les histoires de chacun.

Il semble donc qu'il faille faire référence à un autre modèle de Winnicott dans ce cas-là. On le trouve dans « *la préoccupation maternelle primaire* ⁸² » lorsque Winnicott décrit « ces femmes ayant mis au monde un enfant, mais ayant raté le coche au départ, qui se trouvent obligées de pallier ce déficit en s'adaptant pendant une très longue période au plus près des besoins de leur enfant, de manière à tenter de réparer la distorsion du développement des premiers temps. Au lieu de bénéficier du bon résultat d'une préoccupation précoce et temporaire, elles se voient imposée la nécessité d'une thérapie pour leur enfant, c'est-à-dire une période prolongée d'adaptation à son besoin ».

Ceci pose plusieurs questions :

- Comment créer une aire d'illusion quand celle-ci n'a jamais existé dans l'histoire d'un sujet ? Quelles qualités cela suppose-t-il (disponibilité, animation, résistance...) ?

⁸² D. W. Winnicott, 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.

- Comment ensuite engager un processus de désillusion sans que cela constitue une répétition des traumatismes et carences précoces ?
- Combien de temps cela prend-il (limites temporelles de l'accompagnement) ?

Le risque est en effet le suivant : si on considère que ce n'est jamais le bon moment pour engager ce travail de désillusion, car le lien est encore trop fragile, on risque de maintenir cette adaptation active aux besoins de manière prolongée et aboutir sur ce que Winnicott appelle une « hallucination réussie », c'est-à-dire passer de l'aire d'illusion d'omnipotence au délire à deux, à une relation fétichique qui repose sur un paradoxe noué : ni ensemble-ni séparés.

Ces questions nous amènent à penser la dimension de « réanimation » dans le travail social, avec l'image de quelque chose à rendre vivant, à faire émerger. La discussion nous conduit à évoquer à nouveau la place de l'empathie dans ce travail et des qualités requises comme la disponibilité et une certaine forme de « saisissabilité »⁸³. Cette dimension du travail social semble paradoxalement être rendue possible par une démarche de « lâcher prise », lâcher les objectifs classiques du travail social, ne pas attendre trop d'emblée et donner du temps au processus : ne pas avoir de volonté pour l'autre sans toutefois lâcher le référent institutionnel, même s'il semble nécessaire de le maintenir dans l'arrière-plan, « comme si » on n'en parlait plus. Ce lâcher prise induit une disposition de réceptivité, être prêt à accueillir ce qui émergera. Cela implique de la confiance dans un processus qui est difficilement appréhendable dans la réalité, qui échappe, et dont on ne peut parler qu'après-coup : l'aire d'illusion ne se saisit jamais aussi bien que rétrospectivement, quand la désillusion a débuté.

Cette disposition de réceptivité évoque la fonction de la feuille et du stylo dans le dispositif du Squiggle⁸⁴ chez Winnicott, qui est un préalable au jeu proprement dit : avant de pouvoir co-crée

⁸³ Cette « saisissabilité » que nous évoquons à l'aide d'un néologisme, renvoie à une qualité, repérée chez des travailleurs sociaux, qui fait naître chez l'accompagné un sentiment de disponibilité et de permanence, la sensation d'une proximité constructive. A travers l'expérience de cette proximité, l'accompagné peut éprouver sa capacité à maîtriser quelque chose dans une relation intersubjective, à sentir qu'il existe vraiment pour l'autre et qu'il peut « agir » dans la dynamique intersubjective. Cette saisissabilité serait le contraire d'une attitude distante et désaffectée qui produit des effets ravageurs sur les personnes en situation d'exclusion.

⁸⁴ Le Squiggle est un dispositif inventé par le pédiatre et psychanalyste anglais Donald Woods Winnicott dans lequel il est proposé au patient d'effectuer un gribouillage sur une feuille, gribouillage que le thérapeute va transformer à l'aide de sa propre activité psychique en une figure proposée au patient dans une interaction communicante : « voici à quoi votre gribouillage me fait penser ». Puis le dispositif est renversé et c'est au thérapeute de faire un gribouillon qui sera interprété et transformé par le patient.

Au-delà de son extraordinaire simplicité et de sa potentialité créative notamment dans la clinique infantile, ce dispositif nous apparaît avant tout comme une formidable métaphore de la rencontre intersubjective dans ce qu'elle comporte de transformation de l'altérité en similarité partageable.

une représentation commune à partir d'un échange de gribouillons, il faut déjà proposer une feuille et un stylo et donner à l'autre l'envie de s'en saisir.

Lors d'une réunion du groupe ressources, une situation est rapportée qui met en scène comme un refus de se saisir du « stylo » et du « papier » tendus⁸⁵. Ces situations rappellent les difficultés de ces accompagnements, difficultés qui ne cèdent parfois pas devant une disposition réceptive et empathique du travailleur social : le lien qui se noue ne relève pas de l'aire d'illusion.

Cette personne donnait l'impression de vouloir un logement, mais était-ce réellement sa demande à elle? N'était-ce pas plutôt le travailleur social qui avait rempli cette demande, parce que le squat fermait? Un lien était vraiment à créer avec cette personne, or elle donnait le sentiment qu'il n'y avait pas de lien justement. « *Je n'ai toujours pas de réponse, même après son passage par deux logements* » dit son accompagnante. La signification de la fin d'hébergement ne provoque pas la réaction attendue et décontenance l'accompagnante: pas de discussion, ni de négociation, la personne donne son accord et demande quand rendre les clés. On dirait que rien ne s'est passé, que la personne n'a pas « attrapé » le lien.

Synthèse: Pour une illusion nécessaire, mais non suffisante

Nous avons mentionné la nécessaire phase de séduction-attractivité dans la création et dans le maintien du lien et les dangers qu'elle pouvait comporter en termes d'isolement et de rupture avec les amarres groupales, institutionnelles. Cela nous renvoie à la notion d'aire d'illusion de Winnicott lorsqu'il théorise la dynamique relationnelle entre la mère et son bébé (il n'est pas question ici de comparer l'immaturité du bébé à une supposée immaturité du sujet SDF, mais plutôt de considérer la dynamique de dépendance/autonomisation comme une question transversale dans la condition humaine-petite enfance, adolescence, situations de précarité sociale, fin de vie-et de prendre le modèle de Winnicott pour sa valeur analogique avec la dynamique relationnelle à l'œuvre dans ces accompagnements). Il est donc important qu'à un moment on fasse « comme si », comme si il n'y avait pas d'institution et de commande sociale et que le travailleur social soit présent pour l'accompagné « pour le plaisir », par « amitié »... C'est cette nécessité de se plaire suffisamment pour que le lien se noue et perdure, qu'il survive aux inévitables déceptions engendrées par le réel de la relation. On voit que c'est aussi à la relation amoureuse qu'il peut être fait référence dans les vocabulaires de « lune de miel » et de « creux de la vague ». Par contre le temps suivant est le temps de la désillusion progressive : l'accompagnant doit se montrer « défaillant » (en ramenant le tiers institutionnel dans la relation ?) afin que l'illusion ne devienne pas un « délire à deux » dans une relation fétichique. DWW insiste sur le fait que pour que cette désillusion soit supportable, une expérience positive d'illusion d'omnipotence doit avoir été éprouvée. Or on sait qu'au regard de nombreuses études, le passé des personnes en situation d'exclusion a été marqué par un cumul d'évènements traumatiques et bien souvent par des carences relationnelles importantes. Comment dès lors supporter une désillusion sans que celle-ci ne répète des évènements traumatiques précoces ?

⁸⁵ Voir monographie de Frédéric (p.106)

C'est ce dilemme qui nous semble être à l'origine des difficultés liées à la question des fins d'accompagnements (accompagnements sans fin).

4. Malaise et « complications de santé » chez l'accompagnant

Ce qui est également apparu avec une intensité particulière, c'est la souffrance psychique et les complications somatiques parfois de travailleurs sociaux engagés dans ces pratiques "non conventionnelles", pouvant éventuellement être qualifiées de pratiques extrêmes avec une très forte exposition sur le terrain et un engagement individuel très important auprès d'un public difficile.

Plus nous avons ouvert la parole sur les liens entre arrêts de travail et épuisement professionnel, plus les événements se sont dits et agis.

4.1. « Les complications de santé », de qui parle-t-on ?

Plusieurs événements de recherche viennent alimenter notre question de départ qui portait sur les possibles complications de santé des personnes qui commençaient à habiter quelque part après un long parcours d'errance. Même si, tout au long de notre travail, la préoccupation pour la santé de l'accompagnant était présente, elle n'était cependant pas au premier plan. Or, notre groupe ressource doit intégrer plusieurs événements au cours de la recherche qui se font écho : au moins trois des membres du groupe parmi les travailleurs sociaux ont un arrêt de travail pour plusieurs semaines plutôt pour un épuisement ou une remise en question; un autre membre quitte son emploi « avant de faire une dépression ». Il est important de noter que ces professionnels proviennent d'associations différentes, n'ont pas un statut précaire, et que certains bénéficient d'équipements professionnels de type analyse de la pratique, des réunions d'équipe ou de référence institutionnelle.

Que faire de ces événements qui viennent se dérouler dans le cours de la recherche, qui parlent de la santé des accompagnants et qui pour autant appartiennent à chacune des personnes concernées? On peut envisager l'espace de la recherche-action et notamment le groupe ressource comme une « caisse de résonance » des problématiques que l'on veut traiter. Ainsi viendrait s'actualiser sur cette scène, se rejouer l'objet de la recherche. A ce titre, **ces événements qui sont venus se dérouler dans le cadre de cette recherche, ont pris le statut d'éléments à recueillir et à analyser au même titre et complémentirement aux autres types de données.**

Ainsi les complications de santé ne sont pas seulement là où nous pensions les trouver.

4.2. La part affective dans l'accompagnement

Un autre résultat de ce travail montre que la part affective relationnelle dans ce type d'accompagnement est essentielle. Ne pas travailler cette dimension intersubjective dans l'efficacité même de l'accompagnement au logement serait une erreur. La méthodologie de cette recherche n'était pas a priori centrée sur le recueil de la subjectivité de l'accompagnant. En fait, cette subjectivité est revenue en force avec ce premier temps du travail sur le terrain des dossiers rétrospectifs.

La part affective pourrait se traduire ainsi : « *On ne s'en rend pas compte tout de suite, ni tout seul. On a besoin d'un tiers pour nous aider à la mettre en relief. Ce n'est pas pensable comme ça. On sent qu'il y a quelque chose en nous qui ne va pas bien mais on ne sait pas dans quel domaine ça se situe. C'est d'autant plus fort que la personne elle-même n'est pas en mesure de prendre soin d'elle. Elle a visiblement quelque chose qui ne va pas. Elle n'est pas en mesure de s'attaquer à ce problème (santé, comportement...). Quand la personne est loin ou à une distance par rapport à sa santé finalement, c'est l'accompagnant qui va être le plus en souci* » témoigne un travailleur social.

Cette recherche permet de montrer que cette part affective fait partie de ce travail d'accompagnement qui implique de se laisser porter, traverser, imprégner par les difficultés, d'être prêt à se confronter à des sensations imprécises, imperceptibles, difficiles à nommer, ce qui est très déroutant. Le travail d'accompagnement, c'est se mettre à disposition pour l'autre qui n'a pas cette capacité lui-même à mettre en forme ou à prendre une distance avec soi-même. D'un point de vue technique, il n'y aurait donc pas à maîtriser l'affect (s'empêcher de souffrir) mais à l'élaborer, et à reconnaître cette partie du travail d'accompagnement à côté de l'accompagnement administratif.

Cette intimité sollicitée, manipulée, doit être au service de l'accompagnement.

Cette démonstration évidente du point de vue des accompagnants ne l'est pour autant pas du côté des politiques publiques puisque la commande officielle incite à prendre de la distance, à être rationnel ...

4.3. Le transfert dans la relation d'aide

Comme dans tout travail relationnel, la dimension transférentielle est présente, hors de la « cure analytique » : " *Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que le phénomène du transfert soit créé par l'influence analytique. Le « transfert » s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport de malade à médecin ; il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force que l'on se doute moins de son existence. La psychanalyse ne*

le crée donc pas, elle le dévoile seulement.... »⁸⁶. Il reste alors à contextualiser ce type de transfert dans le travail social de proximité avec cette population. Même si cela est maintenant bien connu et reconnu, notamment par la présence et la mise en place d'analyses de la pratique, il semble que malgré ces espaces de reprises et d'analyse de ce transfert, quelque chose échappe et fait souffrance. A l'image des personnes en demande de logement qui malgré leur accès possible à un logement y échappent ou échouent à y habiter, le travailleur social pourtant « équipé » ou « outillé » en analyse de la pratique, réunions d'équipe, hors d'une précarité institutionnelle (CDD), souffre également professionnellement.

5. Un moment de confusion-dépersonnalisation : une forme paroxystique du malaise de l'intervenant

Par ailleurs, les analyses qualitatives des questionnaires, le travail en groupe ressources, les entretiens individuels ou de groupes avec les travailleurs sociaux⁸⁷ et les effets sur le cadre de la recherche lui-même mettent en exergue un moment de trouble des travailleurs sociaux par rapport à leurs pratiques. Ce trouble peut être entendu comme un moment de confusion, de « dépersonnalisation » qu'il convient de mieux décrypter et analyser puisqu'il semble inhérent à cette pratique.

La phase transitoire de crise que vit l'accompagné quelque temps après son emménagement, peut faire éprouver à l'accompagnant une expérience inédite de pertes de repères non seulement professionnels mais personnels, intimes. On pourrait parler de sensations de marasme, de non-sens, de perte des frontières du moi et corporelles : on ne sait plus qui on est et où on est, ni faire des projets.

Vécu de confusion chez l'accompagnant

Les phrases suivantes, issues du recueil du témoignage des travailleurs sociaux sur leur pratique professionnelle, illustrent ce vécu de confusion. Il convient de souligner que ces phrases prises individuellement ne reflètent pas ce que nous tentons de décrire, mais que c'est leur convergence dans un ensemble de pensées permanentes et insistantes qui illustre cette sorte de « syndrome » :

« Je me sens comme un(e) étranger(e) chez moi »

« En ce moment, je n'arrive plus à penser »

⁸⁶ Freud S., (1910), « *Cinq leçons sur la psychanalyse* », Paris, Payot, 2010.

⁸⁷ Nous avons porté une grande vigilance sur le statut de ces entretiens qui doivent être anonymes et dont les thèmes seuls ont été extraits, la dimension intime étant souvent évoquée. Nous tenons à remercier ici les travailleurs sociaux pour leurs témoignages et la grande confiance qu'ils nous ont accordée. En effet, ils nous livrent avec une grande sincérité les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leurs pratiques. Un tel dévoilement de leur propre vulnérabilité professionnelle n'a pu être rendu possible que par leur sentiment de sécurité dans les entretiens et par l'investissement qu'ils ont fait du dispositif de groupe.

« J'ai l'impression de voir la personne que j'accompagne de partout »
 « J'ai la sensation de ramener son odeur chez moi »
 « J'ai la sensation de « puer »
 « J'ai l'impression de ne plus habiter mon corps »
 « En ce moment, j'ai mal à la tête quand je rentre chez moi »
 « En ce moment, je n'ai plus envie de rentrer chez moi »
 « Parfois, j'ai envie de tout quitter »
 « Parfois, je pense à changer de travail »
 « En ce moment, je me sens dans l'impasse »
 « En ce moment, j'ai envie de « décompresser » (boire un coup, partir en vacances...) »
 « En ce moment, je dors particulièrement mal ».
 « Je me sens particulièrement éparpillé(e) en ce moment »
 « Certains matins, je n'ai vraiment pas envie de les voir »
 « J'ai des doutes, est-ce que je n'emmène pas la personne dans le mur? »
 « J'ai l'impression d'être sa colonne vertébrale parfois »
 « Est-ce que ce n'est pas moi qui prend le pas sur ses propres désirs ? »
 « Je me sens comme dans un piège »

Cette expérience est si unique qu'elle est impossible à nommer et à partager, elle isole, renvoie à une sorte de vide. Dans cette phase, les défenses habituelles qui protègent ne sont plus efficaces : on ne peut plus s'agiter dans tous les sens, ou se mettre en retrait. C'est pourquoi, c'est une période de grande fragilité pour le travailleur social en tant que personne, il est comme mis à nu de ses défenses (habitus/habitudes) professionnelles et personnelles. Ainsi, tout l'impacte.

Dans cette phase, c'est aussi la confusion sur le vécu dans les lieux du logement, **comme si l'expérience de l'accompagné devenait celle de l'accompagnant**. Il existe une indifférenciation dans les perceptions et les vécus. Impossible dans ces conditions de discriminer ce qui est bon ou pas.

Cependant, les travailleurs sociaux témoignent du fait que cette expérience semble nécessaire et incontournable à une relation d'accompagnement avec ces personnes elles-mêmes en perte d'étayage, en perte de repères identitaires narcissiques. Dans cette phase extrême, l'aide extérieure ne fait pas d'effet. Elle n'est d'abord pas recherchée, la décision est impossible, comme un bateau à la dérive. Le vide intérieur se confronte à l'absence d'énergie vitale (plus de force de vie) ce qui donne l'impression de n'avoir plus d'énergie.

La distance habituellement demandée, requise dans le travail social n'a pas de sens dans ce genre de suivi, elle est même dangereuse, menaçante pour les accompagnés, et en tout cas inefficace.

Ce moment de dépersonnalisation peut être pensé comme le point le plus extrême du processus d'accompagnement. S'ensuit un autre processus, celui de la réattribution des dépôts, la réaffiliation, le tri « ce qui est à toi, ce qui est à moi ».

Face à la massivité du transfert, la réattribution ne peut se faire que par petites touches, par petite quantum d'affect pour ne pas déborder les capacités de gestion du sujet.

Face à ces sentiments de confusion, de l'abolition des frontières moi/non-moi, du sentiment de ne plus s'habiter soi-même, du pressentiment qu'il faut être dans une « relation pure » « sans filtre », sans être en retrait, etc. vécus par les travailleurs sociaux, il semblerait plus économique psychiquement de ne pas se retirer de la relation. Être envahi, se faire envahir serait plus économique que de réinvestir chaque jour (abolition de l'alternance investissement/retrait en fin de journée de travail par exemple) : rester dans son costume professionnel au point qu'il colle à la peau parfois, qu'il se confond avec elle.

C'est dans ces moments de doute extrême que l'on retrouve les demandes de mutation, les arrêts de travail ou les démissions (peut-être les fautes professionnelles, même si nous n'en avons pas été témoin dans cette recherche ?).

5.1. Cette perturbation extrême est-elle dûe à une absence de tiers dans une relation intense ou est-ce un malaise professionnel à intégrer dans le métier?

- ➔ Soit cette période de confusion est le fruit d'une relation « dangereuse » entre deux personnes, en ce qu'elle a manqué de tiers pour professionnaliser la relation. Le professionnel qui connaît cette indétermination à ce moment-là devrait alors en parler nécessairement au moins à un membre de l'équipe ou en analyse de la pratique afin de recontextualiser la relation dans un cadre professionnel, « remettre de la distance » par le fait de mettre en récit, « prendre du recul » par rapport à ce qui est en train de se jouer avec l'accompagné. La hiérarchie aussi peut être interpellée dans une équipe bienveillante, parce que ces situations posent le problème de la limite institutionnelle, ce qui est invisible ou pas et le premier rôle de la hiérarchie est de protéger le travail. En théorie on sait comment il faut faire : le concept est celui d'une **proximité distanciée** (P. Jamouille, 2008, « La proximité » in J. Furtos (dir.) *Les cliniques de la précarité*, pp. 83-97). Il ne faut pas rester seul. Cependant, nous avons vu que la peur peut empêcher de parler.

➔ Soit cette période de confusion est inhérente à cette pratique extrême. Cette perspective nous permettrait de mettre de côté la dimension personnelle du travailleur social (ses fragilités, sa personnalité, son histoire personnelle...). Quelque chose de semblable a été pensé par les anthropologues en termes de « **malaise de terrain** » ou de rapport à l'altérité dans une pratique où le professionnel se rend *chez* les autres. Ici, il ne s'agit pas d'une institution d'hébergement où les gens viennent trouver un logement. C'est un accompagnement vers le logement avec le rapport au domicile : aller chez l'autre, s'approprier ses codes, parler sa langue et non celle de l'institution,.... Ce rapport à l'immersion et à l'altérité pourrait induire de manière un peu plus générale ce trouble, qui a pu être décrit par certains chercheurs dans leur rapport au terrain.

Cette confusion peut être décrite dans d'autres métiers du travail social, mais ce qui est particulier ici se centre sur une activité spécifique, celle de l'habitat, de la recherche du logement.

Vers une ethnographie clinique: rapport au terrain et démarche active

Quelles sont les particularités méthodologiques de ces pratiques professionnelles, particularités qui constituent des conditions sine qua non de la rencontre avec ce public?

Les personnes en situation de grande exclusion sociale fréquentent peu les lieux traditionnels d'exercice du travail social ou de l'assistance sociale. Ces lieux peuvent être synonymes de confrontation au « système » et semblent représenter un risque qui paraît être celui d'une captation, d'un enfermement dans une sorte de piège administratif ; aussi sont-ils bien souvent évités, quitte à pâtir des conséquences d'une perte de droits sociaux, dans une sorte de politique de moindre mal, le prix à payer étant perçu comme rédhibitoire (plutôt la précarité que les contraintes insupportables du contrat social).

En conséquence, le travail social auprès de ces personnes ne peut avoir lieu dans les conditions traditionnelles, orthodoxes, d'exercice professionnel. « L'attente de la demande », la tendance à considérer que, l'offre existant, il ne suffit que de s'en saisir, ne mènent, avec ce public, qu'au constat d'échec. L'offre ne rencontre jamais la demande des personnes en situation d'exclusion chronique si elle se contente de se présenter en tant qu'offre « en libre-service », reposant sur un postulat de rationalité et de volonté minimale du public cible. L'offre sociale d'accompagnement ou de soin doit donc être portée au-devant de la demande (J. Furtos) et parfois même doit-elle la précéder quitte à en porter même l'expression dans un premier temps.

L'ethnographie clinique décrit ces configurations de soin ou d'accompagnement de « terrain », c'est-à-dire lorsque le travailleur social ou le clinicien se rend sur le terrain de l'autre. Le travailleur social-clinicien va à la rencontre de l'autre à la manière de l'ethnologue qui se rend sur son terrain d'étude en immersion dans la population qu'il étudie. Comme lui, il doit parler la langue de l'autre, s'approprier et utiliser ses codes culturels et adopter sa perspective propre. C'est une démarche active qui suppose de pouvoir rompre ou lâcher temporairement son groupe d'appartenance pour pouvoir s'identifier au groupe de destination afin de se faire reconnaître et assimiler par lui. C'est une sorte de

processus migratoire culturel ou groupal visant à réduire la relation d'altérité vers une relation de similarité : ce qui est au départ différent doit devenir semblable, familier, proximal. Dans la recherche, on observe cette démarche dans les pratiques d'accompagnement référée à la personne, où les travailleurs sociaux sont appelés à aller porter la demande auprès des usagers potentiels. L'offre étant censée créer la demande, une certaine « attractivité » est nécessaire de la part du travailleur social, aussi est-il important qu'il ne renvoie pas une trop grande altérité au public cible, aux gens de la rue. Il doit donc suffisamment « séduire » et se laisser séduire⁸⁸ par eux pour être « assimilé » comme suffisamment semblable par eux, tout comme l'ethnographe immergé dans une société « exotique ». Néanmoins, les ethnographes devaient pouvoir revenir de leurs voyages pour rendre compte de leurs observations de terrain, ils devaient donc avoir conservé une sorte de « fil d'Ariane » qui les relie à leur groupe d'appartenance. Dans le cas où ce fil s'est trouvé rompu, il est arrivé qu'ils demeurent dans la culture dans laquelle ils s'étaient fait assimiler et qu'ils soient complètement intégrés à leur nouvelle communauté d'appartenance (mariage avec la fille du chef par exemple ou recrutement par le sorcier : Carlos Castaneda (1968) et Jeanne Favret Saada (1977)). Même dans des cas moins extrême, le rapport au terrain de l'altérité produit un certain malaise⁸⁹ : l'immersion prolongée dans une altérité produit un effet d'altération du sujet qui se sent « autre ». Dans notre recherche, on a observé cet effet d'altération de manière très aigüe chez quelques travailleurs sociaux qui ne se reconnaissaient plus, ne reconnaissaient plus leurs pensées, leurs affects, leurs sensations et se sentaient étrangers en leur propre demeure, coupés de leurs attaches familiales, familiales (à des degrés divers).

On peut penser que la démarche active d'immersion qui suppose de « lâcher » son groupe d'appartenance, est renforcée de façon négative dans le contact auprès de personnes en situation d'exclusion dans la mesure où l'exclusion est justement ce qui attaque le sentiment d'appartenance à un groupe. L'effet d'attaque de la groupalité psychique se perçoit dans le sentiment d'isolement et le repli dans un vécu d'impuissance et d'indignité, dans cet effet général d'altération qui se traduit par un sentiment de dépersonnalisation. Nous allons proposer plus loin une hypothèse neurobiologique pour en rendre compte.

5.2. De quoi cet envahissement professionnel est-il le signe ?

Comment comprendre un tel envahissement professionnel, personnel et corporel chez l'accompagnant ?

Nous proposons l'hypothèse suivante : Quand on ne peut pas habiter un logement pour des raisons liées à l'errance, à l'histoire par rapport à l'errance, on est obligé d'habiter une relation. On habite alors nécessairement le corps et l'esprit d'un ou plusieurs travailleurs sociaux. Si on ne peut pas habiter un logement il faut qu'on aille quelque part. Ce quelque part c'est quelqu'un qui est disponible, payé pour ce travail. Quand on ne peut pas habiter, on habite le corps et l'esprit de l'intervenant, c'est une hypothèse. Quand on peut habiter quelque part les relations sont beaucoup plus légères. C'est ce que l'on appelle le transfert. C'est un transfert non demandé, on a demandé à

⁸⁸ C'est ce que nous avons appelé plus haut la « lune de miel ».

⁸⁹ Malinowski B., (1967), « *Journal d'ethnographie* », Paris, Ed. du Seuil, Recherches Anthropologiques, 1985.

faire de l'accompagnement social. Mais ce transfert, qui est universel, est hors cadre, mais c'est un hors cadre qui fait partie du cadre.

Nous proposerons une réponse articulant des éléments neurobiologiques et des éléments sur le transfert tel qu'il est défini par certains travaux d'inspiration psychanalytique.

Explorons cette hypothèse qui porte sur l'hébergement dans la relation et qui articule le fonctionnement du cerveau en situation de relation.

6. L'hébergement dans la relation

L'hébergement dans la relation est le modèle métaphorique que nous avons développé pour rendre compte des phénomènes transféro-contre-transférentiels observés dans l'accompagnement social de proximité auprès de personnes en situation d'exclusion. Ces phénomènes prennent la forme de troubles observés chez les travailleurs sociaux, dans leur fonctionnement psychique mais aussi dans la sphère corporelle. Il s'agit donc de la figuration théorique de phénomènes observés dans la clinique psychosociale. Ce modèle entre en discussion avec les travaux d'autres chercheurs⁹⁰ dans le champ de la précarité qui mettent en lumière eux aussi les spécificités cliniques observées dans l'accompagnement des personnes en situation d'exclusion. Ces travaux soulignent l'importance de la relation d'accompagnement comme un point d'ancrage ou de fixité, un repère constructif en contrepoint de la problématique errante, ou sans domicile fixe.

Rappelons que les divers troubles observés touchent à l'unité psychosomatique des accompagnants, à leur sentiment proprioceptif et à leur réflexivité psychique, c'est-à-dire au fait de s'appartenir, d'être le propriétaire et « l'habitant » exclusif de son corps et de son psychisme. Nous pouvons classer ces troubles de façon générale sous la dénomination « troubles dissociatifs non spécifiés-dépersonnalisation ».

Parallèlement, le discours recueilli auprès des intervenants de première ligne exprime des vécus d'intrusion, de « squat », de préoccupation psychique intense, comme s'ils étaient habités, envahis, voire souillés par la personne qu'ils accompagnent sur le mode de l'incorporation. Cette phase d'occupation psychosomatique était plutôt qualifiée de manière négative. Il est important de rappeler que c'est au fil d'entretiens au long cours avec les travailleurs sociaux que nous avons pu recueillir un discours sur ce qui était auparavant ressenti par eux comme un malaise purement

⁹⁰ Nous pensons ici plus particulièrement aux travaux de :

Duez B., 2004, « De l'obscénalité à l'objectalité les enjeux du sexuel dans les groupes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2004/2, n° 43.

Duez B., 2010, « Du réceptacle au récepteur : l'arrimage pulsionnel des sujets sans domicile fixe », *Cliniques méditerranéennes*, 2010/1, n° 81.

Pitici C., 2006, *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, Thèse de Doctorat de Psychologie sous la direction du Pr . A. Ferrant, Université Lumière Lyon 2.

Charreton G., 2001, *La manche, une quête fixe d'un domicile fixe "dans l'autre" – Quelle méthode pour une démarche clinique dans la rue auprès de sujets S.D.F ?*, Mémoire de DEA, Sous la direction du Pr. B. Duez, Université Lumière Lyon 2.

Charreton G., Mathieu F., Pitici C. (à paraître), « La scène errante, en quête d'un domicile fixe dans l'autre », *Psychologie Clinique*.

Mathieu F., 2011, *L'errance psychique de sujets SDF, Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction*, Thèse de Doctorat de Psychologie sous la direction du Pr B. Duez, Université Lumière Lyon 2.

individuel, un sentiment général de mal être pas forcément en lien exclusif avec leurs pratiques professionnelles.

Néanmoins, il semble que dans les cas où la phase d'hébergement peut être supportée et dépassée, c'est-à-dire si la phase d'incorporation peut aboutir à une phase où l'accompagnant prend conscience de cet « hébergement » de l'autre en soi et peut l'inscrire dans une trame narrative partageable, où il peut témoigner des effets de cette occupation psychique sous une forme transformée et restituable⁹¹, on arrive à une forme plus soutenable de relation. Le passage à cette phase dicible et communicable de l'hébergement permet aussi à la personne « hébergée » de se rendre compte des effets produits sur « l'hébergeur », et si elle en est à un moment où elle est accessible à cette forme de restitution, il semble qu'on accède à un accroissement de la mutualité empathique, comme si l'accompagné faisait d'avantage « attention » à son accompagnant qu'il pouvait jusque-là traiter de manière plus indifférente. Ce moment, lorsque les deux protagonistes ont la chance de l'atteindre, semble nouer quelque chose de plus solide et de plus « humain » dans la relation, comme si une véritable mutualité s'instaurait, une réciprocité empathique authentique et durable.

On pourrait dire en somme que l'hébergement topique rend compte, à un niveau psychosomatique, de ce que la *fonction alpha*⁹² rend compte à un niveau davantage psychique : il s'agit d'accueillir au sein de son unité psychosomatique, un contenu brut, irréprésentable, une présence inassimilable en tant que telle, pour lui appliquer un travail de métabolisation, d'élaboration afin de le transformer en un objet symbolique communicable et de le restituer à son émetteur initial dans le but de favoriser son intégration et d'accroître ainsi son degré d'appropriation subjective.

On voit bien comment cette fonction peut potentiellement s'appliquer au syndrome d'auto-exclusion où le sujet se trouve en état d'expropriation subjective : il est coupé d'une partie de lui-même pour survivre. On peut donc postuler avec Jean Furtos, que dans ce cas-là, le travail social consiste à « accepter provisoirement d'être délogé de son cœur de métier pour y héberger l'autre ». L'hébergement topique rend compte de cette disposition d'accueil intersubjectif.

Les effets débordants de l'hébergement topique sont dépassés par l'exercice d'une fonction psychique que nous proposons d'appeler « réflexivité vicariante⁹³ ». Elle consiste à assumer pour un

⁹¹ Par exemple en faisant part de son souci pour l'accompagné ou en posant aussi une butée à ce que l'on est en mesure de tolérer (voir par exemple la monographie de Gérard, quand Camille se met « en colère » au moment de l'accompagner en cure alors qu'il cache encore une bouteille de vin sur lui).

⁹² Bion W ; (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.

⁹³ La vicariance est utilisée ici comme pour le traumatisme vicariant c'est-à-dire pour l'apparition de traumatismes psychologiques sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutifs aux contacts avec une personne traumatisée.

sujet en carence réflexive (sujet en situation d'auto-exclusion par exemple) le processus réflexif consistant à être en contact avec ses éprouvés internes, ses pensées et sensations, et à pouvoir les appréhender comme des informations sur soi, sur son état psycho-affectif mais aussi biologique propre du moment. En somme, il s'agit d'une réflexivité par procuration, reposant sur les capacités d'identifications et d'empathie⁹⁴, mais aussi sur une capacité plus secondarisée à métaboliser ces éprouvés pour le compte de l'autre de manière à pouvoir les lui restituer sous une forme assimilable par lui. Ceci suppose de pouvoir opérer une catégorisation entre ce qui est à soi et ce qui est à l'autre (travail d'agentivité). Or nous avons vu que cette capacité à catégoriser était parfois attaquée par la nature même de la relation, par le caractère bruts des éprouvés véhiculés dans cette relation qui sont alors perçus sous une forme indifférenciée, pré-réflexive, comme relevant de soi. Il est donc parfois nécessaire qu'un autre dispositif réflexif intervienne temporairement auprès de l'hôte pour soutenir sa propre capacité réflexive, autrement dit qu'un superviseur ou dans notre cas un dispositif de recherche assume temporairement cette fonction de réflexivité vicariante au troisième degré (accompagné→accompagnant→superviseur ou dispositif de recherche). Cet emboîtement de différents niveaux réflexifs semble bénéficier à l'ensemble des parties impliquées.

Nous avons vu en revanche, et nous insistons beaucoup sur ce point, le temps qui est parfois nécessaire pour que s'instaure une qualité relationnelle suffisante pour permettre le déploiement de la réflexivité vicariante. Cela suppose un sentiment de sécurité envers l'autre et de confiance mutuelle ; sans cela, toute forme de restitution sera perçue comme illégitime ou même comme une forme de violence répétitive. On pourrait dire, pour utiliser la métaphore du Squiggle winnicottien, qu'avant de pouvoir restituer quelque chose de ce qui nous est adressé d'informe et d'irreprésentable, il faut que la personne en face veuille bien d'abord se saisir du crayon et du stylo qui nous lui tendons pour qu'elle s'exprime, et ceci peut prendre beaucoup de temps (Cf. supra 2.2. Une aire d'illusion).

⁹⁴ Voir notre hypothèse sur les mécanismes neurobiologiques impliqués dans ces fonctions.

7. Effets corporels et psychiques de l'accompagnement auprès de personnes en grande exclusion: une réaction du cerveau?

7.1. Les effets de l'accompagnement : description de sensations et troubles dissociatifs

Lors d'entretiens semi-dirigés avec les travailleurs sociaux, nous avons recueilli de nombreux témoignages sur des sensations corporelles et psychiques qu'ils pouvaient ressentir de manière aiguë et temporaire ou chronique et diffuse. Nous avons temporairement parlé de sentiment de confusion/dépersonnalisation pour décrire ces phénomènes. Ils étaient rapportés avec suffisamment de fréquence et d'une manière assez homogène par les différents travailleurs sociaux des différents terrains pour que l'on puisse soulever l'hypothèse d'une constante intersubjective dans ce type d'accompagnement dépassant les caractéristiques ou éventuelles problématiques personnelles de chaque accompagnant. On aurait ici affaire à une palette phénoménologique particulière relative à l'expérience des pratiques d'accompagnement social de proximité auprès de personnes très désocialisés.

En synthétisant et recodant leurs déclarations, nous pouvons classer et regrouper les phénomènes suivants qui apparaissent à certains moments et semblent assez fréquemment énoncés pour être significatifs de ces accompagnements :

- sensations cœnesthésiques : froid, engourdissements, frissons, raideurs et tensions musculaires, mal au dos
- perceptions sensorielles altérées : anosmie ou hypersensibilité olfactive, réminiscences (résurgences de souvenirs) ou reviviscence (réveil d'impressions perceptives très fortes)
- sentiment de fatigue psychique : confusion, trous de mémoires, anxiété, paralysie cognitive (symptôme cardinal : la difficulté à faire des associations...)

Ce tableau évoque en plusieurs points les phénomènes observés dans les états dissociatifs⁹⁵, en particulier le trouble de dépersonnalisation et les troubles dissociatifs non spécifiés.

⁹⁵ Ces troubles peuvent se référer à la catégorie « Trouble dissociatif non spécifié 300.15 » du DSM IV.

La traumatisation vicariante, ou traumatisation par procuration

A bien des égards, il semble que les phénomènes d'hébergement topique que nous avons observés se rapprochent de ce que certains auteurs décrivent à la suite des travaux de Pearlman et Saakvitne⁹⁶ en termes de traumatisme vicariant. Retenons la traduction « traumatisation vicariante » pour traduire « vicarious traumatization » afin d'insister sur le caractère processuel de ce phénomène et non sur la dimension événementielle rendue par le terme traumatisme.

La traumatisation vicariante est une transformation négative du soi touchant les personnes engagées de manière authentique et empathique dans une relation d'aide au long cours auprès de personnes ayant subi elles-mêmes d'importants traumatismes (particulièrement des traumatismes relationnels chroniques). Cette altération est inévitable dès lors que l'on est engagé dans de telles relations et ne résulte ni de l'accompagné ni de l'accompagnant. A l'origine, le terme était appliqué à l'expérience contre-transférentielle de thérapeutes engagées dans un travail auprès de personnes ayant survécu à d'importants traumas comme l'inceste. Puis son acception a été élargie pour décrire des phénomènes similaires observés chez une large palette de personnes impliquées dans l'assistance ou au contact de survivant de traumas comme les travailleurs sociaux de première ligne, les humanitaires, les policiers, des prêtres ou des journalistes recueillant des témoignages...

⁹⁶ Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W., 1995, Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W. Norton & Company.

La traumatisation vicariante possède un ensemble de signes qui sont repris dans le tableau ci dessous⁹⁷

Cognitifs	Émotionnels	Comportementaux	Spirituels	Interpersonnels	Physiques
• Difficulté à se concentrer • Confusion • Hébété • Détachement • Diminution de l'estime de soi • Préoccupé par les traumatismes • Images des événements traumatiques • Apathie • Rigidité • Désorientation • Hyperactivité mentale • Pensées destructrices dirigées contre soi ou les autres • Manque de confiance en soi • Perfectionnisme • Minimisation	• Sentiment d'impuissance • Anxiété • Culpabilité • Culpabilité d'avoir survécu • Colère/rage • Mutisme • Torpeur • Peur • Renfermement • Tristesse • Dépression • Hypersensibilité • Alternance entre les hauts et les bas • Vidé	• Dépendant • Impatient • Irritable • Replié sur soi • Humeur changeante • Régression • Troubles du sommeil • Changements dans l'appétit • Cauchemars • Hypervigilance • Réactions de sur-saut exagérées • Utilisation de techniques d'adaptation négatives (tabagisme, toxicomanie) • Prédilection aux accidents • Tendance à perdre des choses • Comportements autodestructifs	• Questionnement sur le sens de la vie • Perte de sens • Insatisfait de soi • Désespoir profond • Ennui • Colère contre Dieu • Mise en question de ses croyances religieuses	• Repli social • Diminution de l'intérêt pour les relations intimes ou sexuelles • Méfiance • S'isole de ses amis • Répercussions sur le rôle parental (attitude protectrice, crainte des agressions) • Projection de la colère ou du blâme • Intolérance • Solitude	• État de choc • Transpiration • Rythme cardiaque rapide • Difficulté à respirer • Réactions somatiques • Maux et douleurs • Étourdissements • Système immunitaire affaibli

Les effets de la traumatisation vicariante ont aussi une répercussion sur le fonctionnement au travail⁹⁸

⁹⁷ Extrait de : Guide sur le traumatisme vicariant : solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence édité par Santé Canada. Disponible en ligne : http://www.rsfs.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf

Les tableaux sont issus de : Yassen, J., "Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder," In *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Edited by C. R. Figley, New York, NY: Brunner/Mazel, 1995.

⁹⁸ Idem.

Exécution des tâches	Moral	Relations interpersonnelles	Comportement
• Diminution de la qualité • Diminution de la quantité • Motivation faible • Se dérobe à ses tâches • Commet plus d'erreurs • Perfectionniste • Obsédé par les détails	• Baisse de la confiance • Perte d'intérêt • Insatisfaction • Attitude négative • Apathie • Démoralisé • Dévalorisé • Détachement • Sentiment d'incomplétude	• Fuit ses collègues • Impatience • Diminution de la qualité de ses relations • Difficulté à communiquer • Subsume ses propres besoins • Conflits au travail	• Absentéisme • Épuisement • Erreurs de jugement • Irritabilité • Manque de ponctualité • Irresponsabilité • Surmenage • Changements d'emploi fréquents

Beaucoup des descriptions que nous avons recueillies correspondent à des éléments répertoriés comme des signes de traumatisation vicariante. De même, les stratégies visant à prévenir les effets de la traumatisation vicariante⁹⁹ se rapprochent beaucoup des recommandations que nous pouvons faire pour soutenir le travail d'accompagnement social de proximité : supervision formelle ou informelle par les pairs, analyse de la pratique, rencontres professionnelles, formation, prévention de l'isolement, organisation du temps de travail avec aménagement de pauses après les entretiens, soutien, présence et implication des cadres hiérarchiques, humour, pratiques culturelles et/ou spirituelles...

Il apparaît donc une forte convergence entre le concept de souffrance portée issu de la clinique psychosociale et la notion de traumatisation vicariante. Nous nous référons surtout dans notre élaboration au cadre défini plus classiquement par la notion de dynamique transféro-contre-transférentielle appliquée à la clinique psychosociale. Il nous paraissait par contre indispensable d'apporter un éclairage sur le champ défini par la traumatisation vicariante. **De tels phénomènes soulignent que la clinique psychosociale peut avoir un coût humain important si les effets de ces accompagnements sur le long terme sont insuffisamment pris en compte dans l'élaboration des cadres de pratique, dans les moyens qui leurs sont alloués.** Nous voyons bien que cette véritable imprégnation, cette incorporation de la relation d'accompagnement ne peut pas se traiter sur le même mode que d'autres pratiques professionnelles. Lorsqu'un travailleur social rentre chez lui le soir, il ne peut pas laisser cette « partie du dossier » sur son bureau. Il l'emmène

⁹⁹ Legault-Faucher M., « Traumatisme vicariant, quand la compassion use... », *Prévention au travail Magazine*, 2007, vol. 20-3, p. 7-14.

avec lui, en lui, chez lui, ce qui produit des effets également sur sa vie personnelle et familiale. Il s'avère même paradoxalement plus « économique » de ne pas « quitter » son costume de travailleur social lors des périodes de repos par exemple, dans le sens où la reprise est jugée moins dure. En effet, si le travailleur social se détache trop de ses accompagnements lors d'une période de vacances par exemple, s'il arrive à ne plus y penser, le retour sur le terrain de la pratique est alors vécu comme un choc souvent brutal. Il existe donc une forme paradoxale d'agrippement à cet état de traumatisation vicariante dans le but de se trouver constamment en état de ne pas être affecté par la pratique. C'est l'une des formes d'hypervigilance que l'on retrouve dans les aspects comportementaux du tableau sur les effets de la traumatisation vicariante.

Il s'avère donc nécessaire d'une part de suffisamment informer les jeunes professionnels sur ces risques sans les « dégouter » par avance du métier et d'autre part, de plaider dans le sens d'un véritable renforcement des dispositifs de traitement de la traumatisation vicariante dans les pratiques d'accompagnement social « extrêmes¹⁰⁰ », sans banaliser ou disqualifier ce qui pourrait être entendu comme une plainte récurrente de la part de travailleurs sociaux « jamais satisfaits de leurs conditions de travail ».

7.2. Tentative de définition du phénomène: un malêtre vécu par délégation-procuration

7.2.1. Une problématique communicationnelle ?

Tout d'abord, il nous faut tenter de mieux définir le phénomène en question. La description des troubles précédents peut se définir comme une altération globale des sensations proprioceptives et de la conscience (incluant les facultés cognitives de raisonnement, de mémorisation...).

Nous éliminons le seul facteur personnel pour expliquer ces phénomènes du fait de la récurrence et de l'homogénéité du contenu des témoignages des travailleurs sociaux (incluant les résultats de précédentes recherches sur le même thème). Ainsi, l'apparition de ces phénomènes ne relève pas des particularités subjectives d'un individu (histoire, caractère...) mais elle serait induite par le fait de se trouver en interaction régulière et fréquente avec des personnes très désocialisées. Il s'agirait alors d'effets produits par la dynamique relationnelle même. De quoi s'agit-il alors ? On peut penser que ces effets sont les produits de communications non verbales entre un émetteur, la personne très désocialisée, et un récepteur, le travailleur social. Nous insistons sur le caractère **automatique et**

¹⁰⁰ Par exemple l'accompagnement des sujets en situation de grande exclusion, l'accompagnement des personnes en fin de vie, l'accompagnement auprès de personnes en très grande dépendance, l'accompagnement des détenus... Cette liste est ouverte et une réflexion serait à engager sur ces pratiques extrêmes.

involontaire de ce type de communication. Il faut d'ailleurs entendre ce terme de communication en son sens propre de mise en commun, de communauté expérientielle plutôt que d'un acte d'élocution, d'une simple transmission d'un contenu informatif d'un individu à un autre par le biais du langage articulé. On se met à « résonner » sur le même registre émotionnel que l'interlocuteur par exemple.

7.2.2. Traces d'une mémoire traumatique non déclarative

Quels contenus communicationnels seraient susceptibles d'induire de tels effets chez le travailleur social et de quelle manière circulent-ils entre les deux pôles du système ?

De nombreux travaux en sociologie et psychologie font état du fait que les personnes très désocialisées depuis de nombreuses années ont subi au cours de leur histoire précoce des traumatismes psychiques, évènementiels et/ou relationnels, importants, soit par leur intensité, soit, et surtout, par leur régularité. Il peut s'agir de carences affectives précoces, d'instabilité familiale grave, de violences subies ou perçues dans l'environnement de manière chronique, d'agressions sexuelles, d'accidents. Plus généralement, on peut parler d'un contexte environnemental traumatique plutôt que d'évènements traumatiques bien identifiés, pour la simple et bonne raison que, bien souvent, l'exposition répétée à des situations traumatiques produit des effets d'altérations de la mémoire ou d'amnésie partielle (Salmona, 2009) qui empêcheront d'identifier clairement les évènements en question¹⁰¹.

Toujours est-il que ces évènements traumatiques chroniques font partie de la totalité subjective des usagers des dispositifs d'accompagnement social de proximité. Ils en font partie bien qu'inscrits sous une forme non déclarative dans la mémoire des individus. La somme de ces inscriptions traumatiques constitue une **mémoire traumatique non déclarative** (Cimino & Correale, 2005¹⁰²), c'est-à-dire une mémoire qui exerce son influence sur le comportement et les affects sans contenu représentationnel ou symbolique (Schacter et Tulving, 1994¹⁰³). Cette influence a un impact important et électif sur les modalités relationnelles et les ressentis relatifs à ces expériences

¹⁰¹ Notre recherche n'a pas pour objet de décrire ou démontrer l'existence de ces traumatismes, même si l'observation des relations tend à accréditer leur impact.

¹⁰² Cimino, C., & Correale, A., 2005, « Projective identification and consciousness alteration: A bridge between psychoanalysis and neuroscience? », *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(1), 51–60.

¹⁰³ Schacter DL, Tulving E, 1994, « What are the memory systems of 1994? » in Schacter DL, Tulving E, editors. *Memory systems 1994*, p. 1–38. Cambridge, MA: MIT Press.

relationnelles (Stern, 1988¹⁰⁴ ; Davis, 2001¹⁰⁵). Cette mémoire demeure en dehors du champ de la conscience bien qu'elle ne semble pas relever d'un refoulement ou d'un inconscient dynamique (Fonagy & Target, 1997¹⁰⁶ ; Stern, 1988 ; Davis, 2001). Enfin, la mémoire traumatique non déclarative semble se caractériser par son aspect discontinu, fragmentaire, comme un archipel d'isolats expérientiels demeurés inaltérés au fil du temps, comme détachés du reste de la réalité psychique (Cimino & Correale, 2005 ; Roussillon, 2005). Ces isolats expérientiels sont constitués de traces perceptives non intégrées dans la conscience des individus et demeurent en souffrance d'inscription au sein de la totalité biographique. En somme, on pourrait prendre pour décrire ces noyaux traumatiques non déclaratifs, de foyers en sommeils prêts à se rallumer brusquement à chaque stimulation : perception, souvenir... Il convient de retenir que ces noyaux de mémoire traumatiques sont encryptés sous une formes brute, essentiellement sensorielles (sensations, affects, états du corps propres) et qu'ils constituent donc des contenus étranges, étrangers presque pour le sujet traumatisé qui ne comprend pas pourquoi il se sent ainsi lorsque ces foyers se rallument, ni d'où ces sensations lui proviennent : il s'agit d'états envahissants, presque autonomes et surtout pré-réflexifs (le sujet ne sait pas ce qui lui arrive, comme nous le verrons ci-dessous).

7.2.3. Neurobiologie de la mémoire traumatique non déclarative

La mémoire traumatique est en réalité le produit de mécanismes psychologiques et neurobiologiques de survie face aux événements traumatiques qui « *génèrent un état de sidération psychique et une forte réponse émotionnelle (par l'intermédiaire du système limbique et notamment de l'amygdale)* » (Salmona, 2009). L'exposition à des événements traumatiques produit en effet un stress extrême avec une sécrétion importante d'adrénaline et une production de cortisol (hormones de stress) qui peuvent présenter un risque pour le cerveau et le système cardio-vasculaire à des doses élevées. Le mécanisme de défense à l'œuvre consiste donc à déconnecter le système limbique responsable du stress et isoler l'amygdale. Ce mécanisme entraîne les effets suivants :

- ➔ atténuation de la réponse émotionnelle
- ➔ donc, chute des taux d'adrénaline et de cortisol (disparition du risque vital) : c'est l'aspect le plus clairement défensif du mécanisme, le but « visé » par celui-ci.

¹⁰⁴ Stern DN, 1998, « The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations of adult psychotherapy », *Infant Mental Health J*, 19, 300–308.

¹⁰⁵ Davis JT, 2001, « Revising psychoanalytic interpretation of the past: An examination of declarative and non-declarative memory processes », *Int J Psychoanal*, 80, 215–223.

¹⁰⁶ Fonagy P, Target M, 1997, « Attachment and reflective function: Their role in self-organization », *Develop Psychopathol*, 9, 679–700.

- ➔ déconnexion des fibres reliant le système limbique/amygdale et le cortex : la transformation de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique, déclarative, ne pourra pas s'opérer d'emblée
- ➔ Anesthésie affective et état dissociatif (altération de l'état de conscience, dépersonnalisation, décorporalisation, sentiment d'irréalité et d'être un spectateur de la scène, modifications de la perception du temps et de l'espace)

Cette réaction en chaîne constitue le mécanisme responsable de la formation de la mémoire traumatique. Il est important de noter que cette mémoire, d'un type principalement émotionnel et non-verbal, reste en quelque sorte enkystée, immuable et hypersensible. Elle peut en effet très facilement se « rallumer » lors de situations, d'affects ou de sensations sensorielles rappelant le contexte traumatique. Dans ces situations, la personne aura le sentiment d'être envahie et de revivre presque à l'identique, et de manière incontrôlable, les éprouvés et les angoisses ressentis lors des événements traumatiques, sans pour autant identifier cet état de malaise comme relevant du retour d'une expérience antérieure.

Cette déconnexion amygdalo-corticale s'effectue grâce à la production par le cerveau de substance dont on peut retrouver des effets similaires dans l'utilisation de substances psychoactives (légales ou illégales) : endorphine (effet similaire à la morphine) et antagonistes des récepteurs de la N-Méthyl- D-Aspartate (effet similaire à la kétamine) produisant une anesthésie et un état dissociatif.

7.3. De la résonance empathique au raisonnement, résonner et raisonner

Nous pensons donc que l'engagement dans une relation auprès d'une personne porteuse d'une mémoire traumatique induit chez le travailleur social un *fonctionnement cérébral du même type, a minima et de manière discontinue et réversible* : on n'observe pas ces altérations avec la même intensité ni même le caractère chronique et résistant que chez les personnes souffrant d'une mémoire traumatique. C'est probablement l'un des mécanismes de la traumatisation vicariante.

Cette communication involontaire et automatique reposerait sur la résonance empathique du travailleur social. On sait en effet depuis les travaux pionniers de Giacomo Rizzolatti¹⁰⁷, que le cerveau a tendance à fonctionner sur un mode spéculaire lors des interactions sociales grâce aux « propriétés miroirs » de certains ensembles neuronaux, ce qui nous permet d'entrer en résonance affective avec autrui et d'adopter plus ou moins sa perspective subjective, c'est-à-dire simuler ce

¹⁰⁷ Rizzolatti G, Sinigaglia C ; 2008, *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.

qu'il ressent, pense etc. Mais ce premier niveau de résonance empathique constitue en quelque sorte le niveau de base, involontaire et physiologique, de la prise de perspective d'autrui. A ce stade, on ne comprend pas encore l'autre, on « résonne » simplement avec lui.

D'autres mécanismes plus complexes, impliquant un traitement de plus haut niveau, nous sont nécessaires pour tenter de comprendre autrui d'une manière plus fine et complète. Ces mécanismes semblent notamment s'apparenter à une sorte d'activité incessante de formulation d'hypothèses validées ou pas par le comportement d'autrui, de manière largement non-consciente, et avec une forte tendance à l'erreur. En somme, et pour le dire vite, nous serions sans arrêt en train de faire des paris sur ce que pourraient être les intentions, émotions, motivations d'autrui (ses contenus psychiques en général) pour tenter de le comprendre. La marge d'erreur serait assez importante, puisque nous fonctionnerions plutôt sur un mode inductif, inférentiel (« calcul » probabiliste sur la base de l'expérience passée, tâche de rappel de mémoire), et que la validation d'une hypothèse dans un cas prendrait assez rapidement valeur de règle pour tous les autres cas. Les structures cérébrales impliquées dans ce traitement de haut niveau sont désignées par certains auteurs (Legrand & Ruby, 2009¹⁰⁸) sous le terme de E-Network, ou réseau évaluatif (le terme d'évaluation renvoie à cet ensemble d'opérations mentales comme la déduction, l'induction et le rappel de mémoire, qui autorise le sujet à tirer des conclusions sur la base d'une série d'indices et de règles). Ces structures cérébrales sont essentiellement des structures corticales impliquées dans des traitements cognitifs de haut-niveau et constitueraient en somme le substrat cérébral responsable de ce deuxième niveau de compréhension d'autrui.

Or il semblerait que la dissociation observée, a minima et de manière discontinue et réversible, chez les travailleurs sociaux affecte aussi ces deux niveaux différents de compréhension d'autrui, dans le sens où le premier niveau d'identification (résonance empathique involontaire, automatique et pré-réflexive) soit le niveau le plus fortement observé dans la relation d'accompagnement social. L'observation des effets de la mise en récit nous permet d'avancer (par déduction) l'hypothèse que ces deux niveaux de compréhension sont atteints, le premier niveau devient le plus prépondérant, tandis que le second niveau (structures corticales) paraît inhibé.

En effet, on a pu observer que le fait de mettre en récit ces accompagnements pouvait procurer un soulagement après une phase de reviviscence où le travailleur social faisait surtout l'expérience corporelle d'éprouver au cours de l'évocation narrative, les sensations relatives à la relation

¹⁰⁸Legrand, D., & Ruby, P., 2009, « What is self-specific? Theoretical investigation and critical review of neuroimaging results », *Psychological Review*, 116(1), 252-282.

d'accompagnement. Mettre en récit ces accompagnements, c'est-à-dire passer d'une mémoire essentiellement corporelle et procédurale à une mémoire déclarative par le biais d'un récit et de la formulation d'hypothèses sur les événements dans la relation (travail de mise en sens), contribuerait à reconnecter les zones limbiques/amygdaliennes (mémoire non-déclarative) avec les zones corticales (réseau évaluatif) dans un travail de production d'une mémoire autobiographique, narrative. Le rôle du chercheur (et de l'analyse de la pratique) consisterait en un rôle de facilitateur de ce travail en tant que sujet d'adresse de ce récit et par la mise à disposition de ses propres capacités associatives (par délégation de ses capacités de résonance et de son réseau évaluatif ce que nous avons désigné plus haut sous le terme de réflexivité vicariante) pour le travailleur social.

Mise en récit dans la recherche

- « L'interface en ligne » dans la phase longitudinale est comme un filtre face à la masse de données. La contrainte à mettre en mots et en éprouvés est un des effets du dispositif de recherche qui remet un filtre. Les récits sont adressés à quelqu'un (le chercheur).
- Ce dispositif d'écriture, complémentaire au dispositif de témoignage oral (lors des entretiens de recherche ou lors des groupes ressources) vient lutter contre le rejet ou la difficulté bien connue des travailleurs sociaux face à l'écrit (papiers, dossiers, notes pour leur suivi). La quête de la relation « pure » « sans filtre » investie par les travailleurs sociaux est mise en balance avec le dispositif d'écriture, de récit pour la recherche.

Transfert du besoin de témoignage

Si l'on peut trouver dans la clinique une volonté de témoignage¹⁰⁹ de ceux qui ont vécu l'expérience de la rue, d'autres ne le peuvent cependant pas directement. Là encore, c'est parfois le travailleur social, lui-même témoin d'un parcours, d'une carrière qui peut être porte-témoignage désigné. Dans ce cas, notre recherche est le lieu de recueil de ce témoignage par délégation pourrait-on dire.

¹⁰⁹Des travaux de recherche sociologiques ou psychologiques se basent sur la volonté des personnes à témoigner de leur expérience, pour exemple P. Pichon, T. Torche, 2007, *S'en sortir...Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, 231 . On note aussi les récits biographiques publiés comme Y. Le Roux, D. Lederman, 1999, *le Cachalot*, J'ai lu ; voir aussi http://fr.wikipedia.org/wiki/Sans_domicile_fixe.

Pour synthétiser:

Nous avons exploré la possibilité que l'accompagnant soit en proie à des vécus extrêmes de dépersonnalisation parce qu'il est confronté dans sa pratique à résonner à une mémoire traumatique non déclarative. L'empathie, telle que nous l'avons décomposée dans son fonctionnement neurologique, contraint l'accompagnant à vivre sans distance des sensations et des vécus qui ne sont pas initialement les siens. Son art, son travail consiste alors à remettre en récit ce qui ne l'est pas chez l'autre, dans la perspective de ne pas rester impacté par le vécu traumatique qu'intègre son cerveau comme le sien. Les effets de mise en récit dans le cadre de la recherche et dans le cadre habituel de la pratique indiquent la réversibilité de ces vécus, du moins pour le professionnel. Il est important de noter que ces vécus du sujet sont accessibles par l'intermédiaire du professionnel qui se met à disposition. On peut supposer, de la même manière que le traumatisme est délégué au professionnel, que le travail d'élaboration du professionnel bénéficie en retour à l'accompagné.

8. Chez l'accompagnant : des situations « aux limites » de la pratique surgissent dans cette crise vécu par l'accompagné

Des situations décrites comme aux limites de la pratique apparaissent dans le cadre du recueil des témoignages dans un dispositif qui permet la confiance. Nous faisons l'hypothèse que les situations « aux limites de la pratique » vécues par le travailleur social sont exemplaires de la situation de crise vécue par l'accompagné en même temps qu'un élément fort pour l'analyse de cette pratique d'accompagnement.

Une première difficulté s'impose aux chercheurs pour le recueil de ces situations aux limites de la pratique: d'abord elles sont honteuses, on n'en parle pas, ou sous couvert de discrétion. La deuxième difficulté de recueil réside dans la nécessité d'oubli de ces situations professionnelles « honteuses » ou « limites » pour ces mêmes raisons.

8.1. Caractéristiques psychologiques de ces situations

- Un sentiment de transgression qui donne l'impression d'agir aux limites de sa fonction contractuelle ou imaginaire. Il existe une zone d'indétermination professionnelle qui n'indique pas la conduite à tenir ou même si cela est possible dans la déontologie professionnelle (absence de code déontologique, vide au niveau d'un référentiel du métier). Dans cette zone, il est impossible de trancher entre le permis et l'interdit
- Un sentiment de solitude. Cf. le travail de B. Duez (2000¹¹⁰) : on observe une contamination du désespoir du sujet, on désespère ensemble de l'environnement, de sa capacité à répondre aux besoins, à la demande du sujet, à le contenir. « Nous nous sentons attaqués dans nos capacités de réponse parce que nous doutons de la capacité de l'environnement personnel, institutionnel, voire social à accepter le lien, dont, par l'effet du transfert du patient sur notre personne, nous nous trouvons être le porteur » (B. Duez, 2000, p. 69). C'est ce qui attaque nos liens aux autres, on est sûr que les autres ne peuvent pas comprendre. Le sentiment de solitude s'accompagne de la honte par rapport aux pairs, du sentiment d'être illégitime ou d'avoir fait n'importe quoi, ou de ne pas être professionnel dans cette situation.

¹¹⁰ B. Duez, 2000, « La solitude de l'autre et le transfert topique », *Cahiers de Psychologie clinique*, vol 1, n°14, pp. 67-85.

Ces situations aux limites de la pratique professionnelle posent la question de la prise de risque de manière d'autant plus cuisante que le cadre est peu visible ou avec des frontières floues : comme par exemple l'absence de limite programmée dans la durée de l'accompagnement.

« Quels risques j'ai pris dans cette situation ? » Le sentiment d'avoir pris un risque vient toujours après-coup.

La dimension de l'ancienneté du travailleur social a-t-elle une influence sur la manière d'entrevoir la prise de risque et du coup de décider de son action ? De même, la durée de la relation a-t-elle une influence sur ces situations de prise de risque ?

Exemple : peut-on boire un verre d'alcool avec l'accompagné, nettoyer un appartement en l'absence de la personne...?

Ces situations limites sont recueillies dans le questionnaire de suivi puisqu'elles sont rattachées à un suivi en particulier et également dans le cadre du recueil de témoignage des professionnels.

8.2. Effraction traumatique dans la pratique et recours à une éthique personnelle

Habituellement, dans la pratique sociale et dans la clinique psychosociale, « accompagner, c'est accepter d'être provisoirement dérangé de son cœur de métier, pour pouvoir y loger l'autre. Les règles du métier permettent d'être proche de celui qui est en souffrance sans se perdre soi-même. [...] L'importance des règles du métier passe d'abord par la réflexivité : une analyse des pratiques, avec ses collègues, ses pairs, ses partenaires, est donc essentielle » (J. Furtos, 2010, « interview », *action Habitat*, n°27, p. 9).

Or, dans ces situations aux limites de la pratique professionnelle, la décision de l'action s'appuie sur une autolégitimation de l'action, entre autre, comme contre-investissement de la honte par anticipation d'un jugement sévère si on en parlait. Cette situation d'urgence, rappelle l'effraction traumatique dont l'absence de préparation psychique produit une rupture dans la continuité des appartenances et coupe des pairs (cf. traumatisme de guerre).

Ainsi, à la place d'un référentiel métier ou d'un code déontologique, des repères auto-construits, autoréférencés se construisent par l'expérience, ce qui, d'une certaine façon, est le meilleur de l'autonomie, son nec plus ultra, mais qui peut glisser aussi vers des risques que nous allons préciser.

Nous proposons cette construction comme la figure d'une position éthique : une éthique personnelle qui est un comportement qui prime sur le code social (dont la figure mythique serait celle d'Antigone, fille d'Oedipe.)

Ces situations aux limites de la pratique conduisent l'accompagnant à auto légitimer ses actes et du coup à s'isoler aussi par rapport à ses pairs ce qui crée une situation à risque en soi.

8.3. Risques de cette pratique d'accompagnement et effets néfastes

8.3.1. L'emprise

On observe face à ce public qui échappe aux règles, aux bons soins, aux bons vœux, aux bons conseils, qu'une des réactions prévisible semble se manifester par un désir d'emprise plus grand exprimant la volonté d' « une domination pathologique en direction de l'autre¹¹¹ ». Elle peut se traduire par :

- ➔ une rigidification des règlements intérieurs avec une réduction des libertés individuelles (certaines équipes y déploieraient une grande créativité)
- ➔ du côté des soignants, on observe un acharnement thérapeutique quand le corps est enfin saisi, par exemple quand la personne va trop mal pour s'enfuir de l'hôpital.

Il faut reconnaître la part de violence que fait vivre le refus de l'aide directe ou indirecte. La passivité est aussi vécue comme très agressive et peut faire réagir par une envie plus grande de diriger à la place et de soumettre à sa volonté.

Comment dire cette violence, comment la transformer ?

Un obstacle à dire cette violence du refus de l'aide réside dans la difficulté à exprimer des vécus négatifs par rapport à l'accompagné, comme un contre-investissement normal pour tenir le coup dans cette relation.

8.3.2. Le désengagement

Un autre destin du vécu d'impuissance peut se réaliser dans le désengagement de la relation : la prise de distance est alors tellement radicale qu'elle coupe le sujet de la relation à l'autre. Les travailleurs sociaux utilisent souvent l'expression « se blinder » pour exprimer cette défense contre des vécus trop éprouvants. Cela renvoie à l'image d'un pare-excitation sans épaisseur et donc qui

¹¹¹ A. Ferrant, 2003, « La honte et l'emprise », *Revue française de psychanalyse*, T. LXVII, n°5, pp. 1781-1787, 512 p,

n'assure plus son rôle protecteur. Le désengagement est également l'une des défenses observées dans la traumatisation vicariante.

8.3.3. Etre à la limite de la loi, une pression supplémentaire

Il existe des marges de manœuvre que l'on s'octroie et qui ne sont pas réglementaires. Mais ce type d'arrangement soulève la question de savoir comment on peut être soutenu par son institution ? Car le risque est d'être contesté par son institution, tomber dans la clandestinité. La transgression validée (J. Furtos¹¹²) est une forme de mesure particulière pour se préserver et pouvoir intégrer les marges nécessaires de ce travail aux limites. Une transgression devient alors une marge de manœuvre validée par un recours à la groupalité.

Moins le cadre déontologique est défini et plus le code éthique de la personne (professionnel ou bénévole) viendrait combler cette absence déontologique.

¹¹² J. Furtos, 2006, « Transgression validée ou de l'intelligence à l'action », *Rhizome*, n°25, pp. 55-57.

9. Ethique dans la pratique d'accompagnement de proximité

9.1. La figure d'Antigone

Antigone est la figure de l'accompagnement. Elle représente une transgression intrinsèque en tant que fille de l'inceste. Mais elle se place dans un rapport transcendant vis à vis des lois : elle choisit d'accompagner sur la route, dans son errance, Œdipe, son père malgré tout, lorsqu'il est banni de Thèbes, au nom de l'amour filial. De même, elle se met hors la loi en choisissant de donner une sépulture à son frère Polynice malgré le décret de son oncle Créon, nouveau roi de la Cité, qui condamne quiconque lui donnera une sépulture à être enterré vivant dans le tombeau des Labdacides.

Ce mythe indique entre autres le risque de cette position éthique absolue, celle de la mort. Antigone connaît le risque qu'elle prend et fait le choix du sacrifice : elle est enterrée vivante, à l'image de cette sensation que d'autres peuvent connaître d'être enfermés dedans.

Ce mythe nous indique aussi un élément très important :

Pour rencontrer les SDF, il faudrait d'emblée pouvoir dépasser (dénoncer?) un interdit fondamental (de la doxa? De l'opinion commune ?) comme celui de la pudeur ou de la différenciation propre/sale, en tous cas s'avancer sans la protection de ces garants sociaux pour provoquer une rencontre « authentique », « sans filtre ». Mais l'absence de ces garants dans la relation peut aussi conduire à agir sans référent au risque de se perdre, au risque de la transgression.

9.2. Le risque de l'arbitraire

Nous avons vu que le travailleur social vivait des situations aux limites de sa pratique qui le conduisent à décider de lui-même de sa conduite en l'absence de définitions suffisamment précises des conduites à tenir dans des situations improbables. Dans la clinique psychosociale, peut-être manque-t-il cette dimension éthique du travail ? A un moment donné pour les travailleurs sociaux, il manque une dimension comme celle d'un comité d'éthique, un encadrement éthique qui statuerait sur ces limites. Cette dimension collective validerait au cas par cas, le fait que « ça peut se faire » aux limites de cette pratique, en prenant le risque des effets que ça peut produire.

Cette proposition se glisse entre l'absence de cadre déontologique et le risque d'être dans la position d'Antigone, c'est-à-dire d'agir seul, au nom de principes supérieurs, en prenant soi-même le risque

de l'exclusion sociale. Est discuté le risque d'être seul dans ces pratiques en référence à des situations qui viennent sans arrêt butter sur le cadre. La figure d'Antigone est rappelée et les professionnels confirment la présence de situations d'exception dans leur pratique. Par exemple : si la présence des animaux est interdite, il peut arriver de tolérer un chat ou un chien dans des conditions très particulières.

En effet, « faire exception » en toute conscience indique aux personnes leur qualité « d'exception » dans le sens d'être exceptionnel. Ce qui, pour ces personnes en difficulté d'inscription, en manque d'assignation, est particulièrement important.

Ces exceptions ne doivent pas pour autant masquer le réel risque d'être en permanence dans des pratiques « hors limite » qui n'auraient alors plus de référence possible à un ordre qui dépasse la personne même du professionnel (un ordre collectif). C'est ici le risque de l'arbitraire et de se retrouver seul sans validation de l'institution.

Les professionnels évoquent cette nécessité d'être soi-même bornés, cadrés par des dispositifs avec une fin programmée dont la fin n'est pas décidée par eux, mais discutable, renouvelable.

En effet, se pose la question de ce qui fait cadre et des fonctions du cadre, fonctions non seulement contenant, mais limitatives et de ce fait sécurisantes pour le personnel et pour les personnes accompagnées.

Un cadre lisible hors de soi, permet de sortir de cette « illusion nécessaire » que nous avons observée et nommée « lune de miel » dans la relation d'accompagnement où il faudrait « faire comme si » l'accompagnant était seul au monde à pouvoir aider, à pouvoir sauver... Cette illusion est un outil de travail, une phase temporaire dans l'accompagnement au moment de la construction du lien. L'institution, les autres professionnels, le cadre de travail de l'accompagnant apparaîtront ensuite dans un temps qui ne met pas en danger la fondation de la relation (cf. réflexion sur la présentation de la recherche-action aux personnes accompagnées dont le suivi est inscrit).

Sans ce recours au cadre, ou cet appui sur le cadre institutionnel, les vécus de toute-puissance, versus toute-impuissance font leur apparition et mettent en danger le professionnel et l'accompagné avec le risque de maltraitance ou d'emprise.

Même si la dimension éthique est personnelle, il faut que quelqu'un d'autre puisse l'entendre. Il y a une dimension éthique à partir du moment où elle est partagée où elle est entendue par quelqu'un d'autre. Sans tiers il n'y a pas d'éthique, mais un acte isolé.

Le modèle d'une relation éthique n'est jamais complètement individuel. Elle est toujours partagée avec d'autres personnes qui cherchent à la définir. Car contrairement à la morale on ne sait jamais à l'avance ce qui produit un modèle où aller à la limite est validé par le collectif en qualité d'autorisation collective.

Un besoin identifié. Cette discussion oriente sur l'identification d'un besoin, celui d'une instance qui fasse office d'espace où l'on discute de l'éthique de cette pratique dans une situation particulière.

La visée est d'interroger un espace qui peut répondre de façon éclairée par la variété des personnes qui le compose, un espace où l'on peut venir interroger quelque chose et ne pas rester dans son enfermement. C'est aussi l'isolement, ce qui fait souffrir dans le « creux de la vague » avec la contamination du désespoir. Où adresser ce désespoir, à qui l'adresser ? Comment le traiter de façon collective, partagée ?

Il s'agit alors peut-être d'institutionnaliser un espace éthique où l'on peut déposer ça et valider ou pas une pratique.

L'identification de ce besoin valide le fait qu'on ne peut pas être seul dans cette pratique, qu'on ne peut pas être seul dans ces situations là, et que s'il n'y a pas de déontologie écrite, elle est à construire.

On notera que l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a produit une recommandation en ce sens sur le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux¹¹³.

Résumé du chapitre 4 : principaux résultats de la démarche qualitative

Au cours de ce chapitre nous nous sommes concentrés sur l'exploration qualitative du matériel issu des groupes ressources et d'entretiens avec les praticiens de terrains, c'est-à-dire l'élaboration des effets des accompagnements à travers les témoignages qu'en font les travailleurs sociaux. D'une manière générale nous avons tenté de mettre en lumière le coût humain lié au travail d'accompagnement social.

Nous avons ainsi authentifié une période critique pour un tiers de notre échantillon d'utilisateurs des dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement succédant à une phase qualifiée par les

¹¹³ Voir le site de l'ANESM : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=430

travailleurs sociaux de « lune de miel ». Ces éléments confirment la "clinique psychosociale" introduite dès les premiers travaux de l'ONSMP-ORSPERE et largement décrite depuis. En effet, cette clinique psychosociale révèle des phénomènes transférentiels importants en direction des travailleurs sociaux, différents de ceux acceptés dans la notion de transfert psychanalytique, mais qui relèvent plus de la "souffrance portée": complications de santé chez l'accompagnant, dimension intime mise au service de l'accompagnement, confusion-dépersonnalisation, malaise de terrain accentué par des pratiques "hors les murs" et la confrontation à des pratiques extrêmes, aux limites de l'éthique, et à terme, risque de traumatisation vicariante pour les professionnels.

Nous avons proposé une lecture de ces phénomènes transférentiels en nous situant dans une perspective de neurobiologie de la relation avec des sujets souffrant de traumatisation chronique et décrit ce que nous avons proposé d'appeler métaphoriquement « l'hébergement dans la relation » avec le travailleur social comme premier "habitat" que pouvaient retrouver ces personnes très désocialisées. Cet hébergement dans la relation suppose des qualités indispensables aux travailleurs sociaux: démarche active d'aller vers, saisissabilité, réceptivité, disponibilité et la possibilité de supporter ce moment de vicariance fonctionnelle au service de l'accompagné, au moyen d'une grande plasticité. Ceci nous a conduit à modéliser une véritable "chorégraphie de l'accompagnement" pour décrire les ajustements nécessaires dans la posture de l'accompagnant, afin d'être toujours dans un objectif de promotion de l'autonomie de l'usager, même si cette autonomie doit être assumée parfois par l'accompagnant, par délégation ou par « procuration ». Le processus de restitution de ce potentiel d'autonomie est l'horizon de la démarche d'accompagnement au logement.

Enfin nous avons insisté sur l'importance capitale de doter les travailleurs sociaux engagés dans ces pratiques de dispositifs de prise de l'expérience professionnelle subjective afin d'éviter les risques de confusion-dépersonnalisation, d'emprise sur l'usager ou de désengagement professionnel et d'autolégitimation-isolement. L'objectif principal des équipes d'encadrement sera de maintenir l'amarrage institutionnel de ces pratiques de terrain, dans la souplesse et le respect des singularités, sans être trop normatif mais sans lâcher pour autant les objectifs et les contraintes du travail social d'accompagnement vers et dans le logement.

CHAPITRE 5: LA DIMENSION « ACTION » DE LA RECHERCHE, MODIFICATIONS DES PRATIQUES

On peut penser que la recherche a eu une portée clinique dans le sens où théoriser les pratiques d'accompagnement social de proximité c'est interpréter le transfert sur les travailleurs sociaux. A l'issue de cette recherche, nous pouvons dire que l'ORSPERE a été sollicité pour tenter de comprendre ce phénomène qui avait d'abord été perçu par les travailleurs sociaux comme « les SDF vont mal quand ils retrouvent un logement ». Si cette intuition a été longuement discutée et vérifiée pour partie, il est également authentifié que l'accompagnant souffre de la relation en tant que premier hébergeant, hôte. Ainsi, l'objectif clinique de cette recherche a alors été de retransitionnaliser la relation d'accompagnement, d'opérer une déconfusion topique par un travail de qualification des éprouvés et de mise en récit. On notera avec intérêt le fait que les travailleurs sociaux impliqués dans la recherche ont pu à leur tour développer des outils leur permettant de prendre une certaine distance réflexive vis-à-vis de leurs pratiques. Une grille d'évaluation de l'autonomie est notamment utilisée pour aborder la délicate question de la fin des accompagnements et permettre d'introduire ce point dans la relation de manière à ne pas rompre le lien. On peut sans doute considérer que le développement de tels outils a été soutenu par l'appropriation de la fonction théorisante de la recherche, par sa fonction de réflexivité vicariante.

1. Production d'une (dé)formation

La réflexion permanente, l'influence des uns sur les autres, le processus des groupes ressources (au nombre de 14 réunions au total) produit la construction et l'appropriation d'un discours commun en appui sur une pratique suffisamment commune. A l'image de l'engagement dans un processus de formation continue, la recherche procède d'une déformation¹¹⁴.

¹¹⁴ R. Kaës, 1975, « On (dé)forme un enfant »: fantasme originaire, processus et travail de formation », *Connexions*, n°16, pp. 37-49.

Si les professionnels sont moins durs avec eux-mêmes à l'issue de cette recherche, c'est peut-être parce qu'ils ont intégré que les essais-erreurs sont indispensables à la possibilité même d'expérimenter pour les personnes accompagnées. Ainsi les retours à la rue ou les aléas des accompagnements ne sont plus vécus comme des défauts d'accompagnement, mais comme un processus en cours, un passage, et pas comme un obstacle signe d'échec : « *connaître les passages lunes de miel/ désillusion permet d'en parler avec les personnes, d'apporter des éclairages et d'anticiper un retour en logement et les difficultés inhérentes* » témoigne un accompagnant. On peut parler ainsi d'un **effet d'élargissement du spectre de tolérance liée à la pratique ainsi que de l'intégration de la discontinuité dans l'accompagnement**.

Cette extension de la pratique porte sur les comportements des personnes accompagnées notamment dans leur manière de s'approprier le logement. Un des professionnels témoigne de sa plus grande capacité à « *laisser la possibilité de décorer ou de meubler le logement, même si ce n'est pas autorisé dans une résidence sociale* » eu égard à sa perception du lien entre appropriation de l'espace et possibilité de se poser. Un autre confirme son souci de respecter « *avec tact* » l'espace privé même dans une résidence collective dans ses modalités d'entrer dans le logement par exemple.

2. Transformations dans la pratique

2.1. Espace collectif de construction d'un fond commun

2.1.1. Espace « ressource »

Nous avons observé l'évolution du mot ressource dans le cours de la recherche-action. D'une ressource pour la recherche, le groupe ressource est devenu un espace où les professionnels se ressource : un espace de réflexivité qui ne se substitue pas à l'analyse de la pratique. La réflexivité vicariante ne doit pas être seulement portée par l'accompagnant mais doit se prolonger dans l'institution, dans les équipes, à différents niveaux de traitement. La démarche de réflexivité applique des outils d'analyse à son propre travail, à sa propre réflexion dans une prise de conscience de sa démarche. C'est un espace où l'enjeu de la groupalité se présente comme antidote à l'effet de pratiques traumatiques, contre la tendance du processus d'exclusion à couper des autres collègues, des pairs, à l'origine du sentiment d'isolement dans sa pratique et qui empêche la mise en commun. N'oublions pas que dans cette recherche, nous avons été témoin de la souffrance des professionnels qui « se cassent » vraiment : arrêts de travail, demande de mutation, maladie...

Il ressort également dans l'évaluation de cette recherche par les professionnels que la dimension partagée porte aussi sur le sentiment d'entrer dans une histoire commune, celle de ce genre de pratiques de proximité en rapport avec le logement : *« la recherche-action m'a aidé à prendre mes marques, à élaborer ma pratique au fur et à mesure de l'évolution des situations. Elle m'a permis de « m'inscrire » dans l'histoire de ce dispositif et plus généralement dans l'histoire de l'accompagnement de ce public »* témoigne l'un des participants.

2.1.2. Un effet de légitimation ?

La problématique du besoin de légitimer sa pratique peut avoir trouvé un écho dans le cadre de la recherche-action par un processus d'institutionnalisation de la pratique. En effet la légitimation des pratiques peut passer par la hiérarchie, mais pas seulement, la hiérarchie pouvant se limiter à une position organisatrice. Pour rappel, nous avons identifié une forme de risque dans certains agirs professionnels, particulièrement lorsqu'ils se déconnectent de l'institution même s'ils sont justifiés par le but. Comment garder les amarres à l'institution ? Comment limiter la désinstitutionnalisation face aux transgressions ou aux pratiques limites qui coupent de l'institution (qu'on peut traduire en termes de prise de risque ou de créativité dans l'agir professionnel)? Il faut pouvoir le dire dans l'institution pour que ces pratiques limites soient légitimées ou dénoncées ou limitées.

Les travailleurs sociaux confirment que faire partie de la recherche légitime leurs pratiques : *« cette recherche a clarifié ma pensée et permis de légitimer un mode d'accompagnement auprès de personnes sans domicile »*.

2.1.3. Revalorisation professionnelle

Participer à une recherche-action qui s'appuie sur l'échange de pratiques et qui se centre sur le recueil des vécus de l'accompagnant permet une déculpabilisation par rapport aux éprouvés des accompagnements puisqu'il est constaté qu'ils sont partagés par les autres praticiens. Traiter les éprouvés personnels et intimes comme des faits subjectifs transforme la valeur des éprouvés jusqu'à en faire un outil au cœur des pratiques et non plus un élément perturbateur de la pratique.

Une dimension de reconnaissance de l'intérêt manifesté pour ces pratiques extrêmes qui côtoient le monde de la « cour des miracles » soutient les professionnels face à leur sentiment habituel de manque de reconnaissance de ce travail difficile (cf. effet de légitimation).

2.1.4. Transfert de connaissances « psy »

Si l'on a bien montré la nécessité de produire une mise en forme des éprouvés ressentis lors de ces accompagnements dans un travail de figuration théorisante, on voit bien aussi le **risque de produire un « savoir » dogmatique** sur ces accompagnements qui sont surtout caractérisés par leur singularité en relation avec la particularité de chacun et de chaque relation. Toute production de connaissance doit se fonder sur une position d'humilité devant la complexité du phénomène qu'elle entend décrire, a fortiori lorsque le sujet est précisément celui de « l'exclusion sociale ». Au terme d'une séance de travail de notre groupe ressource, nous avons proposé la formule : « l'exclusion, c'est ce qui ne tient pas dans les cases », pour résumer le caractère insaisissable de certains phénomènes observés et les difficultés méthodologiques que nous rencontrons, notamment les difficultés à opérer certaines généralisations et à sortir du tout subjectif. De fait, il nous aura fallu être attentifs à ne pas nous enfermer dans la « culture » de notre propre groupe ressource et de garder des ouvertures sur des discours autres. Le comité scientifique a eu cette fonction de reprise de contact avec une altérité théorique pour nous.

Néanmoins, la dimension psychopathologique dans les accompagnements a aussi pu être davantage intégrée par les travailleurs sociaux engagés dans la recherche. Le processus d'élaboration théorisante a en effet contribué à un transfert de connaissances « psy » vers les professionnels de terrain. De meilleures représentations du côté de la psychopathologie permettent de mieux traverser les aléas inévitables de l'accompagnement et de prévenir les risques de rupture.

2.2. Des aménagements concrets

Pour certains des professionnels impliqués dans cette recherche, nous avons pu observer les aménagements suivants. Notons que les aménagements suivants tiennent compte des obligations du travail d'accompagnement au logement, bien que coûteux en temps.

2.2.1. Aménagement du poste de travail

- Dans le profil de poste, un temps explicitement consacré aux recherches de logements est comptabilisé (20% ETP).
- Par rapport à une augmentation de la charge de travail, diminution des visites à domicile pour maintenir une présence par le lien téléphonique.

2.2.2. Modification de la composition de l'équipe

- ➔ Constitution d'un « binôme » qui s'est traduit par le recrutement d'une personne supplémentaire : ne pas être seul dans ces pratiques relève de la survie professionnelle
- ➔ Recrutement d'une personne supplémentaire en position d'animation (fonction transversale sur plusieurs lieux d'hébergement), puis création d'un poste d'ADVL (Accompagnement Dans et Vers le Logement¹¹⁵) en résidence sociale.
- ➔ Structuration de relais auprès de deux associations pour assumer une astreinte professionnelle lors des congés du travailleur social

2.2.3. Processus de réaffiliation, réinstitutionnalisation (fonction tierce)

La mise en place d'entretiens réguliers avec le cadre institutionnel ou avec le directeur de l'établissement indique la prise en compte du risque de désinstitutionnalisation de ces pratiques.

2.2.4. Construction et formalisation de nouveaux outils chez les travailleurs sociaux

Les aménagements suivants représentent la nécessité de prise de recul par l'objectivation dans la relation d'accompagnement, prise de distance sur la relation et ses objectifs.

- ➔ Grille d'évaluation de l'autonomie de la personne et besoin d'accompagnement (cf. annexe n°9).
- ➔ Grille d'évaluation de l'accompagnement à remplir avec la personne accompagnée. Cet outil intervient souvent au moment où l'accompagnant sent une possibilité de fin à l'accompagnement. C'est un outil qui permet de se réapproprier l'histoire de l'accompagnement pour penser sa fin (cf. annexe n°10).
- ➔ Fiche d'entretien de candidature
- ➔ Projet d'accompagnement social
- ➔ COT : convention d'occupation temporaire

¹¹⁵CIRCULAIRE N° DGCS/DGALN/DHUP/USH/2010/247 du 19 juillet 2010 relative à l'accompagnement vers et dans le logement : www.developpement-durable.gouv.fr

On peut légitimement soulever la question du rôle de la recherche-action dans la survenue de ces aménagements dans les pratiques professionnelles. S'il convient de rester prudent sur une causalité directe, mécaniciste, on peut évoquer en revanche la production d'une culture commune et son influence en quelque sorte souterraine, à la manière du rhizome qui émerge du sol à partir d'un réseau souterrain, comme si l'influence de la participation au processus de recherche avait pu agir de façon inconsciente.

2.3. La prise de recul sur les pratiques

2.3.1. Nécessité d'un support : avec le questionnaire de la phase rétrospective

Un des effets de la passation du questionnaire sur les pratiques permet une première prise de recul différente de celle des analyses de la pratique, ou de l'intervision¹¹⁶ ou encore de la réunion d'équipe puisque la présence d'un tiers incarné avec un outil permet un espace de prise de distance sur sa pratique. *« Ça ouvre sur d'autres perspectives, sur un regard différent sur certaines situations, une attention, une vigilance, que moi j'aurai par rapport à telle ou telle personne. Se doter d'outils maintenant différents par rapport à l'accompagnement actuel. »*

Du point de vue des relations au sein de l'équipe, quand les membres peuvent être en présence lors de la passation, un bénéfice se situe dans le partage de l'expérience, dans la transmission : *« il est intéressant de partager des choses ensemble. Vivre ensemble dans le temps d'accompagnement. Moi je suis arrivée il y a un an, se rendre compte de ce par quoi ma collègue est passée me rassure sur ce que je vis et me rends plus proche d'elle aussi. »*

2.3.2. Sortir de l'urgence de la pratique, « se poser » pour penser dans la recherche

Le témoignage des professionnels lors de l'évaluation des effets de la recherche indique la contrainte de « se poser » induite par le processus de recherche. A l'image des accompagnés, penser, prendre du recul suscite des angoisses et des frustrations par le retour d'un vécu dépressif :

¹¹⁶ L'intervision se pratique généralement en groupe de praticiens sur la base de l'échange de pratiques. La Fédération Française des Psychologues et de Psychologie propose par exemple cette définition : « C'est un petit groupe de professionnels basé sur une relation de confiance et une libre circulation de la parole et de l'échange. Chaque participant a la possibilité de parler de sa pratique clinique et des problématiques qui peuvent en découler. Il s'agit ensuite de partager sur sa propre expérience et de pouvoir prendre du recul afin d'analyser une situation au travers du regard de collègues. Le cadre est à définir en fonction de l'attente des différents participants (situation clinique, institutionnelle, ...). Il n'y a pas de personne désignée pour animer la séance. » <http://psychologues-psychologie.net>

« Je me pose plus de questions et j'ai encore plus le sentiment d'avoir besoin d'une supervision pour déposer mon vécu », « j'ai ressenti de la frustration devant le manque d'intérêt de mon employeur pour que je participe à cette recherche !! ».

« Cet outil a permis à l'équipe de se poser et de prendre le temps nécessaire pour penser et organiser son accompagnement, mais aussi ne pas se perdre ».

La contrainte à écrire pour renseigner les questionnaires en ligne ou le carnet de bord de la recherche-action est citée plusieurs fois comme élément facilitateur de prise de conscience de détails pour un accompagnement qui va valoir pour d'autres. *« J'écris peu à propos de mon travail par manque de temps, de concentration. Être « obligée » de le faire m'a contrainte à dégager du temps, à me poser, à élaborer et à verbaliser un travail quotidien. C'est un apprentissage, on en tire des leçons, on met l'accent sur des points qui seraient passés inaperçus sans ce travail d'écriture ».* La place des écrits dans le travail social est une question qui met souvent mal à l'aise car elle est vue comme consommatrice de temps et pourtant nécessaire à l'élaboration. Souvent, le travail demandé à l'occasion du rapport d'activité annuel est cité en regard du travail d'écriture sollicité pour cette recherche, avec parfois un regret de ne pouvoir y ajouter des éléments de réflexion plus qualitatifs ou qui seraient de l'ordre de l'avis personnel.

2.3.3. Identifier ses propres limites et les respecter

Certains professionnels témoignent de l'effet de la recherche sur leur pratique en termes de respect de leurs propres limites. Cette exploration des difficultés et la reconnaissance de l'hébergement dans la relation et de ses éventuels effets sur le corps du professionnel montre comment ce travail d'accompagnement nécessite une certaine disponibilité qui risque d'être endommagée par une surcharge de travail ou par une absence de réflexivité qui maintient le travail dans l'urgence. Ainsi certains ont pu dire leurs limites plus clairement identifiées, souvent à l'occasion d'un arrêt de travail indiquant un épuisement professionnel, et par le travail sollicité par la recherche. *« Je note une meilleure connaissance de l'impact de ce type d'accompagnement sur soi comme d'être habité par l'autre ou de vivre le sentiment d'impuissance ».* Des aménagements dans le poste de travail peuvent être notés comme celui de restreindre le nombre de suivis, de maintenir une certaine vigilance sur la quantité de travail, restrictions nécessaires au maintien d'une qualité d'accompagnement minimal.

3. Des effets d'appropriation des outils de la recherche

3.1. Appropriation d'un espace interne de réflexivité vicariante : un espace potentiel de mise en récit

Avec l'idée du carnet de bord, les professionnels témoignent d'un effet de construction interne d'un espace psychique de « liberté » et de narrativité¹¹⁷. Si certains n'ont pas eu recours au carnet de bord dans sa réalité concrète d'écriture, ils affirment cependant son intérêt pour libérer un espace dans leur possibilité de penser, comme s'ils pouvaient se raconter les accompagnements à eux-mêmes dans un récit auto-adressé, même sans en garder la trace sur un dispositif de recueil externe.

Ce résultat est de très grande importance au regard de la construction d'outils professionnels internes aux institutions.

Si toutefois l'institution met à disposition des outils de suivis ou d'évaluation des accompagnements, il est noté que le carnet de bord (avec la même vocation) est saisi comme un espace de liberté non soumis au jugement institutionnel : *« j'ai apprécié le carnet de bord, un endroit où je me lâchais sans peur du jugement institutionnel »*.

3.2. Structurer une observation, aménager sa pratique

L'outil du questionnaire peut servir de guide pour renseigner les dossiers sociaux qui sont souvent complétés selon le travailleur social. Il y aurait comme un effet de modification du dossier social en appui sur la structuration du questionnaire.

¹¹⁷Les enquêteurs remplissent le carnet de bord soit le lendemain d'un événement raconté, soit dans les 3 jours qui le suivent, tant que c'est actuel. Ce travail de mise en récit est différent de la première phase, les travailleurs sociaux ne pouvaient pas faire seuls ce travail face à l'intensité des reviviscences.

Résumé chapitre 5: principaux effets de la recherche sur les pratiques

Cette recherche-action s'appuie sur une dimension participative des travailleurs sociaux engagés dans des accompagnements au logement de personnes SDF. La participation est active à tous les niveaux de la recherche: les travailleurs sociaux témoignent de leur pratique (en appui sur les questionnaires administrés par un chercheur clinicien, puis questionnaires en ligne auto-administrés), apportent leur réflexion sur cette pratique, contribuent à la réflexion collective lors des réunions mensuelles (groupes ressources), réajustent la méthodologie de recherche (réunions du comités scientifiques), évaluent les effets de la recherche sur leur pratique dans la dernière phase de la recherche-action (focus groupe d'évaluation). Une telle implication des professionnels pendant plus de deux ans produits des effets qui peuvent être authentifier à l'image d'une formation continue. On peut noter un effet indirect sur les accompagnements en cours. Ces effets portent essentiellement sur des opérations de tris et de déconfusion par qualification des éprouvés et par la mise en récit des accompagnements.

On note également une appropriation des outils de la recherche pour les accompagnements en cours ou à venir comme en témoignent la création d'outils de structuration des accompagnements (grille de suivi, évaluation...).

Outre les effets d'appropriation des outils de la recherche pour la pratique, c'est le processus même de théorisation qui a été approprié dans sa fonction de réflexivité vicariante.

En effet, la construction d'une théorisation commune que nous avons nommé « fond commun » sert de cadre pour la pratique dans ses fonctions limitantes, rassurantes tout en permettant la créativité. Penser sa pratique ouvre un espace de recul, permet de l'envisager souvent sous un autre angle, hors d'une pression liée à un sentiment continu d'urgence ou d'impuissance.

Cette théorisation commune s'appuie notamment sur l'intégration de la discontinuité dans l'accompagnement, sur l'identification et la reconnaissance de la prise de risque de cette pratique d'accompagnement hors les murs de l'institution et enfin sur la nécessité de maintenir un espace collectif de reprise de la pratique.

CHAPITRE 6 : CONCLUSIONS

1. Habiter : une situation à risque

La recherche part du constat d'un paradoxe : quand les personnes sans abri avec un long parcours de rue se mettent à habiter un logement, leur santé peut se dégrader, elles peuvent aller *moins bien*.

Cette simple observation semble corroborée par de nombreux professionnels qui confirment le retour à la rue de certains suite à l'entrée dans un logement, la disparition d'autres quand les problèmes administratifs ou de logement semblent enfin se régler. « Pourquoi un certain nombre de personnes disparaît physiquement au moment où on a le sentiment qu'ils vont mieux et qu'ils sortent de la rue ? » se demandait le médecin Bruno De Goer en 2006 lors de la journée d'étude « Sortir de la rue ». Effectivement, dans ce monde de la rue, ce monde à l'envers, n'a-t-on pas tendance à associer *aller mal* à la rue et *aller bien* dans un logement ? Il est important ici de souligner que les observations et les conclusions de cette recherche n'ont pas pour objectif d'évaluer des dispositifs d'accompagnement au logement, et encore moins de prédire une forme de capacité à habiter des personnes accompagnées. Comme plusieurs études¹¹⁸, à partir d'expérimentation de logement avec accompagnement social et médical, le montrent, la prédictibilité des conduites dans ce domaine est un leurre : il s'agit plutôt de comprendre ce qui se joue dans ce paradoxe.

Reprendre contact avec sa famille, entrer dans un logement autonome sans durée limitée d'hébergement... peuvent être des situations finalement à risque pour la personne. On observe dans ces moments de passage, des disparitions, des fuites, des décompensations, des décès. Comment comprendre ces effets paradoxaux de ce qui est, en principe, avancée et progrès ?

Dans certains cas, la réalité concrète de la reprise d'un logement individuel confronte à un retour parfois brutal de problématiques anciennes, des points de souffrance biographique que la logique de survie à la rue ne permettait pas de traiter, voire que cette logique de survie pouvait constituer une manière d'évitement de ces points de souffrance. Le retour au logement et la mise au silence

¹¹⁸J.P. Arveiller, F. Jost-Dalifard, 2011, « La capacité à habiter peut-elle s'évaluer ? A propos d'une expérience de secteur », *Pratiques en Santé mentale*, n°4, 57, pp. 17-24.

consécutives de certaines urgences vitales (sécurité, chaleur, ressources), confronte donc le sujet avec lui-même, et bien souvent aussi à une certaine forme de solitude dans un cadre sécurisé et relativement pauvre en stimulations externes. C'est probablement aussi une confrontation avec la question du libre-arbitre, des choix individuels et finalement de l'autonomie réelle, que l'urgence de la vie à la rue ne permettait pas non plus d'approcher sous cet angle. L'urgence de la survie mobilise en effet d'avantage un rapport aux besoins qu'un rapport au désir : trouver à manger, ne pas mourir de froid, éviter les agressions laisse en effet peu de temps pour se projeter dans le long terme. Cette phase de réorganisation subjective constitue donc une période critique où le sujet se trouve dans une vulnérabilité particulière qui n'est pas superposable à la vulnérabilité inhérente à la situation de la vie à la rue. Le soutien d'au moins une personne ressource dans un lien de confiance constitue un étayage nécessaire, mais peut-être pas suffisant, au dépassement de cette crise.

➔ Ainsi, trouver un logement n'est pas la fin d'un parcours, mais ouvre sur un autre défi pour le sujet : parvenir à habiter. « Se poser » quelque part est un moment critique de possible fragilisation, à accompagner le temps nécessaire à toute crise. Habiter n'est donc pas seulement se loger, se mettre à l'abri ou avoir un toit sur la tête, ni même seulement investir l'espace du logement. Habiter est en rapport avec la possibilité d'habiter son corps et sa santé, son histoire, son désir, sa parole dans un sentiment suffisant d'unité et de continuité. Ce processus nécessite de l'énergie psychique, du temps, un accompagnement administratif et matériel, mais aussi, dans certains cas, un accompagnement social et psychologique.

La recherche, notamment dans sa partie quantitative, a consisté à objectiver ce processus à partir des indicateurs qu'il était possible de construire pour mesurer le rapport à l'habiter. Elle atteste notamment de la dégradation de santé des personnes suivies et de la difficulté du rapport au soin. Certes, il y a bien un contact avec les soins, y compris spécialisés, mais il se fait plus sur le mode de l'urgence que sur celui du suivi régulier, avec un nombre important d'hospitalisations par rapport aux consultations. De ce point de vue, les résultats vont dans le sens de l'intuition des intervenants, qui se manifestait notamment par leur souffrance dans le cadre professionnel et au-delà¹¹⁹. La partie statistique de la recherche ne doit donc pas être opposée à la subjectivité des travailleurs sociaux : elle s'est même nourrie de leurs représentations du phénomène. En ceci, elle rejoint les principes de la clinique psychosociale qui vise à prendre en compte les subjectivités sur

¹¹⁹Dans le déroulement de cette recherche, nous avons été les témoins et dépositaires des épreuves de professionnalité des travailleurs sociaux en terme de bouleversements extrêmes, signe d'une pratique au risque de sa santé. Nous pourrions dire qu'a été déposée dans l'espace disponible de la recherche, incarnée par le groupe de chercheurs et de collègues (nommément le groupe ressource), une souffrance portée au service de la pratique.

les lieux du social, dans le cadre où on les rencontre, à l'intersection du contexte (social, économique et politique) et du sujet.

Il ne s'agissait pas seulement de vérifier l'existence de complications de santé consécutives à l'entrée dans le logement, mais également de les relier plus largement au rapport à l'habiter et à l'appropriation du projet de relogement. Dans cette perspective, la recherche a permis d'identifier **4 zones** qui définissent et caractérisent le rapport à l'habiter dans ce contexte : la relation d'accompagnement, l'investissement du logement, la santé (comprenant la santé mentale), les arrangements ordinaires de la vie quotidienne.

- En somme, habiter n'est pas seulement le rapport au logement (une seule zone sur 4). Un résultat important est que les accompagnements sont traversés par des contradictions entre ces zones. On ne retrouve pas de sentiment d'unité et de continuité dans les situations observées au cours de la recherche. En particulier, on peut investir un logement, participer activement au suivi mais, parallèlement, laisser sa santé se dégrader et rejeter toute offre de soin. Il est apparu que ces discordances ne sont pas le signe d'un échec ou d'une régression dans le processus, mais d'abord un fait clinique dans un processus en cours à reconnaître et à accepter.

Les difficultés à harmoniser tous les aspects du rapport à l'habiter existent dans l'ensemble des suivis, mais elles se déclinent différemment selon le type d'accompagnement. Bien que les pratiques soient très diverses, on peut distinguer deux grands types : les accompagnements référés au lieu et ceux référés à la personne. Nous avons cherché à rendre compte de l'opposition entre le principe du « logement d'abord » et la « logique en escalier », qui semble structurante dans le contexte actuel de recomposition des politiques publiques, mais elle n'est pas opérante (pas encore?), pour décrire la réalité des pratiques.

Les « accompagnements référés au lieu » sont ceux où les accompagnants ont en charge les logements gérés par l'association¹²⁰ (en résidence sociale ou non) et organisent le travail d'accompagnement autour des flux de personnes passant par ces logements. « L'accompagnement

¹²⁰ Logement en structure collective (non autonome, type CHRS) et du logement « autonome » (non collectif mais géré par la structure).

référé à la personne » ne se définit pas par l'espace mais par le suivi attaché à une même personne au travers des différents lieux occupés¹²¹, par un même accompagnant.

Dans les accompagnements référés au lieu, le projet de relogement s'inscrit dans une démarche globale, d'autant plus que l'institution (ou le groupe) peut absorber (ou aider à contenir) une partie des préoccupations inhérentes aux suivis. Le rapport au soin est donc plus intégré au projet de relogement. En revanche, ces suivis ont du mal à s'inscrire dans le temps et des divergences apparaissent entre l'appropriation du logement et le rapport à la santé. De plus, les changements d'accompagnants sont souvent vécus comme des séparations douloureuses. A l'inverse, les accompagnements référés à la personne sont moins homogènes au départ, avec une bonne appropriation du projet de relogement mais un rapport très problématique à la santé. Portant toutes les dimensions du projet, toutes les zones de l'habiter, l'accompagnant est souvent « débordé » ou « envahi » par la relation.

→ Un des enjeux est la capacité à structurer ces accompagnements référés à la personne de telle sorte que la charge du suivi n'incombe pas totalement à l'accompagnant référent, mais qu'il soit le point nodal d'un réseau de partenaires et d'intervenants sollicités ponctuellement ou régulièrement, notamment dans le domaine du soin.

→ Pour les pratiques référées au lieu, l'enjeu est de « tenir » sur le temps long car ces suivis, convergents au début, manifestent des discordances après les premiers mois.

2. L'hébergement dans la relation

Ce qui distingue les deux cas est la nature de la relation d'accompagnement. Parmi les 4 zones de l'habiter, celle de la relation entre l'accompagnant et la personne suivie apparaît alors comme déterminante, ce que l'on retrouve dans la partie statistique aussi bien que dans les autres aspects de la recherche. Habiter une relation de confiance au long cours est un préalable nécessaire pour l'appropriation suffisamment bonne du projet d'habiter. Les effets de ce type d'accompagnement se jouent dans la relation : les personnes qui n'arrivent pas à habiter un logement habitent d'abord la relation avec l'accompagnant. C'est pourquoi nous parlons d'habiter la relation d'abord.

¹²¹ La personne est plutôt dans du logement à bail ordinaire, et pas en structure (10 cas, les autres : 2 à la rue, 1 autonome géré par la structure).

L'hébergement dans la relation est le modèle métaphorique que nous avons développé pour rendre compte des phénomènes transféro-contre-transférentiels observés dans ces accompagnements de proximité auprès de personnes en situation d'exclusion. Ces phénomènes prennent la forme de troubles observés chez les travailleurs sociaux. Le discours recueilli auprès des intervenants de première ligne exprime des vécus d'intrusion, de « squat », de préoccupation psychique intense, comme s'ils étaient habités, envahis, voire souillés sur le mode de l'incorporation par la personne qu'ils accompagnent. Cette phase d'occupation psychosomatique est qualifiée de manière négative et peut éventuellement aboutir à des formes de ruptures : accident de travail, épuisement, arrêts maladie¹²²... Néanmoins, il semble que dans les cas où elle peut être supportée et dépassée, c'est-à-dire lorsque l'accompagnant prend conscience de cet « hébergement » de l'autre en soi et peut l'inscrire dans une discours, une narration partageable, où il peut témoigner des effets de cette occupation psychique sous une forme transformée et restituable, alors on arrive à une forme plus soutenable de relation. Le passage à cette phase partageable permet aussi à la personne « hébergée » de se rendre compte des effets produits sur « l'hébergeur », et si elle en est à un moment où elle est accessible à cette forme de restitution, il semble qu'on accède à un accroissement de la mutualité empathique, comme si l'accompagné faisait d'avantage « attention » à son accompagnant qu'il pouvait jusque-là traiter de manière plus indifférente.

On peut donc postuler avec Jean Furtos, que dans ce cas-là, le travail social consiste à « accepter provisoirement d'être délogé de son cœur de métier pour y héberger l'autre ». L'hébergement dans la relation rend compte de cette disposition d'accueil intersubjectif comme une condition favorable à la mise en sens et à l'éventuel dépassement de questions traumatiques précoces liées à l'exclusion.

Il faut en effet pointer avec insistance la nature traumatique de ces pratiques d'accompagnement :

- d'une part, en raison de l'immersion au long cours dans le monde de la grande exclusion qui peut confronter à des situations jusqu'alors inimaginées : grande déchéance physique et psychique, insalubrité, violences, vécus de « monstruosité »...

¹²² Précautions à observer dans l'interprétation des résultats :

- Il ne faudrait pas comprendre que souffrir en tant que travailleur social engagé dans ces accompagnements extrêmes est normal et donc qu'il n'y a rien à en faire. Mais bien au contraire, pour supporter cette souffrance portée et ces moments prévisibles de désorganisation temporaire, il faut pouvoir être dans une activité de théorisation de sa pratique et de soutien par l'institution.
- Il ne faudrait pas comprendre que les travailleurs sociaux doivent se transformer en psy, mais bien qu'on observe une amélioration du diagnostic psychologique (ou psychodynamique) par l'intégration d'un prendre soin dans les aléas du parcours comme un temps de fragilité attendu : d'ailleurs ils désignent eux-mêmes leur mission première comme du « prendre soin ».

- d'autre part, en raison des phénomènes d'hébergement dans la relation qui exposent à ce qui est décrit sous le terme de traumatisation vicariante, c'est-à-dire cette forme de délégation sur un autre que soi ou encore de « contamination » des travailleurs sociaux par les vécus traumatiques des personnes qu'ils accompagnent.

Comme dans tout vécu traumatique, l'appareil psychique se retrouve sidéré, incapable de penser, de faire des associations. C'est ce que nous avons observé chez les travailleurs sociaux soumis à cette fonction d'hébergeur dans la relation : une attaque de la fonction réflexive (se sentir, s'appartenir, etc.) que le processus de recherche a contribué en partie à restaurer grâce à ce que nous avons justement proposé d'appeler un dispositif de réflexivité vicariante. La réflexivité vicariante correspondrait au point de sortie de cette période indéterminée mais nécessairement temporaire d'hébergement dans la relation qui est, elle, marquée du sceau de l'indifférenciation, de la symbiose, de la confusion, un état pré-réflexif caractéristique des états traumatiques. La réflexivité vicariante constitue le moment où l'hébergeur peut opérer un travail de tri (à toi/à moi) parce qu'il est suffisamment en contact avec lui-même (il sort du syndrome d'auto-exclusion pourrait-on dire). De plus, il peut opérer un travail de restitution vers l'accompagné: ceci est à toi, ma limite est ici, etc. sans violence.

CHAPITRE 7: RECOMMANDATIONS, DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RESPONSABILITÉ

1. Le niveau de l'intervenant de première ligne: rester vivant et faire reconnaître ses besoins

L'intervenant de première ligne a le devoir de rester vivant dans sa pratique. Il s'agit de conserver une préoccupation pour autrui vivante, non contaminée par le désespoir, sans se casser soi-même.

Pour rester vivant, l'intervenant doit faire reconnaître l'équipement nécessaire à ses besoins professionnels, nous en relevons certains ici : un besoin de réflexivité, un besoin de théoriser la pratique hors les murs et un besoin de groupalité.

Ces équipements tiennent alors lieu de ce que nous proposons d'appeler **des dispositifs de réflexivité vicariante**, c'est-à-dire de ressources externes capables de percevoir par procuration les états psycho-affectifs d'un autre et de restituer cette perception sous une forme assimilable. Il peut s'agir de groupes de supervision des pratiques, de participation à un processus de recherche-action (comme dans notre cas), mais aussi d'une présence réelle des cadres auprès des travailleurs de terrain, ou encore de favoriser les espaces d'échange formels ou informels entre collègues. De même, la participation à des processus de formation contribue à la restauration d'une capacité réflexive, comme à un niveau plus individuel les pratiques d'ordre spirituel, idéologique ou artistique, ou très simplement une vie familiale bien remplie et synonyme de ressource. Il y a donc, on le voit, des aspects individuels mais aussi collectifs et sociétaux, des réalités de moyens à interroger.

La réflexivité vicariante est l'un des antidotes du syndrome d'auto-exclusion, à la fois pour les usagers et les professionnels.

Il faut donner aux accompagnants les moyens de supporter ce qu'ils vivent dans leurs relations d'accompagnement et de le restituer de manière vivante, créative, appropriable et symbolisable par l'autre dans une interaction symbolisante : le sujet arrive avec son informe, son irreprésenté qu'il donne à éprouver à l'autre. L'autre sujet se saisit de ce « paquet » et le restitue transformé dans une tentative de signification, de mise en forme (travail de présentation-représentation) : « voici ce que tu me donnes à vivre, reconnais-toi dans ce que je te manifeste de l'effet que tu produis en moi ».

Cette restitution, ce retour à l'envoyeur nécessite un travail de patience. Elle ne passe pas par l'interprétation sauvage, mais par le travail de réflexivité vicariante, et peut se faire par des improvisations en paroles ou en actes.

1.1. Besoin de théoriser les pratiques hors les murs et les pratiques à domicile

L'activité de théorisation participe à lutter contre la force de déliaison (coupure interne) qui tend à séparer affects et pensées. Le processus de recherche-action reconnecte les affects et la théorie. La théorisation collective produit le sentiment de faire partie d'un tout contre l'angoisse de morcellement des histoires de vie et des accompagnements décrits comme en dents de scie. L'activité de théorisation contribue à soutenir l'auto-production de connaissances.

Savoir qu'on peut être désorganisé offre la possibilité de ne pas subir la désorganisation comme un trauma permanent, mais comme un moment de crise transitoire : *« je peux m'attendre à être régulièrement désorganisé »* confirmait un participant à la recherche-action.

L'activité de théorisation répond au besoin de continuité dans le temps. Les effets délétères de la précarité des contrats et de l'instabilité des institutions liées à l'incertitude (voire à l'absence) des renouvellements des financements sont ainsi « compensés » par l'inscription dans un processus dans la durée qui donne aux professionnels un sentiment de permanence.

1.2. Le besoin de groupalité

L'inscription dans un collectif de recherche répond aussi au besoin de groupalité qui est attaqué par la fréquentation au long cours de psychopathologies liées à l'exclusion sociale. Ce besoin est celui de :

- Ne pas être seul : collègues, espace de reprise de la pratique (de type analyse de la pratique), travail dans les interstices, travail avec les membres du réseau de partenaires
- Besoin d'une réflexion éthique collective, groupale : travail sur le cadre, sur ce qui fait cadre, sur les limites de sa pratique, notamment à partir de chartes de pratique hors les murs, ou sur les pratiques d'aller vers (cf. charte de la maraude du Samu social).
- La groupalité comme effet anti traumatique (le traumatisme fait sortir du groupe).

Le modèle du debriefing post-traumatique et l'expérience vécue lors de cette recherche nous enseignent l'importance de raconter une histoire du début à la fin pour se l'approprier, se

reconnecter à un groupe d'appartenance, adresser à quelqu'un le récit d'une expérience d'abord vécue comme indicible, impartageable.

→ Le modèle de l'analyse de la pratique groupale

Faut-il faire évoluer les analyses de la pratique en intégrant cette exigence de théorisation à partir de l'apport des travailleurs sociaux ?

Faut-il valoriser un autre espace de reprise de la pratique de théorisation comme la formation continue, la formation en interne, la recherche-action participative ?

2. Responsabilité de l'encadrement

Nous avons remarqué un écart dans la manière de se représenter cette pratique de terrain et ses enjeux entre les responsables d'équipe et les praticiens de première ligne. Si les premiers sont sensibles à leurs équipes, il reste malgré tout un travail de dévoilement des difficultés rencontrées. A la place de recevoir une plainte redondante, un effort de reconnaissance et de connaissance ainsi que de théorisation de ces difficultés reste nécessaire. D'ailleurs, un certain nombre de professionnels de première ligne souhaitent s'appuyer sur ce rapport pour faire entendre la particularité de leur travail qui ne pourrait pas se dire sans passer par la commune expérience vécue. Le rapport de recherche se présente comme objet de dialogue avec sa propre institution pour expliquer sa pratique, la rendre plus visible.

Le travail de théorisation de cette pratique a consisté à mettre des mots sur des expériences indicibles ou irreprésentables de l'ordre du « monstrueux », de l'extrême altérité, de « l'inhumain », de « l'obscène »...

→ C'est pourquoi un **travail d'accompagnement à l'accompagnement** doit être assumé par l'encadrement pour rester dans une forme de proximité avec le terrain et pour le soutenir (cf. modalités ci-après).

2.1. *Le cadre est incarné par le directeur ou un responsable reconnu comme tel*

Une discussion pourrait être abordée sur la fonction cadre incarnée par le directeur d'une structure. Cette discussion amène à remettre en question la fonction de coordination, qui ne remplirait pas ce rôle de hiérarchisation des priorités ou des éléments du cadre.

La fonction cadre révélée comme sécurisante par les professionnels est celle qui rappelle que les accompagnements ont un but et une fin et qui interroge sur la possibilité de cette fin. La fonction

cadre incarnée est aussi une personne qui « porte » le dispositif d'accompagnement, qui « y croit », qui donne du temps dans son emploi du temps, qui rend ce dispositif important, qui se démène pour trouver des financements, qui valide les temps de formation/ respiration pour son personnel.

Le cadre n'est-il pas aussi celui qui maintient une logique de l'espoir lors des fluctuations des sentiments d'échec?

- L'institution doit, elle aussi, être active et activer les travailleurs sociaux par des interventions sans attendre la demande, mais plutôt même en la devançant. Dans le monde à l'envers de la clinique psychosociale, on sait que *plus on va mal moins on demande de l'aide*, cette remarque vaut aussi pour les professionnels.

2.2. Ménager de la marge de manœuvre

2.2.1. Nécessité d'un cadre présent et sécurisant

Si certains bénéficient d'une analyse de la pratique, elle reste classiquement mensuelle au mieux et parfois trimestrielle. D'autres n'ont pas ce genre de dispositif de reprise de la pratique. L'institution peut être très présente mais plutôt dans le sens d'un cadre qui limite par le contrôle, par la contrainte et la restriction de la créativité, en orientant le récit de l'action professionnelle sur des données mesurables et quantitatives qui donnent un sentiment de non sens pour les praticiens.

« Maintenir (ou restaurer) une position professionnelle dans les champs du soin et du travail social, c'est non pas échapper à la violence d'une liaison – les usagers n'en finiront pas de malmenager les professionnels- mais y consentir et, avec l'aide du groupe (et de l'ensemble des dispositifs institutionnels), « s'en déprendre » dans un plaisir à penser ensemble. Penser « l'horreur » des situations, penser le traumatisme et ses effets délétères, sans céder à la jouissance mortifère de la fascination, permet alors de (ré)investir les « usagers », et permet que ceux-ci, à leur tour, osent regarder les béances de leur histoire et s'engagent (pour un bout) dans une reprise historisante de leurs trajectoires chaotiques » (G. Gaillard¹²³, p. 163).

Que l'on soit dans l'une ou l'autre référence (à la personne ou au lieu), on observe que chaque professionnel utilise des espaces propres de ressourcement: pour certains, ce sera une psychothérapie individuelle, une psychanalyse pour d'autres. D'autres encore s'engagent dans des parcours de formation continue universitaire ou demandent à suivre des formations professionnelles prises en charge par l'employeur. D'autres relèvent encore qu'être devenu parent a modifié leur

¹²³G. Gaillard, 2004, « De la répétition traumatique à la mise en pensée : le travail psychique des professionnels dans les institutions de soin et de travail social », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol 1, n°42, 151-164.

manière de voir et a développé leur capacité à actionner un clivage fonctionnel (entre le monde professionnel et le monde privé, intime).

Entre alors en écho un message contradictoire paralysant dans le travail social parfois soutenu par les institutions employeurs : le travail social est un travail avant tout relationnel avec un usager dans un but centré sur l'usager, mais les effets de cette relation relèvent de la sphère intime. Ce paradoxe conduit certains à se culpabiliser de se sentir en difficulté dans leur travail avec tel ou tel accompagnement, de se sentir en souffrance et codent ce malaise comme un « défaut » personnel.

Or la clinique psychosociale indique bien comment l'accompagnement de la souffrance psychosociale de l'usager va se faire à travers ce que le travailleur social va en recevoir et porter à sa place pendant un temps. C'est une donnée de base du travail d'accompagnement que de souffrir pour l'autre et de transformer cette souffrance dans un travail de reprise collective et de pensée (du type analyse de la pratique). Sans cette possibilité de reprise de la pratique, le travailleur social risque :

- ➔ de se « casser », ce qui se traduit par des arrêts de travail
- ➔ de se « blinder », ce qui se traduit par une « inefficacité » à faire un travail d'accompagnement nécessairement relationnel
- ➔ d'être maltraitant pour réduire son vécu d'impuissance en ayant recours à des mécanismes de défense relevant de l'emprise qui visent à une domination de l'altérité du sujet.

2.2.2. La transgression validée, la marge de manœuvre

La transgression signifie l'action d'aller au-delà, de dépasser une certaine configuration pour aller vers une autre.

La transgression validée est une proposition de Jean Furtos (2006)¹²⁴ qui concerne tous les métiers où la situation singulière de l'usager est au cœur de l'action professionnelle, à partir de son observation des pratiques actuelles et surtout de son observation de la création de nouvelles normes pour l'action.

La transgression validée regroupe toutes les formes de refus, dans le travail, à l'application rigide et fétichisée du travail prescrit. On pourra aussi parler d'adaptation secondaire au sens de E.Goffman¹²⁵.

¹²⁴ Jean Furtos, Serge Taradoux, 2006, « Transgression validée ou de l'intelligence de l'action », *Rhizome*, n°25, pp. 55-57.

¹²⁵ E. Goffman, 1968, *Asiles*, Paris, Editions de Minuit, 1968

Il s'agit de nommer « l'écart souvent nécessaire entre une position instituée, réglementée, supposée orthodoxe, et l'intelligence de l'action qui ose prendre en compte la singularité d'une situation et la finalité du geste » (p. 55). Les auteurs utilisent aussi le terme « **d'audace ordinaire** ».

La transgression par rapport au règlement est dite « validée » quand le responsable hiérarchique « authentifie la possibilité d'une prise de risque légitime en sa qualité de responsable » (p. 55). On se trouve alors face à un « compromis créatif entre le règlement et sa transgression adaptée aux besoins » (p. 56).

Les ergonomes nous ont appris que travail intelligent cache « un écart entre ce qui est prescrit et ce qui est effectué dans le travail concret ». C'est au travailleur de corriger cet écart par une initiative personnelle pour laquelle il pourra être blâmé ou félicité, mais qui passe la plupart du temps inaperçue. « Il convient de ne pas être seul pour décider, [...] mais cela n'est pas toujours le cas » (p. 57).

Reprenant les travaux de l'école française de psychopathologie du travail (C. Dejours, P. Davezies), Jean Furtos propose de modéliser le travail intelligent au moyen de la formule suivante :

$$Te = Tp + e : \text{travail effectué} = \text{travail prescrit} + \text{effort personnel}.$$

Certaines fois, on constate que $Te = Tp$, il peut s'agir alors d'une grève du zèle, d'un sérieux désinvestissement de son travail, ou du règne absolu des protocoles sur l'étincelle du travail de terrain.

➔ Le rôle de la hiérarchie est de défendre les pratiques de terrain en prenant en compte les vrais besoins des usagers et la capacité créatrice des travailleurs. Sans cette « marge de manœuvre », le professionnel est un simple exécutant, il fait ce qui est prescrit ou on est face au travail clandestin avec une agressivité passive tournée sur autrui ou sur soi.

3. Le niveau de l'institution : légitimation des pratiques

Il faudra pouvoir penser les conditions de garanties nécessaires au bon exercice de ces pratiques hors les murs, ou comment réinstitutionnaliser d'une certaine manière ces dispositifs sans les dénaturer. La recommandation produite¹²⁶ par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) en octobre 2010 sur la nécessité du questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux nous paraît aller dans le sens de notre propre recommandation.

- Nécessité d'une réflexion distanciée et collégiale sur les pratiques professionnelles pour fonder une éthique professionnelle.

3.1. Recommandations à l'intention des directeurs d'établissements et d'associations

Tenir compte des besoins relevés plus haut et de manière particulière sur les points suivants:

- Pour sortir de la confusion : institutionnaliser un espace d'éthique pour toutes les situations aux limites de la pratique. A l'image de l'analyse de la pratique qui compose l'outillage de base de ce travail d'accompagnement, un espace de références de la pratique centrée sur l'éthique paraît indispensable à ces pratiques émergentes et sans référentiel métier propre.
- Des aménagements du poste de travail : Prendre en compte la part considérable de temps passé à chercher des logements et à asseoir des partenariats avec les logeurs, non comme une part annexe au travail, mais comme une quotité du temps de travail (à voir précisément et variable selon les zones rurales ou urbaines et selon le marché du logement).

3.2. L'importance de l'équipe

La question se pose de comment faire équipe, se sentir faire partie d'une équipe lorsque l'on est seul sur le terrain et qu'on se vit comme coupé des autres et de l'institution?

Il semblerait que le sentiment de « faire équipe » ne soit pas issu seulement d'une fréquentation mutuelle assidue mais relève plutôt d'un sentiment de continuité qui fait qu'on a une place « réservée ». 0

¹²⁶ Recommandation publiée en octobre 2010.

Voir : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=430

Cette question de l'équipe et de sa place dans l'équipe fait écho avec la problématique des usagers qui souffrent de non assignation à une place sociale, c'est-à-dire d'exclusion. Comment leur donne-t-on une place qui s'inscrive dans leur continuité d'existence pour des personnes qui se sentent coupées en morceaux dans leur histoire et dans leur parcours de vie (et de (re)logement)?

Comment leur permet-on de s'approprier un espace comme étant leur « chez soi », à quelle conditions peuvent-ils personnaliser cet espace (présence autorisée ou non des animaux domestiques)?

« Faire équipe », cette expression renvoie à la dimension contenante de l'équipe, puisqu'une des fonctions de l'équipe est de contenir les anxiétés des usagers en la transformant. Mais ce travail suppose un espace de contenance pour l'équipe dans l'institution et par l'institution.

Où trouver de la contenance quand celle de l'équipe fait défaut ?

- Il convient donc de tout mettre en œuvre pour lutter contre les forces de déliaison qui empêchent de « faire équipe », en favorisant les espaces de rencontres en internes, en donnant les conditions de vie à une équipe de plusieurs professionnels en particulier dans les « accompagnements référés à la personne ». La question des partenaires extérieurs à l'institution employeur reste posée. De même, les espaces d'échanges de pratiques entre pairs¹²⁷ sont-ils envisagés à défaut de lieu de partage en interne ou en complément ?

¹²⁷ Cf. les recommandations présentées lors de la « Journée nationale de restitution Evaluation des expérimentations: Résidence Accueil et Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes », 1^{er} avril 2010, Direction générale de la Cohésion Sociale : *Préconisation 2 : « Renforcer le soutien aux hôtes par le biais des échanges de pratiques, en interne et à l'extérieur » Développer des modalités et des outils d'échanges de pratique entre salariés des structures. Réunir les conditions nécessaires à la formation en continu des personnels à partir d'une identification précise des besoins.*

4. Le niveau de responsabilité des partenaires

4.1. Recommandations en direction de la formation initiale des travailleurs sociaux

Il est souhaitable d'intégrer dans les formations initiales du travail social mais aussi dans les formations continues des éléments sur :

- le travail hors les murs – à domicile, en référence à l'histoire du travail social.
- Légitimer la reconnaissance de l'importance du ressenti et du penser du travailleur social.

4.2. La nécessité d'un travail en réseau

Du fait de la position de première ligne, l'accompagnement de proximité a besoin des autres, des autres professionnels semblables et de professions complémentaires. En tant qu'il est le lieu du dépôt de différentes problématiques, son diagnostic permet le lien mais pas toujours l'orientation vers d'autres professionnels.

Proposer une formation de base sur des repères médicaux ciblés sur les pathologies fréquentes pour un public précaire suscite des réactions mitigées auprès des professionnels de première ligne qui se disent suffisamment polyvalents. Leur choix s'oriente davantage sur un relais médical plus proche et plus disponible, pour ne pas porter une responsabilité de plus. Par ailleurs, la plupart du temps, des formations spécifiques sur les addictions ou sur les maladies infectieuses, telles les hépatites sont facilement accessibles et proposées par les institutions.

- La recommandation s'oriente plutôt sur l'articulation avec un médecin qui puisse interpréter rapidement les signes inquiétants ou problématiques dans un réseau de proximité.
- Il reste à formaliser les liens occasionnés par chacun des suivis avec un effort pour coordonner la dimension sociale à la dimension santé en interrogeant le bon niveau territorial pertinent pour cette coordination. Cette question nécessite une investigation à part entière (cf. projet de recherche ci-après).

Du côté des soignants :

Il convient d'accepter l'accompagnant comme auxiliaire de la personne. Rester « strict » sur le secret professionnel dans les situations d'accompagnement constitue une erreur. Outre l'aspect rassurant de la présence de quelqu'un de confiance (fonction d'éclaireur), le travailleur social est incontournable pour l'accès au soin.

- Cette recommandation pourrait aussi se traduire de manière plus large comme le refus du dogme de l'autonomie obligatoire. Face au refus de soin ou de l'aide (passif ou actif), *« l'autonomie obligatoire serait de dire « écoutez, Monsieur ou Madame, si vous ne voulez pas être aidé(e), c'est votre vie, c'est votre problème ». Quand on dit « c'est votre vie, c'est votre problème » à des gens qui sont en incurie, c'est l'équivalent d'un eugénisme passif. [...] Dans le cadre de la relation d'aide et quelle que soit sa place dans cette relation, il y a à apprendre la capacité de négocier, dans un espace qui est à construire, avec des gens qui, apparemment, n'en veulent pas, mais qui peuvent accepter une aide malgré tout, si on la présente avec tact, avec conviction, et en prenant appui sur ceux qui les connaissent et qui les aiment »* (J. Furtos, 2005, « Habitat insalubre et absence de souci de soi »).
- Le travail des équipes mobiles de psychiatrie doit être renforcé pour se positionner comme interlocuteur non seulement dans l'aide au diagnostic mais aussi comme passeur pour l'accès aux soins psychiques en direct avec les personnes. La possibilité « d'aller vers » dans les pratiques soignantes semble être un atout de ces équipes pour ce public en difficulté pour formuler une demande d'aide.
- De même certains professionnels du soin sont identifiés à partir de leur capacité de mobilité, comme les infirmières des conseils généraux, en place de coordination des soins. Ces positions intermédiaires sont attendues pour permettre un relais à l'accompagnement aux soins.

5. Le niveau politique

5.1. Lutter contre le fractionnement et le cloisonnement des approches santé / social

Il semblerait que l'accompagnement global de proximité¹²⁸ tel que nous l'avons observé soit une réponse adaptée aux personnes présentant des discordances dans leurs espaces d'investissement, d'autant que les politiques publiques cloisonnées en rajoute encore par des prises en charge fractionnées. Les personnes en situation d'exclusion ont bien souvent à faire à des logiques de segmentation qui entrent en écho pour certains avec un sentiment de discontinuité dans leur sentiment d'existence.

5.2. Préserver les possibilités de liens humains

Eu égard à la précarité de tout être humain, mais d'autant plus aiguë en situation de précarité extrême, toute personne en charge sur le plan social, économique et politique se doit de préserver et de favoriser des liens humains confiants, et qui s'inscrivent dans une saine précarité.

« 2-4 Les conditions qui favorisent des liens humains suffisamment confiants constituent la base d'une saine précarité et concernent toute personne en charge sur le plan social, économique et politique ; elles impliquent la justice et l'équité, et donnent force au sentiment personnel d'une maîtrise de l'avenir auquel chacun peut activement participer. » (extrait de la Déclaration de Lyon, *Quand la mondialisation nous rend fous, pour une écologie du lien social*, 22 octobre 2011, Congrès des cinq continents, orspere@ch-le-vinatier.fr)

Favoriser la saine précarité, c'est-à-dire une précarité moteur des liens interhumains, familiaux et sociaux, qui pousse vers autrui à condition de construire, ou reconstruire une confiance suffisante en l'autre et en soi. En ce sens, toute logique sécuritaire ou comptable prééminente doit être modérée comme antagoniste à la santé mentale.

¹²⁸« L'accompagnement social global suppose une relation de proximité et de libre adhésion entre l'accompagnateur et la personne accueillie. Cette proximité est par essence difficile à verbaliser car il s'agit d'une dynamique relationnelle et non linéaire. Elle se caractérise par l'écoute et la mise en confiance, dans un cadre institutionnel souple et non contraint, même si la relation peut être contractualisée. La relation est profondément individualisée, personnalisée, mais elle peut être complétée par des temps collectifs », *Le Livre Blanc de l'accompagnement social*, 2011, Paris, Les Editions de l'Atelier/ Editions Ouvrières, p. 33.

Il est à noter que notre observation des pratiques ne porte pas explicitement sur les actions sociales collectives au sens d'ISIC (Intervention sociales d'intérêt collectif défini par le Conseil supérieur du travail social), mais existe cependant dans les structures participantes, même si elles ne se reconnaissent pas comme telle. Une véritable exploration de ces actions collectives et de leur bénéfice pour les personnes en situation d'exclusion serait à entreprendre.

« 2-6 Les contextes sociaux, économiques et politiques sont susceptibles de faire basculer massivement les liens humains du côté de la méfiance, entraînant alors une précarité négative, avec des effets péjoratifs sur la santé mentale. Ces effets portent sur le rapport à soi, à la famille, aux groupes humains et sur le rapport crucial à l'avenir. Ces effets peuvent être décrits de diverses manières, notamment qualifiés de dépression, de repli sur soi, d'atomisation des individus, de paranoïa sociale, de disparition de tout projet d'avenir autre que catastrophique. »

« Nous, signataires de cette déclaration, réunis en Congrès des 5 Continents sur les effets de la mondialisation sur la santé mentale, experts pluridisciplinaires en santé mentale en même temps que citoyens du monde :

3-1 Demandons que soit reconnue l'importance d'une santé publique qui intègre les effets psychosociaux liés au contexte social, économique et politique, dans le cadre de pratiques de santé mentale concrètes et solidaires, dans le respect de la dignité des personnes.

3-2 Insistons sur la responsabilité de toutes celles et ceux qui, à des titres divers, sont en charge d'une écologie humaine fondée sur une saine précarité des liens humains, aussi vitale que l'air que l'on respire ou que l'interdiction de la torture, de l'esclavage et de l'oppression. On doit avoir à répondre de cette responsabilité (2-4, 2-9). »

(extraits de la Déclaration de Lyon, Quand la mondialisation nous rend fous, pour une écologie du lien social, 22 octobre 2011, Congrès des cinq continents, orspere@ch-le-vinatier.fr)

Comment répondre à ces exigences de nature politique et maintenir le rapprochement santé/social et le soutien aux liens humains?

Deux pistes d'action peuvent être retenues comme prioritaires :

1. Ce qui va de soi, dans la continuité des recommandations déjà formulées : Donner les conditions de possibilité financières et techniques pour soutenir et inciter la mise en place d'espaces de reprise de la pratique en interne dans les structures associatives et également entre structures sanitaires et sociales telles qu'elles ont déjà été développées précédemment. Les groupes de travail qui articulent logement santé et travail social sont à promouvoir qu'ils s'ancrent au sein de la Politique de la ville (atelier santé ville) ou à l'initiative des hôpitaux (CLSM) ou encore des ARS.
2. Continuer de favoriser les recherches-action pour maintenir une dynamique réflexive qui donne également des éléments d'évaluation des pratiques et de comparaison de celles-ci.

- Proposition de Laboratoire permanent sur les pratiques « aux limites » (cf. annexe 12)
- Une recherche-action pour approfondir les situations d'incurie dans l'habitat (cf. annexe 12)
- Une recherche-action pour renforcer la coordination entre sanitaire et social (cf. annexe 12)

Bibliographie

- Arveiller J.P., Jost-Dalifard F., 2011, « *La capacité à habiter peut-elle s'évaluer? A propos d'une expérience de secteur* », *Pratiques en Santé mentale*, n°4, 57, pp. 17-24.
- Astier I., 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.
- Authier J-Y, 2002, *Du domicile à la ville*, Paris, Economica – Anthropos.
- Babidge NC, Buhrich N, Butler T, *Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia : a ten-year follow up*, *Acta Psychiatr Scand*, 2001, Feb, 103 (2), 105-110.
- Beaud S., 1996, « *L'usage de l'entretien en sciences sociales, plaidoyer pour l'entretien ethnographique* », *Politix*, n°35, pp. 226-257
- Benzecri J.B., 1979, *L'analyse de données*, Paris, Dunod.
- Bion W ; (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- Boudesseul G., 2008, « *Un quart de siècle de méthodologie* », *Bulletin de méthodologie statistique*, n°100.
- Bouquet B., Garcette C. (sous la dir.), 2009, *Assistante sociale aujourd'hui*, Paris, Maloine.
- Castaneda C., 1968, *L'herbe du diable et la petite fumée*, Paris, Christian Bourgois, 2005.
- Chaix B, Leyland AH, Sabel CE, Chauvin P, Råstam L, Kristersson H, Merlo J. Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmö, Sweden, in 2001, *J Epidemiol Community Health*.
- Charbonneau J., 1998, « *Trajectoires sociales et stratégies individuelles en contexte d'incertitude* », in F. Dansereau et Y. Grafmeyer (dir), *Trajectoires familiales et espaces de vie en milieu urbain*, Lyon, PUL, pp. 395-413.
- Charreton G., 2001, *La manche, une quête fixe d'un domicile fixe "dans l'autre" – Quelle méthode pour une démarche clinique dans la rue auprès de sujets S.D.F ?*, Mémoire de DEA, Sous la direction du Pr. B. Duez, Université Lumière Lyon 2.
- Charreton G., Mathieu F., Pitici C. (à paraître), « *La scène errante, en quête d'un domicile fixe dans l'autre* », *Psychologie Clinique*.
- Chateauraynaud F., 2003, *Prospéro. Une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Paris, CNRS.
- Chebili S., 1998, « *Le syndrome de Diogène : état pathologique ou expression du libre arbitre ?* », *Synapse*, n°144, 35-8.
- Cibois P., 1983, *L'analyse factorielle*, Paris, PUF.
- Cimino, C., & Correale, A., 2005, « *Projective identification and consciousness alteration: A bridge between psychoanalysis and neuroscience?* », *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(1), 51–60.
- Circulaire n°DGCS/DGALN/DHUP/USH/2010/247 du 19 juillet 2010 relative à l'accompagnement vers et dans le logement, www.developpement-durable.gouv.fr.
- Clark A.N, Mankikar G.D., 1975, « *Diogenes syndrome a clinical study of gross neglect in old age* », *Lancet* ;15, 366-68.
- Colin V., 2002, *Psychodynamique de l'errance, Traumatisme, fantasmes originaires et mécanisme de périphérisation topique*, Thèse de Doctorat de psychopathologie et psychologie cliniques, Université Lumière Lyon 2.
- Colin V., 2006, « *Au risque de la contamination : habiter pour une personne en errance* » in M. Sassolas (sous la direction de), *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique*, Erès, pp. 85-107.
- Colin V., Furtos J., 2002, « *La solitude exposée du sujet SDF, déni de la filiation instituée* », *Rhizome*, n° 10, p. 14.

- Colin V., Furtos J., 2005, « *La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine* » in M. Joubert, C. Louzoun (sous la direction de), *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, Erès, pp. 99-115.
- Coloos B., Taffin C., 1998, « *Mobilité résidentielle et statut d'occupation* », *Logement et habitat l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.
- Dagognet F., 1994, *Le trouble*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.
- Damon J., :
- 1994, « Les S.D.F., stars médiatiques ? », *Le Banquet*, vol. 2, n°5, 1-14.
 - 1996, « Pour en finir avec « l'exclusion ». Quelques modestes propositions pour améliorer la prise en charge des sans-abri », *Le Banquet*, vol 2, n°9, 1-11.
 - 2002, *La question SDF*, Paris, PUF.
 - 2003, « Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF » », *Déviance et Société*, vol. 27, n°1, 25-42.
 - sept/octobre 2008, « La prise en charge de la grande exclusion », *ASH Magazine*, 42-45.
 - 2008, « Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable », *Droit social*, n°3, 349-359.
- De la Rochère B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE Première*, n°893.
- Davis JT, 2001, « Revising psychoanalytic interpretation of the past: An examination of declarative and non-declarative memory processes », *Int J Psychoanal*, 80, 215-223.
- De Singly F., 1992, *L'enquête et ses méthodes, le questionnaire*, Paris, Armand Colin.
- Desrosières A., 2000, *La politique des grands nombres, histoire de la raison statistique*, Paris, Armand Colin.
- Ducq H, Guesdon I., Roelandt JL, Santé mentale des sans-abris: revue critique de la littérature anglosaxonne, *Encéphale*, 1997, Nov-Dec 23(6):420-39.
- Duez B., :
- 2000, « *La solitude de l'autre et le transfert topique* », *Cahiers de Psychologie clinique*, vol 1, n°14, pp. 67-85.
 - 2003, « *De l'obscénalité à l'autochtonie subjectale* », *Psychologie clinique*, n°16, pp. 55-71.
 - 2004, « *De l'obscénalité à l'objectalité les enjeux du sexuel dans les groupes* », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2004/2, n° 43.
 - 2010, « *Du réceptacle au récepteur : l'arrimage pulsionnel des sujets sans domicile fixe* », *Cliniques méditerranéennes*, 2010/1, n° 81.
- Eleb M., Debarre A., 1995, *Architectures de la vie privée. L'invention de l'habitation moderne, Paris 1880-1994*, Paris, AAM et Hazan.
- N. Elias, 1973, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- Fassin D., 2000, « *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé* », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1 : 95-116
- Favre C., 2011, « *Le prendre soin a-t-il une langue?* », *Rhizome*, n°41, p. 3.
- Favret-Saada J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts*, Editions Gallimard.
- Felonneau M.L., 1994, "Les étudiants et leurs territoires. La cartographie cognitive comme mesure de l'appropriation spatiale", *Revue française de sociologie*, n°35, pp. 533-559.
- Fernandez-Zoïla A., 1987, *Espace et psychopathologie*, Paris, PUF, 135 p.
- Ferrant A., 2003, « *La honte et l'emprise* », *Revue française de psychanalyse*, T. LXVII, n°5.
- Fischer G.N., pp. 1781-1787, 512 p.
- 1992, *Psychologie sociale de l'environnement*, Toulouse, Privat.
 - 1994, "S'approprier son espace de travail", *Le journal des psychologues*, n°121, pp. 30-34.

- FNARS, 2011, *Le livre blanc de l'accompagnement social*, Paris, Editions de l'Atelier/Editions ouvrières.
- Fonagy P, Target M, 1997, « *Attachment and reflective function: Their role in self-organization* », *Develop Psychopathol*, 9, 679–700.
- Freud S. (1910), « *Cinq leçons sur la psychanalyse* », Paris, Payot, 2010.
- Furtos J., Laval L.,:
- 1998, « *L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité* », *Confrontations psychiatriques*, n°39.
 - 1999, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, ORSPERE.
- Furtos J., :
- 2001, « *Précarité du monde et souffrance psychique* », *Rhizome*, n°5, pp. 3-5.
 - 2002, « *Le soin de soi dans la relation d'aide* » in *Rapport annuel de la MRIE*.
 - 2005, « *Faut-il faciliter les retrouvailles entre les personnes en errance et leurs proches?* », *Rhizome*, n°19, p. 15.
 - 2005, « *Habitat insalubre et absence de souci de soi* », intervention au colloque international *habitat insalubre/santé* – 20 et 21 mai 2005, Aubervilliers (disponible en version CD).
- Furtos J., Serge Taradoux, 2006, « *Transgression validée ou de l'intelligence à l'action* », *Rhizome*, n°25, pp. 55-57.
- Furtos J., 2008, *Les Cliniques de la précarité*, Elsevier Masson SAS.
- J. Furtos, 2010, « *interview* », *action Habitat*, n°27, p. 9).
- Furtos J., 2011, « *Entretien* », *LaCroix*, 24 oct, p. 3.
- Furtos J , Laval C., 2005, *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Eres, 353p.
- Gaillard G., 2004, « *De la répétition traumatique à la mise en pensée : le travail psychique des professionnels dans les institutions de soin et de travail social* », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol 1, n°42, 151-164.
- Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*, rapport ministère de la santé et des sports.
- Girardon L., 2011, *La place de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*, Thèse de médecine, Université C. Bernard.
- E. Goffman, 1968, *Asiles*, Paris, Editions de Minuit, 1968
- Gouyet E., 2009, « *Accompagnement de personnes issues d'un long parcours de rue* », *actes de la journée Interrégionale*, Bron.
- Grafmeyer Y., 1994, *Sociologie urbaine*, Paris, Nathan.
- Gybel M., Farina C., 2009, « *Accompagnement "de la rue à l'habitat" de personnes en grande précarité* », *actes de la Journée Interrégionale*, Bron.
- Herrmann HE, Mc Gorry P., Bennett P et al., *Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne*. *Am J Psychiatry*, 1989,146:11798-84.
- HCSP (Haut Comité de la Santé Publique). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998;285p.
- Jouve E., Choppin K., Grand D. sous la direction de P. Pichon, 2010, *Sortir de la rue : les conditions de l'accès au « chez soi »*, Modys-CNRS UMR 5264.
- Kaës R., 1975, « *« On (dé)forme un enfant »: fantasme originaire, processus et travail de formation* », *Connexions*, n°16, pp. 37-49.
- Kamieniecki GW, *Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia : a comparative review*. *Aust NZJ psychiatry*, 2001, Jun, (35) 3, 352-8.
- Koegel P., Burnam MA, Farr RK, *The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles*, *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1085-92.

- Kovess V., Mangin-Lazarus C.: *The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris*, Soc.Epidemiolo., 1999 Nov 34(11):580-7.
- Kovess V. *Epidémiologie et santé mentale*. Paris ; Flammarion, 1996, 162p.
- Laval C., Louzoun C., 2008, « *Edito Prendre soin de la professionnalité* », *Rhizome*, n°33, p. 1-3.
- Lazarus A., Strohl H., *Précarité et exclusion Sociale, une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, Santé mentale », Fev 1995.
- Lecomte Y., M.E. Lapointe, G. Ouellet, J. Caron, C. Laval, E. Stip, DATE, « *Vivre dans la rue ou en sortir ? Une recherche de sens* » in actes de la Journée d'Etude « Sortir de la rue ? », Orspere, Lyon-Bron, pp.
- Legrand, D., & Ruby, P., 2009, « *What is self-specific? Theoretical investigation and critical review of neuroimaging results* », *Psychological Review*, 116(1), 252-282.
- Legault-Faucher M., « *Traumatisme vicariant, quand la compassion use...* », *Prévention au travail Magazine*, 2007, vol. 20-3, p. 7-14.
- Le Roux Y., Lederman D., 1999, *le Cachalot*, J'ai lu.
- Loison-Leruste M., 2008, « *Une ethnographie de la rue* », *la vie des idées.fr*, 7 p.
- Maes-Bieder F., Bieder J., 2007, « *Le syndrome de Diogène* », *Annales médico-psychologiques*, vol. 165, n°7, 504-510.
- Maisondieu J. accompagnantes du colloque Lyon-Bron « *souffrance psychique, contexte social et exclusion* », ORSPERE, 1997, pp117-124, et La fabrique des exclus, Paris, Bayard, 1997.
- Malinowski B., (1967), « *Journal d'un ethnographe* », Paris, Ed. du Seuil, Recherches Anthropologiques, 1985.
- Martin J.P., 2000, « *La récusation de l'aide comme symptôme* », *Rhizome*, n°2, pp. 4-5.
- Mathieu F., 2011, « *Aller-vers les sujets SDF, perspective clinique* », *Trouvons-Créons nos pratiques cliniques*. www.psychopole.org.
- Mathieu F., 2011, *L'errance psychique de sujets SDF, Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction*, Thèse de Doctorat de Psychologie sous la direction du Pr B. Duez, Université Lumière Lyon 2.
- Méryglod N., 2007, *L'incurie dans l'habitat*, Thèse de Médecine, Université Claude Bernard Lyon 1.
- Paperman P., Laugier S. (dir.), 2005, *Le souci des autres, éthique et politique du Care*, EHESS, 348 p.
- Passeron J.C., 1991, *Le raisonnement sociologique, l'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. , 1995, *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York : W.W. Norton & Company
- Peneff J., 1990, *La méthode biographique, de l'École de Chicago à l'histoire orale*, Paris, Armand Colin.
- Pichon P., 2006, « *Sortir d'une carrière SDF. L'accompagnement sociologique à l'exploration autobiographique* » in actes de la Journée d'Etude « Sortir de la rue ? », Orspere, Lyon-Bron.
- Pichon P., Torche T., 2007, *S'en sortir...Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Publications de l'Université de Saint -Etienne, Saint Etienne, 231 p.
- Pichon P., 2007, *Vivre dans la rue, sociologie des sans domicile fixe*, Aux Lieux d'être.
- Pitici C., 2006, *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, Thèse doctorale, Sous la direction du Pr. A. Ferrant, Université Lumière Lyon 2.
- Pitici C., 2008, « *Errances et amarrages* », *Le Journal des psychologues*, T. 10, n°263, pp.55-58.

- Ravon B. (sous la direction de), 2008, *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité*, MODYS, ONSMP-ORSPERE, pour l'ONPES
- Rizzolatti G, Sinigaglia C ; 2008, *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.
- Rouay-Lambert S., 2004, « *Sur les traces des sans-abri. Le cas exemplaire de Joan* », *Espaces et Sociétés*, n°116-117.
- Roussillon, R., 2003, « *Séparation et chorégraphie de la rencontre* », in Barbier A., Porte J.M., *La séparation*, Paris, In Press.
- Saladini O., Luauté JP., 2000, « *Le collectionnisme des entasseurs pathologiques* », *Neuro-Psy*, 15, 246-252.
- Schacter DL, Tulving E, 1994, « *What are the memory systems of 1994?* » in Schacter DL, Tulving E, editors. *Memory systems 1994*, p. 1–38. Cambridge, MA: MIT Press.
- Serfaty-Garzon P., 2003, *Chez soi, les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin/SEJER.
- Spinnwijn F., 2008, « *L'Europe des sans-abri* », *Conférence-débat de l'Association Emmaüs*, Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole normale supérieure, Paris, 43 p.
- Stern DN, 1998, « *The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations of adult psychotherapy* », *Infant Mental Health J*, 19, 300–308.
- Struzynska E., 2006, « *Les maisons de notre enfance* », *Enfance et Psy*, vol 4, n°33, 8-14.
- Trierweiler D., 2007, « *Les exclus sont invisibles* », *Journal français de psychiatrie*, tome 7, n°28, 11-13.
- Vassart S., 2006, « *Habiter* », *Pensée Plurielle*, vol 2, n°12, 9-19.
- Villerbu L. (dir) 1997-2000, *Psychopathologie de l'habitat, les troubles du voisinage*, THEPE, Organisme de construction Aiguillon Construction, Rennes.
- Winnicott D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.
- Wresinski J : *Grande Pauvreté et précarité économique*, journal officiel 1987, rapport présenté au Conseil Economique et social, 1987
- Yassen J. « *Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder*, » In *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Edited by C. R. Figley, New York, NY: Brunner/Mazel, 1995.

Rapports, revues

- « *Accueils de jour et identités multiples* », nov 2007, Sous commission des accueils de jour, Lyon, 60 p.
- « *Habiter* », 2001, *Rhizome*, n°7.
- « *Pratiques d'accompagnement* », 2005, *Rhizome*, n°20.
- « *Au bord du logement* », 2007, *Rhizome*, n°27.
- « *Le voisinage et ses troubles* », 2007, *Rhizome*, n° 29
- « *Lieux d'asile en milieu hostile* », 2008, *Rhizome*, n° 32
- « *Du taudis à un vrai logement* », juin 2007, *Lien Social*, n°845.
- Les besoins en hébergement dans l'agglomération lyonnaise, le non-recours, 2009, Mrie, Réseau personnes dehors.
- « *Lieux d'asile en milieu hostile* », 2008, *Rhizome*, n°32.
- « *La santé et l'exclusion liée au logement : une approche globale* », hiver 2006, *Le Magazine de la FEANTSA*.
- « *Logement, accompagnement, et troubles psychiques* », 2011, *Pratiques en santé mentale*, n°4, 57.

Laporte A., Chauvin P. (ss la dir. de), *Samenta, Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, 2010, Observatoire du Samu social de Paris, INSERM.

« *Santé mentale et précarité – Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement* » actes de la journée interrégionale Rhône-Alpes – Auvergne du 26 juin 2008 à Bron, www.orspere.fr

« *Sortir de la rue* », décembre 2007, Conférence de consensus, 51 p.

Autres supports :

Quand la mondialisation nous rend fous, pour une écologie du lien social, 22 octobre 2011, Congrès des cinq continents, orspere@ch-le-vinatier.fr)

UNAFO, novembre 2008, « *Parcours résidentiels Maisons relais – pensions de famille* ».

Buhrig M; Biasani F., 2010, « *L'homme qui nage au-dessus des tempêtes* », Foyer Notre dame des sans abris.

Abréviations

ARS: Agence régionale de santé, dont le ministère de tutelle est le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé: Créées le 1er avril 2010 par fusion des ARH, DRASS & DDASS (ou DSDS aux Antilles Guyane), URCAM).

Ce ne sont pas à proprement parler des services déconcentrés, mais des établissements publics. Cependant, le directeur général de l'ARS a les pouvoirs d'un chef de service déconcentré.

ALT : Le dispositif logement Allocation logement temporaire (ALT) s'appuie sur une aide financière aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées dans l'urgence ou en moyens séjours (maximum 6 mois). Le logement doit être conventionné ALT. La prestation est versée par les CAF. Les organismes gestionnaires des logements ALT peuvent être des associations, des communes, des hôtels sociaux, des Foyers de jeunes travailleurs (FJT). Les références légales sont la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 et la loi du 29 juillet 1998 art 53. Pour plus de précisions, cf. <http://www.caf.fr>

DRJSCS : Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, dont le ministère de tutelle est le Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale: Créées pour remplacer et reprendre les missions des DRJS, des délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité et des directions régionales de l'Acsé (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances) et reprendre la partie des attributions des DRASS non transférées aux Agences régionales de santé. Dans les DOM, « Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale ».

FAJ : Le Fond d'Aide aux Jeunes (FAJ) a été créé en 1989 pour aider les jeunes de 18 à 25 ans en difficultés matérielles, d'insertion ou qui ont de faibles ressources. Cette aide se compose de 3 niveaux :

- L'apport d'une aide d'urgence temporaire à hauteur de 80€ maximum ou grâce à des tickets-services.
- Une aide au projet d'insertion d'un maximum de 1 000 €.
- Une aide de longue durée avec accompagnement (rédaction d'un CV, expression, offres d'emploi) dans le cadre d'un contrat d'insertion avec examen tous les 3 mois (150 €/mois maximum).

C'est le département qui finance et qui décide du montant accordé au bénéficiaire, sous la responsabilité du président du conseil général. La demande de cette aide s'effectue à l'aide d'un référent en mission locale, PAIO, travailleur social DGAS.

FSL (Fond Solidarité Logement)

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Liste des tableaux:

Tableau 1: type de ressources dans les deux questionnaires

Tableau 2 : liens familiaux et amicaux connus

Tableau 3 : caractéristiques des accompagnements dans la phase rétrospective

Tableau 4 : parcours résidentiels observés dans la phase rétrospective

Tableau 5 : Les événements de santé au début du suivi

Tableau 6 : besoin de soins médicaux en fonction des événements de santé rencontrés

Tableau 7 : besoin du «prendre soin» en fonction des événements rencontrés

Tableau 8: Évolution de l'état de santé entre le début et la fin du suivi

Tableau 9 : recodages effectués sur les variables du questionnaire pour décrire les 4 zones de l'habiter.

Tableau 10 : bilan de la comparaison entre les accompagnements référés au lieu et référés à la personne

Listes des schémas :

Schéma n°1: Explorer l'appropriation du projet de (re)logement

Schéma n°2 : Le public visé par cette recherche

Schéma n° 3 : Déroulement de la recherche

Schéma n°4 : Tensions entre une visée d'activation et une visée de compensation

Schéma n°5 : Repères dans la pratique d'accompagnement au logement

ANNEXES

Annexe n°1 : Analyse factorielle des correspondances multiples

Annexe n°2 : Le sans-abrisme : Une définition éminemment politique

Annexe n°3 : Travaux antérieurs ONSMP-ORSPERE sur le thème de l'habiter

Annexe n°4 : Des complications aux évènements de santé : un changement de paradigme ?

Annexe n°5 : Fonctionnement et composition du groupe ressource

Annexe n°6 : Le déroulement thématique des réunions du groupe ressources et des comités scientifiques

Annexe n°7 : Modifications et discussions suite au test du questionnaire de la phase rétrospective

Annexe n°8 : Recueil synchronique des accompagnements

Annexe n°9 : Grille d'évaluation de l'autonomie de la personne et besoin d'accompagnement

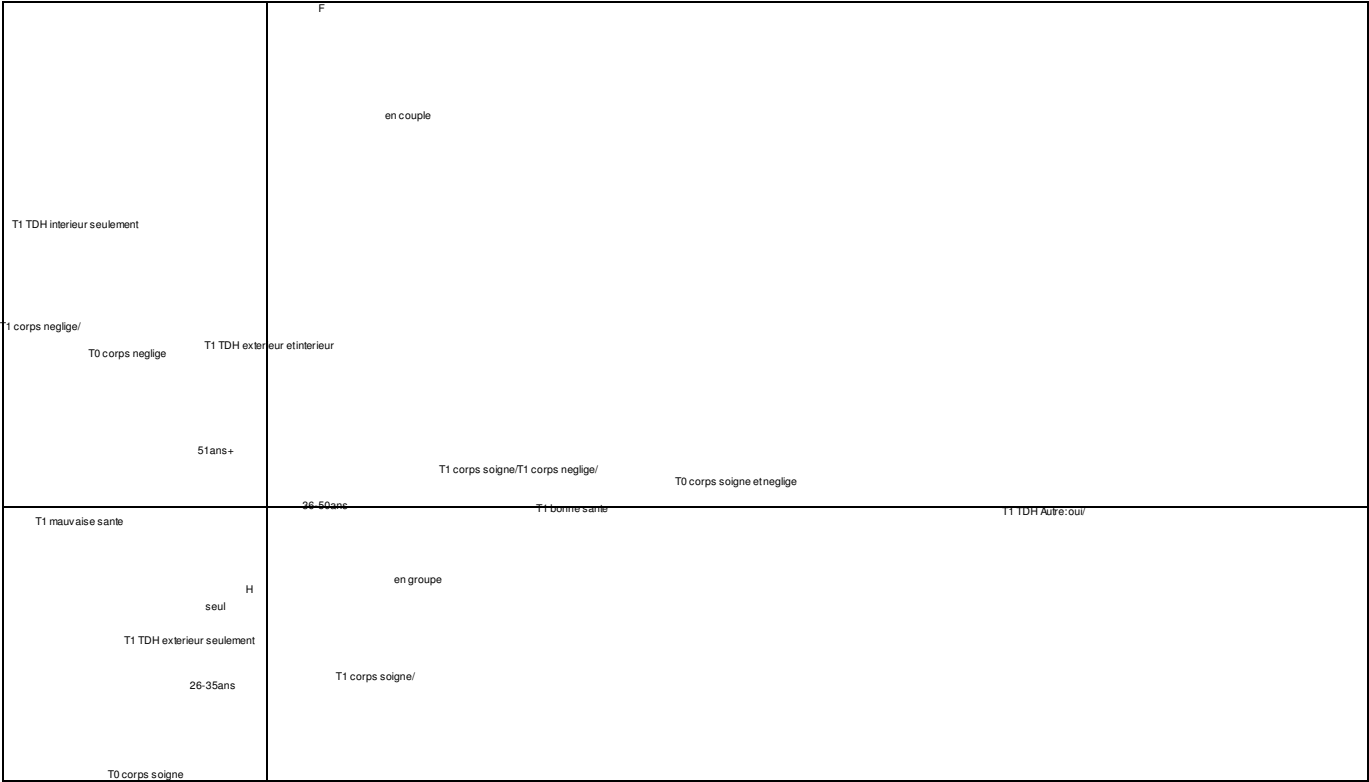
Annexe n°10 : Grille d'évaluation de l'accompagnement

Annexe n°11 : Questionnaire de la phase rétrospective

Annexe n°12 : Projets de recherche

Annexe n°1 : Analyse factorielle des correspondances multiples

Le plan factoriel



Liste des contributions

Facteurs	1		2		
% d'information par facteur	23,99		18,45		
	Contributions	Absolue	Relative	Absolue	Relative
26-35ans	2	0,31	0,01	4,57	0,12
36-50ans	3	0,85	0,05	0	0
51ans+	4	0,56	0,02	0,88	0,03
H	1	0,05	0,01	4,41	0,67
F	2	0,19	0	20,89	0,51
Seul	1	1,15	0,1	4,68	0,33
en groupe	2	1,23	0,04	0,33	0,01
en couple	3	1,55	0,06	17,39	0,51
T1 TDH extérieur seulement	1	1,02	0,04	2,36	0,08
T1 TDH extérieur et interieur	2	0,02	0	5,45	0,25
T1 TDH intérieur seulement	3	2,67	0,1	6,45	0,2
T1 TDH Autre: oui/	4	18,33	0,65	0	0
T0 corps soigné	1	2,31	0,09	12,28	0,39
T0 corps soigné et negligé	2	22,84	0,8	0,12	0
T0 corps negligé	3	4,35	0,26	6,82	0,31
T1 mauvaise santé	1	11,31	0,77	0,04	0
T1 bonne santé	2	17,93	0,78	0	0
T1 corps soigné/	1	1,83	0,1	6,9	0,29
T1 corps soigné/T1 corps negligé	2	3,88	0,17	0,17	0
T1 corps negligé	3	7,52	0,41	6,19	0,25

Annexe n°2 : Le sans-abrisme : Une définition éminemment politique

Tout d'abord, il existe une difficulté dans le choix des termes pour définir le problème à explorer et à résoudre, d'autant que le choix de cette définition oriente les modalités de sa résolution.

Sans abri, sans domicile, errant, SDF, sans toit,...

La classification INSEE en 2001 à partir des travaux du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) définit la situation de « sans domicile » par la combinaison de deux critères : un critère morphologique, le type d'habitat et un critère juridique, le statut d'occupation. Une personne sera dite sans domicile un jour donné si la nuit précédente elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : « soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune...) ».

Définition proposée par Louise Fournier à Montréal, reprise par les travaux français de V. Kovess et I. Guesdon : quelqu'un qui n'a pas d'adresse fixe personnelle où il peut habiter quand il veut.

La définition retenue par la Conférence de Consensus en 2007 porte sur les « sans abri » : « est qualifié de « sans abri » une personne privée de « chez soi ». Un « chez soi » ne se limite pas seulement à un statut juridique et une forme matérielle (des murs, une maison au sens classique du terme), mais renvoie à tout ce que permet « un logis », à la garantie sociale et personnelle qu'il octroie »¹²⁹. A cette notion de « chez soi » sont associés les droits de citoyens.

Il existe une typologie européenne de l'exclusion liée au logement (c'est ainsi qu'est formulé le problème) qui se nomme ETHOS 2007¹³⁰. Cette typologie s'appuie sur le concept de logement (ou « home » en anglais). A partir de ce concept sont dérivés quatre formes d'exclusion liées au logement : être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat. A ce sujet, on pourra se rapporter également au travail de E. Jouve, K. Choppin, D. Grand sous la direction de P. Pichon, 2010, dont l'un des intérêts est de rapprocher sous l'appellation d'habitat précaire des locaux privés et certaines formes d'hébergement institutionnels à l'intérieur desquels circulent les sans-abris, sans pour autant que cela leur offre la stabilité et l'espace personnel propres à « l'habiter »¹³¹.

Un problème pour l'Union européenne

En Europe, il n'existe pas d'homogénéité de méthodologie de comptage, ni même de consensus sur une définition du sans-abrisme. L'union Européenne finance à 90% la

¹²⁹ « Sortir de la rue », *Conférence de Consensus*, nov 2007, p. 11, 51 p.

¹³⁰ Cette typologie est disponible sur le site de la FEANTSA.

¹³¹ « L'habitat précaire recouvre donc d'une part les lieux d'habitat privé tels que les abris de fortune, les formes illégales de logement dont les squats ou encore tous ces logements de marchand de sommeil ou ces logements menaçant ruine ou incendie... et d'autre part cet enchevêtrement d'hébergements institutionnels qui se sont de plus en plus diversifiés au cours de ces dix dernières années et dans lesquels il semble nécessaire d'introduire aujourd'hui certaines formes de logements temporaires qui, bien que nommés « logements » et non pas « hébergements », n'ouvrent pas les mêmes droits aux résidents-locataires que le logement et concentrent des caractéristiques « précarisantes » comme dans les hébergements : certaines maisons relais ou certains « logements diffus » relèvent de l'hébergement et non pas du logement et de ses droits » (p. 38).

FEANTSA qui réunit des réseaux d'associations nationales sur le problème des sans-abri. Un représentant de chaque pays siège au conseil d'administration. Ses 120 membres représentent les trois quarts du secteur associatif organisé travaillant avec les sans-abri dans l'ensemble de l'Europe. Cette fédération tente de faire consensus quant aux définitions et aux approches et se veut également force de proposition et de lobbying auprès des instances internationales. Il existe en réalité peu d'organisme rassembleur sur le problème des sans abri.

Pourtant « cette problématique qui mêle insécurité, pauvreté et mobilité concerne de plus en plus l'Union elle-même » (J.Damon¹³², 2009, p. 1). En 2008, le Parlement européen a adopté une déclaration écrite en vue de « mettre fin au sans-abrisme » d'ici 2015. En 2009, le sans-abrisme et l'exclusion du logement deviennent un des thèmes de travail du Comité de la protection sociale au sein de la Commission, ce qui doit amener chacun des Etats membres à réaliser un rapport spécifique. En 2011 est prévu un recensement harmonisé des sans-abri dans les Etats membres.

Julien Damon explique que l'implication accrue de l'échelon communautaire est rendu nécessaire par l'effacement des frontières et par la nécessité de mettre en œuvre les valeurs de l'Union en ce qui concerne notamment des normes minimales de dignité d'accueil.

Les termes des définitions recouvrent une étendue plus ou moins large concernant le public concerné et surtout les politiques publiques qui s'y rattachent. La manière même de nommer le problème est sujet à controverse : sans abri, SDF, itinérant comme disent les québécois. Ces dénominations témoignent de constructions différentes selon le choix de la situation qui pose problème et surtout de son explication. Le travail de catégorisation dans une société a cependant de l'importance en termes d'orientation des politiques publiques et aussi en termes d'effets identitaires sur les personnes concernées.

Débats sur les sans abris

On peut relever de nombreux débats, dont le premier porte sur l'inclusion ou non des problématiques de mal-logement au problème des sans-abri. On peut cependant s'interroger sur les solutions prônées pour ces deux problèmes : relèvent-ils des mêmes causes et donc des mêmes modalités de résolution ?

Des mal-logés aux sans abris

En anglais « homelessness » désigne la privation de logement d'un point de vue légal, social et physique. Cette définition englobe ceux qui sont logés dans des structures dégradées.

La FEANTSA¹³³ s'aligne sur cette définition avec le terme de sans-abrisme qui « désigne à la fois la situation des personnes sans-abri et le phénomène d'exclusion liée au mal-logement » (F. Spinnwijn, 2008, « L'Europe des sans-abri », *Conférence-débat de l'Association Emmaüs*, Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole normale supérieure, Paris, p. 8).

Un autre débat porte sur l'inclusion ou non des femmes battues et des demandeurs d'asile. Deux catégories qui se frottent aux SDF par leur fréquentation des mêmes structures d'hébergement ou au moins, relèvent des mêmes lignes financières.

¹³² J. Damon, 2009, « Les sans-abri : une question européenne », *Mediapart.fr*.

¹³³ Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri.

Regroupement par fréquentation des structures d'aide

Ainsi, au Royaume-Uni, au Pays Bas et dans les pays scandinaves, les refuges pour femmes battues et les centres d'hébergement pour sans abri relèvent du même financement et donc de la même catégorie de homeless. Cette hétérogénéité des publics qui n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes problématiques, conduit à des orientations politiques différentes selon les pays.

Les limites de la définition retenue dépendent aussi du point de départ du problème : soit celui de l'absence de logement, soit celui de catégories de publics qui posent problème d'un point de vue de la résolution. En fonction de ce point de départ, les catégories peuvent être extensives. Où s'arrête le sans-abrisme ?

Pour expliquer les causes du sans abrisme, au moins deux raisons s'opposent et s'entremêlent : la première avance des raisons structurelles comme le chômage, la crise du logement, la crise économique... alors que la seconde renvoie à des facteurs plus individuels et personnels comme les ruptures, des problèmes psychologiques ou des pathologies mentales, la consommation de produits toxiques.

On constate une diversification du public SDF. Si le profil dominant en Europe est un homme entre 30 et 50 ans, seul, avec des problèmes de santé et notamment de santé mentale, souvent combiné à une consommation excessive de produits toxiques, associant des difficultés d'ordre social, ce profil évolue : de plus en plus de jeunes, de personnes âgées, des femmes, des femmes avec enfants, et des couples. Ainsi, les causes ne relèvent pas seulement d'une accumulation de problèmes, mais sont à connecter avec une précarisation de l'accès au logement (propriété ou locatif). Le coût du logement a augmenté, la difficulté d'accès aux logements sociaux dans certains pays, ou encore la difficulté à se maintenir dans un logement du fait de la précarité des revenus. Un autre travail collectif, préparatoire à la Conférence de consensus « Sortir de la rue » organisée par la FNARS en 2007 à Paris, montre également une diversification du public fréquentant les lieux d'accueils initialement réservés aux personnes SDF. Ce sont pour la moitié des effectifs des personnes logées de manière plus stable que dans les circuits de l'urgence sociale, mais qui restent précaires dans leur mode de vie et dans leur possibilité de relations sociales.

Ainsi, décider d'une politique de construction/ réhabilitation de logements sociaux, d'un programme d'ouverture de place en hébergement d'urgence ou encore d'une politique de facilitation d'accès à la propriété comme dans les pays de l'Est s'appuie sur un diagnostic des causalités souvent complexes et imbriquées liées à l'histoire même du pays. « La précarité du

logement et la question des expulsions sont des enjeux en Autriche notamment, mais pas en Finlande où la protection des locataires est très bien organisée. L'expropriation est aujourd'hui un vrai sujet au Royaume-Uni où la crise hypothécaire pousse à la rue des personnes qui ne peuvent plus payer leur crédit. A l'inverse, en Belgique où les banques sont très prudentes, le problème ne se pose pas encore » (F. Spinnwijn, 2008, « L'Europe des sans-abri », *Conférence-débat de l'Association Emmaüs*, Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole normale supérieure, Paris, p. 21).

Au-delà des causes identifiées, des facteurs plus culturels entrent en compte pour construire des réponses. En France, une culture de réponses basée sur la morale et le compassionnel contribue à organiser des réponses selon une logique d'urgence humanitaire où le rôle des associations caritatives ou néo caritatives prend de plus en plus d'importance.

Annexe n°3 : Travaux antérieurs ONSMP-ORSPERE sur le thème de l'habiter

- *« Accompagner jusqu'au bout » la mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement, 2002, Recherche-action Orspere, Lyon Bron.
- Nicolas Meryglod, 2007, *L'incurie dans l'habitat*, Thèse de Médecine, Université Claude Bernard Lyon 1.
- Lucie Girardon, 2011, *La place de « l'habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*, Thèse de Médecine, Université Claude Bernard Lyon 1.
- « Les troubles du voisinage, santé mentale et régulations institutionnelles », *Actes de la journée d'étude ONSMP-ORSPERE* sous l'égide de la DGS, Paris, le 4 mars 2010. Ce travail révèle des formes d'habiter particulières et met en avant les formes d'interventions habituelles et exceptionnelles pour réguler le voisinage.
- Des numéros du bulletin Rhizome :
le n°7, « Habiter » en 2001 ; le n°20, « Pratiques d'accompagnement » en 2005 ; le n°27 « Au bord du logement... » avec notamment le texte de Carole Gerbeau en 2007 ; le n° 29 « Le voisinage et ses troubles » en 2007, le n° 32 « Lieux d'asile en milieu hostile » avec le texte de Claudine Farina en 2008.
- « Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement », *Actes de la Journée interrégionale Rhône-Alpes - Auvergne du 26 juin 2008 à Bron*.
- V. Colin, 2002, *Psychodynamique de l'errance, traumatisme, fantasmes originaires et mécanisme de périphérisation topique*, Thèse de Doctorat de psychopathologie et psychologie cliniques, Université Lumière Lyon 2.

L'ensemble de ces écrits sont consultables sur le site www.orspere.fr

- Un laboratoire permanent sur les pratiques d'accompagnement des personnes SDF avec les professionnels de la Veille sociale du Grand Lyon dans le cadre de LERR¹³⁴ (Lyon Errance Réflexion Recherche) sous la direction scientifique du Pr B. Duez et l'animation de V. Colin.

¹³⁴ « La grande exclusion », 2001, *Les cahiers du C.R.P.P.C.*, n°9.

Annexe n°4 : Des complications aux évènements de santé : un changement de paradigme ?

L'évolution au cours de notre recherche de l'expression complications de santé vers l'expression évènements de santé traduit sans doute le passage d'une visée initiale « médicale », en quelque sorte épidémiologique, dont l'ambition était de rendre manifeste une aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique consécutive à l'entrée dans le logement, vers une approche « bio-psycho-sociale », quasi systémique, considérant alors l'évènement de santé au sein d'un complexe en constante dynamique. Nous avons observé le paradoxe suivant (monographie d'Erwan par exemple): la santé pouvait s'améliorer en même temps que le rapport à la gestion du logement pouvait se dégrader. Ce changement de paradigme reflète ainsi l'évolution au cours de la recherche, et particulièrement dans le passage de la première à la deuxième phase, d'un regard médical vers une approche issue de la clinique psycho-sociale, non normative et respectueuse de la complexité des phénomènes observés.

Annexe n°5 : Fonctionnement et composition du groupe ressource

Le groupe ressource s'est réuni en continu pendant 2 ans et demi. A chaque rencontre, le compte-rendu du précédents groupe ressource était discuté et validé, d'autres thèmes étaient alors abordés en fonction de ce que les chercheurs avaient recueilli, soit dans le cadre des témoignages sur les pratiques, soit au cours du recueil des questionnaires (rétrospectif et longitudinal). Ainsi, la dynamique a reposé sur un enchaînement, en boucles récursives, de validation/discussion. Les chercheurs s'engageaient à écrire les discussions du groupe ressource à partir de l'enregistrement exhaustif des séances envoyés à tous avant la rencontre suivante.

Les professionnels impliqués dans le processus de recherche

François Auffray, Responsable du Patio, Les Petits Frères des Pauvres, Grézieu-la-Varenne (Rhône),

Arnaud Audet, Chef de service, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire),

Caroline Berlemont, Educatrice spécialisée, Accompagnement post-CHRS et service d'accompagnement de proximité lié au logement, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Claire Daumas, responsable d'unité d'hébergement, AATES, Montoulivet (Haute-Savoie)

Bouزيد Dehbi, travailleur social, CHRSU, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Pascal Dessenne, Psychologue clinicien et responsable du Relais santé, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme),

Jocelyn Di Giuseppe, Educateur spécialisé, Responsable d'unité d'hébergement, AATES, Saint Pierre en Faucigny, (Haute-Savoie)

Chantal Eynard, travailleur social, responsable d'unité d'hébergement, AATES, Sallanches, (Haute-Savoie)

Adeline Gervex, Conseillère en économie sociale et familiale, Responsable de pension de famille, AATES, Annecy (Haute-Savoie)

Régis Gobet, Educateur spécialisé, Service d'accompagnement et d'orientation, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire)

Emmanuelle Gouyet, Chef de Service au Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Patrick Habouzit, Directeur du SAO, Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire),

Julie Herault, Animatrice, puis accompagnatrice ADVL (accompagnement dans et vers le logement), AATES (Haute-Savoie)

Alexandra Jean, Educatrice spécialisée, CHRSU, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Véronique Lafont, Educatrice spécialisée, Accueil de jour, Association Le Tremplin, le Puy-en-Velay (Haute-Loire)

Philippe Lubrano, Travailleur social, Service d'accompagnement et de réinsertion sociale, Association Le Pont, Tournus (Saône et Loire)

Maryline Perrin, travailleur social, dispositif d'accompagnement de proximité Parabri, Association Parenthèse, Toulaud (Ardèche),

Fabienne Simoncelli, Assistante de service sociale, Service d'accompagnement de proximité, Diaconat Protestant, Valence (Drôme),

Laurianne Vallée, Chargée de développement social, AATES, Cluses (Haute-Savoie).

Sylvie Verger, Assistante de service social, places de stabilisation, Association Le Pont, Mâcon (Saône et Loire)

Les chercheurs : Jean Furtos, Directeur scientifique de l'Onsmp-Orspere, Valérie Colin, docteur en psychologie, Onsmp-Orspere, Adrien Pichon, Psychologue clinicien, Onsmp-Orspere, Loïc Bonneval, sociologue, Maître de conférence, Université Lyon 2, Nicolas Meryglod, Psychiatre, CH Saint Jean de Dieu, Lucie Girardon, Assistante des hôpitaux.

Annexe n°6 : Le déroulement thématique des réunions du groupe ressources et des comités scientifiques

Date	Lieu	Thèmes
29/10/08	Orspere-Bron	Mise au point du projet de recherche-action, échange sur les intuitions de départ des professionnels de terrain.
16/12/08	Orspere-Bron	Discussions méthodologiques : critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible, choix des dossiers Composition du comité scientifique, élargissement du groupe ressource
03/02/09	Orspere-Bron	Présentation d'une grille de recueil des données sur la manière d'habiter, discussion du critère « complication de santé », comment authentifier un problème de santé? que veut dire « accepter le projet de logement »? Le problème des dossiers sociaux : du contenu du dossier à la mémoire subjective de l'accompagnant. Qu'est-ce qu'un problème dans l'habiter? Choix méthodologique de construire un questionnaire.
10/03/09	Orspere-Bron	Première restitution après 17 questionnaires renseignés. Évolutions du questionnaire. Retour sur la passation en elle-même comme une épreuve. La part affective dans ce type d'accompagnement, le malaise de l'aidant comme premier signe de la clinique psychosociale Des premiers effets de la recherche sur les pratiques.
16/03/09	Orspere-Bron	Comité scientifique
12/05/09	Orspere-Bron	Les complications de santé, de qui parle-t-on? Arrêts de travail, mise en suspend du recueil des données Premiers résultats quantitatifs sur le profil des accompagnés Discussion sur le parcours résidentiel type
08/06/09	Orspere-Bron	Comité scientifique
16/06/09	Orspere-Bron	Retours sur la passation de questionnaires sur le site du Puy-en-Velay en autonomie. Choix des différentes options pour la poursuite de la recherche: nécessité d'une compétence en analyse statistique.
06/10/09	Orspere-Bron	Intégration d'un sociologue pour mettre en place une méthode de recueil et d'analyse de données croisées pour la phase longitudinale de la recherche. Discussion sur les analogies et différence entre pratique d'accompagnement dans une grande agglomération comme Lyon et dans des centres urbains plus réduits.
26/10/09	Orspere-Bron	Comité scientifique
15/01/10	Orspere-Bron	Résultats de l'analyse quantitative reprise par Loïc Bonneval. Choix pour les terrains de recueil pour la phase suivante : combien de site, combien de situations, comment? Pistes d'élaboration d'un guide d'entretien à partir de l'analyse quantitative et qualitative des questionnaires. Et « focus groupe » de professionnels de l'accompagnement social de proximité
17/03/10	Orspere-Bron	Prototype sur le questionnaire d'accompagnement, étude du questionnaire de santé usager présenté par le centre de santé de Clermont-Ferrand, présentation des trois sous-groupe de population de la phase rétrospective
24/04/10	Orspere-Bron	Comité scientifique
28/04/10	Orspere-Bron	Discussion et retour sur les dossiers correspondants aux trois groupes de population, recensement des différents terrains pour la phase longitudinale et de leurs particularités.

19/10/10	Orspere-Bron	Utilisation des outils en ligne, problèmes techniques et usage Élaboration des hypothèses pour la phase longitudinale : - moment de crise après l'entrée dans le logement en deux temps: « lune de miel » et « creux de la vague » - des situations aux limites de la pratique (caractéristiques et modalités de recueil) - récit du mythe d'Antigone et travail sur les risques de cette pratique
10/11/10	Orspere-Bron	Comité scientifique
13/12/10	Orspere-Bron	- Éthique dans la recherche : information des usagers - État de santé des personnes au cours de l'accompagnement à partir des premiers résultats chiffrés - Les effets corporels et psychiques de l'accompagnement auprès de personnes en grande exclusion: hypothèse articulant neurobiologie et psychanalyse
24/01/11	Diaconat Protestant - Valence	- Le handicap dans la rue à partir d'extraits du film « L'homme qui nage au-dessus des tempêtes », une production Notre Dame des sans-abri, écrit et réalisé par Martine Buhrig et Franck Biasini. - Proposition de discussion sur la « lune de miel » à partir des conceptions de D.W. Winnicott pédiatre et psychanalyste anglais. - Le recueil des données en cours : terrains actifs (et un inactif), obstacles et réussites
21/02/11	Association Le Pont - Mâcon	Restitution de la phase actuelle de la recherche. Analogie avec la rencontre entre Jésus et le Lépreux à entendre comme mythe Spécificités de l'accompagnement au logement en zone rurale (incurie dans l'habitat)
18/04/11	AATES - Annecy	- Des tensions qui traversent le champ de la pratique autour de l'accompagnement au logement : Trajectoire ascendante contre « housing first » - Quelles ressources concrètes en termes de partenariats sur la santé pour les personnes accompagnées? Et en vis-à-vis quelles ressources pour les professionnels en terme de reprise de la pratique ou d'espace ressource au sens large?
10/05/11	Orspere-Bron	Comité scientifique
06/06/11	Orspere-Bron	Groupe Bilan : évaluation par les participants de la recherche-action, en termes de connaissance et d'évolution des pratiques remise des attestations de participation à la recherche-action

Annexe n°7 : Modifications et discussions suite au test du questionnaire de la phase rétrospective

Les évolutions du questionnaire après 17 questionnaires renseignés.

- Les évolutions du questionnaire orientent vers une prise en compte plus importante des éléments concernant **le mode de vie avant l'entrée en logement** ainsi que l'état de santé de la personne à ce moment-là, de sorte à pouvoir offrir davantage de possibilité de comparaison.
- Absence de **critère famille** : dans le questionnaire s'est glissé l'impression que l'accompagnant social était seul au monde avec son accompagné, comme si le réseau relationnel était inexistant. Même si le travailleur social a l'impression de « tout porter » ou n'a pas connaissance d'un réseau relationnel familial ou amical, celui-ci existe cependant. D'ailleurs, il le découvre souvent à l'occasion de décès, la famille réapparaît à ce moment-là. Les liens peuvent être régulièrement entretenus, soit être en rupture, Est-ce un effet du transfert dans la recherche ?
- **Vie relationnelle** : de la même manière que l'absence de donnée concernant la famille, cette recherche doit intégrer la dimension du réseau relationnel qui se développe ou pas dans la rue, mais qui peut avoir son importance. La question du corps est à mettre en corrélation avec la question du vivre ensemble, du lien social et du réseau social. Une personne dans la rue a beaucoup de liens. Ce qui serait intéressant dans l'accompagnement, c'est de voir si d'autres liens se créent ou s'il y a des liens qui disparaissent en cours d'accompagnement.
- Notre approche est basée sur le postulat de la souffrance portée par l'accompagnant en proximité. Le recueil de données fait appel à la mémoire de l'intervenant qui est une mémoire affective. Il est indispensable d'ajouter la **qualification du vécu de la relation** par l'accompagnant comme indice de l'état global de la personne, même si ça reste difficile à qualifier avec les termes proposés dans l'immédiat.
- **Que veut dire « accepter le projet de logement » ?** Le projet de logement est une construction à deux, avant de pouvoir penser à un logement pour soi (changement d'environnement, se séparer des autres...). Il existe une période où le logement est imaginé (un rêve accompagné). Il y a une maturation du projet qui peut être variable pour chacun. Comment trouver un ou plusieurs indicateurs pour dire que le « projet de logement est accepté » ? Même si ces critères sont subjectifs et appartiennent au ressenti de l'accompagnant, ils ont leur validité. « *Quand on commence à y croire, même s'il faut y croire dès le début* », « *Quand les personnes l'ont décidé, on accompagne* » disent les

professionnels. Des questions sont à formuler comme : Comment la personne envisage-t-elle son futur logement ?

- Le souhait exprimé d'un logement est universel, il est donc insuffisant en lui-même. C'est bien le travailleur social qui porte le désir, parce que lui, peut l'imaginer pour l'autre. On pourrait parler, comme en psychanalyse, de séances préliminaires.
- L'**accès à un logement** se définira au moment de la signature du contrat avec le lieu de vie (bail, convention...). Il faut prendre comme point de départ ce moment où la personne a un lien juridique stable avec son logement. Le lieu de départ serait le moment où la personne a ses clefs, en présence ou non de l'accompagnant.

Les critères retenus sur les problèmes d'habiter semblent pertinents et ne posent pas de problème de définition.

Qu'est-ce qu'un problème dans l'« habiter » ?

Les événements marquants surgissent en priorité dans la mémoire des accompagnants : les comportements d'envahissement, les problèmes de voisinage, l'investissement dans le logement, l'aménagement... Les comportements d'envahissement et d'entassement sont à bien différencier. Jean Furtos propose de différencier l'envahissement par accumulation de déchets de toute nature et le collectionnisme qui concerne des « choses » précises amassées et collectionnées (journaux, bouteille...). L'incurie est seconde, alors que dans certain cas l'incurie est première. Ce n'est pas la même procédure psychique. Dans un cas, les anglo-saxons parleront de TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif), dans d'autres cas il s'agit de l'incapacité de différencier ce que l'on jette de ce que l'on garde.

Ces distinctions essentielles auront à être retravaillées dans un deuxième temps, pour mettre en évidence les implications dans la relation d'accompagnement de l'utilisation de l'une ou l'autre de ces « procédures de décontamination » par la personne qui tente d'habiter.

« **Porter la demande** ». Souvent les personnes n'arrivent pas à exprimer leurs besoins. Dans ce que l'accompagnant porte, certains éléments viennent plus ou moins de la personne et d'autres viennent plus ou moins de lui. Porter la santé de la personne est un mouvement initié par l'accompagnant parce que la santé dans la société actuelle est un bien important dans lequel il y a un souci social. Si pour la zone de l'habiter, il est facile de mesurer et d'indiquer des évolutions, il n'en est pas de même pour la zone de la santé.

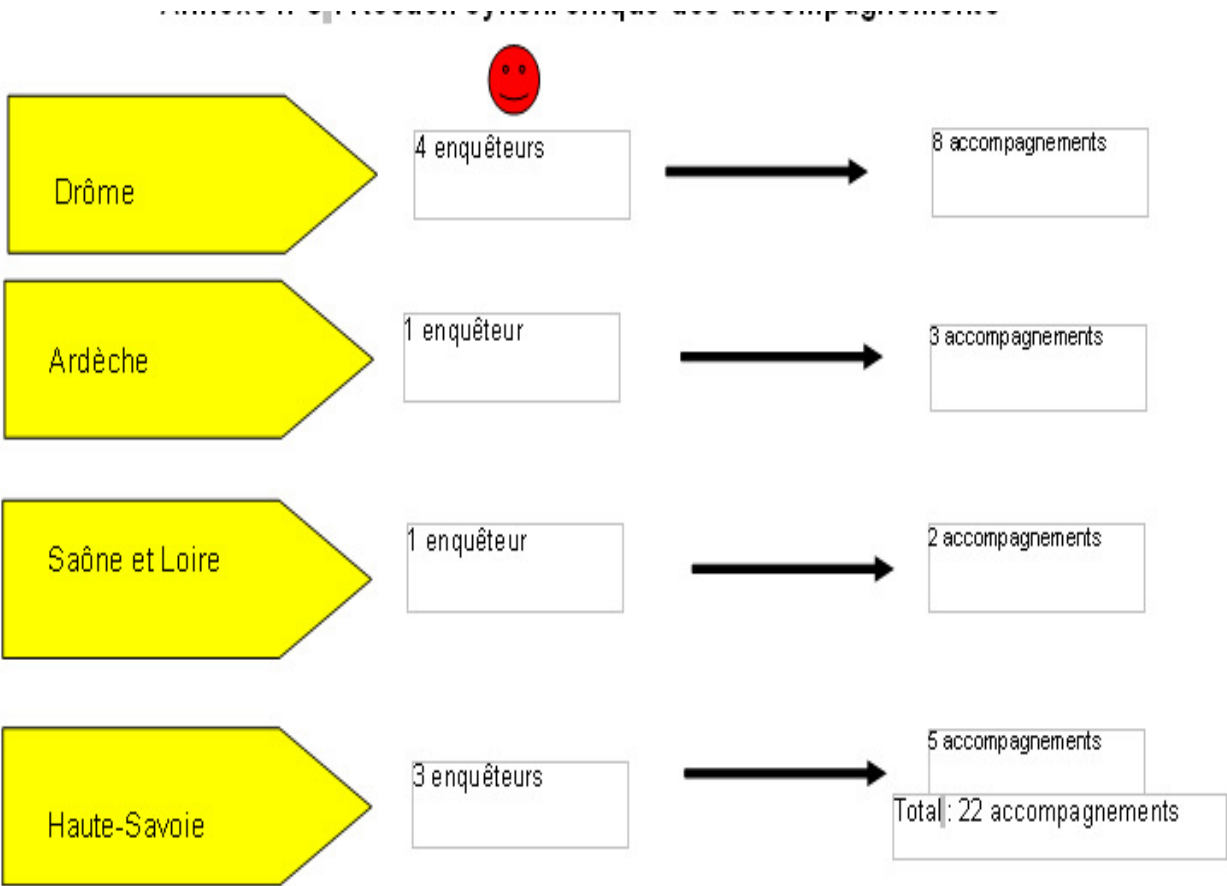
Comment authentifier un problème de santé ?

Trois possibilités pour objectiver un problème de santé dans notre recueil :

- ➔ en cas d'hospitalisation,
- ➔ en cas de consultation médicale (généraliste, spécialiste, infirmière...),
- ➔ ou lorsqu'il y a une indication de consultation médicale par l'accompagnant « *il ou elle devrait consulter un médecin* ». Dans ce cas, le professionnel de l'accompagnement social porte le souhait que le sujet consulte un médecin, ce qui entre dans les complications de santé. Il s'agira de repérer à quel moment dans le parcours apparaît cet indice.

Il semble difficile d'avoir des notions sur l'état de santé de la personne avant son entrée dans le dispositif d'accompagnement. La tendance est quand même pour ce public, de penser que tous auraient besoin de consulter un médecin et se soigner.

ANNEXE n°8 : Recueil synchrone des accompagnements



Annexe n°9 : Grille d'évaluation de l'autonomie de la personne et besoin d'accompagnement

Cette grille est envisagée pour faire le point par trimestre (4 fiches en tout pour un suivi d'un an). Une fiche de bilan à la fin d'une année regroupe l'ensemble des indicateurs de chaque trimestre pour en retracer le processus.

Evaluation : Degré d'Autonomie de la personne et besoin d'accompagnement				
NOM :		PRENOM :		Date entrée / Date évaluation
Thème	N°	Capacité et besoin	Niveau	Appréciation qualitative
LOGEMENT	A1	Capacité à gérer matériellement son logement (gestion budget adapté, suivi loyer et factures, gestion des fluides, tâches ménagères, courses et préparation repas...)		
	A2	Capacité à habiter, investir psychiquement son logement durablement (propreté, déco-ameublement, préservation, intimité & sécurité, non envahissement par personnes de l'extérieur, vécu de l'habiter...)		
	A3	Capacité à être en relation avec l'environnement immédiat du logement (rapport au bailleur, relations voisinages, gestion des conflits...)		
	A4	Capacité à surmonter les difficultés liées au logement (réaction adaptée, recherche de solutions, identification et sollicitation des personnes ressources appropriées)		
SANTÉ	B1	Capacité à prendre soin de soi (hygiène corporelle et vestimentaire, alimentation, souci de soi psychique, rythme de vie, aspiration à un mieux être ...)		
	B2	Capacité à gérer ses problèmes de santé physique et mentale (interpellation du corps médical, suivi santé, prise de traitement, hospitalisation...)		
	B3	Capacité à gérer sa consommation (dépendance) aux produits (par rapport à l'environnement de son logement, dans sa vie sociale et/ou professionnelle, capacité à tenir des RV, à être dans la relation...)		
EMPLOI pour les personnes en capacité de se mobiliser physiquement et psychologiquement	C1	Capacité à engager des démarches en lien avec la formation et/ou l'emploi (élaboration CV, inscription et suivi mission locale/ANPE, mise en lien avec réseau de l'emploi, interim, entreprises...)		
	C2	Capacité à se maintenir durablement dans une formation et/ou emploi adapté (relation avec employeur et/ou organisme formation, assiduité, rapport avec autres employés, équipe...)		
	C3	Capacité à surmonter les difficultés liées à l'emploi (réaction adaptée, recherche de solutions, identification et sollicitation des personnes ressources appropriées)		
VIE SOCIALE	D1	Capacité à gérer courriers et démarches administratives (ouverture, lecture, suivi dans le temps, repérage et mise en œuvre concrète des démarches à mener)		
	D2	Capacité à solliciter en cas de difficultés et de façon adaptée des personnes ressources.		
	D3	Capacité à maintenir durablement un lien avec son environnement social (services sociaux, S.Sociales...)		
	D4	Capacité à établir des relations avec un réseau élargi, autres que celui de l'errance (capacité à entrer en relation et à le maintenir dans le temps, qualité et régularité, diversité du réseau)		
	D5	Capacité à trouver des points d'appui autres que celui des services sociaux (diversité, fiabilité...)		
IDENTITE	E1	Capacité à s'identifier comme un individu à part entière (estime de soi, rapport à autrui, à la société, sentiment d'utilité, d'avoir une place dans la société, réflexion, vécu de l'errance & capacité à en parler)		
	E2	Capacité à se distancier du réseau d'urgence et de la rue (occupation de l'espace public, manche, lien avec personnes issues de l'errance et le réseau associatif de l'urgence)		
	E3	Capacité à identifier et rythmer son temps (capacité à se donner des repères dans la journée, semaine, à gérer la solitude, à se projeter à court et moyen terme)		
	E4	Capacité à émettre des désirs, des souhaits, des envies (capacité de verbalisation, à les renouveler dans le temps, à se saisir des activités ou projets proposés et les porter dans la durée, s'investir)		
	E5	Capacité à investir et réaliser des projets, des centres d'intérêts (capaciter à anticiper et à s'organiser dans le temps avant projet, à aller jusqu'à la réalisation, gestion période après projet, dév. d'autres projets, prise d'initiatives)		
ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITÉ	F1	Besoin d'accompagnement repéré par l'accompagnant + interpellation partenaires (régularité, degré de soutien, nécessité d'accompagnement physique, de médiation)		
	F2	Capacité à solliciter l'accompagnant (fréquences de sollicitation, opportunités)		
	F3	Capacité à investir l'accompagnement (présence aux rendez-vous, investissement avant, pendant et après le RV.		
	F4	Capacité à suivre des objectifs fixés (mise en place des moyens nécessaires à la réalisation, réalisation d'objectifs, capa à prioriser, prise d'initiatives)		

cotation

- 1 Pas d'autonomie
- 2 Faible autonomie
- 3 Autonomie partielle
- 4 En voie d'autonomie
- 5 Autonomie

*existence d'un réseau adapté

Annexe n°10 : Grille d'évaluation de l'accompagnement

FICHE ACCUEIL CHRSU SAINT DIDIER	
DATE ENTREE ____/____/____	
IDENTITE	
NOM _____	PRENOM : _____
NOM DE JF : _____	GROSSESSE EN COURS : _____
GENRE : _____	
DATE DE NAISSANCE : ____/____/____	
LIEU DE NAISSANCE : _____	
NATIONALITE : _____	
ANIMAUX : _____	
TELEPHONE : ____/____/____/____/____	
ADRESSE : _____ _____	
CONJOINT (présent dans la structure)	
NOM CONJOINT : _____	PRENOM : _____
GENRE : _____	
NATIONALITE : _____	
SUIVI SOCIAL : ☐ service social de secteur ☐ service social spécialisé ☐ mairie/ccas ☐ sans suivi ☐ autre suivi, précisez : _____	
Nom du service social : _____ _____	
PROVENANCE : (où avez-vous dormie la nuit dernière ?) : _____ _____	
SITUATION ADMINISTRATIVE :	
Carte nationale d'identité : ☐ OUI ☐ NON	
Titre de séjour : ☐ visa touristique ☐ visa long séjour ☐ carte de résident ☐ carte de séjour temporaire ☐ récépissé de demande de titre de séjour ☐ autorisation provisoire de séjour ☐ sans titre	
Durée de validité : _____	

SORTIE DU CHRS

DATE DE SORTIE : ____/____/____

MOTIF DE SORTIE : ☐ Départ volontaire (accès à un logement, un hébergement ou sans motif connu)
☐ Sortie involontaire (problème de comportement, fin de droit à l'hébergement)
☐ Autre motif de sortie (décès, incarcération....)

DESTINATION GEOGRAPHIQUE :

VILLE ET DEPARTEMENT : _____
Ne sais pas ☐

SITUATION DE LOGEMENT :

Situation résidentielle : ☐ Propriétaire ☐ Locataire logement privé ☐ locataire logement public ☐
hébergé par la famille ☐ Hébergé par les amis ☐ logement de fortune ☐ institution ☐ sans domicile
☐ structure d'hébergement ☐ autre ☐ ne sais pas

Précisez : _____

Si structure d'hébergement : ☐ urgence ☐ Temporaire ☐ Transitoire ☐ centre d'hébergement
☐ Hébergement longue durée ☐ commission d'étude de la demande

Si locataire logement public, Nom du bailleur : _____

Mode d'accès : ☐ direct ☐ Autres ☐ CLH commission intercommunale
☐ Dispositif Plan départemental ☐ Commission communale (hors convention) ☐ 1% logement

REVENUS à LA SORTIE :

MONTANT MENSUEL DES RESSOURCES : _____ € OU INCONNU ☐

Nature des ressources : ☐ Indemnités chômage ☐ Indemnité stage / Formation
☐ Pension / Retraite / Invalidité ☐ Prestations familiales
☐ RSA ☐ AAH ☐ Autres minimas sociaux

Autres ressources : _____

Sans ressources ☐ salaire

Commentaires : _____

EMPLOI A LA SORTIE :

☐ CDI (TP) ☐ CDI (Temps Partiel)
☐ CDD (TP) ☐ CDD (Temps Partiel)
☐ Intérim ☐ Emploi aidé
☐ Apprentissage ☐ Formation / Stage ☐ Sans emploi ☐ Etudiant
☐ Inconnu ou ne sait pas

Ménage en situation d'endettements : ☐ Oui < 1500 € ☐ Oui >= 1500 € ☐ Non
☐ Ne sait pas

Si oui, type d'endettements : ☐ Loyer ☐ Charges liées au logement ☐ Consommation

REVENUS A L'ENTREE:

MONTANT MENSUEL DES RESSOURCES : _____ € OU INCONNU ☐

Nature des ressources : ☐ Indemnités chômage ☐ Indemnité stage / Formation
☐ Pension / Retraite / Invalidité ☐ Prestations familiales
☐ RSA ☐ AAH ☐ Autres minimas sociaux

Autres ressources : _____

Sans ressources ☐ salaire

Commentaires : _____

EMPLOI A L'ENTREE :

☐ CDI (TP) ☐ CDI (Temps Partiel)

☐ CDD (TP) ☐ CDD (Temps Partiel)

☐ Intérim ☐ Emploi aidé

☐ Apprentissage ☐ Formation / Stage ☐ Sans emploi ☐ Etudiant

☐ Inconnu ou ne sait pas

PROTECTION SOCIALE A L'ENTREE :

Couverture sociale : ☐ cmu de base ☐ cmu base + cmu complémentaire
☐ sécurité sociale ☐ AME
☐ Autre : précisez : _____
☐ Aucune couverture sociale

Mutuelle : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas si oui, précisez : _____

Divers :

Allergies connues : ☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

Traitement médical prescrit : ☐ oui ☐ non

Nombres d'enfants non accueillis à la charge du parent : _____

PROTECTION SOCIALE A LA SORTIE :

Couverture sociale : ☐ cmu de base ☐ cmu base + cmu complémentaire
☐ sécurité sociale ☐ AME
☐ Autre : précisez :
☐ Aucune couverture sociale

Mutuelle : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas si oui, précisez :

Autres commentaires :

Annexe n°11 questionnaire de la phase rétrospective

T 0 –T1 : date d'entrée dans l'accompagnement : moisAnnée

Identification de la personne (au moment de l'entrée dans l'accompagnement)

1. âge :
2. sexe : ☐homme ☐femme
3. La personne se fait-elle appeler par un surnom : ☐oui ☐non
4. Si oui, est-ce : ☐un autre prénom que le sien, ☐un diminutif, ☐autre :
5. nationalité : ☐française ☐autre :
6. type de ressources : ☐AAH ☐RMI –RSA ☐aucune ☐mesure de protection (tutelle, curatelle) ☐autre ressources :
6. bis : depuis combien de temps la personne est-elle dans la galère : ☐plusieurs années ☐plusieurs mois ☐+ de 10 ans ☐quelques jours
7. la personne vit : ☐en couple ☐en groupe ☐seule
7. bis. Vit-elle avec un chien ? ☐oui ☐non
8. son rapport à son identité :
- Métier exercé ou formation :
- Quelle demande de la personne :

Rapport à sa filiation

Avez-vous connaissance de liens familiaux ? ☐oui ☐non

Si oui, lesquels :

Rapport à son histoire

La personne raconte-t-elle son histoire : ☐oui ☐non

Existe-t-il des trous dans le récit de soi : ☐oui ☐non

Existe-t-il à votre connaissance des événements marquants dans sa vie : ☐oui ☐non

Lesquels :

Habiter son lieu de vie

Quel est le lieu de vie de la personne au début de l'accompagnement (une seule réponse) : ☐dehors ☐hébergement urgence ☐chez un tiers ponctuellement ☐CHRS ☐logement personnel ☐autre :

Décrivez son mode d'habiter à ce moment-là :

Dans son espace de vie, l'espace est-il aménagé avec :

- Espace privé protégé: ☐oui ☐non,
- Une confusion des lieux et de leurs fonctions : ☐oui ☐non,
- Une différenciation des lieux et de leurs fonctions : ☐oui ☐non,

Avez-vous une information sur un « problème d'habiter » à ce moment-là?

☐oui ☐non Si oui, lequel (choix multiple possible) :

- € problème de voisinage
- € problème de paiement de loyer
- € problème d'hygiène
- € problème d'accumulation chaotique d'objets
- € problème de collection d'objets
- € intrusion des « collègues »
- € absence du logement
- € reclus
- € autre :

Rapport à l'espace de la rue

Quel rapport la personne a-t-elle avec l'espace public ? € ordinaire € caché € visible :
 € mendicité, € alcoolisation, € regroupement, € autre
 Quelle relation avec les autres de la rue, les collègues, les amis ?

Rapport à son corps

Quelle est votre évaluation de son état de santé?

- € mauvaise santé
- € bonne santé
- € très préoccupant
- € aucun problème de santé apparent

Son look :

Quelle relation du sujet avec son corps :

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| € souci de soi, | € pas d'hygiène corporelle |
| € corps encombrant, | € importance des vêtements |
| € neurtri, | € hygiène corporelle |
| € dégradé, négligé | € problème d'odeurs |
| € soigné,... | |
| € autre : | |

Existe-t-il des antécédents (médicaux, judiciaires...) : € oui € non.....

Existents-ils des troubles liés à une substance : € troubles liés à l'utilisation de l'alcool, € troubles liés aux opiacés, € autres

Existe-t-il des troubles du comportement € oui € non.....

Existe-t-il un diagnostic médical ? € oui € non.....

Un traitement en place, un suivi médical, un handicap ? € oui € non.....

D'après vous, quel est le besoin de « soin » de cette personne à ce moment-là ?

- € Passage aux urgences
- € Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)

- € Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)
- € Consultation médicale avec un généraliste
- € Consultation d'un autre soignant
- € le « prendre soin » de l'accompagnant
- € aucun
- € autre :

Avez-vous connaissance d'un ou de plusieurs évènements de santé?

- € oui € non

Si oui, lequel (choix multiple possible) :

- € Chute
- € Accident
- € Passage aux urgences
- € Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)
- € Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)
- € Consultation médicale avec un généraliste
- € Consultation d'un autre soignant : ;
- € autre :

Quel rapport la personne entretient-elle avec sa santé :

- € non demande (active : récusation de l'aide ; passive : disparition de la demande)
- € en rupture de soin
- € demande de soin
- € acceptation des difficultés de santé – reconnaissance
- € « utilisation » de la maladie – accroche aux lieux de soin, aux soignants
- € demande portée par l'accompagnant
- € demande portée par un tiers
- € se met en danger € de manière active (TS...) € de manière passive (produits, fréquentations...)

La relation d'accompagnement

Quels vécus de l'accompagnant ?

Quelles mises à l'épreuve de cette relation.

Quel souci prioritaire pour l'accompagné :

Quels sont les moments clés de la construction du lien d'accompagnement (ou les temps forts, les souvenirs)

T1-T2 Accès au logement (hors asile de nuit et dortoir collectif), date: mois.....année.....

La personne vit : ☐ en couple ☐ en groupe ☐ seule

Vit-elle avec un chien ? ☐ oui ☐ non

Quelle demande de la personne :

De quel type d'accès résidentiel s'agit-il ? (une seule réponse possible)

☐ contrat de bail ordinaire avec un logeur public

☐ contrat de bail ordinaire avec un logeur privé

☐ sous location par une association en ALT

☐ sous location par une association en bail glissant

☐ CHRS

☐ résidence sociale à préciser :

☐ hôtel (au mois)

☐ autre :

Rapport à sa filiation

Avez-vous connaissance d'autres liens familiaux au cours de cette période ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

Rapport à son histoire

La personne raconte-t-elle davantage son histoire : ☐ oui ☐ non

Existe-t-il à votre connaissance d'autres événements marquants dans sa vie : ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Habiter son lieu de vie

Décrivez son mode d'habiter à ce moment-là :

Donnez un exemple de comportement typique dans le logement (logement vide, décoration surchargée, absence du logement le jour, entassement, ...) :

Dans son espace de vie, l'espace est-il aménagé avec :

- Espace privé protégé : ☐ oui ☐ non,
- Une confusion des lieux et de leurs fonctions : ☐ oui ☐ non,
- Une différenciation des lieux et de leurs fonctions : ☐ oui ☐ non,

Avez-vous une information sur un « problème d'habiter » à ce moment-là ?

☐ oui ☐ non Si oui, lequel (choix multiple possible) :

☐ problème de voisinage

☐ problème de paiement de loyer

☐ problème d'hygiène

☐ problème d'accumulation chaotique d'objets

☐ problème de collection d'objets

☐ intrusion des « collègues »

☐ absence du logement

☐ reclus

€ autre :

Avez-vous l'impression que la personne a :

€ investi de manière ordinaire son logement

€ très investi son logement

€ peu investi son logement

Quels sont les indices d'appropriation (objets, meubles, personnalisation....) :

Rapport à l'espace de la rue

Quel rapport la personne a-t-elle avec l'espace public ? € ordinaire € caché € visible :

€ mendicité, € alcoolisation, € regroupement, € autre

Quelle relation avec les autres de la rue, les collègues, les amis ?

Rapport à son corps

Quelle est votre évaluation de son état de santé à ce moment-là ?

€ mauvaise santé

€ bonne santé

€ très préoccupant

€ aucun problème de santé apparent

Son look a-t-il changé : € oui € non.....

Quelle relation du sujet avec son corps :

€ souci de soi,

€ corps encombrant,

€ neurtri,

€ dégradé, négligé

€ soigné,...

€ autre : ;;

€ pas d'hygiène corporelle

€ importance des vêtements

€ hygiène corporelle

€ problème d'odeurs

Existent-ils une évolution des troubles liés à une substance : € troubles liés à l'utilisation de l'alcool, € troubles liés aux opiacés, € autres ;

Existe-t-il des nouveaux troubles du comportement € oui € non.....

Existe-t-il un nouveau diagnostic médical ? € oui € non.....

Un nouveau traitement en place, un suivi médical, un handicap ? € oui € non

D'après vous, quel est le besoin de « soin » de cette personne à ce moment-là ?

€ Passage aux urgences

€ Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)

€ Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)

€ Consultation médicale avec un généraliste

€ Consultation d'un autre soignant

- € le « prendre soin » de l'accompagnant
- € aucun
- € autre :

Avez-vous connaissance d'un ou de plusieurs évènements de santé?

- € oui € non

Si oui, lequel (choix multiple possible) :

- € Chute
- € Accident
- € Passage aux urgences
- € Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)
- € Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)
- € Consultation médicale avec un généraliste
- € Consultation d'un autre soignant :
- € autre :

Quel rapport la personne entretient-elle avec sa santé :

- € non demande (active : récusation de l'aide ; passive : disparition de la demande)
- € demande de soin
- € en rupture de soin
- € acceptation des difficultés de santé – reconnaissance
- € « utilisation » de la maladie – accroche aux lieux de soin, aux soignants
- € demande portée par l'accompagnant
- € demande portée par un tiers
- € se met en danger € de manière active (TS...) € de manière passive (produits, fréquentations...)
- € autre

La relation d'accompagnement

Quels vécus de l'accompagnant ?

Quelles mises à l'épreuve de cette relation.

Quel souci prioritaire pour l'accompagné :

Quels sont les moments clés de la construction du lien d'accompagnement (ou les temps forts, les souvenirs)

T2 (retour à la rue, sortie du logement, changement de logement¹³⁵), date: mois.....année.....

Quelle demande de la personne :

Pour quel motif :

¹³⁵ Entourer l'événement soit « retour à la rue », soit « sortie du logement », soit « changement de logement ».

Rapport à sa filiation

Avez-vous connaissance de liens familiaux ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

Rapport à son histoire

la personne raconte-t-elle davantage son histoire : ☐ oui ☐ non

Existe-t-il à votre connaissance d'autres événements marquants dans sa vie : ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Habiter son lieu de vie

Quel est le lieu de vie de la personne à ce moment de l'accompagnement : ☐ dehors

☐ hébergement urgence ☐ chez un tiers ponctuellement ☐ CHRS ☐ contrat de bail ordinaire avec un logeur public ☐ contrat de bail ordinaire avec un logeur privé ☐ sous location par une association en ALT ☐ sous location par une association en bail glissant ☐ CHRS ☐ résidence sociale à

préciser : ☐ hôtel (au mois) ☐ autre :

Décrivez son mode d'habiter à ce moment-là :

Donnez un exemple de comportement typique dans le lieu de vie (logement vide, décoration surchargée, absence du logement le jour, entassement, ...) :

Dans son espace de vie, l'espace est-il aménagé avec :

- ☐ Espace privé protégé: ☐ oui ☐ non,
- ☐ Une confusion des lieux et de leurs fonctions : ☐ oui ☐ non,
- ☐ Une différenciation des lieux et de leurs fonctions : ☐ oui ☐ non,

Avez-vous une information sur un « problème d'habiter » à ce moment-là?

☐ oui ☐ non Si oui, lequel (choix multiple possible) :

☐ problème de voisinage

☐ problème de paiement de loyer

☐ problème d'hygiène

☐ problème d'accumulation chaotique d'objets

☐ problème de collection d'objets

☐ intrusion des « collègues »

☐ absence du logement

☐ reclus

☐ autre :

En T2 le problème d'habiter est-il résolu ?

- | | |
|--|---|
| → problème de voisinage | ☐ oui ☐ non |
| → problème de paiement de loyer | ☐ oui ☐ non |
| → problème d'hygiène | ☐ oui ☐ non |
| → problème d'accumulation chaotique d'objets | ☐ oui ☐ non |
| → problème de collection d'objets | ☐ oui ☐ non |
| → intrusion des « collègues » | ☐ oui ☐ non |
| → absence du logement | ☐ oui ☐ non |
| → reclus | ☐ oui ☐ non |

→ autre :

€oui €non

Avez-vous l'impression que la personne a :

€investi de manière ordinaire son logement

€très investi son logement

€peu investi son logement

Quels sont les indices d'appropriation (objets, meubles, personnalisation....) :

Rapport à l'espace de la rue

Quel rapport la personne a-t-elle avec l'espace public ? € ordinaire € caché € visible :

€mendicité, €alcoolisation, €regroupement, €autre

Quelle relation avec les autres de la rue, les collègues, les amis ?

Rapport à son corps

Quelle est votre évaluation de son état de santé à ce moment-là?

€mauvaise santé

€bonne santé

€très préoccupant

€aucun problème de santé apparent

Son look a-t-il changé : €oui €non.....

Quelle relation du sujet avec son corps :

€souci de soi,

€corps encombrant,

€neurtri,

€dégradé, négligé

€soigné,...

€autre : ;;

€pas d'hygiène corporelle

€importance des vêtements

€hygiène corporelle

€problème d'odeurs

Existent-ils une évolution des troubles liés à une substance : € troubles liés à l'utilisation de l'alcool, €troubles liés aux opiacés, €autres

Existe-t-il des troubles du comportement €oui €non.....

Existe-t-il un diagnostic médical ? €oui €non.....

Un traitement en place, un suivi médical, un handicap ? €oui €non

D'après vous, quel est le besoin de « soin » de cette personne à ce moment-là ?

€Passage aux urgences

€Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)

€Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)

€Consultation médicale avec un généraliste

€Consultation d'un autre soignant

€le « prendre soin » de l'accompagnant

- € aucun
- € autre :

Avez-vous connaissance d'un ou de plusieurs évènements de santé?

- € oui
- € non

Si oui, lequel (choix multiple possible) :

- € Chute
- € Accident
- € Passage aux urgences
- € Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)
- € Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)
- € Consultation médicale avec un généraliste
- € Consultation d'un autre soignant :..... ;
- € autre :

Quel rapport la personne entretient-elle avec sa santé :

- € non demande (active : récusation de l'aide ; passive : disparition de la demande)
- € demande de soin
- € en rupture de soin
- € acceptation des difficultés de santé – reconnaissance
- € « utilisation » de la maladie – accroche aux lieux de soin, aux soignants
- € demande portée par l'accompagnant
- € demande portée par un tiers
- € se met en danger
- € de manière active (TS...)
- € de manière passive (produits, fréquentations...)

La relation d'accompagnement

Quels vécus de l'accompagnant ?

Quelles mises à l'épreuve de cette relation.

Quel souci prioritaire pour l'accompagné :

Quels sont les moments clés de la construction du lien d'accompagnement (ou les temps forts, les souvenirs) ?

Quelle lecture après-coup de la sortie du logement ?

Quels problèmes à résoudre vis-à-vis du logement : (rapport au logeur, logement à vider....)

T3 – Fin d'accompagnement : mois.....année.....

Durée de l'accompagnement :

- Pour quel motif :
- € autonomisation sans accompagnement
 - € autonomisation accompagnée par un autre partenaire
 - € décès

- € départ du logement
- € incarcération
- € autre :

Quelle demande de la personne :

Rapport à son corps

Quelle est votre évaluation de son état de santé à ce moment-là?

- € mauvaise santé
- € bonne santé
- € très préoccupant
- € aucun problème de santé apparent

Rapport à sa filiation

Avez-vous connaissance de liens familiaux ? € oui € non

Si oui, lesquels :

rapport à son histoire

la personne raconte-t-elle davantage son histoire : € oui € non

Existe-t-il à votre connaissance d'autres événements marquants dans sa vie : € oui € non

Lesquels :

Habiter son lieu de vie

En T3 le problème d'habiter est-il résolu ?

- | | | |
|--|-------|-------|
| → problème de voisinage | € oui | € non |
| → problème de paiement de loyer | € oui | € non |
| → problème d'hygiène | € oui | € non |
| → problème d'accumulation chaotique d'objets | € oui | € non |
| → problème de collection d'objets | € oui | € non |
| → intrusion des « collègues » | € oui | € non |
| → absence du logement | € oui | € non |
| → reclus | € oui | € non |
| → autre : | € oui | € non |

La relation d'accompagnement

Quels vécus de l'accompagnant ? ce qui reste de la relation d'accompagnement

Quel souci prioritaire pour l'accompagné :

Quelle modalité de « séparation » pour terminer cette relation d'accompagnement

Quelle lecture après-coup de ce parcours d'accompagnement ?

Quels problèmes à résoudre vis-à-vis du logement : (rapport au logeur, logement à vider....)

T4 –A ce jour, Accompagnement encore en cours

Quelle demande de la personne :.....

Rapport à son lieu de vie

Quel est le lieu de vie de la personne à ce moment de l'accompagnement (une seule possibilité) : € dehors € hébergement urgence € chez un tiers ponctuellement € CHRS € contrat de bail ordinaire avec un logeur public € contrat de bail ordinaire avec un logeur privé € sous location par une association en ALT € sous location par une association en bail glissant € CHRS € résidence sociale à préciser : € hôtel (au mois) € autre :

Décrivez son mode d'habiter à ce moment-là :

Donnez un exemple de comportement typique dans le logement (logement vide, décoration surchargée, absence du logement le jour, entassement, ...) :

Dans son espace de vie, l'espace est-il aménagé avec :

- Espace privé protégé: € oui € non,
- Une confusion des lieux et de leurs fonctions : € oui € non,
- Une différenciation des lieux et de leurs fonctions : € oui € non,

Avez-vous une information sur un « problème d'habiter » à ce moment-là?

€ oui € non Si oui, lequel (choix multiple possible) :

- € problème de voisinage
- € problème de paiement de loyer
- € problème d'hygiène
- € problème d'accumulation chaotique d'objets
- € problème de collection d'objets
- € intrusion des « collègues »
- € absence du logement
- € reclus
- € autre :

En T4 le problème d'habiter est-il résolu (reprendre les problèmes antérieurement énoncés et faire le point en T4) ?

- | | |
|--|-------------|
| → problème de voisinage | € oui € non |
| → problème de paiement de loyer | € oui € non |
| → problème d'hygiène | € oui € non |
| → problème d'accumulation chaotique d'objets | € oui € non |
| → problème de collection d'objets | € oui € non |
| → intrusion des « collègues » | € oui € non |

- | | |
|-----------------------|---|
| → absence du logement | ☐ oui ☐ non |
| → reclus | ☐ oui ☐ non |
| → autre : | ☐ oui ☐ non |

Existe-t-il de nouveaux indices d'appropriation (objets, meubles, personnalisation....) :

Rapport à l'espace de la rue

Quel rapport la personne a-t-elle avec l'espace public ? ☐ ordinaire ☐ caché ☐ visible :
☐ mendicité, ☐ alcoolisation, ☐ regroupement, ☐ autre

Quelle relation avec les autres de la rue, les collègues, les amis ?

Rapport à son corps

Quelle est votre évaluation de son état de santé à ce moment-là?

- ☐ mauvaise santé
- ☐ bonne santé
- ☐ très préoccupant
- ☐ aucun problème de santé apparent

Son look a-t-il changé : ☐ oui ☐ non.....

La relation du sujet avec son corps a-t-elle évoluée : ☐ oui ☐ non

- | | |
|--|---|
| ☐ souci de soi, | ☐ pas d'hygiène corporelle |
| ☐ corps encombrant, | ☐ importance des vêtements |
| ☐ neurtri, | ☐ hygiène corporelle |
| ☐ dégradé, négligé | ☐ problème d'odeurs |
| ☐ soigné,... | |
| ☐ autre : | ;; |

Existent-ils une évolution des troubles liés à une substance : ☐ troubles liés à l'utilisation de l'alcool, ☐ troubles liés aux opiacés, ☐ autres

Existe-t-il des troubles du comportement ☐ oui ☐ non

Existe-t-il un diagnostic médical ? ☐ oui ☐ non

Un traitement en place, un suivi médical, un handicap ? ☐ oui ☐ non

D'après vous, quel est le besoin de « soin » de cette personne à ce moment-là ?

- ☐ Passage aux urgences
- ☐ Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)
- ☐ Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)
- ☐ Consultation médicale avec un généraliste
- ☐ Consultation d'un autre soignant
- ☐ le « prendre soin » de l'accompagnant
- ☐ aucun

€ autre :

Avez-vous connaissance d'un ou de plusieurs évènements de santé?

€ oui € non

Si oui, lequel (choix multiple possible) :

€ Chute

€ Accident

€ Passage aux urgences

€ Hospitalisation en hôpital général (soins somatiques)

€ Hospitalisation en hôpital spécialisé (soins psychiatriques)

€ Consultation médicale avec un généraliste

€ Consultation d'un autre soignant :..... ;

€ autre :

Quel rapport la personne entretient-elle avec sa santé :

€ non demande (active : récusation de l'aide ; passive : disparition de la demande)

€ demande de soin

€ en rupture de soin

€ acceptation des difficultés de santé – reconnaissance

€ « utilisation » de la maladie – accroche aux lieux de soin, aux soignants

€ demande portée par l'accompagnant

€ demande portée par un tiers

€ se met en danger € de manière active (TS...) € de manière passive (produits, fréquentations...)

€ autre

La relation d'accompagnement

Quels vécus de l'accompagnant ?

Quelles mises à l'épreuve de cette relation.

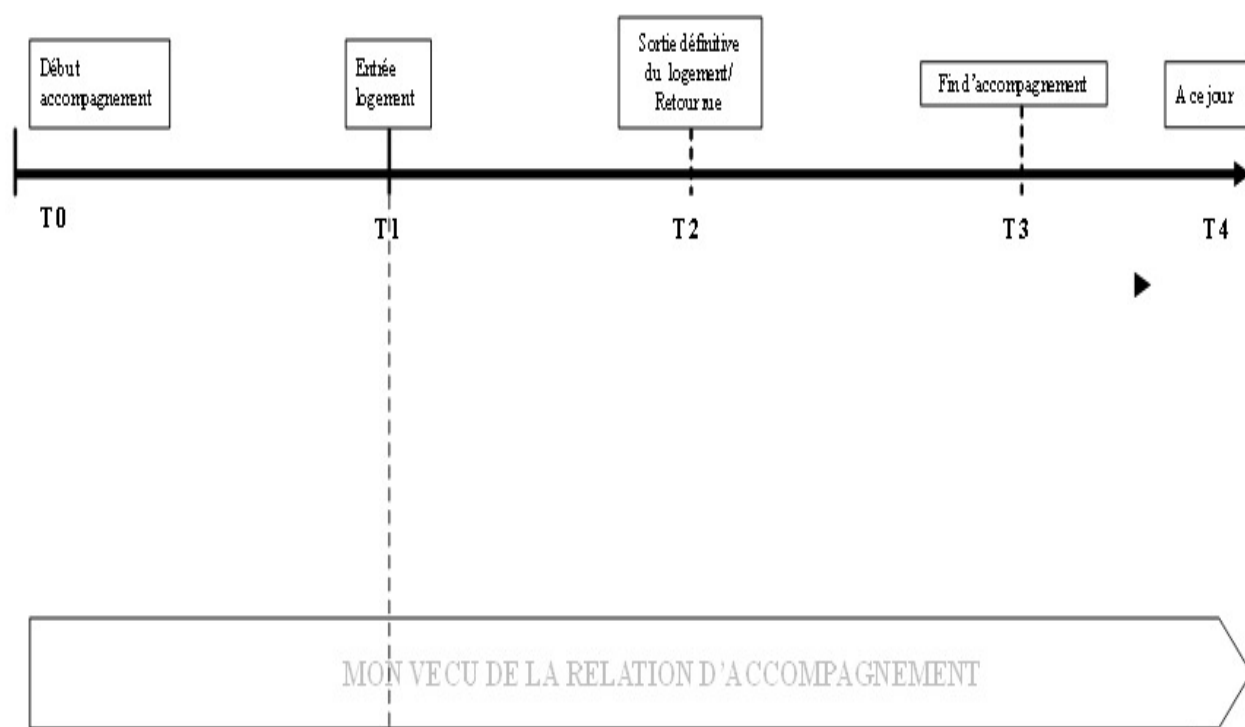
Quel souci prioritaire pour l'accompagné :

Quels sont les moments clés de la construction du lien d'accompagnement (ou les temps forts, les souvenirs) ?

Quels projets pour l'accompagné :

Dossier n° :

Chronologie dans le parcours d'accompagnement au logement et coloration de la relation d'accompagnement



Annexe n°12 : Projets de recherche

Laboratoire permanent sur les pratiques « aux limites »

Ce laboratoire permanent sur les pratiques aux limites est à inventer. Il ne se substituerait pas à l'analyse de la pratique (il pourrait même y avoir une condition d'analyse de la pratique pour intégrer ce dispositif). Il serait ouvert aux acteurs du travail sanitaire et social confrontés à des formes extrêmes ou limites de pratiques professionnelles (accompagnement SDF, délinquance, soins palliatifs, accompagnement de personnes très dépendantes, pratiques à domicile...). Il fonctionnerait dans l'esprit d'un collège d'éthique (discussion sur les transgressions, ou supposées telles, nécessaires ou pas, validées ou pas), rassemblant des pairs partageant l'engagement dans des pratiques aux limites, avec l'horizon d'une production théorique sur ces pratiques.

Des liens sont envisageables avec les universités :

- A l'Université Lumière Lyon 2, le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique travaille depuis quelques années sur les pratiques cliniques « hors les murs » et « extrêmes ».
- En sociologie , des liens sont possibles sur le thème des processus de professionnalisation
- En philosophie avec les thèmes de la construction éthique, la relation d'aide, l'altruisme, la légitimité...
- En anthropologie le rapport au terrain et le trouble né de l'immersion dans « l'exotique » (au sens propre), le contact prolongé avec l'altérité (supposée ou pas) et le risque d'altération (devenir un autre, se perdre en route...) pourraient être travaillés

L'ONSMP-ORSPERE pourrait être la structure d'accueil d'un tel « laboratoire » de par sa légitimité historique dans la conception de la clinique psychosociale et du syndrome d'auto-exclusion.

Approfondir les situations d'incurie dans l'habitat (recherche-action)

Les professionnels de l'accompagnement des personnes SDF observent chez certains des comportements d'entassement des objets dans les logements. Leur parcours d'installation dans d'habitat semble se cristalliser sur des comportements relevant de la perte du souci de soi (par rapport à la santé, mais aussi par rapport au logement : entassements d'objets, accumulation de déchets, ...).

Ces comportements, souvent très déroutants pour les accompagnants, indiquent un état psychique de la personne à mieux interpréter (danger pour elle-même ou modalité adaptative à un

environnement particulier, syndrome d'auto-exclusion) et problématiques pour les logeurs ou le voisinage, au point de mettre souvent en péril le maintien dans le logement.

L'étude des situations d'incurie dans l'habitat présente de nombreuses perspectives. L'une d'entre elle est résolument clinique, il s'agit de mieux interpréter ces signes d'accumulation d'objets ou de perte d'hygiène dans l'habitat en lien avec l'organisation psychique du sujet; déterminer un diagnostic de la situation permettrait d'ajuster les actions et les interlocuteurs prioritaires.

L'exploration de cette observation pourrait permettre de passer d'une visée éducative ou rééducative de certains comportements dérangeants à une visée compréhensive et thérapeutique des processus psychiques en jeu.

Une autre perspective est celle de la mise en œuvre concrète de partenariat autour de situations qui concernent d'emblée les acteurs du logement, ceux des services municipaux (service d'hygiène), les acteurs sociaux et ceux du soin psychique. Autrement dit, à l'occasion de l'étude de ces situations de traitement de l'incurie dans l'habitat, les liens entre social et sanitaire pourraient s'exercer, voire se formaliser davantage au moins par une expérience vécue en commun.

Si ces situations restent invisibles avant de déborder par l'intermédiaire du voisinage ou lors de travaux de rénovation à l'initiative du bailleur, lorsqu'elles apparaissent, elles sont souvent spectaculaires et prennent un caractère urgent. On sait que l'isolement est un facteur aggravant d'incurie dans l'habitat¹³⁶. Ces personnes ne demandent rien, ce sont les autres (voisins, logeur, travailleur social) qui demandent (ou interviennent) pour elles, du fait du débordement désagréable ou du souci.

Dans cette perspective, il serait intéressant d'analyser un certain nombre de situations d'incurie dans l'habitat « après-coup », de manière rétrospective en présence de tous les acteurs intervenus ou concernés dans une expertise collective. Il ne s'agit pas d'une dynamique épidémiologique mais bien d'une quête de repères de compréhension autant que d'élaboration de scénario d'intervention.

Reste à déterminer un territoire adéquat au repérage des acteurs et des situations d'incurie dans l'habitat.

L'ONSMP-ORSPERE se présente comme un opérateur de recherche en cohérence avec son expérience de la recherche-action dans ce domaine et en rapport avec les ressources mobilisables sur cette thématique.

Moyen pour accéder aux situations à étudier:

¹³⁶ N. Méryglod, 2007, *L'incurie dans l'habitat*, Thèse de médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, UFR LYON-RTH LAENNEC.

Des associations de locataires, les bailleurs, les services municipaux d'hygiène, les conseils locaux de santé mentale, les services de psychiatrie publique et plus particulièrement les équipes mobiles de psychiatrie précarité.

Une recherche-action pour renforcer la coordination entre sanitaire et social sur les territoires

Comme nous l'avons évoqué, la formalisation des partenariats autour des personnes SDF concernant la santé au décours des accompagnements de proximité reste à faire dans la plupart des structures interrogées. Une véritable exploration des pratiques actuelles avec les soignants devraient permettre de mieux cerner les besoins en termes d'acteurs de santé, et de relever les articulations qui fonctionnent déjà de manière spécifiques sur chaque site.

D'un point de vue organisationnel, la question du territoire pertinent doit être posée : quelle est l'échelle d'action pertinente (départemental, régional, communal, etc.) ? Quel niveau d'implication des services déconcentrés de l'Etat ?