



Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**ScienceDirect**

et également disponible sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article original

## Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord »



### *Care and recovery. Letting someone decide for him/herself: To which extent? The "Housing-first program" in France*

Delphine Moreau<sup>a,\*,b</sup>, Christian Laval<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de recherche du centre hospitalier Maison Blanche pour le programme de recherche « Un chez-soi d'abord », 20, rue Rémy-de-Gourmont, 75019 Paris, France

<sup>b</sup> IMM-LIER UMR 8178 CNRS/EHESS, 75006 Paris, France

<sup>c</sup> Laboratoire de santé publique EA 3279, université Lyon 2, Assistance Publique-hôpitaux de Marseille, pour le programme de recherche « Un chez-soi d'abord », 13005 Marseille, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 mars 2014

Accepté le 25 juin 2014

Disponible sur Internet le 3 février 2015

Mots clés :

Care critique

Choix des usagers

Mouvements d'usagers

Rétablissement

Sans-abrisme

Santé mentale

« Un chez soi d'abord »

#### RÉSUMÉ

Jusqu'où est-il possible de développer une intervention professionnelle auprès d'autrui qui s'appuie sur un bien défini par la personne destinataire du *care* ? À partir de l'exemple d'un programme expérimental, « Un chez soi d'abord », appuyé sur la notion de rétablissement (*recovery*), il s'agit ici de mettre en évidence les tensions auxquelles se heurte l'introduction de cette pratique de *care* critique. Documenté par des cas empiriques, à partir d'observations ethnographiques des accompagnements réalisés par les équipes pluri-professionnelles de ce programme, de focus groups et d'entretiens individuels avec leurs membres, cet article fait apparaître deux types principaux d'épreuves : les appropriations contrastées de ces modalités spécifique de *care* par l'ensemble des acteurs concernés et des situations-limites qui mettent en question la possibilité pour les professionnels de soutenir cette modalité

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [delphine.m.moreau@gmail.com](mailto:delphine.m.moreau@gmail.com) (D. Moreau), [lavalchristian2@gmail.com](mailto:lavalchristian2@gmail.com) (C. Laval).

d'accompagnement face à un risque jugé important (perte du logement, dégradation de l'état de santé. . .). Cet exemple est l'occasion d'explorer empiriquement une aporie inhérente au *care* : qui est le mieux à même et le plus légitime pour définir ce que serait « le bon *care* » en situation ?

© 2014 Association ALTER. Publié par Elsevier Masson SAS.  
Tous droits réservés.

## A B S T R A C T

---

### Keywords:

Care  
Choice  
Empowerment  
Homelessness  
Housing first  
Mental health  
Recovery  
Users movements

---

To which extent is it possible to conduct a professional care defined by the care-receiver him-herself? Taking the example of the "Housing First program" in France, which refers to the north-american recovery model of care, this article intends to analyse the difficulties this form of care meets. Based on empirical cases, described through ethnographic observations, focus groups and interviews conducted with the members of the Housing-First Team, this article enlightens two main limits to the development of a "recovery care": the various degrees to which the model is known, understood and endorsed by the teams and their partners and some "borderline-situations" which question the ability of the teams to maintain a recovery-based care (risk to lose ones home or see ones health badly affected). This example is the occasion to explore a problem characteristic to the care relation: who may legitimately define the "best care" for someone in each case?

© 2014 Association ALTER. Published by Elsevier Masson SAS.  
All rights reserved.

---

M. Landier<sup>1</sup> est devenu locataire de son logement dans le cadre d'un programme d'intervention sociale, « Un chez soi d'abord », initié en 2011 dans quatre grandes villes françaises. M. Landier a refusé les meubles que l'équipe d'accompagnement lui proposait de façon transitoire, puis d'aller acheter de nouveaux meubles à l'aide d'un budget d'aménagement dédié, et dort sur un matelas à même le sol. Il a plusieurs fois refusé d'ouvrir sa porte à l'équipe, mais il les a également sollicités dans la même période et les professionnels s'inquiètent après l'avoir vu à plusieurs reprises dans des états de détresse. Ils se demandent s'ils doivent entrer dans son appartement à l'aide du double des clefs qu'ils ont conservé. L'histoire se poursuit, avec la « disparition » pendant plusieurs semaines de M. Landier, puis son retour, après quoi il aménage et décore même son logement. Mais au moment de décider de l'action, l'incertitude est la règle. Dans ce moment initial d'inquiétude, la « capacité à habiter » de M. Landier est interrogée, comme son état psychique et sa capacité à être lucide sur cet état ou à en tirer les conséquences adéquates.

M. Iojine est entré il y a plusieurs mois dans son logement au sein du même programme. Très vite, un de ses amis l'a rejoint dans ce logement, et plus ponctuellement, une à deux autres de ses connaissances. L'équipe pense que ces « co-locataires » non officiels fournissent M. Iojine en produits divers, drogues et alcool. Les voisins se plaignent de désordres dans l'immeuble. M. Iojine s'alarme de ces plaintes, reconnaît que cette cohabitation ne lui fait pas que du bien et, parfois, demande de l'aide à l'équipe. Mais il dit aussi tenir à cette compagnie, avoir peur de la solitude et trouver insupportable de refuser un hébergement à ses compagnons ; il refuse les propositions de l'équipe. Celle-ci observe une dégradation de la santé de M. Iojine, voit des moisissures apparaître dans le logement, reçoit les plaintes du bailleur qui menacent la pérennité de l'occupation de ce logement.

Les cas de M. Landier et M. Iojine représentent deux situations limites pour les professionnels. Sans être représentatives de celles des autres participants de ce programme, elles mettent en lumière des questions qui se posent pour chacun d'entre eux, quant à la possibilité effective de faire valoir leurs

---

<sup>1</sup> Chacune des situations ici décrites a été anonymisée.

choix, ici au sujet du logement : en devenant locataires, prennent-ils possession d'un espace réellement privé, « à soi » ? Cette question se décline à travers une série de problèmes pratiques : peuvent-ils inviter qui ils veulent dans leur logement, l'aménager comme ils veulent ? Peuvent-ils disposer du double de leurs clés ou doivent-ils le remettre à l'équipe qui les accompagne, ont-ils le choix de (ne pas) ouvrir leur porte aux professionnels de l'équipe ? Ces questions sont partagées par tous les acteurs du programme : les personnes « incluses », les professionnels, les institutions porteuses et les équipes partenaires. Une question sous-tend les précédentes et se décline à travers elles : jusqu'où est-il possible de ne pas décider pour autrui ? C'est ce que nous entendons explorer ici à travers l'exemple de ce *care* critique fondé sur la perspective du rétablissement développé dans ce programme expérimental.

Joan Tronto (2009) a distingué différentes phases du *care* : identifier les besoins, organiser la réponse, dispenser effectivement le *care* et enfin le recevoir, mais elle ne pose pas véritablement la question de la place de la personne destinataire du *care* dans les premières phases : sa place dans la définition de ses propres besoins et dans la définition de la réponse qui y est donnée. Des usagers et ex-usagers de différents services sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux ont mis en cause les réponses institutionnelles à leurs besoins de *care*, précisément parce qu'elles ne prenaient pas en compte leur voix dans l'élaboration de ces réponses. Certains services se sont efforcés d'intégrer cette critique dans leur intervention, suscitant une nouvelle interrogation : celle des limites d'une pratique de *care* professionnelle fondée sur les choix de la personne qui en est destinataire.

Inspiré de dispositifs développés en Amérique du Nord, le programme « Un chez soi d'abord » s'adresse à des personnes ayant des troubles psychiques graves et sans domicile. Le modèle *Housing First* a été développé par Sam Tsemberis à New York (Tsemberis, 2011), avant de se diffuser aux États-Unis, au Canada (Goering et al., 2011) – dont le programme français s'inspire –, puis en Europe. Ce programme a pour ambition de « renverser les logiques » sociales, médico-sociales et sanitaires sur deux plans. D'une part, en commençant par donner accès à un logement personnel aux participants sans condition préalable telle qu'un suivi médical, l'observance de traitements ou un sevrage en cas d'addiction. L'hypothèse est que le logement est une condition pour aller mieux et non la sanction d'un parcours réussi selon des critères définis par les professionnels. Le modèle *Housing First* s'oppose aux modèles reposant sur le *treatment first*, qui exigent a minima l'engagement dans une démarche de soin répondant aux critères des professionnels ou un sevrage, et au modèle d'accès au logement par palliers, avec un allègement progressif de l'encadrement social. D'autre part, il s'agit d'organiser un accompagnement des personnes par une équipe pluri-professionnelle mêlant travailleurs sociaux, soignants et médiateurs de santé-pairs<sup>2</sup>, accompagnement fondé sur le double modèle de l'intervention « intensive »<sup>3</sup> et du « rétablissement ». Le « rétablissement » est une perspective promue initialement par des mouvements d'usagers et ex-usagers des institutions psychiatriques en Amérique du Nord, qui postulent et revendiquent la capacité des personnes souffrant de troubles psychiques graves à aller mieux en définissant pour elles-mêmes ce qui les aide et leurs priorités, ce qui fait sens dans leur vie. Cette perspective est développée à la fois comme un enjeu subjectif d'*empowerment* pour les personnes (Deegan, 1997) et comme un enjeu de redéfinition d'un *care* (*recovery-oriented practice*) par opposition à un *care* institutionnel critiqué (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo, & Andres-Hyman, 2009).

En France, le programme « Un chez soi d'abord » a été initié sous la forme d'une expérimentation sanitaire et sociale randomisée sur quatre sites : les personnes ont été « incluses », après information et recueil de leur consentement par un médecin, sous condition d'entrer dans des critères définis par la recherche (décrits ci-après), puis réparties aléatoirement entre un bras « offre habituelle » (terme employé dans le protocole de recherche), dans lequel les personnes continuent d'être accompagnées par les équipes pré-existantes et le bras « Un chez-soi d'abord » ( $n=200$  par site, 100 dans chaque

<sup>2</sup> Les médiateurs de santé-pairs sont des professionnels recrutés sur la base de leur expérience personnelle de la maladie, éventuellement de la rue et/ou des addictions, susceptibles à la fois de partager leur expérience de « rétablissement » avec les personnes accompagnées et de porter cette perspective du rétablissement au sein des équipes de professionnels.

<sup>3</sup> En référence aux *Programs of Assertive Community Treatment*, programmes d'accompagnements intensifs « dans la communauté » des personnes souffrant de troubles psychiques, suite à la fermeture des asiles aux États-Unis. Voir sur la mise en place de ces programmes et les tensions éthiques et politiques qu'ils soulèvent : Estroff (1998), Lovell (1996), Brodwin (2013).

bras). Tous les participants répondent à un questionnaire tous les 6 mois, passé par des enquêteurs de l'équipe de recherche quantitative. Une analyse quantitative sera réalisée au terme des 3 ans que dure la collecte de ces données. En outre, une recherche qualitative, dont cet article est issu, est en cours sur chacun des sites. Elle explore :

- l'implantation politique et institutionnelle du programme sur chacun des sites ;
- la construction des pratiques professionnelles des équipes pluri-disciplinaires ;
- les trajectoires et points de vue de 10 participants-usagers<sup>4</sup> par site, recueillis par des entretiens approfondis répétés dans le temps.

Le point 2, qui fournit la matière principale à cet article, est étudié à partir d'observations ethnographiques du travail des équipes (réunions internes et avec des partenaires, rencontres et accompagnements des participants-usagers du programme, à domicile ou à l'extérieur), des entretiens avec chacun des professionnels et des *focus-groups* en équipes entières tous les trois mois portant sur les situations identifiées par les professionnels comme les mettant en difficulté.

La perspective du *care* vient ici nourrir une relecture des nouveaux formats de la critique des dispositifs institutionnels sanitaires (en particulier psychiatriques) et sociaux – dont nous montrerons les articulations et écarts avec certains formats critiques antérieurs – en nous concentrant sur les modalités de l'intervention auprès d'autrui (Laforgue, 2009). Nous souhaitons ici mettre en évidence les épreuves induites par l'introduction de cette pratique de *care* critique qu'est l'accompagnement fondé sur le principe du rétablissement. Il s'agit non seulement d'épreuves institutionnelles (Pattaroni, 2006), mais aussi d'épreuves professionnelles et personnelles rencontrées par les professionnels des équipes d'accompagnement, dans un moment où ceux-ci s'efforcent de redéfinir leur mode d'intervention dans une tension entre promotion de l'auto-détermination de la personne accompagnée et prégnance d'autres normes d'intervention. Ces épreuves les obligent, individuellement et collectivement, à redéfinir ce qui est acceptable, désirable ou problématique voire « insoutenable ». Si la « philosophie du programme » les conduit à déplacer certaines normes personnelles et professionnelles et personnelles antérieures, à composer des manières de faire nouvelles, certaines situations les amènent à remettre en cause le soutien qu'ils entendent apporter aux choix de la personne, à mettre en œuvre une intervention plus intrusive – voire coercitive – ou encore une rupture de l'accompagnement, ébranlant les principes d'intervention qui leur sont proposés dans le programme.

L'étude que nous proposons entend approfondir une dimension peut-être insuffisamment explorée des enjeux politiques des théories du *care*, à savoir la place du destinataire du *care* dans la relation d'accompagnement. Les travaux mettant en évidence le caractère politique du *care* interrogent la répartition des biens et des tâches au sein du *care* – en commençant par la définition du cercle de ceux dont on se soucie<sup>5</sup>. Ces travaux ont jusqu'à présent mis en évidence l'« irresponsabilité des privilégiés » (Gilligan, Hochschild, & Tronto, 2013 ; Tronto, 2009) qui peuvent ignorer le *care* qu'ils reçoivent et dont ils dépendent, et ignorer surtout ceux qui le prodiguent, dont les propres besoins en *care* se voient négligés (Tronto, 2009) ; ils ont posé le problème de la division du travail au sein du groupe familial, au sein d'une société, et même au niveau transnational (Glenn, 2000). Ces travaux mettent un accent nécessaire et puissant sur les pourvoyeurs invisibilisés du *care*. De plus, ils réinterrogent les partages ordinairement effectués entre personnes dites « autonomes » et « vulnérables » : nous examinerons la manière dont cette question en particulier est traduite dans le dispositif étudié. Si la place des destinataires de *care* « particulièrement vulnérables » est abordée dans le projet de « *care* démocratique »

<sup>4</sup> Les professionnels des équipes hésitent quant à la manière de désigner les personnes qui entrent dans le programme : ils refusent clairement le terme de « patients », sont réticents face au terme d'« usagers » qui les renvoie à des institutions sociales « classiques » ; certaines équipes ont tenté « les locataires ». Ils préféreraient ordinairement contourner le problème en désignant autant que possible les personnes par leur nom ou prénom, ce qui n'enlève pas la difficulté lorsqu'il s'agit de les désigner collectivement. Nous les désignerons par le terme de « participants » dans la suite de l'article.

<sup>5</sup> Comme le formule Nancy Fraser : *Who belongs to the circle of those entitled to equal concern?*. Sans s'inscrire directement comme théoricienne du *care*, Nancy Fraser pose la question de ceux qui « comptent » quand se pose la question de la justice, de ceux dont les besoins et intérêts sont pris en compte, et qui sont reconnus comme ayant droit à une égale prise en compte de leurs intérêts. Elle utilise d'ailleurs le terme de *concern*, et non de *care* (Fraser, 2008).

(Tronto, 2013) ou d'une *caring society* (Glenn, 2000), cette question n'est cependant pas épuisée. Loin d'être des privilégiés, ils peuvent avoir du mal à faire entendre une voix rendue parfois inaudible par l'intervention professionnelle, voire qu'ils perçoivent eux-mêmes comme illégitime face aux institutions. Cette question met l'accent sur un problème potentiellement aporétique du *care* : qui est le mieux à même de définir le bon *care* ?

## 1. Du *recovery* au « rétablissement »

### 1.1. *Le recovery, une perspective critique issue des mouvements d'usagers*

La notion de *recovery* a été élaborée dans le cadre de mobilisations d'usagers et ex-usagers nord-américains de la psychiatrie, qui mettaient en avant le point de vue des personnes concernées et l'entraide entre pairs (Le Cardinal et al., 2013). Cette perspective critique une conception de la maladie, qu'elle identifie comme dominante dans les institutions, qui tend à réduire les personnes à leurs symptômes et les assigne à la seule perspective de la chronicité. Le terme de « rétablissement », par lequel elle est traduite, pourrait faire penser que cette notion se réfère à la possibilité d'une rémission des symptômes, voire d'une guérison de la maladie. La question de l'évolution de pathologies telles que la schizophrénie ou les troubles bipolaires reste très controversée en psychiatrie. La tradition clinique tend à mettre en avant leur pronostic péjoratif, leur caractère a minima chronique voire la détérioration à venir de l'état des malades. Certaines études montrent cependant sur le long terme une rémission des symptômes pour une proportion de malades variable<sup>6</sup>. L'horizon d'une évolution qui n'est pas fatalement négative peut influencer sur les modalités d'intervention auprès des personnes atteintes de troubles et sur la manière dont celles-ci se projettent dans l'avenir. Cependant, la notion de *recovery* ne se réfère pas d'abord à la problématique de la guérison et à la possibilité de revenir à un fonctionnement antérieur (*recover from*). Elle concerne avant tout la reconnaissance des compétences des personnes, la possibilité pour elles de faire des projets – éventuellement avec des symptômes psychiatriques récurrents, en considérant que ceux-ci n'excluent pas de (re)construire une vie qui ait du sens et d'être membre à part entière de la société (*to be in recovery*) (Davidson et al., 2009).

La perspective du *recovery* engage un changement de paradigme très similaire à celui que pro-meuvent les *disabilities studies*. Ces perspectives sont toutes deux issues de mobilisations de personnes concernées, dans le sillage des mouvements en faveur des droits civiques aux États-Unis. Les militants dénoncent les partages normatifs hiérarchisés dominants qui tendent à stigmatiser certaines caractéristiques et à en faire le support de discriminations. Ils critiquent plus généralement la tendance commune à tenir pour évident et universel le point de vue valide tandis qu'est invisibilisé le point de vue des personnes en situation de handicap (Dufour, 2013) – tendance désignée par le terme d'*ableism* (« validisme »). Ces mobilisations critiquent fortement les institutions d'accueil, l'aliénation et la dépendance qu'elles produisent. Des chercheurs concernés à la première personne et intervenant en tant que tels (comme Larry Davidson ou Patricia Deegan) ont mis en évidence les points de vue implicitement adoptés dans la recherche. En ce sens, leurs travaux contribuent à l'exploration des problèmes identifiés par l'épistémologie du point de vue (*standpoint epistemology*) théorisée par tout un courant de pensée féministe et féministe noir (Harding, 1991 ; Collins, 1997)<sup>7</sup>. Les perspectives du *recovery* et celle des *disability studies* ne sont cependant pas entièrement convergentes. En effet, les univers sociaux des troubles psychiques et du handicap ne se confondent pas. Ils mobilisent des représentations propres, des formes institutionnelles et des savoirs spécialisés distincts, malgré des zones de recouvrement. Les expériences peuvent en être sensiblement différentes, de même que, très concrètement, les institutions et le type d'intervention professionnelle contre lesquels la critique se forme. La notion de « handicap psychique », récemment promue et diffusée en France, explicite ce recouvrement et simultanément ouvre un nouvel espace de représentation et d'intervention institutionnelle. De plus, en dépit d'une dénonciation des stigmates et d'un effort pour les renverser, comme dans les *mad pride* ou les *crip pride* (Lewis, 2006), les personnes concernées n'endossent pas volontiers

<sup>6</sup> Pour une synthèse de plusieurs vastes études longitudinales parues dans les années 1970 voir Harding (2005).

<sup>7</sup> Pour une présentation de ces travaux en français, voir Dorlin (2009) et Puig de la Bellacasa (2003).

un stigmate voisin en plus du leur, mais cherchent plutôt à s'en dissocier (Goffman, 1975). Cela explique pour partie que ces mobilisations restent distinctes, même si elles présentent des analogies et concernent des ensembles de personnes qui se recoupent partiellement.

### 1.2. L'importation du recovery en France : des appropriations contrastées

La perspective du rétablissement est une perspective importée en France, non par des mouvements d'usagers, mais par différentes initiatives portées par des professionnels militants au sein d'institutions. La diffusion de ce concept est restée relativement restreinte auprès des professionnels et usagers, au moins dans un premier temps. Le rapport ministériel rendu en 2009 (Girard, Estecahandy, & Chauvin, 2010) qui ouvre la voie au projet « Un chez soi d'abord » s'y réfère, l'introduisant, via ce programme qui est tout à la fois un programme d'intervention et de recherche, sur les plans politique et scientifique (Laval & Rhenter, 2012). On trouve également d'autres voies d'introduction : le « rétablissement » est ainsi présent dans un programme européen orienté vers le retour à l'emploi (Emilia)<sup>8</sup> démarré en 2005 (Greacen & Jouet, 2013), ainsi que dans le programme national des médiateurs santé-pair du CCOMS Lille, de l'EPSM Lille Métropole et de la Fnapsy (2010)<sup>9</sup>, ou encore dans des initiatives plus locales, comme le Club House à Paris<sup>10</sup>. Il connaît aujourd'hui une diffusion plus rapide, mais encore limitée, tant du côté des professionnels que des associations d'usagers, via des publications (Greacen & Jouet, 2012 ; MNASM, 2010), ou des présentations publiques, colloques et conférences, comme les Journées du Comité français pour la réhabilitation psychosociale, qui s'y réfère dans son « manifeste » de 2008<sup>11</sup>, ou comme les conférences sur le sujet qui se multiplient au sein de l'Unafam<sup>12</sup>, une des principales associations de proches de malades psychiques.

Cette appropriation de la notion de « rétablissement » se fait paradoxalement tantôt comme outil de renouvellement critique des institutions existantes en France, ou du moins des institutions connues par les acteurs, tantôt par une interprétation par assimilation à ce qu'ils connaissent déjà, dont les traditions critiques en psychiatrie, dans le social et dans le traitement des addictions, comme la politique du secteur psychiatrique dans son versant de désinstitutionnalisation (Henckes, 2009), les politiques de « bas seuil » dans le social ou de réduction des risques dans les addictions (Lovell, 2001). De fait, le terme « rétablissement » permet alors de saisir des pratiques qui « faisaient du rétablissement » sans le nommer ainsi, mais peut aussi être mobilisé pour mettre en valeur d'autres pratiques – qui ont pu jouer un rôle de transformation critique des institutions sans nécessairement embrasser toutes les dimensions de la perspective du rétablissement. La question reste de savoir si l'introduction des pratiques de rétablissement prolonge ou contribue à ces formats de critique antérieurs ou si elle vient les questionner, auquel cas leur assimilation aux pratiques antérieures aurait plutôt valeur de dilution.

Le fait que la perspective du rétablissement soit une perspective peu connue et en partie importée par le programme « Un chez soi d'abord » implique de la part des différents acteurs du programme qu'ils se l'approprient : les membres de l'équipe, nous y reviendrons, mais aussi ses porteurs institutionnels et financiers. Il s'agit en effet d'un programme où se juxtaposent des strates de gouvernance multiples : deux « porteurs » institutionnels organisent la mise en œuvre opérationnelle sur chaque site (un porteur sanitaire, le plus souvent un établissement psychiatrique, et un porteur social, une ou plusieurs associations intervenant dans la question de l'hébergement et du logement social ou dans la réduction des risques en toxicomanie), à quoi il faut ajouter les « financeurs » – représentés localement par les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales et interdépartementales

<sup>8</sup> *Empowerment of mental illness service users through lifelong learning integration and action* – programme européen de recherche-action (2005–2010) orienté vers la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques graves.

<sup>9</sup> Le programme national des médiateurs de santé pairs (2010–2013), CCOMS-Lille, EPSM Lille Métropole, Fnapsy : <http://www.mnasm.com/files/uploads/TRIPTIK.pdf>.

<sup>10</sup> L'association Club House France a été créée en avril 2010 <http://www.clubhousefrance.org/content/association> pour promouvoir le modèle construit à partir de l'expérience du club *Fountain House* à New York : offrir un lieu d'accueil entre pairs souffrant de troubles psychiques et avec des salariés du club, accueil orienté vers la réinsertion professionnelle. Le Club House de Paris a ouvert en novembre 2011.

<sup>11</sup> Voir notamment le « Manifeste de Réhab » : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Document élaboré et validé par le congrès de Versailles, 13 et 14 mars 2008.

<sup>12</sup> Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

de l'hébergement et du logement (DRIHL) gestionnaires des financements nationaux – qui peuvent exiger des comptes sur l'activité des équipes, ainsi que la coordination nationale – opérée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL) –, sans pouvoir hiérarchique, mais qui a organisé l'appel à projet sur chaque site et qui s'assure de la fidélité au modèle et de la diffusion de ses principes.

Outre les tensions suscitées au sein des équipes par cette traduction pratique dans des situations concrètes, que nous allons analyser par la suite, les professionnels sont aussi confrontés aux exigences de ces différentes institutions assurant sa gouvernance.

Sur l'un des sites, le « renversement des logiques » et la « transversalité des tâches » revendiqués dans la constitution des équipes pluridisciplinaires sont mobilisés par le porteur social pour appuyer sa demande que l'équipe assume les tâches de la signature du bail et de l'état des lieux initial des logements. L'équipe y résiste au motif de la confusion que cela introduirait dans son rôle d'accompagnement, qui doit suivre le rythme des priorités de la personne : en se chargeant de ces missions, elle se retrouverait de fait à assumer la représentation du bailleur du logement au moment de l'entrée dans le programme, au risque que la personne assimile l'équipe aux exigences de paiement du loyer et d'« occupation paisible du logement ». Non que l'équipe ne soit sensible à ces exigences, qui conditionnent le maintien à terme dans le logement, mais elle n'entend pas occuper une position normative envers les personnes. Confrontées à d'éventuelles difficultés dans le logement ou pour le paiement du loyer, les personnes pourraient alors hésiter à recourir à l'équipe – précisément dans des situations où celle-ci pourraient les aider.

Sur un autre site, le centre hospitalier porteur du projet intègre dans la fiche de poste du médecin généraliste un « bilan médical » mensuel : si l'équipe ou le médecin s'efforçait de réaliser effectivement ce bilan, cela entrerait en tension, tant avec le principe d'accompagner les personnes « à leur rythme » et selon leurs priorités, qu'avec celui de privilégier le « droit commun », c'est-à-dire de permettre aux personnes d'avoir accès à des dispositifs (de soin, d'aide, de loisir) non spécifiques, communs à tout un chacun (pour le soin : médecin généraliste de ville, centre de santé, centre médico-psychologique pour les soins psychiatriques, etc.).

De manière générale, l'équipe doit rendre officiellement des comptes aux institutions porteuses du programme, ainsi qu'à ses financeurs, qui peuvent chacun avoir leur propre compréhension de la philosophie du programme, ou leurs propres priorités. Les ARS sont ainsi attentives à la question de l'accès au soin et demandent des données sur des indicateurs spécifiques, comme le nombre de personnes ayant un médecin traitant. L'observation sur chacun des sites et les données d'activités des équipes indiquent que les premiers mois d'accompagnement sont davantage centrés sur l'accès aux droits sociaux et l'aménagement du logement, la question des soins émergeant – sauf problème spécifique – une fois qu'une partie de ces soucis sont réglés, et lorsque les personnes ont pu « s'installer » un peu dans leur nouvelle situation.

En outre, les équipes d'« Un chez soi d'abord » sont confrontées aux attentes des autres intervenants sociaux et sanitaires autour des personnes accompagnées (assistantes sociales, secteurs psychiatriques, équipes d'addictologie, etc.) qui s'occupaient des personnes lorsqu'elles étaient sans logement, et qui poursuivent leur accompagnement, sans que la division des tâches soit toujours claire, ni surtout la manière de travailler des équipes du programme – ces dernières pouvant être accusées de ne pas être suffisamment réactives face à des situations jugées préoccupantes.

Mais le paradoxe le plus aigu dans l'introduction de la perspective du rétablissement concerne les participants-usagers du programme, lorsqu'il apparaît que cette conception n'est pas portée par ceux-ci mais doit leur être transmise par des professionnels<sup>13</sup>. La perspective du rétablissement apparaît ainsi, au moins dans les premiers temps du programme, davantage comme un levier de réforme de l'intervention des professionnels, que comme une proposition concernant au premier chef les participants-usagers.

<sup>13</sup> Il faut noter que ce paradoxe est partiellement présent également dans les programmes américains, puisqu'à également été identifiée la nécessité de former les participants de ce type de programme au rétablissement, comme le souligne une psychologue de l'Université de Yale (*Yale Program for Recovery and Community Health*) venue former les équipes françaises en juin 2014. La différence, notable, réside dans le fait qu'aux États-Unis, la formation est réalisée essentiellement par des médiateurs pairs.

Les appropriations de cette perspective sont par suite contrastées : sur chacun des sites, entre les différents acteurs, mais aussi entre les équipes d'intervention, selon leur composition, la manière dont chacun des membres des équipes investit cette perspective, et la conception commune qui se construit et se reconstruit au fur et à mesure du travail en commun et de l'élaboration de « jurisprudences pratiques », c'est-à-dire des situations qui font référence pour une équipe et servent de repères pour les situations ultérieures.

## 2. Des situations qui mettent à l'épreuve le principe du respect des choix des participants

L'accompagnement fondé sur le principe de rétablissement ne se heurte, en effet, pas seulement à d'autres modèles d'intervention auprès d'autrui, mais aussi à des situations qui mettent à l'épreuve l'engagement des professionnels dans ce modèle. L'une des questions principales qui met à l'épreuve le principe du rétablissement est celle du risque : le respect des choix de la personne se heurte à l'évaluation du risque par les professionnels qui l'accompagnent – la question étant de savoir quand commence le risque, ou plutôt, quand commence l'inquiétude, c'est à dire la perception d'un risque insupportable. Le deuxième type d'épreuve étudié est représenté par les situations où l'équipe ne parvient pas à établir la relation minimale au sein de laquelle les choix de la personne pourraient être soutenus. Ce sont ces deux types de situation qui vont être ici analysés à travers deux exemples approfondis.

### 2.1. Modalités d'inquiétude et définition de l'intervention adéquate

La question du nouage de l'évaluation de l'inquiétude et de la définition de l'action adéquate, en tension entre respect des choix et intervention plus intrusive, se pose bien en deçà de la contrainte pure, comme le montre l'exemple suivant.

Le voisin d'une jeune femme locataire dans le programme, Chloé Baye, envoie un courrier à leur bailleur, que celui-ci transmet à l'équipe d'accompagnement. Il se plaint de nuisances sonores répétées : de la musique, des personnes parlant très fort, riant, criant, au milieu de la nuit. Il affirme que la jeune femme l'a menacé lorsqu'il a protesté auprès d'elle. Il assure de sa bienveillance pour le programme, mais fait valoir que les nuisances sont éprouvantes pour sa santé fragile et il menace de porter plainte.

Cette lettre suscite deux types de soucis dans l'équipe. Le premier concernant la conservation de son appartement par la jeune femme : s'il y a trop de problèmes avec le voisinage, elle risque de perdre son logement – à la suite d'une procédure d'exclusion ou du refus du bailleur de renouveler le contrat à l'issue de la phase expérimentale du programme. C'est un risque réel et problématique, mais qui s'échelonne sur plusieurs mois, et il est toujours possible d'envisager un re-logement dans un autre appartement. Un deuxième souci, plus immédiatement prégnant, concerne la santé de la jeune femme : ces troubles ne sont-ils pas le signe d'une recrudescence de sa pathologie psychiatrique ? La médiatrice santé-pair, Claire, le souligne au cours de la réunion d'équipe hebdomadaire : lorsque cette jeune femme, entrée dans le programme un an auparavant, avait cessé ses traitements et commencé à aller mal la dernière fois, elle s'était mise à boire, à recevoir beaucoup d'amis et n'entretenait plus son appartement, voire le dégradait. Claire l'avait vue à cette époque et l'avait accompagnée antérieurement pour se faire hospitaliser. L'appartement de Mme Baye avait alors été retrouvé dans un état qui avait impressionné l'équipe : télévision cassée, meubles renversés, nombreuses bouteilles d'alcool vides sur le sol, ordures non jetées. Éric, un infirmier avec une longue expérience de la psychiatrie et du travail en extra-hospitalier, mais arrivé récemment dans l'équipe et qui n'a jamais rencontré Mme Baye, insiste à plusieurs reprises pendant la réunion :

« Elle ne va pas bien. J'en entends beaucoup parler depuis que je suis arrivé, et manifestement, elle ne va pas bien ».

Un travailleur social et une infirmière, Laurent et Anne, sont allés la voir le matin même : ils ont longtemps frappé à la porte, se sont alarmés en entendant son téléphone portable sonner à l'intérieur,



et Mme Baye a finalement ouvert quand ils ont annoncé qu'ils allaient revenir avec une clef pour vérifier que tout allait bien.

L'équipe débat longuement de cette situation. Laurent et Anne ne l'ont « pas trouvée bien ». Ils mentionnent que son appartement était sale, avec des mégots par terre, mais ce n'est pas d'abord ce qu'ils mettent en avant. Ils font surtout état des reproches de Mme Baye envers l'équipe : elle trouve leur visite « intrusive », ils l'ont réveillée et, de manière générale, elle estime que la visite hebdomadaire prévue par le programme est trop fréquente et contraignante, que cela ne lui apporte rien ; elle proteste qu'elle ne va pas raconter sa vie et partager ses soucis personnels avec « quarante personnes ». L'équipe a en effet connu un important renouvellement récemment. Quand aux dérangements dans l'immeuble, elle les impute à ses jeunes voisins qui « font la fête ».

Éric commente en disant : « Elle est "persécutée" par nous, mais elle s'arrange pour qu'on entende parler d'elle ». La psychiatre, Nathalie, fait une remarque similaire : « Elle ne veut pas entendre parler de nous, mais elle nous appelle tous les jours ». Mais cette dernière nuance : « La dernière fois que je l'ai vue, elle était calme, pas hallucinée, pas délirante ». Et Anne, l'infirmière qui l'a vue le matin, confirme : « On est le "mauvais objet", mais je ne suis pas alertée plus que ça ». L'équipe s'accorde sur le fait qu'elle ne va pas bien, partage également une inquiétude, mais diverge quant au degré de cette inquiétude et chacun des professionnels cherche à situer différemment le centre de gravité de l'échange. Claire, la médiatrice-pair souligne des signaux d'alerte : « Je la sens un peu parano », commente les mégots par terre : « Ça c'est mauvais signe », tout en situant le niveau d'alerte – avec la main penchée, elle indique : « Je la sens là » : en haut d'une pente descendante, « Je l'ai connue là » : elle abaisse la main. Anne ne minore pas les signaux d'alerte : le matin, quand Mme Baye lui dit : « Je ne suis pas votre priorité », elle lui a répondu : « Si on doit définir des priorités dans notre inquiétude, si, vous faites partie de nos priorités », interpellant Mme Baye sur leur souci. Mais elle souligne la légitimité des protestations de Mme Baye et elle lui a également proposé de réfléchir à des modalités de rencontre qui lui conviennent mieux, comme de la voir à l'extérieur de son domicile, ce qui est une possibilité ouverte à tous les locataires. Elle soumet à l'équipe l'idée de substituer à certaines rencontres un simple appel pour prendre des nouvelles, par exemple une semaine sur deux. Une autre travailleuse sociale, Lucie, l'une des plus anciennes de l'équipe, abonde dans l'exploration de cette alternative : « On peut lui "lâcher un peu la grappe", lui mettre moins de pression », avec l'idée d'instaurer ainsi d'autres relations, que Mme Baye percevrait comme moins imposées. Cette proposition pourrait permettre à celle-ci de davantage se saisir de l'accompagnement de l'équipe. Il ne s'agit pas de diminuer la vigilance, mais cela implique de considérer qu'il n'y a pas là une situation de danger imminent<sup>14</sup>. Éric, quant à lui, fait valoir une autre modalité d'inquiétude. Il répète à de nombreuses reprises « J'entends qu'elle ne va pas bien », « Elle ne va pas bien du tout », et même commente « Elle part en vrille, là ».

« Elle ne va pas bien » peut sembler un commentaire modéré, indiquant un niveau d'alerte faible, mais les remarques suivantes mettent en évidence cette autre modalité d'inquiétude associée aux maladies psychiatriques – qui constitue le sous-texte de l'échange précédemment décrit : considèret-on que Mme Baye manifeste les signes d'une « crise » ou d'une « décompensation » qui devrait appeler des soins plus intensifs, voire une hospitalisation, éventuellement sous contrainte ? Ces signes, si l'on considère qu'ils ne sont qu'avant-coureurs, n'appellent-ils qu'une vigilance accrue ou constituent-ils en eux-mêmes des signaux qui doivent déclencher une action ? Certains membres de l'équipe vont dans le sens de l'identification de degrés de gravité, ils « coordonnent leur inquiétudes » (Laval, 2009 ; Ravon & Laval, 2015, à paraître) de façon à rendre possible une action moins intrusive, certes incertaine mais qui, à terme, serait plus fructueuse : instaurer une meilleure relation à l'équipe qui, en retour, leur permettrait de mieux étayer Mme Baye. Éric, quant à lui, fait référence à un « Elle ne va pas

<sup>14</sup> Ana Marques, dans son travail sur une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) signale qu'une grande partie des personnes rencontrées par l'EMPP correspond aux critères d'une hospitalisation sous contrainte établis par la Haute Autorité de santé (HAS-ANAE, 2005) : situations d'incurie, d'intoxications chroniques, d'exposition à des conditions extrêmes, de froid par exemple – or l'équipe qu'elle observe va s'efforcer de déployer, autant qu'il est possible, une action pour « créer une demande ou faire accepter » des soins. Le moment « d'urgence » qui conduit à avoir recours au plus haut niveau de contrainte est donc décalé – dans le temps, mais aussi dans les critères d'alerte. L'EMPP qu'elle a observée est également accusée régulièrement de « ne rien faire » dans certaines situations. Il apparaît que ce « ne rien faire » vient qualifier, non l'inaction, mais l'absence d'action lisible pour ses interlocuteurs – ce que constitue *a contrario* une hospitalisation. Voir Marques, A. (2010, 331 sq. ; 2015 à paraître).

bien » qualitativement différent lorsqu'il vient qualifier des personnes identifiées comme malades psychiatriquement. Dans cette modalité d'inquiétude, le signe est mis en continuité avec la crise, il est d'emblée associé à un niveau de gravité supérieur. Ce point est d'ailleurs explicité au cours de l'échange : Lucie, travailleuse sociale, réagit à l'un de ces « Elle ne va pas bien » en disant : « Mais comme nous, ça nous arrive de ne pas être bien ! », à quoi Éric oppose : « Justement non, pas comme nous. Ce sont les critères d'inclusion du programme ». Tandis que Lucie s'efforce de ne pas tout rapporter à la maladie, Éric fait valoir qu'il ne faut pas minimiser celle-ci, ni ces signes, qui selon lui sont des signes de « la » maladie. Cela va de pair avec une substantivation des troubles : Éric se réfère ainsi, comme il est ordinaire dans certains courants de la psychiatrie à « la psychose », comme une entité distincte sous laquelle se subsume les faits et gestes des personnes qui en sont atteinte. La mise en continuité des signes à la crise, si elle est critiquée par Lucie, qui appelle à ne pas « projeter leurs angoisses », est pour Éric un appel à ne pas temporiser une intervention directement ciblée sur les troubles psychiques : « Ce serait dommage d'attendre qu'elle aille plus mal ».

La stratégie consistant à écouter ce que dit Mme Baye comme des revendications légitimes que l'on peut comprendre à partir de raisonnements ordinaires, et non comme des symptômes et des conduites à interpréter (sur le mode « Elle nous dit ceci mais nous montre cela »), est perçue par Éric comme l'effet d'une méconnaissance de la maladie, qu'il associe à une défiance envers la psychiatrie. Il est intéressant cependant de noter que la professionnelle qui exprime, de manière générale, le plus de défiance envers la psychiatrie pour avoir vécu des hospitalisations éprouvantes, la médiatrice santé-pair, fait partie de ceux qui mettent l'accent sur les éléments d'alerte dans cette situation – sans cependant exiger une intervention immédiate. Sa modalité d'inquiétude – graduée – voit d'abord dans cette alerte un appel à une vigilance renforcée et à une adaptation des formes d'intervention – en négociation avec la personne elle-même. Dans la modalité d'inquiétude continuiste, l'apparition de signaux d'alertes nécessite une conversion de l'intervention en soin. L'intégration des préférences de la personne dans la modalité d'inquiétude graduée trouve sa limite lorsque la coordination des inquiétudes converge vers un niveau d'alerte élevé.

Se composent ainsi dans cette situation deux éléments : l'évaluation collective de la gravité de la situation, mais aussi la modalité d'inquiétude qui permet, ou non, davantage de plasticité dans la réponse. Nous n'indiquons volontairement pas la manière dont cette situation a évolué, car, comme nous le précisons dans l'exemple qui ouvre cet article, le moment de la décision est caractérisé par l'incertitude et les choix des différents intervenants modifient l'évolution de la situation.

La question de la détention des clefs des personnes par l'équipe, qui intervenait également dans la situation rencontrée avec M. Landier qui ouvrait l'article, cristallise la tension entre ce que promeut le programme et cette inquiétude attachée au(x) « public(s) » que l'équipe accompagne : les membres de l'équipe ne sont pas censés entrer dans le logement sans l'accord de la personne, afin de respecter ses choix, son intimité. C'est l'un des principes de proposer un logement qui soit un « chez soi » et pas seulement un « toit » ou un « hébergement ». De plus, l'enjeu est de faire accéder les personnes à des conditions sociales ordinaires, autant que possible à des situations de « droit commun », et l'on ne pénètre pas chez « les gens » sans leur accord – hors situation de danger imminent. Précisément, cette limite n'est pas spécifique aux personnes accueillies dans le programme. Les pompiers, par exemple, peuvent casser la porte d'un appartement s'il y a des éléments suffisamment forts indiquant qu'une personne est en danger à l'intérieur. Or les équipes ont le double des clefs d'une grande partie des appartements : ça n'est pas imposé aux personnes, mais elles y sont fortement incitées. Les équipes mobilisent différentes justifications, qui vont de la commodité (la résolution simple et sans frais de serrurier des cas de clefs oubliées à l'intérieur) à l'inquiétude, qui se réfère aux risques spécifiques d'une partie des personnes accompagnées par le programme : risque suicidaire, consommation de différents psychotropes, dont des traitements prescrits aux effets secondaires importants. La possession de ces clefs peut être décrite comme simplement pratique, mais sa généralisation peut contribuer à une représentation des participants du programme comme appartenant à une catégorie de personnes potentiellement négligentes, incompétentes, voire irresponsables (oubliant ou perdant leurs clefs) et/ou spécifiquement « à risque ». Ce sont également la singularité de la relation à chaque personne ainsi que son choix effectif (de confier les clefs de chez elle à l'équipe ou à une autre personne choisie par elle) qui sont remises en cause. L'inquiétude est ce qui conduit à convertir un *care* fondé sur les choix du destinataire des soins ou de l'accompagnement en un *care* fondé sur les évaluations de

celui qui le dispense, la question portant sur le seuil ou les objets de l'inquiétude qui suscitent cette conversion.

## 2.2. Les limites d'un care co-construit ?

Si le principe du rétablissement exige que les choix de la personne soient au cœur de l'intervention des équipes, celles-ci se heurtent à des situations où la personne semble « échapper » à la possibilité même de poser des actes qui fassent sens pour les professionnels engagés dans la relation.

M. Jen est un homme à la fois tranquille et in-tranquille, qui tantôt se présente comme un garçon « sage », tantôt insulte une professionnelle en la traitant de noms d'oiseaux. L'installation dans son appartement a lieu dans un climat de courtoisie et de politesse. M. Jen présente bien. Il est propre sur lui. Mais au bout de quelques jours, il insulte le concierge et effectue quelques larcins. M. Jen n'est pas originaire de la ville où un appartement lui est proposé. De nombreux papiers administratifs sont à faire (démarches auprès de la CAF, ouverture d'un compte bancaire). La lenteur administrative ne convient pas à M. Jen qui injurie les employés des administrations en disant ensuite à l'équipe : « Voyez, j'ai réglé le problème ». En fait, les démarches administratives « s'embourbent ». M. Jen commet alors des petits actes de délinquance. Il vole ainsi un CD dans une voiture et frappe la carrosserie de celle-ci. Il est rattrapé par l'institution judiciaire pour des actes délictueux commis antérieurement. Une tentative pour faire intervenir une infirmière à domicile échoue, M. Jen dit ne pas avoir besoin de soins car il n'est « pas malade ». Suite à une tentative de médiation avec l'association porteuse du programme sur le volet logement, un projet de déménagement est envisagé sans aboutir. Puis M. Jen « monte » dans sa ville d'origine pour débloquer son compte bancaire. Il y est hospitalisé en urgence en psychiatrie. Il revient. Il provoque un incident au Trésor public où il fait un « show » en injuriant tout le monde et en disant « qu'il veut détruire les voitures, mais sans que son poing n'atteigne le capot », selon les dires d'une éducatrice qui était présente. Suite à cet esclandre, il s'effondre et évoque des traumatismes subis durant son enfance, puis repart chez lui, comme s'il ne s'était rien passé. M. Jen n'a toujours pas de compte bancaire et dépense tout son argent dans l'achat d'alcool.

De fait, l'équipe suit les conduites, les provocations de M. Jen, jusqu'au moment où il insulte d'autres personnes extérieures à l'équipe d'accompagnement, notamment des personnels administratifs. L'inquiétude ici ne porte pas sur les interprétations des faits et gestes de M. Jen, ni sur ses capacités à habiter, encore moins sur le degré de gravité d'une pathologie, mais plutôt, face à une série d'esclandres usant pour les intervenants, sur les limites propres à l'équipe de « commercer » avec M. Jen. Les professionnels interrogent la possibilité de poser une parole qui arrête ce qu'ils vivent comme une escalade :

« C'est le fait qu'il soit allé insulter d'autres personnes que nous. Notamment ici, au cinquième étage [...] L'élément déclenchant, ce rendez-vous là, il a fait basculer. C'est-à-dire que Jen arrive et réinterroge la relation que l'on a à l'argent dans le programme. Comment on se laisse entraîner là-dedans et comment on ne dit pas non. Sur ces entrefaites, le jour même, il y a une réunion, donc on est en train de discuter sur le "pourquoi on ne dit pas non". On a en urgence un rendez-vous dans la foulée avec Jen pour de l'argent. Du coup, je dis à Paul [psychiatre] : « après la théorie, la pratique ». On est tombé sur un Jen qui était au meilleur de sa forme [le ton est ironique] [...] Nous voilà partis [à trois professionnels]. Il était imbibé on ne peut plus et donc, là-dessus, il me dit : "Pourquoi tu es venue avec ces deux cons ?". Déjà, ça partait bien. Il va pour nous ouvrir et je dis aux deux autres : "Moi, je ne rentre pas dans l'appartement avec toi comme ça", S. et G. me disent que si, on peut aller boire un café. Je leur dis que non, on boit zéro café, on ne monte pas et que s'il n'a pas envie de nous voir maintenant, on s'en va. Lui il dit : "Vous ne montez pas ? Pourquoi, chez moi, ça pue ?". Et je lui réponds que "Non, ce qui pue, c'est ce qui est en train de se passer : tu es alcoolisé, tu es mal élevé et que j'arrive avec deux professionnels, deux collègues de travail, tu les insultes". Et là, ça part de là. [...] Donc, du coup, là-dessus, je lui ai demandé pourquoi il était dans le programme. Du coup la première machine commence à s'emballer comme ça. . . » Entretien avec Nathalie, travailleuse sociale.

Après quelques semaines, lorsque la relation avec M. Jen s'est apaisée, l'équipe a tiré quelques enseignements pratiques de cette affaire délicate. Une reprise réflexive, dans différents espaces

collectifs (réunions internes et externes) sur les limites à poser sans trahir cette éthique du choix, a érigé le cas de M. Jen en jurisprudence pratique. Les décisions prises, qui s'appliqueront ensuite aux autres résidents, concernent le réaménagement des temps et des lieux de la rencontre : il est proposé un rendez-vous hebdomadaire régulier avec les personnes et non plus une rencontre dans l'urgence et sous la pression de la demande immédiate. Un recentrage est effectué entre une logique d'action centrée sur le choix de la personne et un standard plus classique d'intervention : installation d'un cadre, de règles coutumières et de contraintes temporelles concernant les modalités pratiques de la rencontre.

Cette situation a mis à l'épreuve l'accompagnement qui était défini auparavant comme « inconditionnel », ce qui a conduit l'équipe à redéfinir ses modalités d'intervention. Si souples et informelles soient-elles, l'équipe a éprouvé la nécessité d'instituer quelques éléments d'un cadre minimal. L'exemple de M. Jen montre une situation où le participant au programme ne s'inscrit dans aucune des démarches proposées par l'équipe, plus encore, met en péril différentes dimensions d'une insertion sociale telle qu'elle est proposée dans le programme. Si l'équipe n'impose aucune démarche, cette crise révèle peut-être un accord possible sur des éléments minimaux jugés primordiaux, sans néanmoins en redéfinir l'ordre des priorités ni imposer de limites temporelles : le maintien dans le logement, la santé, l'avancée des démarches administratives. L'impossibilité d'avancer sur aucun de ces éléments pose problème. Mais plus encore, c'est l'impossibilité de construire une relation permettant de co-définir le *care* proposé qui est la plus problématique pour l'équipe.

### 3. Conclusion

Les personnes faisant l'expérience de troubles psychiques graves sont susceptibles d'être prises entre plusieurs types de catégorisations dont dépendent des problématisations et des formes différentes d'intervention sociale sur autrui : le handicap, la maladie, la vulnérabilité, la dangerosité – auxquelles s'ajoutent éventuellement d'autres catégorisations liées à des trajectoires sociales précaires, comme l'exclusion, l'errance, les addictions. Les personnes entrant dans le programme « Un chez-soi d'abord » sont confrontées à la plupart de ces catégorisations. Les critères d'entrée dans ce programme incluent explicitement des troubles psychiques graves, des conditions d'hébergement précaires et une expérience de la rue, éventuellement une addiction, un passé d'hospitalisation ou de prison. Sans qu'une reconnaissance administrative de handicap soit un critère d'inclusion (une proportion importante est toutefois bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé), les personnes doivent, en outre, au moment de l'inclusion, présenter « un niveau élevé de besoins sanitaires et sociaux ». Ces personnes multi-catégorisées sont ainsi exposées à une vigilance particulière de la part des professionnels à divers titres : quant à leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes, tant d'un point de vue médical que social, à « habiter leur logement », à ne pas se mettre en danger, à ne pas être sources de désordres. L'identification de troubles psychiques, préalable à l'entrée dans ce programme, est au cœur de l'exposition permanente au risque de voir disqualifiée leur capacité à décider pour elles-mêmes, jusqu'à une éventuelle hospitalisation sous contrainte en psychiatrie.

L'introduction de la perspective du rétablissement est censée subvertir ces catégorisations en induisant des pratiques de *care* professionnelles dans lesquelles les personnes destinataires de *care* sont identifiées comme légitimes à définir ce qui donne sens à leur vie et les priorités de leur accompagnement. Dans leur appropriation de cette perspective, les professionnels sont cependant confrontés à leurs propres normes et limites, professionnelles et personnelles, antérieurement acquises, et les différentes attentes auxquelles ils sont exposés par ailleurs, de la part des autres professionnels sanitaires et sociaux gravitant autour des personnes accompagnées et plus largement des institutions porteuses du programme. Les obstacles auxquels se heurte cette tentative de *care* dans la perspective du rétablissement sont ainsi, dans un premier temps, la prégnance de formats de *care* antérieurs, ce que nous avons appelé « *care* institutionnel ».

Lucas Pattaroni demandait : « Jusqu'où le *care* est-il institutionnalisable ? » (2006). Il entendait ainsi mettre notamment en évidence, dans les dispositifs qu'il étudiait, la tension entre l'attention au singulier exigée par le *care* et les attentes institutionnelles pesant sur les intervenants, ainsi que la nouvelle responsabilité attribuée au destinataire corrélée à « l'autonomie » qui tout à la fois lui serait accordée et serait attendue de lui. Cette recherche nous conduit à prolonger et discuter ces analyses. L'exigence de

suivre les choix des personnes au sein du programme met les professionnels en situation d'accueillir et même de soutenir des formes de vie perçues comme improbables, voire transgressives à l'égard des normes sociales. Elle les conduit ainsi à déplacer leurs normes personnelles et professionnelles. Certaines situations-limites conduisent en revanche à éprouver et mettre à mal ce principe. L'impératif du « respect des choix de la personne » se convertit en questionnement : « jusqu'où ne pas décider pour autrui ? » L'accompagnement fondé sur le principe du rétablissement ne tient ainsi pas seulement aux appropriations diverses d'une perspective et de modèles d'intervention importés<sup>15</sup>, dont la traduction pratique ne va pas de soi, mais également à ce que les pourvoyeurs de *care* sont capables de tenir ou de soutenir, que ce soit dans les dimensions négatives de la relation (fuite, agressivité) ou dans l'inquiétude que celle-ci suscite. Cette inquiétude n'est pas nécessairement d'ordre vital, il peut s'agir de la crainte du franchissement d'un seuil (rupture de la relation d'accompagnement, perte du logement, dégradation de l'état de santé. . .) qui les interroge sur la nécessité d'avoir une conduite plus intrusive, pour éviter des évolutions difficilement réversibles.

Dans le travail de coordination des inquiétudes (Laval, 2009 ; Ravon & Laval, 2015, à paraître) que nous avons décrit, les critères qui orientent l'action sont ainsi partiellement déconnectés des règles normatives des métiers. Pour saisir comment un espace de *care* se déploie entre ce qui est soutenable et insoutenable pour les professionnels, il conviendrait de mieux saisir comment la présence de médiateurs-pairs contribue à produire une « soutenabilité » élargie. La compétence de ces derniers est en effet fondée sur des expériences similaires à certaines de celles vécues par les destinataires du programme et sur une expérience personnelle de rétablissement, c'est-à-dire d'un nouvel équilibre de vie avec les difficultés vécues et non centré sur elles et leur suppression/réduction. L'introduction en France de ces nouveaux professionnels que sont les médiateurs-pairs est source de nombreuses tensions relatives à leur statut et à leur légitimité professionnelle. Mais sans surestimer cet effet, la présence des médiateurs-pairs est susceptible de subvertir la tendance à traiter une personne accompagnée non comme un autrui singulier mais comme appartenant à une catégorie à part, mue par d'autres tenants et aboutissants que soi, légitimant un traitement différencié. D'autres professionnels des équipes seraient susceptibles de mobiliser des expériences similaires, mais le cadre normatif ordinaire tend à induire plutôt une dissimulation des vécus stigmatisés. La présence officielle des médiateurs-pairs au sein des équipes tend à déplacer les frontières pré-existantes et notamment les effets d'altérisation des catégories disponibles. Cela ne se produit pas toujours, comme lorsqu'un médiateur-pair n'est pas reconnu comme un pair-collègue mais « traité » comme appartenant précisément à une catégorie à part – si sa voix est moins écoutée, les reproches qui lui sont adressés mis en lien avec sa pathologie. . . Mais il reste que lorsqu'il est reconnu comme le pair de ses collègues, il a la possibilité de faire entendre d'autres perspectives pour interpréter une situation qui fait trouble – à côté des hypothèses déjà identifiées par les professionnels. Cette perspective, qui sera à approfondir, ouvre une voie à une élaboration de nouvelles formes de *care* par la remise en cause au sein des dispositifs institutionnels du partage entre *care-givers* et destinataires de *care*, entre personnes « vulnérables » et personnes « capables de les aider ».

Le fait de placer au centre de l'intervention le choix des personnes accompagnées n'est ainsi pas une manière de revenir à une autonomie contre le *care* (Ogien, 2011) – il s'agit bien de réinstaurer ici la disponibilité de ressources de *care* pour les personnes qui entrent dans ce programme, pour les soutenir dans la réalisation d'une vie qui ait du sens pour eux. Il s'agit d'une tentative pour mettre en œuvre un *care* co-construit, la définition conjointe de ce qui aide et à quelles fins. Celle-ci n'abolit pas les normes propres du *caregiver* ni les antagonismes potentiels à l'œuvre dans la définition de la situation de ce qui y constituerait un « bon *care* ». Elle tend à symétriser davantage les positions, dans une distribution des capacités et incapacités susceptible de circuler.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<sup>15</sup> Qui diverge d'ailleurs du modèle d'accompagnement étudié par Lucas Pattaroni, qui certes valorise l'autonomie, mais au sein d'un modèle contractuel passé avec l'usager.

## Références

- Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics: Voices from the front line of community psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Collins, P. H. (1997). Comment on Hekman's "Truth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited": Where's the Power? ». *Signs*, 22(2), 375–381.
- Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 323–332.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11–24.
- Dorlin, E. (2009). *Sexe, race, classe : Pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dufour, P. (2013). *L'expérience handie : Handicap et virilité*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Estroff, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie : Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Paris: Les Empêcheurs de tourner en rond–Synthélabo.
- Fraser, N. (2008). Abnormal Justice. *Critical Inquiry*, 34(3), 393–422.
- Gilligan, C., Hochschild, A. R., & Tronto, J. C. (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés : À quoi sert le care*. Paris: Payot.
- Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport. ministère de la Santé et des Sports, La Documentation française.
- Glenn, E. N. (2000). Creating a caring society. *Contemporary sociology*, 29(1), 84–94.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., et al. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1, e000323.
- Goffman, E. (1975). *Stigmata: Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Ramonville-Saint-Agne: Éditions Érès.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: Le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359–364. <http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2013.1067>
- Harding, C. M. (2005). Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns, and predictors. In L. Davidson, C. M. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* (pp. 27–48). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca: Cornell University Press.
- HAS-ANAES. (2005). *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*. Paris: Recommandations pour la pratique clinique.
- Henckes, N. (2009). Les transformations de l'intervention psychiatrique dans la ville au cours du vingtième siècle: De l'hygiène mentale au secteur, entre politique et éthique. In A. Michel (Ed.), *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources*. Actes du colloque organisé par le Pôle Sciences de la ville, Université Paris Diderot, 29 et 30 mai 2007, (pp. 113–137). Paris: Le Manuscrit.
- Laforge, D. (2009). *Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines: Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel*. Socio-logos. *Revue de l'Association française de sociologie*, 4. Consulté le 23 octobre 2013, à l'adresse: <http://socio-logos.revues.org/2317>
- Laval, C. (2009). *Des psychologues sur le front de l'insertion*. Ramonville-Saint-Agne: Éditions Érès.
- Laval, C., & Rhenter, P. (2012). Chez soi d'abord et rétablissement. Deux exemples de circulation de modèles d'action entre l'Amérique du Nord et l'Europe. *Rhizome*, 45, 50–53.
- Le Cardinal, P., Roelandt, J. L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance: Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365–370.
- Lewis, B. (2006). A mad fight. Psychiatry and disability activism. In L. J. Davis (Ed.), *The Disability Studies Reader* (pp. 339–352). New York: Routledge.
- Lovell, A. M. (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie hors les murs. *Raisons pratiques*, 7, 59–85.
- Lovell, A. M. (2001). Ordonner les risques: L'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues. In M. Dozon, & D. Fassin (Eds.), *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique* (pp. 309–341). Paris: Balland.
- Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien: Le travail micropolitique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité* (Thèse de doctorat en sociologie). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Marques, A. (2015). *Jusqu'où est-il légitime de ne pas décider pour autrui? Le travail micropolitique autour d'une équipe mobile psychiatrie-précarité*. Sciences sociales et santé (à paraître)
- MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale). (2010). Dossier: Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins. *Pluriels*, 85–86.
- Ogien, R. (2011). Les tendances moralistes et inégalitaires de l'éthique du care. *Travail, genre et sociétés*, 26(2), 179–182.
- Pattaroni, L. (2006). « Le care est-il institutionnalisable? Quand la « politique du care » é mousses son éthique ». In P. Paperman, & S. Laugier (Eds.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 177–203). Paris: Éditions de l'EHESS. coll. Raisons Pratiques.
- Puig de la Bellacasa, M. (2003). Scientificité et politique aujourd'hui: Un regard féministe. *Nouvelles questions féministes*, 22(1), 48–60.
- Ravon, B., & Laval, C. (2015). *Prendre soin des « adolescents difficiles »*. Histoire d'une expérience publique (1980-2012) (à paraître). Ramonville-Saint-Agne: Éditions Érès.
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable: Pour une politique du care*. Paris: La Découverte.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.
- Tsemberis, S. (2011). Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*, 5(2.). Consulté le 28 février 2014. Disponible à l'adresse: <http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/review-2-3.pdf>