

VERS UN CHEZ-SOI

L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques

[Pauline Rhenter](#)

Champ social | « [Le sociographe](#) »

2013/2 n° 42 | pages 59 à 66

ISSN 1297-6628

ISBN 9782918621140

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-2-page-59.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Champ social.

© Champ social. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Pauline Rhenter

Vers un chez-soi

L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques

En France, l'évolution du rôle traditionnellement dévolu au patient en est encore à ses balbutiements dans le domaine de la santé mentale.

En particulier, bien que de nombreux travaux sur les maladies chroniques confirment que les patients, confrontés quotidiennement à leur pathologie et à leurs conséquences deviennent de véritables experts, la reconnaissance politique de leur savoir expérientiel n'est pas acquise et les recherches sur

> P. Rhenter est politologue, chargée de recherche à la Fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais. Mail : pauline.rhenter@santementale5962.com

les savoirs partagés presque inexistantes (Lovell et al., 2009). Depuis peu, le soutien par des pairs « professionnalisés » dans des services de santé mentale ou médico-sociaux fait l'objet de deux expérimentations (1) : le programme *Un Chez soi d'abord* et le programme *Médiateurs de santé pairs* (2) connaissent des différences majeures, mais ont en commun de valoriser le savoir expérientiel de travailleurs pairs professionnalisés et celui des usagers.

Le programme national *Un Chez soi d'abord* (3) vise en particulier à expérimenter un accompagnement inédit pour les personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères, en leur proposant un accès direct à un logement ordinaire, moyennant un accompagnement intensif, à la fois social et sanitaire, centré sur le rétablissement. Ce programme est largement inspiré de l'expérimentation baptisée *At home* qui se déroule depuis 2008 dans 5 villes canadiennes. Il se réclame du modèle nord-américain du *Housing First* inventé dans les années 1990 à l'initiative de Sam Tsemberies et généralisé depuis dans la plupart des États américains au titre de la politique fédérale. Le modèle initial défend l'efficacité de l'accès sans condition de résolution des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à un logement indépendant assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles, et critique l'inefficacité de l'accès au logement conditionné au traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (modèle dit du *continuum of care*).

Le programme *Un Chez soi d'abord* se matérialise concrètement par l'accompagnement et le relogement à brefs délais et 400 personnes dans 4 sites (Paris, Marseille, Toulouse, Grand Lille) pendant 3 ans, par une quarantaine de professionnels au total, dont 8 médiateurs de santé pairs. Il est encadré par un consortium interdisciplinaire de plusieurs équipes de recherche en épidémiologie, recherche évaluative, sociologie, psychologie sociale, anthropologie et économie (4).

Nous nous proposons de décrire l'un des enjeux engendrés par l'expérimentation d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale orientée vers le rétablissement à travers l'analyse des ajustements entre savoirs expérientiels et professionnels. Ces premières réflexions se basent sur des entretiens indi-

(1) L'expérience *princeps* fut mise en place en entre 2007 et 2010 à Marseille au sein d'une équipe de santé communautaire issue d'un partenariat entre l'Assistance publique des hôpitaux et Médecins du monde.

(2) Le programme national *Médiateurs de santé/pair* piloté par le Centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, mis en place avec le soutien du Ministère de la Santé français et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et en partenariat avec la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY) a débuté en janvier 2012. 30 médiateurs de santé/pairs (MSP) sont recrutés par des établissements sanitaires et sociaux dans trois régions participant à l'expérimentation (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

(3) Le programme *Un chez-soi d'abord* a été lancé à l'initiative des ministres en charge du Logement et de la Santé. Il est financé par l'État et s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abri ou mal-logées engagée par le secrétaire d'État au Logement en 2009. Il est piloté par le délégué interministériel pour l'Hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal-logées, en lien avec la Direction générale de la santé.

(4) La Direction générale de la santé a confié le volet « expérimentation et recherche » à l'Unité de recherche EA3279, dirigée par le Pr Pascal Auquier.

viduels, ainsi que sur un travail d'observation participante menée entre septembre 2011 et juillet 2012.

L'exercice professionnel est historique-

La perméabilité entre les savoirs

ment situé et non restreint à des compétences théoriques académiquement validées. D'après Bertrand Ravon (2008, p. 48), la professionnalité peut être envisagée comme le produit d'une dynamique collective issue d'une tension subtile entre les définitions hétéronomes de la profession (cadre réglementaire de l'activité) et les définitions autonomes qui relèvent d'un travail réflexif conduit par les acteurs eux-mêmes.

L'une des recherches menées par l'Observatoire national Santé mentale et précarité (cf. *cahiers de Rhizome*, 2008) a été l'occasion de découvrir de nouveaux styles de travail et des nouvelles formes d'intervention obligeant à distinguer le professionnalisme, qui poserait la qualification (diplôme, droit d'exercice) en amont de la compétence et le savoir théorique en amont de l'expérience de la professionnalité entendue comme art d'être professionnel. Ces styles de travail questionnent les ressources professionnelles, mais également les ressources sociales et personnelles mobilisées dans toutes les situations encore non théorisées (cf. Laval, 2008). Les travaux concernant différents métiers de service nous apprennent également que l'expertise sociale fait partie de l'exercice professionnel. Il s'agit alors de catégoriser des « usagers » pour accomplir des tâches selon certaines caractéristiques (âge, sexe, aspect physique général, comportement, indices de statut social, existence d'un entourage familial et social). *A contrario*, les personnels ne pouvant faire valoir de compétence rationnelle aussi élevée que d'autres assument. Ces derniers revendiquent même une compétence pratique et une connaissance sociale des malades ; c'est le cas des aides-soignantes par exemple (Arborio, 1996). Il existe donc une certaine artificialité à maintenir le clivage entre savoir professionnel et savoir usager – ou profane. Les professionnels font ainsi appel à des ressources personnelles et à des savoirs issus de leurs pratiques sur le terrain.

Des travaux d'anthropologie de la santé se sont en l'occurrence intéressés aux modèles d'actions en éducation pour la santé, dont le moins courant retient que les populations préféreront dans bien des cas suivre celui ou celle dont l'expérience de vie lui fut un enseignement plutôt qu'un savoir théorique ou scolaire (Jaffré, 1990). Une telle ressource est également mobilisée par les malades eux-mêmes, visant l'entraide et l'*empowerment*, ainsi que par des spécialistes travaillant sur l'autoformation et les formations par l'expérience (Jouet et al., 2010).

Les équipes médico-sociales créées *ad hoc* pour le programme *Un Chez soi d'abord* ont pour

Tension de l'autonomie
des personnes

mission d'intervenir selon le modèle du rétablissement, auprès de personnes ayant connu la rue et ayant des troubles psychiatriques sévères. Le terme de rétablissement, traduction de *recovery* a reçu plusieurs définitions; certaines évoquent le retour à la santé, mais les personnes utilisatrices de services insistent sur le fait que l'objectif ultime de l'expérience du rétablissement n'est pas nécessairement de recouvrer la santé en termes de rémission complète des symptômes et de retour au fonctionnement prémorbide (Provencher, 2002). Ces définitions du rétablissement ont en commun de l'identifier à un processus personnel, relationnel et sociopolitique non linéaire, correspondant à la formation d'une nouvelle façon de se penser et de se projeter dans l'avenir. La valorisation de l'expérience subjective et de l'entraide entre pairs procède du dégagement de l'approche par déficit ou par pathologie du parcours des personnes. Les équipes françaises ont été constituées en référence aux *Assertive community team* (Équipe communautaire intensive) modélisées dans les années 1970, dont les principales caractéristiques sont : la pluridisciplinarité, un fort ratio professionnel/patient (1/10), une approche basée sur « l'aller vers », un suivi intensif, des visites au domicile, mais aussi dans la ville. Les quatre équipes sont composées d'éducateurs (entre 2 et 3 équivalents temps plein [ETP]), d'infirmiers en psychiatrie (entre 2 et 3 ETP), d'un médecin généraliste (0,5 ETP) et de psychiatres (entre 0,5 et 1,5 ETP), de travailleurs pairs. L'organisation des équipes est censée faire advenir une identité commune orientée vers le rétablissement : la faible hiérarchisation entre membres de l'équipe, l'absence de référencement, l'interchangeabilité des professionnels dans un bloc de tâches communes (accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, création d'un lien de confiance, astreinte téléphonique 24/24), etc.

Nous avons choisi de focaliser notre propos sur les représentations et les interventions des membres de l'une des équipes, censées favoriser l'autonomie des usagers de ce programme, parce qu'elles révèlent particulièrement bien les tensions qui travaillent l'évaluation collective produite par des professionnels que l'on somme de s'émanciper d'un horizon normatif pour s'en remettre au savoir expérientiel. Les différentes dépendances professionnelles, familiales, affectives qui soutiennent l'autonomie sont généralement rendues invisibles par le fait qu'elles relèvent des normes ordinaires de vie de l'adulte, mais dans la relation professionnalisée d'aide à la personne, l'objectif d'autonomisation assigné à l'accompagnant professionnel produit d'éventuels paradoxes : comment évaluer le processus d'autonomisation sans partir de sa propre évaluation objectivante de l'autonomie (Velpry, 2006)?

L'analyse montre que les professionnels mobilisent une double définition de l'autonomie, l'une qui en appelle à l'autonormativité (Barrier, 2008) dont les personnes peuvent faire preuve, l'autre qui requiert une objectivation de signes d'autonomie. Il semble que ces deux définitions entrent moins en concurrence

qu'en tension lors des discussions casuistiques entre éducateurs spécialisés, infirmiers, médecins et travailleurs pairs. Tous les professionnels de l'équipe mobilisent alternativement deux types d'indices : des listes de capacités (à se laver, à effectuer une démarche administrative, à se nourrir, à tenir son logement propre, à payer son loyer, etc.) et un ressort personnel, propre à chaque personne, à se doter de nouvelles normes, qui peuvent tout à fait coexister avec de nombreuses dépendances matérielles ou étayages dans la communauté. Cidessous, voici les témoignages recueillis en équipe sur l'autonomie auprès des personnes. La dernière définition est présentée comme celle qui est conforme au modèle du rétablissement :

« L'autonomie, je la vois vraiment propre à chaque personne. On imagine une personne qui est en fauteuil roulant qui a besoin d'un accompagnement, pour la toilette... pour moi cette personne peut être autonome, à la mesure de la déficience qu'elle a. OK elle a une auxiliaire qui vient le matin et le soir, mais elle est autonome quand même... Elle est autonome si elle dit, voilà, pour le ménage, je m'en sors pas et il y a une démarche avec une PCH (Prestation de compensation du handicap). La personne mesure suffisamment une difficulté et on met ça en place. »

« Être autonome, c'est être conscient de sa situation... »

« Les signes de mieux-être, ça dépend vachement des personnes. Chez M., ça va être de le retrouver lavé et plus tout sale avec sa grosse barbe. Pour S., ce sera une visite à domicile où elle dit ce qu'elle a fait au GEM (Groupe d'entraide mutuelle) où elle ne parlera pas de la Belgique (qui l'obsède habituellement). Ça dépend vraiment. Pour V., ce serait qu'il soit allé lui même à son rendez-vous à la mission locale. Ça va être un truc qui change. »

« C'est tout des petits trucs qui paraissent anodins, mais mis bout à bout, ça fait du chemin. Qu'elle (la personne) arrive à s'autoévaluer, qu'elle se dise, ça je peux le faire, ça j'y arrive pas, il faut que je demande à *Un Chez soi d'abord*, ils viennent mardi, il n'y a pas d'urgence, tu vois? »

« Peut être autonome quelqu'un qui n'a ni bras ni jambe, qui peut être dans un fauteuil roulant et qui est complètement dépendant pour survivre. Il peut être autonome si c'est lui qui a le pouvoir d'agir dans ses choix. Avoir la capacité d'exprimer ses propres choix; à partir de là, on est dans une sorte d'autonomie. »

Cette présentation relativement convergente de l'autonomie est complétée par une définition en creux : l'autonomie serait fonction des formes de dépendance à l'équipe, ou du moins de son registre d'action, entre « faire à la place », « faire pour » et « faire faire » (5). Le statut précaire de l'expérimentation *Un Chez soi d'abord* (24 mois d'accompagnement) et l'aspect intensif et subsi-

(5) Selon Livia Velprey (2006), dans la situation d'injonction à l'autonomie propre au travail psychiatrique, ce qui est en jeu est de déterminer si la personne doit être « poussée à être plus autonome », ou si elle doit être « aidée pour être plus autonome ». Dans un cas, l'attitude des professionnels sera orientée vers le retrait de l'intrusion effective dans la vie de la personne, dans l'autre elle consistera à se substituer à la personne.

diaire de l'accompagnement médico-social (par rapport aux ressources de droit commun) conditionnent largement la conception des professionnels sur ce point, point questionnant toute intervention sur autrui.

« Quelqu'un qui serait rétabli, ce serait pour moi une personne qui n'aurait presque plus besoin de nous, qui aurait bien structuré son temps, qui aurait accepté sa maladie et puis qui, limite, n'ait plus de demandes. Quand je dis plus de demandes, elle serait plutôt à nous dire j'ai eu un problème avec la CAF (Caisse d'assurance maladie) alors j'ai fait ça. Elle nous expliquerait qu'elle a rencontré une difficulté et nous dirait : j'ai eu une grosse galère, j'ai été voir là, l'assistante sociale et ça semble résolu. Plutôt qu'un appel de la CAF et qu'elle nous demande de venir à la CAF »

« Dans le cadre de nos usagers, l'autonomie, ce serait qu'ils nous demandent de les orienter plutôt que de répondre à leurs besoins. Plutôt que de nous dire : ouais j'ai plus rien à manger; c'est : où est-ce qu'il y a un truc social? Qu'ils demandent des pistes plutôt qu'on le fasse nous-mêmes. »

« Être autonome, c'est comparer sa situation avant et après l'entrée (dans le logement) et être suffisamment structuré psychologiquement pour pouvoir assumer tout ça seul, enfin avec un étayage de droit commun. Ça voudrait dire ne plus être dépendant de *Un Chez soi d'abord* »

« Le rétablissement, c'est savoir vers qui se tourner, c'est pas forcément être tout seul. Que la personne puisse se sentir bien chez elle, en tout cas se sentir mieux. Et puis qu'elle puisse pouvoir solliciter les personnes ressources en cas de souci, c'est toujours cette question de l'autonomie. »

Une double version de l'autonomie, l'une objectivée, évaluée de l'extérieur et l'autre mobilisée depuis la subjectivité de la personne accompagnée, agite les professionnels de l'équipe qui font part pour certains d'un effort de renonciation au monopole d'interprétation du mieux être et de l'autonomie des personnes intégrées au programme, mais plus encore à son objectivation au-delà des cas individuels. Autrement dit, il s'agirait de se départir de la définition de l'autonomie en termes de somme de capacités évaluables de l'extérieur pour épouser une définition dynamique (processus) et autoévaluée par les usagers. Les professionnels tentent donc d'ajuster leur vision de l'autonomie à celle qu'ils ont du rétablissement :

« On part du choix de l'usager. On essaie de coller à la personne. On voudrait pour eux au début. On voudrait que ça aille plus vite. C'est frustrant d'attendre ce que la personne a envie de dévoiler »

« L'autonomie? On n'a pas à imposer notre vision. Le rétablissement du coup, ce serait pour les professionnels sortir de nos yeux pour s'accommoder à leur regard, écouter leur sixième sens, écouter ce que la personne sent qui est bon pour elle »

« Être autonome, c'est trouver des solutions. Se rétablir, ce serait une personne qui dirait : je me sens bien. Habiter, on ne peut pas en donner une définition de l'extérieur. »

Cependant, si les représentations individuelles tendent à s'unifier pour être conformes et cimenter une identité d'équipe idéalement basée sur la philosophie du rétablissement, elles demeurent différenciées, de sorte que chaque intervenant paraît composer avec une culture héritée de ses autres milieux d'exercice professionnel, de sa formation de base et du même coup de sa génération, de son origine sociale, de sa trajectoire d'acteur au sens large. Par exemple, on distinguera un pôle plus médical et un pôle plus social dans l'équipe, qui fera plus facilement pour l'un de l'adhésion à un suivi médical un signe d'autonomisation, tandis que l'autre attachera plus d'importance à la capacité à faire des démarches administratives sans accompagnement spécifique. De même, plus le professionnel apparaît comme un marginal sécant (6) (dans le champ d'intervention de l'hébergement, dans celui de la médecine ou de la psychiatrie, ou celui du handicap), plus sa définition de l'autonomie est susceptible de s'hybrider : pratique dans des services d'urgence à l'hôpital, passage au sein d'une équipe mobile psychiatrie précarité, expérience dans un service d'hébergement orienté vers la réduction des risques, formation en anthropologie, etc., font de certains professionnels des minoritaires porteurs d'une vision peu normative de l'autonomie de personnes ayant connu la rue, les troubles psychiatriques, ou des addictions. Selon la même logique, la représentation des médiateurs de santé pairs garde la marque de leur expérience vécue, de la rue ou de la maladie.

Quant aux stratégies d'intervention, elles demeurent le fruit d'une négociation entre différents mondes dont l'issue pratique tient autant à la volonté de préserver une cohésion d'équipe qu'au pari symbolique et personnel de chaque professionnel ayant quitté d'autres milieux professionnels jugés plus rigides et moins propices à l'expérimentation.

Enfin, le degré d'immersion dans le programme *Un Chez soi d'abord* ou le niveau de spécialisation configure également les divergences de points de vue : l'intégration à temps partiel d'un professionnel médical tend, par exemple, à faire de son éclairage une expertise spécialisée précieuse, voire décisive pour des situations jugées limites (trouble du voisinage important, appartements squattés, risque de violence, incurie grave, etc.), par des professionnels suivant quasi quotidiennement les usagers, mais dont le métier est moins valorisé socialement.

Les membres de l'équipe médico-sociale naissante construisent leur identité professionnelle en tant que collectif, par frottements et confrontations entre représentations de l'autonomie héritée de

Conclusion

(6) Selon la théorie de Jamous (1969), les marginaux sécants, du fait de leur capacité à se décaler par rapport aux institutions dans lesquelles ils évoluent, mais aussi du fait de leur multi-appartenance, parviennent à s'affranchir de la domination symbolique que produit l'institution en question. Leur maîtrise du langage de plusieurs mondes institutionnels leur permet de réformer l'institution en question.

mondes professionnels divers et d'expériences vécues par les usagers, et par les travailleurs pairs. La pluridisciplinarité prend alors la forme d'un échange sur la légitimité quasi morale de la définition exogène des signes de mieux-être. En cela, l'équipe est déstabilisée par une nouvelle méthode d'interprétation du devenir social et psychique des personnes qu'elle accompagne, méthode devant prendre au sérieux le récit des usagers. Cependant, le détachement normatif que l'équipe essaie de s'approprier pour la bonne conduite de son accompagnement ne l'exonère pas d'un désir d'objectivation du processus d'autonomisation : l'objectivation d'une évolution positive ou négative vaut alors moins par comparaison entre usagers qu'entre deux moments de vie d'une même personne. Et cette objectivation n'échappe pas aux traits sociologiques structurant la connaissance, l'interprétation et la gestion quotidienne par des professionnels des situations personnelles des usagers ●

Bibliographie

Arborio, Anne-Marie, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », in revue *Genèses*, n° 22, 1996. pp. 87-106.

Barrier, Philippe « L'autonormativité du patient chronique. Un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique », in revue *European Journal of Disability Research*, n° 2, 2008, 271–291.

Jaffré, Yannick, « Éducation et Santé », in Fassin, Didier et Jaffré, Yannick (dir.), *Sociétés, développement et santé*, 1990, pp. 50-66.

Jamous, Hans, *Sociologie de la décision*, Paris : Centre national de recherche scientifique (CNRS), 1969.

Jouet, Emmanuelle; Flora, Luigi et Las Vergnas, Olivier, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Note de synthèse », in revue *Pratiques de Formation analyses*, n°

58-59, *Usagers-Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé*, janvier-juin 2010, pp. 60-62.

Laval, Christian, « Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale », in revue *Cahiers de Rhizome*, n° 33, *Prendre soin de la Professionnalité*, décembre 2008, pp. 4-10.

Lovell, Anne; Troisoefus, Aurélien et Mora, Marion, *Revue française des affaires sociales*, 2009/1 n° 1-2, p. 209-227.

Provencher, Hélène, « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », in revue *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 1, 2002, pp. 35-64.

Ravon, Bertrand, « Comment traverser les épreuves du travail social », in revue *Cahiers de Rhizome*, n° 33, *Prendre soin de la professionnalité*, décembre 2008, pp. 48-51

Velpry, Livia, *L'expérience sociale de la maladie mentale. Être un patient à long terme en psychiatrie de secteur*. Thèse de sociologie de l'université Paris 5, 2006.