

LES ADDICTIONS DANS LE PROGRAMME UN CHEZ SOI D'ABORD

Enquête **APROCHES**



Caroline Protais
OFDT, CERMES3

Maitena Milhet
OFDT, CED

Cristina
Diaz-Gomez OFDT

Septembre 2019

APROCHES

*Les Addictions dans le programme un **chez soi** d'abord*

Rapport final à destination de l'Institut de recherche en santé publique

Septembre 2019

Caroline Protais OFDT, CERMES 3
Maitena Milhet OFDT, CED
Cristina Diaz-Gomez OFDT

Table des matières

Synthèse	5
Introduction	7
<i>Objectifs et axes de recherche</i>	9
<i>Matériau recueilli et stratégies d'optimisation de l'enquête</i>	10
<i>Cadre théorique : vers une approche expérientielle des trajectoires des personnes</i>	12
Caractéristiques des publics usagers à risques	15
Les consommateurs à risque parmi les publics ciblés par le programme	15
Les spécificités des usagers à risque repérés	16
Les facteurs de risque liés aux conduites addictives	18
Trajectoires individuelles : une expérience globale de négation de la personne	19
<i>Un faisceau de facteurs fragilisant la construction de soi</i>	19
▪ La faiblesse des ressources économiques et culturelles.....	19
▪ Evénements et interactions douloureuses : une <i>expérience totale du malheur</i>	22
▪ Résister ou se perdre à travers les drogues	26
<i>La relégation sociale</i>	29
▪ La prison : s'imposer	29
▪ La psychiatrie : souffrir	33
▪ Le logement précaire : survivre.....	37
Le programme : proposer un espace de reconnaissance	43
<i>Recouvrer un espace où l'intimité a une place</i>	43
▪ Avoir un toit	43
▪ Le toit ne fait pas le « chez soi » :	46
<i>L'équipe : les ambivalences de la prise en charge à plusieurs</i>	48
▪ Bienveillance et « <i>empowerment</i> ».....	49
▪ Difficultés : individualisation de la relation et autonomisation de la personne	53
▪ En miroir du discours des bénéficiaires : les ambiguïtés de la pratique des équipes	56
<i>L'évolution des consommations dans le programme</i>	61
▪ Arrêt ou diminution des consommations liées à l'expérience du programme	62
▪ Des consommations inchangées	63
Conclusion	65
Bibliographie	67

Rapport réalisé par :

CAROLINE PROTAIS, chargée d'études à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, chercheure associée au CERMES 3

MAITENA MILHET, chargée d'études à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, chercheure associée au Centre Émile Durkheim (CED)

CRISTINA DIAZ-GOMEZ, Responsable du pôle évaluation des politiques publiques de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Avec la collaboration de Guillaume Sudérie et Amandine Albisson CREA Occitanie

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la MILDECA, de l'université Paris 13. Le présent document fait état des résultats de cette recherche réalisée dans le cadre de l'appel à projet Général 2016 « volet Prévention » avec le soutien financier de l'Institut de recherche en Santé publique (IReSP) et de ses partenaires (CNAMTS, DGS, INSERM, MILDECA, RIS, Santé Publique France). Le contenu de ce rapport scientifique n'engage que la responsabilité de ses auteurs.

Remerciements :

Aux financeurs qui ont rendu cette enquête possible.

À l'ensemble des bénéficiaires du programme « Un chez soi d'abord » qui ont accepté de livrer des éléments intimes de leur vie et de leur vécu.

Aux équipes des sites de Marseille, Paris, Lille et Toulouse qui ont donné leur accord pour l'enquête, nous ont accordé un temps de réception et d'entretien, et, tout particulièrement à Thomas et Mathilde qui ont organisé plus individuellement les recrutements sur les sites de Paris et Lille.

À Amandine Albisson et Guillaume Sudérie pour la qualité de leur implication dans la réalisation du terrain Toulouse ainsi que des focus groups avec les professionnels.

À Nicole Fraysse, pour la qualité de ses retranscriptions.

À Lamia Missaoui (OFDT) pour son implication dans la réalisation des analyses quantitatives.

À Aurélie Tinland (APHM) pour son accompagnement méthodologique.

À Julien Morel d'Arleux, Julie-Emilie Adès, Ivana Obradovic, pour leur relecture du rapport.

À Isabelle Michot pour la bibliographie.

Synthèse

Ce rapport présente l'enquête conduite en 2018-2019 par l'OFDT en partenariat avec l'équipe du Professeur Auquier (EA3279 – faculté de Médecine Université de la Méditerranée) et le CREAI-Midi-Pyrénées. Elle a porté sur les problématiques liées aux usages de substances des personnes ciblées par le programme « Un chez soi d'abord ». Expérimenté en France entre 2011 et 2016 sur quatre sites (Lille, Marseille, Paris, Toulouse) ce programme est actuellement en phase de déploiement sur le territoire au regard de l'issue positive de la phase expérimentale. Il s'adresse à des publics sans abris ou en situation de logement précaire présentant des troubles mentaux et des besoins sanitaires et sociaux particulièrement élevés, notamment liés à leurs usages de drogues. Il propose un logement à la personne (en tant que locataire) sans condition préalable relative à une prise en charge psychiatrique ou l'abandon des consommations. Simultanément, un accompagnement individuel est mis en œuvre par une équipe interdisciplinaire. Il est organisé selon le principe de l'interchangeabilité des professionnels (ou *multi référence*) dans un bloc de tâches communes : installation des personnes dans leur logement, aide dans les gestes du quotidien, accompagnement dans les démarches de soin et de réinsertion sociale...Le programme est orienté vers un objectif de rétablissement tel que défini par la philosophie du « Recovery ».

L'étude réalisée par l'OFDT a eu pour objectif principal de clarifier les effets du dispositif sur les consommations des bénéficiaires usagers de drogues en les reliant à l'expérience des personnes. En effet, les données de la littérature relatives à l'impact du programme sur les consommations témoignent de biais méthodologiques qui limitent l'interprétation des résultats.

Un volet quantitatif présente des données de cadrage relatives aux caractéristiques des publics usagers à risques inscrits dans le programme. Par la suite, un volet qualitatif par entretiens individuels approfondis auprès de bénéficiaires ayant ou ayant eu des usages massifs de produits à différentes périodes de leur vie, permet de comprendre la place des consommations dans les trajectoires de vie et la dynamique des changements survenus depuis l'entrée dans le programme. Les résultats de l'enquête qualitative sont au cœur du présent rapport.

Partant d'une approche de l'expérience des personnes interrogées, l'étude montre que la vie des bénéficiaires est caractérisée par une faiblesse en ressources matérielles et culturelles. Elle se révèle marquée par une destruction précoce de l'intimité et un flot continu de vécus douloureux empêchant une autonomisation économique et psychologique. Cette grande précarité expose une majorité de répondants à la délinquance et à la consommation de produits. Ces deux expériences, si elles se présentent de prime abord comme des voies de sortie de la misère et d'épreuves biographiques répétées, renforcent les trajectoires de négation sociale et de soi mises en évidence à l'aune des entretiens. Tout au long de la trajectoire de vie, les usages de drogues peuvent occasionner des dommages mais ils constituent aussi une ressource permettant de résister aux événements douloureux, à l'expérience de la rue, de la psychiatrie, de la prison et aux stigmates qui leur sont associés. Entrelacées les unes aux autres, ces expériences ne peuvent être appréhendées isolément.

En conséquence, accompagner les difficultés liées aux produits dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord » ne peut être du seul ressort de l'addictologie. L'approche intégrée du dispositif se révèle de ce point de vue particulièrement féconde. Toutefois, des compétences spécifiques en matière de réduction des risques ou de soin en addictologie pourraient être renforcées dans les équipes.

Le programme « Un chez soi d'abord » fournit aux personnes un espace à soi qu'elles peuvent investir pour reconstruire leur intimité ainsi qu'un sens de soi durable dans le temps. Il propose également un socle de relations sociales bienveillantes susceptibles d'être mobilisées pour se revaloriser.

Au global, l'évaluation montre que les personnes se saisissent du logement qui leur est attribué comme un espace sécurisant, restaurant l'intimité et leur permettant de prendre à nouveau soin d'elles. L'équipe est par ailleurs perçue comme un soutien au quotidien, à la fois rassurante, bienveillante et dépourvue de jugement moral. Elle aide également à gagner en autonomie et à reconstruire des liens sociaux bénéfiques pour les personnes.

Certains freins ont toutefois été identifiés : se détacher d'habitudes sociales ancrées et se projeter au-delà de souvenirs douloureux est parfois difficile pour les personnes rencontrées. Une fois chez elles, elles sont susceptibles d'être en proie à l'ennui et à la solitude qu'elles trompent par des consommations qui restent pour certains inchangées. De même, investir un « chez soi » après une longue trajectoire de désinsertion peut constituer une épreuve, bousculant l'ensemble des liens et habitudes de vie construites dans le passé et qui ont aussi parfois permis de survivre. L'interchangeabilité des intervenants se confronte par ailleurs au besoin d'un lien particularisé évoqué par certains bénéficiaires. Si la perception de l'accompagnement réalisé dans le cadre du programme est globalement très positive, certaines personnes éprouvent toutefois le besoin de créer des liens interpersonnels privilégiés et durables qui questionne le modèle de la *multi référence*.

Pour surmonter ces difficultés, les équipes ont mis en place des stratégies diversifiées, adaptant ou abandonnant parfois le principe de l'interchangeabilité des intervenants. Pour répondre à la question de l'ennui et de la solitude des bénéficiaires, les équipes oscillent entre des stratégies de réponses inscrites dans un modèle axé sur la proposition d'activités et celui du « working first ». Par analogie avec le principe du « logement d'abord », ce modèle du « working first » considère le travail comme un signe essentiel du recouvrement de la citoyenneté et vise à le proposer assez largement aux bénéficiaires avec un suivi illimité dans le temps pour aider les personnes à chercher et à conserver leur emploi. Par contraste, la première stratégie de réponses parfois dite « occupationnelle » prend acte du fait que certaines personnes ne peuvent ou ne veulent pas travailler et proposent en conséquence des activités visant l'échange, la sociabilité, le développement de certaines compétences, voire le travail sur soi. Ces différentes réponses apportées nécessitent une réflexion conjointe et concertée basée sur leur évaluation.

Introduction

« Un chez soi d'abord » est un programme expérimental inspiré du modèle américain « Housing First », développé à partir de 2011 dans 4 villes françaises (Lille, Marseille, Paris et Toulouse). Il cible une population psychiatrique présentant des troubles schizophréniques ou bipolaires (selon les critères du DSM IV), en « situation d'itinérance absolue ou de logement précaire » (Auquier *et al.*, 2011) et présentant des « besoins sanitaires et sociaux élevés » déterminés par des hospitalisations (supérieures à 2 au cours de l'année précédente), une incarcération durant les 24 derniers mois ou l'abus/dépendance à des substances psychoactives. Le programme propose un logement à la personne (en tant que locataire) ainsi qu'un suivi par une équipe interdisciplinaire coordonnée, organisée autour du principe de l'interchangeabilité des intervenants ou « multi référence » (Gesmond *et al.*, 2016 ; Rhenter, 2013). L'accompagnement est orienté par le principe du « rétablissement »¹.

Il s'inspire de la philosophie du *recovery*, proche du mouvement de la santé communautaire. Développée outre-Atlantique dans les années 1970 par des associations d'anciens patients de la psychiatrie, cette mouvance s'est construite contre une conception pessimiste de la maladie mentale (conçue comme incurable) et une stigmatisation sociale importante des personnes atteintes de troubles mentaux. L'objectif est de déconstruire un modèle du soin basé uniquement sur la technologie hospitalière et l'autorité du médecin, en s'appuyant sur des compétences multiples, et en particulier, celles des personnes ayant expérimenté la maladie psychiatrique, ainsi que la capacité du corps social à intégrer les personnes. Le programme « Un chez soi d'abord » postule que c'est en recouvrant une citoyenneté tout autant qu'en expérimentant ce qu'elles estiment être « bon pour elles » de manière accompagnée, que les personnes se mettent sur la voie du rétablissement. Concrètement, il propose aux bénéficiaires un cadre de vie sécurisant (un toit avec un ensemble de ressources matérielles minimales), mais aussi un ensemble de personnes-ressources aux compétences variées (travailleurs sociaux, psychologues, généralistes, travailleurs-pairs) garantissant un accès minimal aux droits sociaux, aux soins, une gestion élémentaire de la vie quotidienne, ainsi qu'un tissu relationnel bienveillant et sécurisant. C'est en offrant ces conditions de citoyenneté et de socialisation élémentaires (dont la personne n'a parfois jamais bénéficié dans sa vie) que la dynamique du rétablissement pourra se déployer. Au total, l'objectif du programme est de renverser l'idée d'un processus d'intégration par le bas selon le logigramme suivant : « santé mentale → travail → argent → logement », en considérant que c'est d'abord un incluant les personnes dans la société qu'elles développent des compétences leur permettant de gagner en autonomie psychologique et sociale (Estecahandy *et al.*, 2015).

Revue de la littérature sur l'impact du « Housing First »

La littérature outre-Atlantique sur l'impact des dispositifs de type « Housing-First » est abondante. Ces études le comparent essentiellement avec des approches thérapeutiques résidentielles au sein desquelles les personnes n'accèdent à un logement permanent qu'à condition d'arriver « avec succès » à la fin du programme, autrement dit, quand elles suivent leur traitement, sont stabilisées au plan psychiatrique et abstinentes. Cette littérature témoigne de certains effets positifs de l'attribution d'un domicile : réduction des hospitalisations et des admissions aux urgences (Gilmer

¹ Le rétablissement est défini comme « la capacité qu'ont les personnes à réacquérir des compétences qui vont leur permettre de se retrouver, de retrouver un sens à leur vie et de se sentir à nouveau appartenir à un groupe et un membre à part entière de la société » (Auquier *et al.*, 2011).

et al., 2010 ; Kyle et Dunn, 2008), amélioration de la qualité de vie, de l'état clinique du patient (Clark et Rich, 2003 ; Martinez et Burt, 2006 ; Padgett *et al.*, 2011), implication générale des bénéficiaires dans la prise en charge (Henwood *et al.*, 2014 ; Padgett *et al.*, 2011). Plus récemment, une revue systématique de la littérature (Beaudoin, 2016) a examiné l'efficacité des programmes inspirés du modèle « Pathways to Housing » au regard des conditions de vie des personnes sans domicile fixe. Cette synthèse de la littérature internationale a recensé 1 231 publications et retenu pour analyse 25 documents. Au total, trois revues systématiques ont été examinées (Larsen et Nordentoft, 2010 ; Nelson *et al.*, 2007 ; Rog, 2004) dont une avec méta-analyse et 22 autres documents provenant de 16 études différentes (5 expérimentales et 11 quasi-expérimentales). Cette analyse documentaire conclut à l'efficacité de l'approche « logement d'abord » pour réduire l'itinérance des individus sans domicile fixe. L'une des études examinées montre également que ce sont les bénéficiaires qui ont des troubles mentaux graves (selon les critères du DSM IV) et une consommation de substances élevée qui tirent le plus profit de ce type de dispositifs (Clark et Rich, 2003). Les chercheurs ont trouvé par ailleurs que les personnes qui ont des troubles concomitants légers ou modérés ne bénéficient pas davantage du programme ou des services de droit commun. L'auteur conclut que ces résultats concordent avec l'objectif initial de ce type d'approche souhaitant permettre aux personnes les plus difficiles à loger d'obtenir un domicile et d'y rester (Tsemberis, 2010). Ces résultats sont rapportés dans les trois revues systématiques retenues (Larsen et Nordentoft, 2010 ; Nelson *et al.*, 2007 ; Rog, 2004).

S'agissant des conduites addictives, certaines études ont porté leur regard sur l'impact du programme sur la diminution des consommations (Clark et Rich, 2003 ; Martinez et Burt, 2006 ; Padgett *et al.*, 2011) mais peu d'éléments probants peuvent être clairement identifiés. L'examen approfondi de cette littérature pointe des biais méthodologiques importants qui limitent fortement l'interprétation des résultats. Il ressort en effet que les sans-abris recrutés dans les études présentent des niveaux de sévérité d'addiction moins élevés que la population habituelle des personnes sans logement (Kertesz *et al.*, 2009). De plus, le niveau de preuve des études observationnelles est faible. Ainsi, dans leur revue de la littérature, Kertesz *et al.* n'ont pas recensé d'étude randomisée visant à comparer deux groupes d'individus : l'un présentant des troubles addictifs sévères bénéficiaires d'un programme Housing-First et un autre groupe témoin. En 2011, la revue systématique de la littérature réalisée par Fitzpatrick-Lewis *et al.* sur les interventions proposées aux Etats-Unis et au Canada montrait que les bénéfices sur la réduction des consommations restent incertains. Plus de 80 études avaient été étudiées mais aucune d'entre elles ne permettait d'apporter un niveau de preuve suffisant. Parmi elles, trois présentaient des conclusions en faveur de l'impact du programme pour réduire l'usage de substances chez les sans-abris (Fitzpatrick-Lewis *et al.*, 2011). Au final, le programme « Un chez soi d'abord » constitue une réponse novatrice dont l'efficacité pour diminuer les consommations de drogues chez une population ayant des troubles psychiatriques associés mérite d'être approfondie.

En France, l'efficacité de cette initiative a été évaluée dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique 2011, par le laboratoire Universitaire EA 3279 Santé Publique et Maladies Chroniques Université Aix-Marseille, sous la coordination scientifique du Professeur Pascal Auquier. L'étude randomisée mise en place a porté sur 703 personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire qui avaient été diagnostiquées également comme présentant des troubles psychiatriques de la lignée psychotique. Les consommations de substances psychoactives n'étaient pas un critère d'exclusion pour participer à l'étude. Après tirage au sort, la moitié des inclus dans l'expérimentation ont été logées, essentiellement dans le parc privé et accompagnées par les équipes « Un Chez-soi d'abord ». À l'entrée dans l'étude, les personnes incluses ont été en moyenne 8 ans

sans domicile fixe et 4 ans et demi à la rue. Leur âge moyen était de 38 ans et près de 80 % d'entre elles ont été repérées comme ayant une addiction à une ou plusieurs substances. Les résultats d'évaluation de l'expérimentation ont mis en évidence que l'efficacité du programme était garantie par la poursuite de l'accompagnement socio sanitaire quel que soit le parcours résidentiel de la personne (sortie du logement, incarcération, mobilité, hospitalisation, etc...) (Finland *et al.*, 2013).

Objectifs et axes de recherche

L'étude réalisée ici est une enquête qualitative qui a pour vocation de questionner les retombées du programme sur la trajectoire de vie des personnes, et plus précisément sur leurs consommations. Elle se positionne en complément du volet d'analyses quantitatives réalisées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Les analyses sont conduites à partir du point de vue des bénéficiaires, une perspective très peu présente dans les approches du dispositif « Un chez soi d'abord » qui sont principalement de type quantitatif (voir encadré 1). Seul le volet qualitatif de l'enquête d'évaluation du programme (Auquier *et al.*, 2011) coordonné par C. Laval (Gesmond *et al.*, 2016) l'aborde sous l'angle des pratiques professionnelles et du point de vue des bénéficiaires. Il n'explore toutefois pas la manière dont les équipes se positionnent sur la question de l'addictologie, ni sur le vécu des locataires.

La présente étude vise à approfondir l'inscription du dispositif dans la trajectoire biographique des personnes, l'expérience qu'elles en font et en ont, ainsi que les pratiques des professionnels visant les conduites addictives. L'étude s'organise alors autour de 4 axes de questionnement :

- 1) Caractériser les trajectoires des personnes qui bénéficient du programme « Un chez soi d'abord ».
- 2) Analyser le vécu du programme « Un chez soi d'abord » par les personnes.
- 3) Étudier les effets du programme « Un chez soi d'abord » sur les conduites addictives. Mettre en évidence les leviers d'une diminution/arrêt de la consommation, ainsi que les ressorts de conduites résistantes au changement.
- 4) Comprendre les modalités d'inscription de la problématique addictologique dans la prise en charge proposée par les professionnels du programme un chez soi d'abord.

L'étude s'articule en deux objectifs : l'un, principal, focalisé sur les bénéficiaires, l'autre secondaire, concernant la pratique des professionnels s'agissant des conduites addictives. Ces objectifs seront poursuivis dans le cadre d'une approche évaluative inspirée principalement par la sociologie des trajectoires. Si la littérature psychiatrique a bien montré les liens entre schizophrénie et conduites addictives (DSM IV, (Lejoyeux et Embouazza, 2013) et certains travaux entre psychose, désocialisation et conduites délinquantes², elle a, en revanche, peu documenté le vécu des personnes présentant ces caractéristiques cumulées et peu interrogé les facteurs sociaux intervenant dans les liens qu'elle mettait en évidence. L'approche psychiatrique dans sa tendance *biologisante*³ est par ailleurs susceptible d'alimenter une conception « naturaliste » des liens entre pathologie, addictions, désocialisation et crime. Ce faisant, cette approche participe d'un discours stigmatisant à l'endroit des personnes qui présentent des troubles psychiques. À l'inverse, l'approche sociologique des trajectoires de vie permet de comprendre l'enchevêtrement de ces différentes

² Ces liens sont controversés dans la littérature scientifique. Pour plus de détails voir (Tassone-Monchicourt *et al.*, 2010).

³ Plusieurs tendances sont repérables en psychiatrie. Certains professionnels vont davantage orienter leur pratique en fonction de la dimension psychologique et sociologique des troubles mentaux. C'est précisément le cas des fondateurs du programme « Un chez soi d'abord ».

caractéristiques comme le produit de *lignes biographiques* (Fernandez, 2010) marquées par la précarisation, la souffrance, et plus généralement la *négation de soi*. Elle permet ainsi de mieux saisir la dimension sociale de ces parcours de vie marqués par le cumul de différents stigmates.

Elle permet enfin de réinterroger les leviers du changement en prenant au sérieux les habitudes sociales ainsi que l'ancrage des conduites dans un champ d'expériences individuelles inscrites sur la longue durée. À ce titre, la perspective adoptée dans ce rapport se révèle particulièrement bien ajustée au programme « Un chez soi d'abord » qui vise une action sur certains ressorts sociologiques de la pathologie mentale, en plaçant les personnes dans des conditions sociales minimales estimées utiles pour conquérir leur autonomie. La sociologie des trajectoires permet ainsi d'inscrire le programme dans la continuité de lignes biographiques constituant l'expérience de vie des personnes et d'éprouver les changements qu'il permet d'instaurer (ou pas) dans le leur vécu.

La sociologie des pratiques et des groupes professionnels est le second outil théorique utilisé dans cette enquête. Le programme « Un chez soi d'abord » met en place une prise en charge interdisciplinaire, coordonnée et resserrée autour du patient (Vidon et Antoine, 2013) revendiquant le modèle de « *l'Assertive community treatment* » (Auquier *et al.*, 2011). Dans ce modèle basée sur la pluridisciplinarité, « 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, etc. » (Rhenter, 2013). À rebours des mouvements de spécialisation/segmentation des groupes professionnels (Bucher et Strauss, 1961 ; Demazière et Gadéa, 2009), la philosophie du rétablissement implique un retour à la multi référence et à une certaine forme d'indifférenciation, ou en tout cas d'interchangeabilité professionnelle, peu communes dans les sociétés modernes avancées (Hughes, 1958). Quels en sont les effets sur les équipes et les personnes bénéficiaires du programme ? Quels effets observe-t-on sur les pratiques des professionnels visant les conduites addictives, mais également sur la représentation qu'ils ont de leur identité et de la manière dont ils définissent le cœur mais aussi les contours de leur métier ?

Matériau recueilli et stratégies d'optimisation de l'enquête

Le dispositif méthodologique s'organise en deux volets :

- Plus d'une vingtaine d'entretiens qualitatifs biographiques ont été effectués entre juillet 2018 et janvier 2019 avec des personnes volontaires incluses dans le programme « Un chez soi d'abord » sur les 4 sites expérimentaux (Lille, Marseille, Paris, Toulouse) : les 22 entretiens réalisés ont eu pour objectif d'endosser une approche diachronique indispensable lorsque l'on étudie des parcours de vie. Il a été demandé aux personnes de retracer d'une part leur trajectoire en explorant différentes séquences: enfance, entrée/parcours de consommation de drogues, entrée en délinquance (le cas échéant) / expérience de la prison (le cas échéant), premières expériences de la maladie mentale/parcours de soin, événements et expérience du logement précaire. La réalisation des entretiens se voulait attentive aux *turning points*, moments de rupture ou d'inflexion biographique (Bessin *et al.*, 2009), tout autant qu'aux processus et périodes de stabilisation. Dans un second temps, la personne a été interrogée sur son vécu du programme : la manière dont elle investit ou non son « chez soi », le vécu de la prise en charge multi référentielle, l'évolution de ses consommations.

- Quatre focus groups avec des professionnels du programme « Un chez soi d'abord » sur les 4 sites de l'expérimentation ont été réalisés. Il s'est agi d'interroger les intervenants du programme (une quinzaine) pour réfléchir à l'impact du « Un chez soi d'abord » sur les conduites addictives, la manière dont ils prenaient ou non en compte la question des addictions dans leur modalité de prise en charge, la conception de leur métier, les perspectives d'amélioration envisagées. Les focus groups ont été séparés en deux parties : une discussion générale avec les équipes sur leur positionnement par rapport à la question des addictions, ainsi que la définition du cœur et des contours de leur métier et des effets du programme sur les addictions. Dans un second temps, il a été proposé aux équipes de passer en revue des cas pratiques concrets, qui présentaient des conduites addictives importantes pour observer la manière dont ils les avaient traités. Ces deux pans d'enquête ont permis de recueillir des éléments tant sur les représentations du métier que sur les pratiques mises en œuvre au quotidien.

Lors des focus groups avec les professionnels, l'enquêteur a été soumis aux contraintes de disponibilité des équipes, ce qui a donné lieu à une disparité importante concernant le nombre de participants au focus group : ils étaient 8 présents à Toulouse, 5 à Paris de même qu'à Marseille, mais simplement 2 à Lille. Les praticiens de Lille ont toutefois su exprimer leur point de vue personnel, et aussi exposer les positions d'équipe sur des cas pratiques, tout en relatant certains désaccords, ce qui a permis de distinguer des positionnements différents en fonction des sites sur la question addictologique.

Concernant les entretiens avec les bénéficiaires, les sociologues de la santé mentale ont bien témoigné des difficultés spécifiques rencontrées avec ce type de public (Biehl *et al.*, 2007 ; Estroff, 1985 ; Grard, 2011 ; Kleinman, 1988 ; Lovell, 1997 ; Velpy, 2008) : problèmes de recrutement et de captation des personnes, présence aléatoire aux rendez-vous, réticences, arrêt brutal des entretiens, difficultés dans l'interaction... Ces aléas se doublent d'obstacles spécifiques rencontrés sur les *terrains difficiles* (Boumaza et Campana, 2007) ayant trait à la charge émotionnelle des entretiens pour les personnes, mais aussi pour les enquêteurs dont la distance sociologique avec le public interrogé est importante.

Ces difficultés ont été contournées de plusieurs manières :

- Un investissement important de l'équipe dans le recrutement des personnes, renforcé sur les sites où les enquêteurs n'étaient pas basés : Lille et Marseille. Bien que cela constitue un biais, les professionnels ont pu proposer l'entretien à des personnes estimées « fiables » eût égard aux risques d'absence aux rendez-vous.
- Une flexibilité spécifique des enquêteurs sur le site de Paris et Toulouse, où il s'est avéré possible de proposer un nouvel entretien, lorsque les personnes ne venaient pas à un premier rendez-vous, ou le décommandaient à la dernière minute.
- Une première rencontre avec les interviewés dans le cadre d'une visite à domicile réalisée par l'équipe encadrante. Cette première entrevue en la présence des professionnels « Un chez soi d'abord » avait pour objectif une explication de l'enquête et une mise en confiance des bénéficiaires.
- Une flexibilité proposée à la personne sur le lieu du rendez-vous : certaines (2) souhaitant réaliser l'entretien dans les locaux d'implantation du programme « Un chez soi d'abord »,

d'autres (une grande majorité) préférant leur domicile, peu (1) désirant être interrogées dans un café à proximité de leur lieu d'habitation.

- La réalisation des entretiens par deux enquêteurs, afin de gérer au mieux la charge émotionnelle et interactionnelle de certains entretiens particulièrement éprouvants, et aussi de garantir un degré de réflexivité, utile au travail d'objectivation scientifique sur ce type de terrain (Boumaza et Campana, 2007).

Ces stratégies adoptées ont confronté les responsables de cette recherche à une limite concernant la sélection des interviewés. Le recrutement via les encadrants ayant donné accès de manière prédominante à des personnes avec lesquelles ils avaient instauré une relation de confiance minimale et qui étaient perçues comme en capacité de s'inscrire dans la situation d'entretien individuel de recherche : être présent.e au rendez-vous, accepter la situation d'interaction avec les enquêteurs, répondre aux questions... Cette stratégie de recrutement n'a pas permis d'entrer en contact avec des personnes sorties du programme ou entretenant peu de liens avec l'équipe ou encore en état de crise psychiatrique, par exemple. Il a toutefois été constaté que les équipes utilisaient peu le recrutement comme stratégie de protection professionnelle : orientant certaines personnes en mentionnant parfois que la prise en charge était compliquée, ou mentionnant que l'entretien risquait d'être difficile au regard de l'état psychiatrique de la personne (sur les sites de Paris et Marseille, notamment). Si le panel de personnes rencontrées n'a pas vocation à être représentatif (la représentativité statistique n'étant pas l'objectif visé par les enquêtes qualitatives), il semble toutefois caractérisé par une diversité de profils permettant de mettre en évidence l'éventail de positions et vécus du programme « Un chez soi d'abord ».

À l'inverse, ces stratégies ont présenté un certain nombre d'avantages : l'introduction des chercheurs par l'équipe encadrante lors des visites à domicile a clairement favorisé la mise en confiance des personnes, tout en fournissant des temps précieux d'observation ethnographique de la pratique des équipes, ainsi qu'une première observation des manières dont la personne investit son « chez soi ». La disponibilité et la flexibilité des chercheurs sur les sites de Paris et Toulouse ont permis de pallier les « ratés » survenus sur d'autres sites, de multiplier les personnes visées par les entretiens, tout en leur donnant la liberté d'être rencontrées plusieurs fois. Ceci a permis d'entrer dans les objectifs de recherche posés initialement, mais aussi d'approfondir certains entretiens qui auraient pu s'avérer limités en une entrevue. Ce point confirme la pertinence méthodologique déjà soulignée par Anne Lovell (Lovell, 1997) de rencontrer plusieurs fois les personnes, pour leur fournir des temps de respiration entre deux entretiens, mais aussi permettre au chercheur de les revoir à distance d'un moment où elles n'iraient pas bien. Cette souplesse permet la réalisation d'entretiens excédant facilement l'heure, au grand étonnement parfois des équipes encadrantes.

Enfin, il est intéressant de constater qu'à l'inverse de précédentes enquêtes réalisées avec des personnes présentant des troubles psychiatriques (Lancelevée et Protais, 2018), peu d'entretiens ont été véritablement entravés par une situation d'interaction difficile, voire impossible, entre le chercheur et un interviewé, qui mettrait en jeu les règles classiques des échanges, de la conversation, des perceptions et de l'intention (Joseph et Proust, 1996). Dans la grande majorité des cas, ces règles classiques de l'interaction étaient peu remises en cause, même si le chercheur s'est parfois retrouvé face à des discours peu élaborés. Ces moments restaient toutefois largement minoritaires.

Cadre théorique : vers une approche expérientielle des trajectoires des personnes

La population rencontrée est celle de grands désaffiliés qui cumulent différents stigmates : maladie mentale, précarité par rapport au logement, usages de drogues et incarcération (pour plus de la

moitié des personnes rencontrées). Elle a été peu étudiée par la littérature qui reste éclatée entre des références socio-anthropologiques abondantes sur le sans-abrisme et plus parcellaires sur les trajectoires des grands usagers de drogues et des personnes présentant des troubles psychiques qui sont à la rue.

De nombreux travaux qualitatifs concernent les trajectoires des personnes sans abri et/ou consommatrices de drogue. Ils viennent confirmer les résultats des enquêtes quantitatives publiées sur le sujet (Allaria et Boucekine, à paraître ; Chabaud *et al.*, 2017 ; Insee, 2012). La vie de ces personnes serait caractérisée par :

- une dissension des liens familiaux, intervenant soit comme un événement conduisant à la rue (dans le cas de la rupture avec le foyer parental, des divorces/séparation ou de décès) soit comme une conséquence de trajectoires de désocialisation - ce que Laé, nommera le processus de « démembrement » familial de ces « grands célibataires » à la rue (Laé, 1995) ;
- le défaut de capitaux économiques : dans l'enfance, mais aussi dans le reste de la vie (Dubet, 1987 ; Duprez et Kokoreff, 2000 ; Lagrange et Mogoutov, 1997). Ceci conduirait à une incapacité à faire face aux difficultés de la vie (Brousse, 2006), notamment chez les cinquantenaires (Desjeux *et al.*, 2000) ; L'importance des ressources liées au trafic de drogues ou autre activité délinquante pour surmonter la faiblesse en capital économique (Bourgois, 2001 ; Desjeux *et al.*, 2000 ; Dubet, 1987 ; Fernandez, 2010) ;
- les sorties d'institution (foyer de l'enfance, prison, hôpital psychiatrique) comme événements déclencheurs mais aussi venant renforcer la précarité par rapport au logement (Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, 2018 ; Lanzarini, 1993 ; Paugam et Cléménçon, 2003) ;
- le cumul des fragilités au niveau administratif, culturel (manque de formation à l'origine d'une précarité devant l'emploi) et affectif (Desjeux *et al.*, 2000).

La place importante prise par des événements comme les décès, accidents ou la séparation dans les trajectoires conduisant au mal logement, mais aussi l'importance de la violence intra-familiale, des difficultés matérielles des familles nombreuses dans les trajectoires infantiles (Declerck, 2001 ; Desjeux *et al.*, 2000 ; Fernandez, 2010) et l'importance de la perte des repères et des liens sociaux pour les gens qui sont venus en France dans l'enfance (Desjeux *et al.*, 2000).

Pour expliquer ces constats, les sociologues s'opposent entre les travaux qui insistent fortement sur l'influence de l'origine sociale ouvrière (Lanzarini, 1993 ; Waser, 1993) ou ouvrière (Gaboriau, 1993 ; Giuliani et Vidal-Naquet, 2002) dans les trajectoires et les modes de vie des sans-abri (Gaboriau, 1993 ; Giuliani et Vidal-Naquet, 2002 ; Lanzarini, 1993 ; Waser, 1993) et ceux qui estiment que le milieu social d'origine n'est pas un facteur suffisant, valorisant la diversité sociale de ce groupe (Hatzfeld, 2006), et insistant sur la pluralité des facteurs à prendre en compte dans le phénomène (Firdion *et al.*, 2000). D'autres travaux critiquent également un culturalisme parfois sous-jacent, soulignant que le vocable « sans-abri » est une catégorie réifiant des populations et des situations en réalité très hétérogènes (Girola, 2006 ; Soulié, 1997). Se dégageant d'analyses jugées excessivement déterministes, une partie des sociologues et anthropologues décrivent une diversité de carrières individuelles, montrant que la grande désaffiliation s'inscrit dans un processus non linéaire (Pichon, 2002). Il en va de même dans la littérature sur les usagers de drogues. Certains auteurs rapprochent le mode de vie des usagers à la précarité des conditions de vie issue des grands ensembles industriels (Bourgois, 1992, 2001 ; Dubet, 1987 ; Lagrange et Mogoutov, 1997), quand d'autres travaux mettent en garde contre des associations trop hâtives à leurs yeux (Sansfaçon *et al.*,

2005). Là où certains auteurs se sont intéressés aux trajectoires des personnes conduisant au sans-abrisme, d'autres ont analysé les carrières des personnes sous l'emprise des produits conduisant à une forme « d'expérience totale » (Fernandez, 2010 ; Milhet, 2003, 2006), ou bien, une fois à la rue (Pichon, 2002 ; Pichon, 2007).

S'inscrivant dans la lignée des travaux pionniers d'Alexandre Vexliard (Vexliard, 1956, 1957), les enquêtes portant sur les trajectoires de grande désaffiliation dégagent trois grandes phases :

- 1/ l'entrée, caractérisée comme une étape de fragilisation chez Damon ou de résistance et volonté de s'en sortir chez Vexliard ou de Gauléjac/Léonetti (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 1994) ;
- 2/ l'adaptation progressive de la personne à ses nouvelles conditions de vie ;
- 3/ l'installation ou résignation de l'individu.

Au-delà d'une trajectoire globalement similaire rendant compte d'un processus général et unique de désaffiliation, certains auteurs ont proposé une typologie des parcours conduisant à la rue, caractérisant ainsi plusieurs populations : « *celles qui après une socialisation que l'on pourrait qualifier de « normale » se sont retrouvées dans la rue suite à un événement ponctuel qui a provoqué leur chute... un second groupe qui après avoir passé une enfance ou un début de vie active à l'étranger s'est retrouvé sans repères et sans lien social une fois arrivé en France. Le troisième groupe rassemble ceux dont la galère a eu pour événement déclencheur une rupture volontaire d'avec leur famille vers 18 ou 20 ans. Enfin la dernière catégorie de cette typologie regroupe les routards c'est-à-dire ceux pour qui tout a commencé par un changement de vie, un nomadisme choisi qui s'est avéré avec le temps de plus en plus difficile à assumer.* » (Desjeux *et al.*, 2000)

La littérature sur les trajectoires des personnes fortement désinsérées est celle qui se rapproche le plus de la recherche présentée ci-après. L'angle d'analyse retenu aborde en effet les parcours de vie, sans présupposer que seule l'accumulation de déterminismes sociaux serait susceptible de les éclairer. La perspective proposée dans ce rapport est différente de celle retenue dans ces travaux qualitatifs qui, au-delà de leur grand intérêt, présentent néanmoins plusieurs limites. De ce fait, alors que la grande désaffiliation et l'expérience de la rue sont souvent associées à une fragilité psychique des personnes ainsi qu'à la consommation de substances, les travaux envisagent rarement ensemble ces caractéristiques, empêchant de saisir de quelle manière les multiples stigmates qui leur sont associés prennent place dans les parcours de vie.

Par ailleurs, la littérature présente bien souvent des parcours de vie *descendants*, dont le point d'aboutissement est le sans-abrisme, cherchant à localiser des moments de « basculement » (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 1994), de « chute » (Desjeux *et al.*, 2000). À partir d'une analyse des engagements de l'individu dans une pluralité de lignes biographiques inscrites dans des mondes sociaux distincts (famille, foyers, hôpital psychiatrique, prison, mondes de la drogue, rue), l'enquête révèle des trajectoires, certes heurtées, mais globalement d'une grande régularité dans laquelle une précarité économique, culturelle, affective présentes dès l'enfance se mêlent à des événements de vie douloureux sur le long terme, et ce, malgré quelques périodes d'apparentes stabilisations biographiques. Un événement conçu comme un *turning point* (Pichon, 2007), à l'origine d'une désaffiliation, relèverait donc davantage du travail de reconstruction biographique effectué par les personnes dans leur désir de comprendre et de donner de la cohérence à leur parcours.

Caractéristiques des publics usagers à risques

Les données présentées ci-après ont été collectées dans le cadre de l'étude randomisée contrôlée auprès de personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère conduite par le laboratoire universitaire EA 3279 Santé publique et maladies chroniques Université Aix-Marseille (Auquier *et al.*, 2011 ; Tinland *et al.*, 2013).

La population de l'étude est constituée de personnes répondant aux critères suivants : être âgé de plus de 18 ans, en situation régulière et permettant l'accès au logement social, en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire, présentant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire selon la classification DSM-IV, être affilié à la sécurité sociale, respecter la clause d'ambivalence et accepter de participer à l'étude. Le recrutement a été réalisé par les équipes des services de santé et d'aide auprès de la population de l'étude. Après vérification des critères d'éligibilité, 703 personnes ont été randomisées. Les analyses ont porté sur un effectif de 679 participants, une fois effectués les retraits de consentement et les évaluations manquantes ou incomplètes. Les critères de dépendance et d'abus ont été vérifiés à l'inclusion sur la base du MINI (version française 5.0.0)

La qualité de vie des personnes a été enquêtée au travers de quatre échelles différentes : la SF36 (*The Short Form (36) Health Survey*) sur la santé physique, émotionnelle et sociale, la S-QoL (*Scale Quality of Life*), qui explore le bien être, l'estime de soi et les relations sociales, la MCSI (*Colorado Symptom Index Modifié*) évaluant l'état de détresse émotionnelle des personnes et le RAS (*Recovery Assessment Scale*) autour des questions d'espoir, des buts personnels et de motivation. Le plan d'analyse a été conduit par l'OFDT et a reposé sur des régressions logistiques, en analyse bivariée puis, multivariée ajustée sur les facteurs de confusion du cahier de recueil de données de la recherche « Un chez soi d'abord ». Les associations ont été testées à l'aide du test paramétrique (chi-2) pour des observations indépendantes au seuil de significativité de 5 %.

Les consommateurs à risque parmi les publics ciblés par le programme

Les consommateurs de substances psychoactives ne sont pas spécifiquement visés par le programme mais ces usages sont présents dans la vie d'une large majorité des personnes interrogées (voir encadré méthodologique). En appliquant les critères de dépistage du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI⁴) (Lecrubier *et al.*, 1998) sur les troubles liés à l'usage de produits, près de quatre personnes sur cinq (78 %) ont ainsi été repérées comme étant à risque d'abus ou de dépendance aux produits. Ces personnes sont moins marquées par les diagnostics d'abus aux substances que par les dépendances : plus d'un tiers d'entre elles (39 %) se révèlent alcoolodépendantes et près de la moitié présentent des troubles addictifs liés à une ou plusieurs drogues illicites ou médicaments psychotropes (46 %). Au cours des 12 derniers mois, l'alcool est la substance la plus consommée (66 %), même si son usage exclusif ne concerne qu'une minorité d'usagers (17 %). Parmi les produits illicites et les médicaments psychotropes, le cannabis est largement présent (60 %), suivi par les stimulants (cocaïne et amphétaminiques) (33 %) et les opiacés (18 %). Les benzodiazépines (9 %) et les hallucinogènes (7 %) sont plus rarement à l'origine d'usages à risque. La polyconsommation concerne la moitié des personnes interrogées (49 %).

⁴ Le MINI est un outil de diagnostic appuyé sur la classification du DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994).

L'usage exclusif de drogues illicites ou de médicaments psychotropes ne ressort que de façon plutôt minoritaire (34 %).

Les spécificités des usagers à risque repérés

Les usagers à risque repérés sont majoritairement des hommes (84 %), âgés de 38 ans en moyenne (voir tableau 1). De nationalité française pour la plupart (85 %), ils sont célibataires dans près de 8 cas sur 10 (78 %) et leur niveau scolaire est inférieur au bac pour les trois quarts d'entre eux. Leurs ressources mensuelles moyennes s'élèvent à 650 euros, provenant essentiellement des minimas sociaux et du travail de rue. Leur parcours se révèle fortement marqué par la violence, plus d'un tiers déclarant avoir été victime de vol, un quart d'entre eux indiquant avoir subi des brutalités physiques au cours des six derniers mois.

Une série de caractéristiques⁵ sociodémographiques et comportementales distinguent les usagers à risque des autres personnes visées par le programme (voir tableau 1). Alors que le sexe n'apparaît pas comme un marqueur des usages à risque, les consommateurs problématiques se révèlent plus jeunes que les autres personnes évaluées et se sont trouvés dans la rue à un âge plus précoce (24 ans *vs* 29 ans en moyenne). Ils ne se distinguent pas des autres personnes selon leur état civil, leur nationalité, leur pays de naissance ou leur situation administrative.

Sur les aspects de la vie sociale, les usagers à risque déclarent plus souvent être entourés d'amis (57 % *vs* 47 %). Si rien ne les différencie la vie en couple, de la famille ou de la participation citoyenne, les usagers à risque sont plus nombreux à ne pas déclarer de pratique religieuse (65 % *vs* 53 %).

Le niveau d'études ou la situation professionnelle au cours de la vie ou durant les six derniers mois sont similaires entre les usagers à risque et les autres personnes évaluées. En revanche, le recours au dispositif de soins au cours du dernier semestre constitue une source de différenciation. En dépit de passages plus fréquents dans les services d'urgences (1,2 passage *vs* 0,78), les consommateurs à risque sont moins souvent hospitalisés (57 % *vs* 72 %) et, quand ils le sont, leurs séjours sont plus courts (22 jours au total en moyenne contre 38 jours).

Bien que les usagers à risque souffrent plus souvent certains troubles psychiatriques comparés aux autres bénéficiaires, leur recours à des consultations spécialisées en psychiatrie est plus faible (7 jours au total en moyenne *vs* 9 jours) ainsi que la durée totale de leurs séjours hospitaliers en psychiatrie (17 jours en moyenne contre 33 jours). À leur plus grande vulnérabilité sur le plan de la santé mentale, s'ajoute un sentiment de détresse émotionnelle plus marqué que chez les non usagers à risque (un score de 22 *vs* 11 sur l'échelle MCSI⁶).

Concernant leur qualité de vie⁷, les usagers à risque témoignent plus que les autres personnes d'un sentiment de bien-être limité notamment par leur état de santé physique. Par ailleurs, ils se déclarent plus souvent victimes de violences au cours des six derniers mois, vols (37 % *vs* 28 %) et coups (25 % *vs* 16 %) mais également à l'origine de diverses formes d'agressivité : menaces ou coups (9 % *vs* 2 %). S'agissant des problèmes judiciaires, les usagers se révèlent davantage impliqués dans une diversité d'interactions avec les forces de l'ordre (arrestations, gardes à vue...).

⁵ Résultats en analyse bivariée (voir tableau 1).

⁶ Conformément au *Modified Colorado Symptom Index* (MCSI)

⁷ Selon l'échelle du *Short Form (36) Health Survey* (SF36).

Tableau 1 : Profil des usagers à risque

Caractéristiques des participants	Usagers à risque selon le MINI (n=527)	Non usagers à risque selon le MINI (n=152)	p
	%	%	
Caractéristiques sociodémographiques			
Âge (moyenne et écart type)	38, +- 9,64	41, +-10,64	*
Sexe (masculin)	83,5	78,3	ns
Nationalité (française)	85,0	83,6	ns
Situation familiale (être célibataire)	77,6	73,7	ns
Niveau scolaire : BAC ou plus	25,8	29,6	ns
Ayant des amis	56,7	47,4	*
Ayant une pratique religieuse	32,3	46,1	*
Activité rémunérée*	6,1	4,6	ns
Revenu total mensuel (euros) (moyenne et écart type)	648, +-408	560, +-373	*
Âge sans abri pour 1 ^{ère} fois (moyenne et écart type)	23,8,+-10,2	29,12, +-12,62	*
Troubles du DSM-IV 			
Syndrome psychotique actuel	59,6	61,2	ns
Épisode maniaque passé	20	13	*
Épisode dépressif majeur actuel	58,8	44,7	*
Dysthymie actuelle	2,5	7,9	*
Risque suicidaire actuel	66,6	50,7	*
Anxiété généralisée actuelle	41,7	29,6	*
Trouble de la personnalité antisociale (vie entière)	24,1	7,9	*
Bien-être perçu			
Détresse émotionnelle (score sur MCS1) (moyenne et écart type)	22,1, +-11,5	19,0, +-11,4	*
Qualité de vie (score sur SF-36) (moyenne et écart type)	54,0, +-21,1	56,6, +-21,0	ns
Recours aux dispositifs médicaux			
Visites aux urgences* (nb total de passages) (moyenne et écart type)	1,2, +-0,02	0,8, +-0,01	*
Durée d'hospitalisation* (nb total de jours) (moyenne et écart type)	22,0, +-35,9	38,3, +-48,1	*
Interactions avec les forces de l'ordre			
Avoir eu affaire à la police*	41,0	26,3	*
Arrestation suivie d'une garde à vue* (nb) (moyenne et écart type)	0,4, +-1,1	0,1, +-0,4	*
Violences			
Victime d'un vol ou tentative de vol*	37,2	27,6	*
Victime des gifles, coups ou autres brutalités physiques*	25,0	16,4	*
Ayant volé ou tenté de voler quelqu'un*	9,3	2,0	*
Ayant donné des gifles ou coups à quelqu'un*	9,9	2,0	*

Légende : * : test du chi-2 significatif au seuil 0,05. : diagnostic selon le MINI. * : évaluation au cours des six derniers mois.

Source : Essai d'intervention randomisée du programme « Un chez soi d'abord » (Laboratoire universitaire EA 3279 « Santé Publique et Maladies Chroniques », Université Aix-Marseille, APHM), traitements secondaires réalisés par l'OFDT.

Lecture :

Les usagers à risque sont plus souvent plus jeunes que les autres personnes de l'étude (38 ans contre 41 ans, en moyenne)

Les usagers à risque sont plus nombreux à avoir des amis comparés aux non consommateurs à risque (57 % versus 47 %).

Les facteurs de risque liés aux conduites addictives

Toutes choses égales par ailleurs⁸, plusieurs éléments de vulnérabilité apparaissent comme des facteurs de risque⁹ associés aux conduites addictives (voir encadré méthodologique). L'histoire du sans-abrisme d'abord : la probabilité d'être usager à risque est ainsi inversement liée à l'âge auquel la personne s'est trouvée à la rue (OR brut de 0,95 ; OR ajusté de 0,94) ; plus le parcours d'errance débute jeune, plus les personnes sont susceptibles de présenter une consommation à risque. Sur le plan psychologique et psychique en particulier, les éléments recueillis témoignent d'autres marqueurs de fragilité chez les usagers. On observe ainsi que la probabilité d'être usager à risque augmente de 7 % chez les personnes qui présentent un niveau de détresse émotionnelle élevé (OR brut de 1 ; OR ajusté de 1,07). Cette probabilité est également multipliée par 3 chez les personnes souffrant de troubles de personnalité antisociale¹⁰ (OR brut de 3,99 ; OR ajusté de 3,61).

Le risque pour les usagers problématiques de se trouver impliqués dans une interaction avec les forces de l'ordre est supérieur à celui de non usagers. La probabilité d'être consommateur à risque est 3 fois plus importante chez les personnes qui font l'objet d'une arrestation policière (OR de 2,15 ; OR ajusté de 3,6).

Le dernier facteur de vulnérabilité associé aux consommations concerne le recours différencié aux dispositifs d'accueil et de soins selon que l'on soit usager à risque ou pas. En effet, la probabilité d'être consommateur à risque est multipliée par 2 parmi les personnes fréquentant les services d'urgences (OR brut de 1,2 ; OR ajusté de 2,17), mais elle est divisée par 2 parmi les répondants ayant séjourné dans un hôpital public (OR brut de 0,8 ; OR ajusté de 0,5). La plus grande fréquentation des services d'urgence accompagnée d'une moindre consommation de soins de plus longue durée témoignent probablement d'un rapport aux soins spécifique et/ou de besoins de ces populations auxquels le dispositif de droit commun peine à répondre.

⁸ Cette rubrique présente les résultats en analyse multivariée (biais de confusion contrôlés, voir encadré méthodologique).

⁹ Un facteur de risque ne témoigne pas forcément d'un lien de causalité.

¹⁰ Telle que définie selon les critères du DSM IV la caractéristique essentielle du trouble de personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui. Ce trouble est aussi parfois nommé psychopathie, sociopathie ou personnalité dyssociale.

Trajectoires individuelles : une expérience globale de négation de la personne

La *négation de la personne* est une notion forgée pour rendre compte du vécu de personnes présentant un degré élevé de précarité, cumulant différents stigmates sociaux : psychiatrique, au regard du logement, de leurs « addictions » et souvent également de leur parcours pénal. Elle permet de décrire une expérience subjective globale qui s'étend de la sphère individuelle à la sphère sociale, et qui est caractérisée par une difficulté à cultiver des espaces intimes, à développer « un sens de soi » (Auquier *et al.*, 2011), p. 52) ainsi qu'à conquérir une autonomie matérielle et psychologique. La description tant de cette expérience que des facteurs qui en sont à l'origine font l'objet de cette partie.

Un faisceau de facteurs fragilisant la construction de soi

Avant d'être produite par la société, la négation de la personne débute dans la sphère personnelle au cœur des relations avec la famille, ou des quelques personnes référentes entourant l'enfant lorsque celui-ci n'a plus ses parents. Elle se poursuit ensuite au cœur des interactions nouées avec divers partenaires, quelques amis, voire les enfants, lorsque les personnes en ont. L'objectif de cette partie est de rendre compte d'un processus complexe et multifactoriel de fragilisation de la personne sous l'influence de son héritage social, ainsi que des interactions et événements ponctuant le parcours de vie ultérieur. Il en ressort une expérience globale cristallisée autour du malheur entravant lourdement la construction de soi.

- La faiblesse des ressources économiques et culturelles

La littérature a bien montré la faiblesse des capitaux économiques et culturels des sans-abris. L'approche dynamique en termes de trajectoires, endossée dans cette enquête, montre en quoi ces manques font obstacle au processus d'autonomisation des personnes en posant les bases d'un « moi » n'ayant pas investi les valeurs sociales dominantes et dont l'intimité est d'emblée détruite.

La précarité économique

La majorité des personnes rencontrées font état de difficultés économiques dans l'enfance, voire d'une vie dans une situation de grande pauvreté. Lorsque la profession des parents est mentionnée dans les entretiens, il s'agit principalement d'emplois ouvriers (dans le bâtiment ou dans la mine par exemple), certains interviewés regardant leurs parents « galérer » au quotidien :

Parce que mon père allait travailler, il allait galérer, il se réveillait le matin très tôt pour toute la famille. (Salah, 46 ans)

Mon père il travaillait à la sueur de son front. (Rachid, 47 ans)

Beaucoup de personnes rencontrées décrivent une vie dans les « cités » HLM, un certain nombre d'entre elles témoignent d'un mode de vie en situation de grande précarité. Charly explique par exemple qu'il vivait dans des forêts avec ses parents, avant que leur décès ne l'amène à venir en France à 9 ans. De même, Martial mentionne que suite à la perte d'emploi de son père il habitait avec sa famille dans des maisons abandonnées. La description d'un dénuement matériel important affleure régulièrement dans le discours des interviewés. Évoquant sa mère, Kevin explique :

Elle, elle est toute seule chez elle avec sa petite pension de veuve, elle a pas à manger tous les jours, elle croule sous les dettes tellement elle arrive pas à gérer ses papiers ni rien. (Kevin, 26 ans)

Les interviewés font par ailleurs référence à des familles nombreuses, voire très nombreuses, qui viennent renforcer la situation de précarité économique : sur 17 personnes qui ont renseigné cette question, 13 témoignent d'une famille de plus de 4 enfants et 6 (plus d'un tiers) de foyers de plus de 9 enfants. Ceci explique que plus de la moitié des personnes interrogées rapportent une enfance passée (soit partiellement, soit en totalité) sans les parents : soit en étant placé en foyer de l'enfance, soit en famille d'accueil, soit en ayant été accueilli chez un proche (grand-mère, grand frère, ou grande sœur) ... Certains relatent également des parcours d'errance dès l'enfance. Rachid par exemple explique qu'à l'âge de 6 ans il a vécu chez un de ses frères, puis, mis à la rue, il a été recueilli par des gitans, pour ensuite être placé chez une sœur (ayant elle-même 7 enfants) jusqu'à l'âge de 14 ans.

La destruction précoce de l'intimité

Cette situation de précarité économique conduit les personnes à vivre soit dans des espaces de proximité importants - lorsque les personnes dorment dans la même chambre que plusieurs frères et sœurs ou d'autres enfants, comme en foyers de l'enfance - soit dans des espaces non délimités - lorsque les personnes vivent dehors ou dans des maisons abandonnées. Le « squat » d'inspiration hippie décrit par deux personnes interrogées est un lieu intermédiaire fermé, mais dans lequel aucun univers n'est personnalisé :

Il y avait toujours trois étudiantes américaines à la maison. On a toujours été en communauté. Tu réalises, en plus avec un étranger ! Moi, ça m'a apporté énormément, mais il y a ce côté... C'est une grande maison de campagne, mais on n'a pas de chambre attitrée. (...) On faisait en fonction de la place qu'il y avait. Donc, s'il y avait d'un coup trois étudiantes, on changeait de chambre et on allait dans une autre. Donc, il y avait pas ce côté intime. (Camille, 42 ans)

Ce mode de vie produit dès l'enfance une réduction des lieux d'intimité et un vécu oscillant entre un sentiment de « mise à l'étroit » et une perte de repères. Le peu d'espaces intimes donne lieu chez certains à une expérience du corps caractérisée par un sentiment d'intrusion, se manifestant parfois par de vraies souffrances physiques.

Enfin, la précarité économique peut également conduire à des formes d'exploitation accompagnées d'agressions sexuelles chez certains, ayant des conséquences importantes sur la représentation de l'intimité et le rapport au corps :

Mes parents, ils me donnaient pas de thunes donc j'allais travailler. J'allais gratter de la mousse sur les murs chez des vieux, et résultat ça a tourné que les vieux, j'étais assez mignonnet et résultat, l'autre il m'a foutu la main au cul. Déjà, j'ai pétié un plomb et je l'ai dit à mes parents. Ils ont été le voir, ils ont dit c'est pas vrai, alors que c'était vrai. Une autre fois, y'en a un autre qui m'a montré sa bite et à partir de là, on a voulu porter plainte et les flics, ils ont dit, les gens ils sont trop connus dans le village, on peut rien faire. Voilà. (Christophe, 27 ans)

Une intégration difficile des valeurs sociales dominantes

La situation de précarité matérielle se double souvent d'une faiblesse des ressources culturelles. D'une manière générale, les interviewés témoignent peu de la présence d'adultes référents dans leur enfance leur ayant transmis les codes sociaux dominants, tels que la réussite scolaire.

Lorsque les enfants sont délaissés par leurs parents, ils décrivent une enfance où la sociabilité est principalement orientée autour du groupe de pairs et dans laquelle les adultes interviennent peu dans la vie scolaire. C'est particulièrement vrai pour les personnes ayant vécu en foyers ou en familles d'accueil. Mais ce phénomène est également perceptible chez ceux qui ont vécu au domicile des parents ou d'un membre de la famille (grands-parents, frères, sœurs). De fait, sur l'ensemble des personnes interrogées, seuls trois disent avoir poursuivi une formation après 16 ans et trois autres font référence à un diplôme. Les autres ont en général arrêté l'école précocement, parfois avant l'âge de 10 ans. Trois n'y sont jamais vraiment allés et sont analphabètes (ils sont 7 % en population générale). Ainsi, l'enfance de la majorité des personnes rencontrées est globalement marquée par une absence d'adultes référents permettant à l'enfant d'investir un sens de soi défini autour de la réussite scolaire. Au moment où les personnes arrêtent l'école, les adultes interviennent peu, laissant place aux codes véhiculés par la sociabilité entre pairs centrée autour d'activités délinquantes et de l'usage de drogues pour une partie des répondants. Les raisons de cette absence d'intervention des adultes ou de transmission de valeurs sociales dominantes ne sont pas souvent explicitées par les interviewés. Certains valorisent toutefois les conditions de précarité matérielle et le nombre important d'enfants : « *c'est ma grand-mère qui m'a élevée mais c'était pas trop évident. Elle a eu huit enfants plus mes deux sœurs, moi, mon cousin, ma cousine. Elle avait pas le temps de suivre les cours, ce qui se passe* », Farida, 52 ans. D'autres soulignent l'absence de ressources culturelles des parents : « *mon père, il sait pas lire le français* », expliquera Salah.

Le milieu social d'origine peut également être le vecteur d'incorporation de valeurs *en marge* de la société. Malika l'exprime lorsqu'on lui demande pourquoi, n'arrivant pas à subvenir aux besoins de sa fille à cause de sa consommation de produits, elle l'a confiée à la famille de son mari et non pas la sienne :

Je voulais pas la mettre dans ma famille parce qu'il y avait beaucoup de vols, de toxicomanie, c'est pas la mentalité que je voulais. (Malika, 52 ans)

Une autonomisation sociale entravée

Cette faiblesse de ressources culturelles réduit considérablement les voies d'accès et d'inscription pérenne dans le monde du travail. Le manque de qualifications des personnes leur donne principalement accès à des « petits boulots », obtenus souvent en contrat précaire, et que certains peinent à conserver du fait d'une consommation de produits initiée à l'adolescence ou de divers éléments venant les déstabiliser (voir *infra*). Les répondants évoquent des activités telles qu'agents d'entretien, vendeur, ou divers travaux dans la restauration, le bâtiment ou le petit artisanat. Jean-Michel par exemple rapporte avoir été « *comptable, électricien, cuisinier, plombier...* » en plus des cueillettes effectuées en milieu agricole lorsqu'il était plus jeune. Ces contrats ont parfois été obtenus en intérim, parfois ils ont été interrompus ou abandonnés à cause d'hospitalisations ou de l'usage de produits.

Cette instabilité par rapport à l'emploi a plusieurs conséquences. La faiblesse des ressources matérielles qui en découle se traduit par une situation de précarité par rapport au logement, y compris dans les périodes d'embauche. René par exemple a vécu dans une caravane tout en travaillant, tout comme Roland qui vivait à l'hôtel malgré son emploi dans la restauration. Pour les usagers de produit, ces rémunérations sont par ailleurs insuffisantes pour subvenir à la fois au financement de la consommation et du logement, entraînant parfois la perte de ce dernier. C'est notamment le cas de Magali qui n'a pas pu conserver son appartement alors qu'elle travaillait, l'achat de l'héroïne devenant prédominant. Enfin, les milieux où les parents ont très peu de capitaux

économiques à transmettre à leurs enfants n'offrent pas la possibilité aux personnes de maintenir un niveau de vie minimal en cas de « coups durs ». Ainsi, Roland a été licencié à 54 ans. Il n'a pas retrouvé de travail et sa situation matérielle s'est progressivement dégradée, passant de la vie en hôtel à la vie à la rue.

Dans les périodes d'inactivité où la *survie* (Pichon, 2007) prend une place croissante, la délinquance se présente bien souvent comme une porte de sortie en vue d'obtenir des ressources matérielles, *a fortiori* si elle est déjà présente dans le milieu social d'origine. C'est notamment le cas d'Abdel qui a augmenté sa consommation de produits à la suite d'un licenciement, s'est séparé de sa femme, puis a commis des infractions pour subvenir à ses besoins. Pour certains, chez lesquels l'usage de drogues prend une place centrale ou chez qui les voies d'accès au travail sont encore plus difficiles (notamment les personnes analphabètes), la petite délinquance devient un mode de vie inscrit dans la *débrouille* et la *combine* (Gaboriau, 1993). Farida, Martial ou Rachid font état de la multiplication de divers actes de petites délinquances effectués parfois avec des frères et sœurs et les conduisant en prison de façon répétée : car-jacking, vols (sur les personnes, ou dans les magasins), escroqueries à la carte bleue... Pour d'autres enfin, la grande délinquance offre la perspective de subvenir à une consommation massive, tout en ouvrant l'espoir d'une aisance matérielle et l'horizon fictif de la réussite sociale :

Quand je dealais, je voulais aussi lui acheter des robes, la rendre heureuse, je pensais la rendre heureuse avec cet argent-là. Parce que mon père allait travailler, il allait galérer, il se réveillait le matin très tôt pour toute la famille et je me disais aussi que j'allais sortir ma famille de toute cette misère. (Salah, 46 ans)

Salah et Yann se sont notamment inscrits, peu après leur entrée dans les consommations, dans des trajectoires de *deal* sur une longue période. Chacun décrit les nombreux allers-retours en Hollande en vue de s'approvisionner en marchandise, les périodes de consommation effrénées et les relations qu'ils entretenaient avec les autres à cette période :

J'allais en Hollande. Il faut faire la route. La route, tu trouves des chauffeurs, tu trouves des voitures différentes, mais la route, tu la fais toujours. J'ai fait quatre-vingt-douze voyages en un an en 2015. Mille kilomètres à chaque voyage. J'ai fait 92 000 kilomètres alors que j'ai pas de voiture... Je trouvais des chauffeurs(...) c'était des gens que je connaissais, au début qui voulaient pas m'emmener. J'ai trouvé une voiture. Avec la même voiture, je suis revenu dix fois, après j'avais toujours une voiture. J'ai fait quatre-vingt-douze voyages en un an, j'ai eu dix ou quinze chauffeurs différents. Tous les deux jours, j'allais en Hollande(...) j'en garde un très bon souvenir. C'est la bonne époque. C'est l'autre qui veut te faire plaisir, il te fait profiter. C'est sûr, il y a des vautours autour de toi mais, après, on s'en accommode et t'en profites aussi, quoi. Ils profitent de toi, mais tu profites d'eux aussi. (Yann, 37 ans)

■ Événements et interactions douloureuses : une *expérience totale du malheur*

L'*expérience totale* est un concept repris à Robert Castel (Castel, 1998) par Fabrice Fernandez (Fernandez, 2010) pour rendre compte d'une « *expérience qui centre l'existence* », qui « *se construit dans la durée* », qui « *tend à occuper l'ensemble de sa perception et à totaliser (l')existence* ». Les biographies recueillies sont, en grande majorité, traversées de bout en bout par des expériences, des événements et des interactions humaines douloureuses. Ce type de vécus sature, tout autant qu'il polarise la vie d'une personne et la perception qu'elle en a ; c'est à ce titre que la notion d'*expérience totale* semble particulièrement pertinente. Écrasées sous le poids de drames souvent répétés, les personnes ne développent pas une aptitude à se projeter positivement dans l'avenir. L'expérience du malheur qui entrave la construction de soi débute dans l'enfance et se prolonge dans la vie adulte.

Le cumul des événements douloureux

L'abandon est le premier événement relaté avec douleur par les personnes. C'est notamment le cas de Rachid, René, Sébastien ou encore Kévin qui explique :

En étant perdu comme je l'ai été étant petit, il faut un peu se mettre à notre place aussi, on n'a pas de famille, on est censé être chez maman et papa le soir, et au final on se retrouve loin de sa famille, livré à nous-même et on doit se faire une place. (Kevin, 26 ans)

Outre sa douleur, Kevin révèle bien le sentiment d'insécurité intérieure que cet événement a provoqué en lui : une perte de repère, l'impression d'« être perdu », et seul pour se construire. Ce ressenti est renforcé par le fait que cet abandon initial donne bien souvent lieu à des expériences de placement en foyer de l'enfance ou en familles d'accueil également douloureuses. Kevin témoigne d'un sentiment de peur permanent :

On passe du foyer familial à une maison avec 60 jeunes. Ça court dans tous les sens... J'étais terrorisé les premières années. (Kevin, 26 ans)

La notion d'exploitation par le travail affleure par ailleurs dans le discours de certains répondants qui ont été placés en familles d'accueil :

*René : Voilà. Après, on a été élevés dans les fermes, on a changé beaucoup de fois de nourrice.
Enquêtrice : En fait, vous étiez placés dans des familles, c'est ça ?
– Oui, dans des familles d'accueil. Dès qu'ils avaient assez d'argent pour rembourser leurs dettes, ils nous renvoyaient, on allait ailleurs. On était comme des cobayes, quoi.
– Parce que les gens faisaient famille d'accueil pour avoir des sous, c'est ça ?
– Voilà, pour avoir de l'argent, par contre dans les fermes. J'ai travaillé dans les fermes.
– Les enfants travaillaient dans les fermes, c'est ça ?
– C'est ça, on ramassait des cailloux, il nous fallait bêcher l'herbe, des choses comme ça. Et quand ils avaient assez d'argent, ils disaient que ça n'allait pas ou n'importe quoi.
– Vous n'avez pas un bon souvenir de cette période.
– Non, non, j'étais malheureux. Pourtant, j'ai des frères et des sœurs, mais on se parle pas. (René, 54 ans)*

La perte d'un ou de plusieurs proches est le second type d'événement fréquemment relaté dans les entretiens, c'est le cas de la moitié des personnes interrogées. Les décès sont les événements les plus couramment présentés par les personnes comme des tournants dans leur vie témoignant de l'extrême douleur qu'ils provoquent, en particulier lorsque la mort touche les enfants, un frère proche, ou les parents dans l'enfance :

Vous voyez vos parents mourir devant vous, vous êtes petit en plus, c'est pas évident, je le souhaite à personne. Surtout les deux, c'est ça le problème. Avant que ta mère, elle meure, tu... Ma mère, deux phrases elle m'a données. Je savais pas qu'elle allait mourir, je lui ai dit : « A tout à l'heure... » Donc déjà, ça m'a touché. Elle m'a dit : « Mon fils, il y a deux solutions dans la vie : tu prends soin de ton petit frère et tu laisses personne marcher sur tes pieds. » Je lui ai dit : « A tout à l'heure. » C'est la phrase qu'elle m'a dite, mais elle est morte sur le trajet. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est le seul truc que je regrette de ma vie, j'ai pas dit au revoir à ma mère. Il y a que ça que je regrette. (Charly, 38 ans)

Les ruptures avec les conjoints sont également sources de souffrances importantes pour certains qui vont en conséquence initier parfois des consommations de produits, comme en témoigne Jean Michel qui a débuté sa consommation de crack à la suite de son divorce.

D'autres événements s'inscrivent dans des trajectoires où l'autonomisation sociale est rendue difficile, mais ils ne prennent pas la même connotation affective que les abandons, décès ou

séparation. Un accident ou un licenciement sont présentés comme à l'origine d'une difficulté d'insertion, mais ne participent pas de la même manière au vécu malheureux.

Interactions douloureuses et démembrement familial

Au même titre que les ruptures biographiques, des interactions douloureuses répétées émaillent la vie des personnes de l'enfance à l'âge adulte, provoquant différents sentiments : tristesse, colère, ressentiment, solitude, se rajoutant aux événements douloureux dans une expérience globale du malheur. Cela induit pour certains un sentiment d'infériorisation, de perte de confiance, de honte de soi.

Certains, comme Salah, décrivent des interactions violentes à l'intérieur du cercle familial :

Mon père travaillait énormément. On est une famille de sept garçons et trois filles, on n'avait pas ce qu'on voulait, je voyais ma mère qui s'usait à la tâche et je voulais fuir, en fait. Je voulais fuir, il était violent, il buvait et des fois il lui arrivait d'être violent avec ma mère, alors qu'elle avait rien fait. En fait, c'était plus des erreurs de mes grands frères, elle les défendait et il se reportait sur elle. Voyant mes grands frères ne pas bouger, j'intervenais et je me mettais entre eux. Il m'arrivait de recevoir des coups pour éviter que ma mère reçoive des coups. (...) Ça a commencé, j'avais 14 ans, 15 ans. Qu'il repose en paix, j'aime mon père, mais il m'a déjà craché au visage, et ça, ça fait très très très mal : « T'es pas mon fils ! » Moi, je supportais plus de voir ma mère subir les violences et que mes frères fassent rien du tout. (...) Mon père était quelqu'un de très très dur, très fier, j'avais peur de l'affronter, j'ai toujours eu peur de l'affronter.

– *C'est son regard qui était dur à vivre pour vous ?*

– *Son regard, ses paroles aussi. Ils ont des mots qui font encore plus mal que les coups. (Salah, 46 ans)*

Les interviewés évoquent parfois également des violences sexuelles, comme Magali par exemple : « *J'ai jamais voulu être la victime de personne. Je l'ai été assez en étant plus jeune, mais j'en parlerai pas.* »

Ces interactions violentes à l'intérieur de la famille donnent lieu par la suite à des relations globalement difficiles avec les parents, se soldant parfois, soit par une rupture des liens, soit par un ressentiment important. Philippe est notamment parti du domicile familial à 16 ans à cause des mauvaises relations entretenues avec sa mère : « *j'en avais marre, j'ai dit c'est bon, je me casse* ». Il ne donnera pas plus de détails. Christophe en veut pareillement beaucoup à ses parents de porter un jugement trop sévère sur lui, sans tenir compte des souffrances qu'ils lui ont provoquées dans son enfance :

Il y a des moments où tu te sens tellement seul, quand tu sais que tes parents ils en ont rien à foutre de ta gueule, que pendant des années ils te disent : nous, on peut pas te prendre sous notre toit parce qu'on sait comment t'es, et tout, on s'entendra jamais, et que maintenant, ils disent : on t'a toujours proposé un toit. Pardon ? De quoi ? Franchement, t'as envie de leur dire : « vous vous foutez de ma gueule ! » J'ose pas lui dire à ma mère, parce qu'elle était malade des nerfs avant, mais la dernière fois, je lui ai juste dit 2-3 trucs comme quoi j'ai toujours été le vilain petit canard et ça y est, Madame s'est emportée. Je lui ai fait : « mais y'a bien pire que ça, j'ai envie de te dire, bien pire que ça ! (Christophe, 27 ans)

La violence des interactions se retrouve également à l'âge adulte, notamment à l'intérieur du cercle familial. Les quatre femmes interrogées décrivent des violences avec certains de leurs compagnons :

Ça a été compliqué parce que j'ai été pendant trois ans avec un mec qui était violent, on a habité à Poissy. Après, on a perdu l'appart... (...) On a d'abord habité chez la mère de ce monsieur, et après on a trouvé cet appartement de Poissy. Là-bas, ça a été l'horreur, j'ai replongé total, j'avais un cracker qui était chez moi. Ça aurait été un peu éloigné, peut-être que j'aurais pas replongé comme ça, mais avec la proximité, j'ai

replongé. (...) En plus, il était violent. Je marchais toujours sur du coton, je picolais, je faisais les choses de travers, donc un coup par ci, un coup par là... C'est pas très drôle. (Camille, 42 ans)

Certains hommes rapportent en retour des relations conflictuelles avec les femmes :

Après, j'ai été absent souvent, donc j'ai découvert qu'elle avait une relation avec quelqu'un d'autre. Quelqu'un d'autre, je m'en fous ! Mais quelqu'un de proche... Donc il faut taper l'un et il faut taper l'autre, aussi, il faut taper les deux. Donc, j'ai tapé les deux. (Charly, 38 ans)

Ce type d'interactions participe à la construction d'un sentiment d'infériorisation et de perte de confiance en soi chez les victimes (notamment les femmes interrogées).

Par ailleurs, la grande majorité des personnes rencontrées étaient célibataires au jour de l'entretien (seule une témoigne d'une relation de couple stable au moment de notre entretien) ayant souvent cumulé plusieurs relations conjugales durant leur vie, qui n'ont pas tenu dans le temps, bien souvent à cause des violences qui les ont émaillées.

Les relations décrites par les répondants avec leurs propres enfants ne sont pas meilleures. S'ils ne rapportent pas de violences physiques à leur endroit, beaucoup disent s'en être séparés tôt, se retrouvant dans une situation d'isolement et/ou de lien très ténu avec leurs enfants. Certains expriment d'ailleurs que leurs enfants ne souhaitent plus les voir. Seuls Jean-Michel ou René témoignent de liens réguliers, qui ne sont toutefois pas dénués de conflits :

Enquêtrice : Kenji, vous avez des bonnes relations avec lui ?

René : Oui, oui, ça va. Au début, il m'envoyait un peu des lettres méchantes : « Moi, je parlerai qu'à mon fils. ». Voilà, il m'envoyait des choses assez méchantes, mais, après, il s'est excusé sur la lettre. Il s'est excusé parce qu'il s'est rendu compte qu'il avait mal parlé. (...) Là, c'est étonnant de le voir en prison, ça fait deux fois qu'il rentre en prison, il a fait déjà deux ans de prison, là. Il a volé pour manger, il a cambriolé. Il est sorti le 11 septembre, il est pas resté longtemps en liberté.

– La vie est pas facile pour lui non plus, en fait.

– Non, parce qu'il a connu la prison, ça va être dur pour lui. Et puis il a pas de boulot, le RMI, il pourra le toucher quand il aura 25 ans.

Cette distension des relations est tout autant repérable lorsque les personnes évoquent leurs rapports avec la fratrie. Si certains évoquent la présence d'un frère ou d'une sœur dans leur entourage, ces liens restent toutefois isolés et les interactions sont marquées une nouvelle fois par la distance. Certains rapports de proximité ont également été rompus par des décès, comme en témoigne Salah qui a perdu une sœur à laquelle il tenait beaucoup et Malika dont le « frère préféré » est décédé.

Les relations décrites à l'extérieur du cadre familial obéissent souvent au même mode de fonctionnement violent. Rachid, ou encore Hakim portent les stigmates physiques de nombreuses bagarres dans lesquelles ils ont été impliqués. De même, quelques-uns évoquent des amis, mais ils demeurent relativement rares.

Ce tableau relationnel reste proche des « figures de l'abandon » décrites par Laé (Laé, 1995), évoquant de « grands célibataires » soumis à un processus de « démembrement familial » accentué par le va et vient des personnes entre la rue, l'hôpital psychiatrique et la prison.

- Résister ou se perdre à travers les drogues

Pour toutes les personnes rencontrées, l'usage des produits semble comme intriqué dans la trajectoire de vie. Souvent initiées à un très jeune âge, à l'adolescence voire dans l'enfance, les consommations sont par la suite parties intégrantes du parcours de vie. Certains rapportent des périodes d'abstinence, souvent liées à une incarcération qui force à vivre un sevrage « bloc », c'est-à-dire sans pharmacothérapie ni accompagnement, ou bien à l'obtention d'un travail. Mais les produits ne quittent jamais vraiment les personnes. Outre l'impact d'une initiation très précoce, la quasi omniprésence des usages de drogues entre en résonance avec les épreuves douloureuses qui jalonnent leur vie ainsi qu'avec les troubles psychiques.

Banalisation des consommations dans l'enfance

Pour la grande majorité des répondants, les premières consommations de produits, ont eu lieu entre 9 et 16 ans. Les personnes les rapportent pour partie à l'influence de l'environnement, celui des pairs ou de la famille, les produits circulant dans ces deux sphères de socialisation. Yann par exemple a débuté sa consommation d'alcool à 9 ans, de cannabis à 11 ans et d'héroïne en injection à 13 ans. Contrairement à la plupart des répondants, Yann évoque une « *vie heureuse quand il était petit* ». Essayant de comprendre la précocité de son entrée en consommation, il met en avant la banalisation de la consommation entre pré-adolescents, la mauvaise influence des « *plus grands* » et, semble-t-il, l'absence de réaction de la communauté adulte : il ne relate pas de réponse de ses parents quand il achetait de l'alcool, ni quand il volait dans leur porte-monnaie.

À l'âge de 9 ans, je buvais tous les jours. Je sais pas pourquoi, on buvait tous les jours, on achetait des packs de bière. C'était à l'époque où on allait à Shopi, on achetait nous-mêmes nos packs, les commerçants ils disaient rien, on achetait des clopes au tabac, on avait 9 ans, 10 ans, ils disaient rien, on pouvait les acheter, alors que maintenant il faut avoir 18 ans. Donc, on allait dans les bois avec nos packs de bière (...) Mes parents étaient là, je manquais de rien, j'ai eu une enfance heureuse, mais j'ai grandi au mauvais endroit. Mes amis, on est tous tombés dans la drogue au même moment, tous au même âge... Des gens plus âgés, des toxicomanes qui ont vu en nous un moyen de gratter (...) Pendant des mois, on m'en donnait tous les jours (...) De l'héroïne et de la cocaïne, tous les jours. Mais il faut sortir de l'argent, il faut se débrouiller pour sortir de l'argent. Et, l'argent, je le volais à mes parents (Yann, 37 ans).

Les premières consommations, cannabis ou alcool, s'inscrivent parfois directement dans le cadre familial. Akim et Christophe racontent ainsi avoir fumé leur premier joint de cannabis à 11 ans au contact de leurs parents, une pratique partie prenante de la culture Kabyle aux dires du premier ou bien liée à un milieu hippie selon le second :

C'est mon père qui me l'a donné. Il m'a dit : « Tu es un homme. » Je suis Berbère, j'ai oublié de te le dire : hospitalité. (Akim, 56 ans)

C'était des potes qui avaient de l'herbe, parce que j'ai été dans un milieu babacool, donc l'herbe il y en avait à foison, c'était bénin pour moi. C'était normal. Je fumais même pas de clope, j'étais contre la cigarette, je fumais que de l'herbe et c'était vraiment momentané... avec des potes, on fumait les fonds de pétards des parents. (Christophe, 27 ans)

Magali et Gérard de leur côté évoquent une initiation à l'alcool dans un contexte de fêtes de famille où la présence de boissons était massive et normalisée.

L'alcool très jeune, je finissais les verres de tout le monde, j'avais à peine 5 ans... Ça a commencé comme ça, mes parents ne m'ont pas interdit quoi que ce soit et au contraire, ils m'aidaient bien, vu que je suis de parents alcooliques. Mère et père alcooliques. (Magali, 45 ans)

J'ai commencé à boire à l'âge de 9 ans. Chez nous, dans le nord, pour Noël, pour les anniversaires, on buvait un verre de liqueur. Et moi, j'allais à la cave couper du bois et j'aimais bien la liqueur et il y avait plein de bouteilles. Ma grand-mère, elle les faisait elle-même, donc je les buvais. (Gérard, 47 ans)

Globalement, les adultes ne semblent pas être intervenus par rapport à ces usages précoces, à l'exception de Malika, envoyé « au bled » à 11 ans pour mettre un terme à sa consommation simultanée de trichloréthylène, cannabis et médicaments.

Plaisir des consommations

Lorsque les personnes interrogées évoquent leurs premières consommations, le sentiment de plénitude affleure des discours : « *Tout le reste du samedi, j'étais défoncé, je planais, j'avais l'impression d'être surpuissant* » (Salah, 46 ans). Les consommations sont d'abord indissociables du plaisir procuré par les produits : « *on est tellement bien qu'il n'y a rien qui peut nous arriver, on plane* » souligne Abdel.

Comme chez beaucoup d'usagers de drogues intensifs, la consommation se suffit ainsi parfois à elle-même, les effets des produits étant la principale motivation recherchée : « *je suis un consommateur qui aime la drogue* », témoigne Yann. La dimension d'optimisation des capacités personnelles, est une fonction qui apparaît régulièrement dans leur discours :

Ça me désinhibe, ça me rend plus forte, j'ai l'impression que je suis intelligente, plus vive. (Malika, 52 ans)

Faire face aux épreuves biographiques

D'autres dimensions allant au-delà d'un premier ressenti de plaisir sont bien souvent évoqués par les interviewés. La grande majorité des répondants témoignent d'un parcours de vie marqué par un ou plusieurs drames familiaux : décès d'un parent, accident ou maladie incurable, perte d'un ou plusieurs enfants, suicide dans la fratrie, violences conjugales... Face à ces épreuves l'usage de substances constitue bien souvent une ressource. Les effets des produits viennent contrebalancer la douleur, favorisant l'oubli ou la mise à distance des pertes affectives.

Salah interprète de la sorte ses premières prises d'héroïne à quatorze ans. Ayant grandi dans une famille de dix enfants, il raconte sa tristesse d'avoir vu sa mère « *s'user à la tâche* » et subir la violence de son père qui la frappait parfois « *alors qu'elle n'avait rien fait* ». Il dit avoir pris des coups lui aussi, en essayant de s'interposer pour protéger sa mère. L'héroïne est entrée dans sa vie dans ce contexte :

Moi, je supportais plus de voir ma mère subir les violences et que mes frères fassent rien du tout. C'est là où j'ai commencé à me réfugier dans l'héroïne... J'ai pas trouvé d'autres solutions. J'aurais bien aimé avoir eu de l'aide à ce moment-là, mais je savais pas sur qui me retourner. Chez nous, on ne nous a jamais appris, c'est dans notre culture, à aller parler à son grand frère ou à aller se confier à son grand frère ou à sa grande sœur, alors je gardais tout pour moi. Mais c'était trop, c'était trop lourd à porter, je voulais fuir et m'anesthésier. Et je vais vous dire, franchement, ça m'aidait, oui, au début ça m'aidait à tenir le coup. J'avais l'impression d'être plus fort, oui, plus fort, alors que c'était faux. J'ai mis du temps à le comprendre, plusieurs années. Mais ça m'aidait vraiment à anesthésier les douleurs que j'avais dans mon cœur, dans ma tête. Je savais pas comment les extérioriser, alors je me droguais. (Salah, 46 ans)

Charly de son côté, a commencé à boire à l'âge de 10 ans à cause du décès de ses parents :

« Moi, je bois pas pour dire que j'aime la boisson, je bois parce qu'il fallait que j'oublie ce que j'ai vu, c'est tout. Mon deuil, je le fais tout seul avec ma bouteille, je suis avec ma bouteille, c'est pour ça que je buvais. Je bois pas parce que j'aime ça. Je buvais parce que je faisais mon deuil. À ma façon. Chacun à sa façon. Il y en a qui se droguent, qui se piquent parce que c'est trop dur à supporter. Moi, c'était l'alcool. C'était trop dur à supporter, je buvais. » (Charly, 38 ans)

Des événements douloureux viennent aussi infléchir les trajectoires à l'âge adulte : reprise de consommation ou bascule vers des usages massifs. Icham, explique par exemple qu'il a « *sombré* » dans l'alcool à la mort de ses deux filles, tout comme Fatiha qui décrit une reprise de la consommation d'héroïne et sa « *dégringolade* » consécutive au décès de son frère et à l'éloignement de sa fille.

Des consommations « thérapeutiques »

Les produits sont également présentés par une partie des répondants à travers leur fonction thérapeutique.

Le cannabis c'est mon traitement de substitution. (...) Le cannabis pour moi, c'est pas un outil de défonce, c'est médical. Parce que le tercian®, tous les médicaments qu'on m'a proposés, où j'étais un légume avec, ou ça faisait un effet contraire. Alors que le cannabis, je fume mon pétard, je suis en paix avec moi-même. (Kévin, 26 ans).

Comme en témoigne Kévin, les drogues prennent ici la valeur de médicaments. Elles tempèrent ou annulent des « *délires* » ou une « *nervosité* » par exemple, qui entravent la relation aux autres. Charly explique ainsi qu'il consomme pour réussir à « *supporter* » les « *gens* ».

Les répondants relient l'usage de drogues non seulement à l'accès à un mieux-être, mais aussi à un sentiment de « *normalité* ». Avec les drogues, on se sent *bien, mieux, capable, normal*. Abdel et Rachid en fournissent deux illustrations. L'un comme l'autre évoquent les sensations de plaisirs procurés par les produits mais au-delà, la fonction essentielle qu'ils occupent dans leur vie, permettant d'affronter le quotidien et se défaire d'un sentiment de persécution pour Abdel ou d'éprouver une impression de « *normalité* » pour Rachid.

Quand je suis à jeun, j'arrive pas à affronter la vie, j'arrive pas... Quand je bois je fais plein de choses, je bouge je suis bien. Quand je bois pas je suis malheureux. Je suis constamment enrhumé dans la maison. Ni la nuit, ni le jour je sors. Quand je bois, ça me permet de sortir... Je vais voir des amis à moi, mais à jeun c'est impossible. En fait, je me sens traqué dans la rue, j'ai l'impression que tout le monde me regarde. Mais en fait c'est faux, c'est moi qui me fait mes délires. Et quand je bois non, tout le monde peut me regarder. (Abdel, 50 ans)

Interrogé sur ce que lui apportent les produits, Rachid répond comme une évidence : « *on se sent comme une personne normale, en fait* ». Usager intensif d'héroïne, de cocaïne et de cannabis, les produits permettent de restaurer le sentiment qu'il a de lui-même, mais aussi l'image que les autres lui renvoient. Il refuse en effet l'association qui est faite de l'extérieur avec une identité de « *schlag* », vocable désignant le dernier stade d'*indignité* associé à la consommation de drogues. En plus d'être dégradante, cette réduction de sa personne au statut social du plus misérable des « *toxico* » ne correspond pas à son expérience : les drogues lui apportent quelque chose, rien moins qu'une sensation de bien-être et de normalité.

Dérive : vers une « expérience totale »

Sources de plaisir ou ressources face aux épreuves de la vie et à la maladie, les drogues sont aussi à l'origine de souffrances physiques. Elles peuvent conduire à vivre une forme de négation de soi, quand la personne bascule dans la dépendance, une expérience que tous les répondants rapportent, lorsque le mode de vie d'usager/revendeur prend le pas sur tous les autres engagements sociaux et relationnels, ou encore, quand les produits accentuent les « *décompensations* » psychiatriques.

J'aime bien consommer, il y a des avantages et des inconvénients. L'inconvénient c'est que ça fait décompenser. L'avantage c'est que quand je consomme je suis bien. Enfin je suis bien, j'en sais rien. (Jean Michel, 58 ans)

Bien plus qu'un « inconvénient » évoqué par Jean Michel, les drogues ont, à un moment donné occupé toute la place dans la vie de Salah et celle de Yann, les réduisant l'un et l'autre à leur seul statut d'usager-revendeur.

Je rentrais plus des fois pendant une semaine, je me retrouvais à Amsterdam dans des caniveaux en train de piquer du nez avec des prostituées, des toxicomanes de tous pays... J'étais dans la débécance totale, une épave... J'en avais tous les jours, j'en avais à profusion, et plus j'en avais, plus je consommais, et plus je consommais, plus ma tombe s'élargissait de jour en jour... Heureusement qu'il y a eu la détention parce que je pense que je serais mort d'une overdose ou même du Sida ou d'une maladie due à l'héroïne et à la cocaïne. (Salah, 46 ans)

J'étais un vendeur de drogue, t'as un accès plus libre au domicile des personnes. T'es toujours bien accueilli où tu veux. T'as ce qu'il faut, tout le monde t'accueille... c'est des relations de vautours... Tu t'y habitues, t'as pas le choix, c'est comme ça. Si les autres sont autour de toi, c'est pas par amitié. T'en a certains qui sont là parce qu'ils t'aiment bien, ils sont amis, ils sont pas là que pour la drogue, mais si t'avais pas de drogue, ils te parleraient même pas. C'est comme ça, c'est du business, il faut l'accepter. (Yann, 37 ans)

En définitive, dans une vie marquée par des épreuves sociales et subjectives, les consommations de drogues constituent une respiration. Les produits apparaissent nécessaires à la personne, au moins un temps, voire durablement, parce que les plaisirs ressentis sont une source de bien être ou permettent de ne pas sombrer sous le poids des drames biographiques. Les dommages qui ne manquent pas d'accompagner les conduites d'usages massifs et répétés n'annulent pas cette fonction positive de l'expérience. Les consommations ont tout à la fois valeur de ressources et occasionnent des difficultés supplémentaires dans la trajectoire de vie. Elles sont à la fois indispensables et à l'origine d'une trajectoire supplémentaire de souffrances et de perte.

La relégation sociale

La négation de soi construite dans la sphère personnelle a des conséquences importantes sur l'autonomisation sociale des personnes. Plus de la moitié des interviewés ont eu recours à la délinquance et témoignent d'une souffrance de long terme rendant difficile la projection de soi au-delà de la douleur. Ces deux phénomènes cumulés concourent à la construction de trajectoires *en marge* où les personnes errent entre différents espaces de relégation sociale : la prison, lorsqu'elles sont arrêtées par les forces de l'ordre, la psychiatrie lorsque les personnes souffrent trop, la rue, lorsqu'elles ressortent. La prison est l'institution qui semble bien souvent intervenir le plus précocement dans la trajectoire des personnes, à l'inverse de la rue qui se présente bien souvent comme le point d'aboutissement d'un parcours de désinsertion. Ces espaces parachèvent le processus de négation de la personne, écrasant l'individu dans des injonctions socialisatrices marquées par la violence. Ce sont ces injonctions tout autant que les stratégies d'adaptation développées par les personnes qui seront décrites dans cette partie.

■ La prison : s'imposer

Une majorité des interviewés sont passés par la prison. Les premières incarcérations surviennent majoritairement entre 18 et 25 ans (deux sont rentrés en prison en étant mineurs), et sont nombreuses. Si la prison est globalement décrite comme un univers évoquant la peur et une

expérience caractérisée par la dureté, elle semble toutefois offrir certaines voies de valorisation/revalorisation de la personne.

La dureté de l'institution

Lorsque Erving Goffman écrit *Asiles* (Goffman, 1968), il crée le concept *d'institution totale* pour rendre compte des conséquences sociales d'institutions telles que les hôpitaux psychiatriques ou les prisons. Celles-ci sont définies comme des « lieu(x) de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse, dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ». Ces espaces s'approprient la personne la dépouillant de l'ensemble de ses attributs individuels.

De nombreux sociologues de la prison ayant décrit cet univers dans ce cadre de pensée (Chantraine, 2004 ; Clemmer, 1940 ; Houchon, 1969 ; Mathiesen, 1965 ; Morris et Morris, 1963 ; Rostaing, 1997 ; Sykes, 1958) montrent que cette institution dépossède le détenu d'un « temps à soi » (Rostaing, 1997), déresponsabilise/infantilise les personnes et réduit, voire détruit l'intimité. Dans un lieu où la surpopulation est régulièrement dénoncée, la promiscuité induit la réalisation d'actes relevant traditionnellement de la sphère privée devant les autres (aller aux toilettes ou toutes pratiques à caractère sexuel). Les fouilles des cellules et des personnes (par palpation ou par « fouilles intégrales »¹¹) sont régulières, les effets personnels sont réglementés, les actes de la personne sont observés (via l'œillet, le système d'écoutes téléphoniques ou de contrôle du courrier)... Abdel fait référence à la dureté de l'institution à sa manière en expliquant : « *Tout (est dur à vivre en prison). Déjà, la liberté, c'est important. Après, tout. Si vous avez pas de cigarettes, il y a personne qui vous donne des cigarettes, vous ramassez les mégots par terre.* » (Abdel, 50 ans) La notion de « tout » évoque bien la dimension totalitaire de l'institution, infligeant une souffrance se diffuse dans l'ensemble des pans de la vie de la personne.

La prison est également décrite comme un univers qui fait peur, comme en témoigne Farida : *Au début, j'étais traumatisée. Je voyais des filles qui se bagarraient, j'avais peur, même d'aller en promenade et tout, j'avais peur, je voyais qu'elles se frappaient, tout ça, j'entendais des crimes qu'elles avaient faits, parce que ça parle aussi. Une avait tué ses enfants ; une autre avait tué son mari avec un extincteur ; une mère, sa fille elle pleurait trop, elle l'a prise, elle l'a tapée contre le mur. J'avais peur.* » (Farida, 52 ans) Ce sentiment de peur ambiant est à la fois le produit de fantasmes liés au crime (venant saturer l'univers des représentations ayant cours en milieu carcéral (Le Caisne, 2004)) tout autant qu'à l'omniprésence, bien réelle, d'interactions violentes entre les détenus (Chantraine, 2004).

Cette situation de privation et de menace ambiante conduit les personnes à adopter des stratégies d'adaptations diversifiées.

Etre un « caïd » : un mode d'adaptation minoritaire

Il faut vraiment être un caïd pour être bien en prison. Moi, c'est pas le cas, je suis pas un caïd. Pour être vraiment bien en prison, il faut avoir beaucoup d'argent et ne pas avoir peur. (Abdel, 50 ans)

Dans un univers marqué par la peur et la menace perpétuelle, le moyen de survie principalement valorisé par les interviewés est la résistance physique et psychologique aux agressions, tout autant que la construction d'un capital matériel. C'est la manière dont Abdel définit la figure du « caïd », également décrite par la sociologie carcérale (Chantraine, 2004 ; Le Caisne, 2004) (sans utiliser

¹¹ Fouilles durant lesquelles les personnes sont mises à nu. Pour plus de détails sur ce point, voire l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24/11/2009 .

toutefois cette dénomination). Ces détenus construiraient leur légitimité d'abord sur une capacité à supporter et à infliger de la violence aux autres. Ainsi, ils s'entourent d'un groupe de personnes, avec lesquels ils font fonctionner l'économie souterraine des biens non autorisés (téléphones et stupéfiants principalement), susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de règlements de compte.

Dans l'enquête, Charly, paraît témoigner de ce mode d'adaptation au milieu carcéral. Il explique :

Enquêtrice : Quel souvenir vous gardez de la prison ?

Charly : Franchement, quand je suis rentré, j'ai dit : « Il y a deux solutions : soit t'es boss, soit t'es une merde. C'est à toi de choisir. » Donc, moi, j'ai dit : « Je suis le boss, c'est tout. » C'était moi le boss !

– Et comment vous étiez le boss ?

– C'est moi qui gère tout ! « Tu rentres du shit, tu me le ramènes à moi. Toi, t'es une victime, personne te touche et tu me payes. » Celui qui est pas content, ça se règle de suite. Moi, j'ai pas à perdre du temps, j'ai besoin de collègues. Partout où je suis allé... En plus, ils me connaissaient déjà parce qu'ils savent que je suis quelqu'un de droit, j'ai jamais fait des trucs bizarres, et je suis un homme. Et je suis braqueur, en plus. (Charly, 38 ans)

S'il n'est pas exclu que le discours de Charly soit inscrit dans une stratégie de présentation de soi dans le cadre de l'entretien les différentes caractéristiques de la figure du caïd, dealer de drogue en détention (Protais et Jauffret-Roustide, 2019) sont présentes dans son expérience :

- maintien des réseaux à l'extérieur qui permettent l'approvisionnement en substances interdites en détention (il explique que sa petite amie lui amenait du cannabis au parloir) ;
- capacité à infliger de la violence physique et à se faire un réseau de « collègues » ;
- victimisation de certains détenus ;
- construction d'une respectabilité propre au monde carcéral autour du type de crime commis : les criminels sexuels étant stigmatisés à l'inverse des braquages notamment (Le Caisne, 2004).

Par ailleurs, les détenus respectés sont également susceptibles de constituer « les médiateurs de relations globalement apaisées, sinon respectueuses. Lorsqu'un détenu arrive en détention, il va tout de suite rechercher des connaissances ou proposer son aide aux « bonnes » personnes pour être protégé et ainsi être à peu près respecté des autres » (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Akim, 56 ans en témoigne lorsqu'il explique concernant la prison : « manque de respect là-bas. Pas pour moi (...). Moi, j'étais protégé. » À l'inverse, Abdel semble avoir endossé un statut de « victime » lorsqu'il explique qu'il n'était pas un caïd et qu'il ramassait les mégots des autres pour pouvoir fumer.

Subvenir à ses besoins et optimiser la situation : la modalité d'adaptation la plus couramment décrite

L'expérience la plus couramment décrite en détention consiste à déployer des stratégies visant à optimiser la situation. Salah, Yann et Jean-Michel en fournissent des illustrations, décrivant des incarcérations pendant lesquelles ils ont réussi à « se mettre bien ». Cette expression évoque un confort de vie en détention assez général, tout autant que l'imposition d'un respect minimal, permettant aux personnes de ne pas devenir les victimes des autres. Jean-Michel, 58 ans, évoque ainsi un parcours carcéral qui s'est « bien passé », notamment parce qu'il a occupé la fonction d'auxiliaire¹² en détention : « ça allait parce que je travaillais, j'étais auxi, c'est-à-dire que je servais la bouffe aux autres »

¹² L'« auxi » est un détenu responsable d'étage qui assure contre rémunération l'entretien de la prison et les services communs (cuisine, ménage, etc.).

Cette activité au sein de l'établissement lui a fourni une relative aisance matérielle mais aussi la considération des autres – *l'auxi* étant bien souvent respecté, dans la mesure où il permet aux autres détenus d'effectuer des échanges non autorisés, par exemple.

Par ailleurs, le milieu carcéral est désormais connu pour être un lieu de très grande consommation du cannabis (Kinani *et al.*, 2018 ; Néfau *et al.*, 2017 ; Sahajian *et al.*, 2017 ; Sannier *et al.*, 2012) dont l'usage a plusieurs fonctions : occuper un temps vide, caractérisé par l'ennui et obtenir un apaisement face à la promiscuité des conditions de vie et la séparation d'avec les proches (Bouhnik *et al.*, 1996 ; Chantraine, 2004). L'approvisionnement en cannabis est donc un des enjeux importants de la vie en détention. Les répondants qui entrent dans la figure du détenu qui subvient/optimise ses besoins sont également ceux qui réussissent à subvenir à leur besoin de consommation sans être trop dépendant - et encore moins victime – des réseaux de trafic de stupéfiants à l'intérieur de la prison (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). C'est notamment le cas de Yann qui explique que lors de ses premières incarcérations, sa mère ainsi que des amis lui amenaient du cannabis à l'occasion des parloirs, mais qu'il n'était pas inscrit dans les gros réseaux de trafic à l'intérieur de la prison. Au cours de ses incarcérations ultérieures, il a subvenu à ses besoins en matière de cannabis seul, en travaillant comme « *auxi* ».

Des trajectoires carcérales inscrites dans le temps : se saisir de la détention pour sortir de la déviance

Chez certains, les modes d'adaptation à la prison ne sont pas univoques et évoluent au fil d'une trajectoire jonchée de multiples incarcérations. Salah, qui comptabilise 14 ans de détention en cumulant ses différentes peines, en témoigne. Lors de sa première incarcération, il s'inscrivait plutôt dans la figure du détenu qui optimise ses conditions de vie à l'intérieur, versant dans le trafic. Pourtant à sa seconde peine, il change d'optique :

Ils vous parlent de préparation à la sortie, mais il n'y a aucune préparation à la sortie. A une semaine de votre libération, on commence à vous expliquer que vous devez aller à l'ANPE, à la Sécu vous réinscrire, qu'il faut chercher un boulot ou une formation et on vous donne des adresses. Mais tout ce travail-là, en réalité, il faut le commencer dès l'entrée en incarcération, on fait pas ça en une semaine, c'est pas vrai, c'est pas possible, on peut pas, c'est un travail de longue haleine et c'est un travail de fond, on doit le faire avec le détenu. Ça, j'ai pu le faire seulement au bout de la deuxième condamnation. (Salah, 46 ans)

Usager d'opiacés avant son incarcération, Salah rapporte combien son accès à un médicament de substitution – le Subutex®, dans le cadre d'un traitement a contribué à l'amélioration de ses conditions de vie lui permettant d'inscrire sa peine dans une stratégie de sortie de la délinquance et de l'usage de drogues : « *J'ai eu la chance que le Subutex® arrive... De jour en jour, je me sentais de mieux en mieux. J'ai repris le sport en détention tous les jours, j'ai retrouvé l'appétit, j'ai commencé à faire des ateliers, j'ai commencé à travailler en maison d'arrêt...* »

Ce type de parcours est également caractérisé par l'inscription plus générale dans des démarches de soin, une mise à distance des réseaux de trafic et des relations carcérales estimées « déstructurantes », mais aussi la construction de relations respectueuses tant avec les surveillants que les autres détenus. La fonction « d'auxi » que Jean-Michel, Salah ou Yann disent avoir occupé permet d'obtenir ce double statut de personne respectée par la hiérarchie carcérale comme par les autres détenus. Ce type de trajectoires s'inscrit bien souvent dans une rupture des liens avec l'extérieur (Fernandez, 2008), comme en témoigne Yann : « *les autres peines, je l'ai ai faites tout seul, j'ai eu deux parloirs en six ans et demi* ».

L'intérêt de l'approche dynamique est alors de présenter des trajectoires carcérales évolutives, au sein desquelles l'injonction à s'imposer et se présenter comme un caïd, ou simplement à « *se mettre*

bien » en détention est susceptible de laisser la place à celle de se réinsérer, abandonner les consommations de produits et les activités délinquantes. À l'exception de ses usages de drogues, la trajectoire de Yann témoigne d'une évolution entre ces différentes incarcérations :

Pour ma première peine, ma famille est venue, ma mère m'a ramené un peu de shit et d'autres trucs parce qu'elle savait pas ce qu'il y avait dedans, c'est des amis qui lui donnaient des trucs déjà emballés, elle les ouvrait pas, elle me les ramenait. Mais sinon, les autres peines, je les ai faites tout seul, j'ai eu deux parloirs en six ans et demi, j'ai pas eu de drogue qui est rentrée. Je me suis démerdé pour avoir de l'argent, j'ai travaillé en prison, donc j'avais un peu d'argent qui tombait, j'ai essayé de me démerder. (...) Je suis sorti deux fois de prison sevré, je suis retombé et la dernière peine c'était sous méthadone. (Yann, 37 ans)

Pour une partie des répondants, l'expérience carcérale a influencé leur trajectoire d'usagers de drogues, initiant des sevrages temporaires ou le début d'une stratégie d'abandon des produits.

▪ La psychiatrie : souffrir

Les personnes décrivent des vécus psychologiques variés, parfois en lien avec l'expérience totale du malheur décrite plus haut. Ces ressentis conduisent la plupart du temps vers l'institution psychiatrique : les interviewés rencontrent alors un professionnel (de manière volontaire, ou de manière contrainte pour la plupart des répondants) qui pose un diagnostic à leur endroit, certains sont orientés vers une structure d'hospitalisation... Les personnes reçoivent l'étiquette de la maladie mentale tout autant qu'ils vivent les placements de manière différente. Ce sont ces vécus psychologiques, l'expérience de l'hôpital, le sens donné au diagnostic et les modalités d'adaptation par rapport à l'emprise exercée par l'institution qui seront décrits ici.

Les vécus difficiles qui conduisent en psychiatrie

Les personnes interviewées dans le cadre de cette enquête éprouvent un sentiment de mal-être intérieur qu'elles expriment en entretien. Certains comme Hakim, Kévin, ou Sébastien évoquent un énervement, une incapacité à résister à la frustration, à se contrôler, alléguant des accès de colères ou des « *pétages de câbles* » réguliers : « *crises de colères, violence, depuis tout petit* » (Sébastien, 25 ans).

D'autres, décrivent des peurs, des angoisses, notamment celle de la mort, ou, comme Désiré ou René, témoignent d'un sentiment de profonde tristesse:

René : J'ai toujours la même idée de partir pour mourir un jour. Moi, la vie m'intéresse plus, j'ai plus envie de sortir, je suis dans mon lit, un jour je mourrai dans mon lit. J'ai même plus le courage de changer mes draps, j'ai plus le courage de... Mon chat, il le voit, il reste à côté de moi, des fois il me met sa patte, il me mord l'oreille pour voir si je suis encore vivant, donc il couche à côté de moi. Un animal, il le sent.

Enquêtrice : C'est parce que vous vous sentez très triste ?

– Oui, je suis malheureux, j'en ai marre.

– C'est un sentiment que vous avez toujours eu ?

– Oui, je l'ai toujours eu. J'en ai marre de la vie, la vie m'intéresse pas. (René, 54 ans)

Yann ou Abdel décrivent des expériences au sein desquelles ils semblent perdre le contact avec la réalité :

Yann : Tu penses qu'il y a des gens qui sont en train de te casser les couilles, mais c'est dans ta tête (...) c'est des voix, j'entends des voix, j'entends des gens, j'entends des choses.

Enquêtrice : Les voix, il n'y en a pas quand vous n'avez pas pris de coke ?

– *Si, des fois j'en entends aussi des voix quand j'ai pas consommé, j'entends des conversations, j'entends des chuchotements. Je sais pas si je les imagine ou si c'est vraiment des conversations, j'en sais rien. (Yann, 37 ans)*

Bon nombre de personnes interviewées rattachent ces sentiments ou expériences psychiques au passé, soit en les inscrivant dans un flot continu de vécus difficiles, (« *par rapport à tous mes problèmes que j'ai eus dans mon passé : j'ai ma mère qui est décédée, il y a eu la séparation de ma femme, j'ai perdu mon père... Tout ça, ça m'a pris la tête* », Rachid, 47 ans), soit en les rattachant à un événement en particulier : « *Il y a une chose qui s'est passée dans ma vie. J'avais 10 ans. J'ai perdu mon petit frère et c'est des choses qui se sont réveillées* » (Akim, 56 ans). La confrontation avec la psychiatrie s'inscrit ainsi souvent dans la continuité de l'expérience totale du malheur précédemment décrite. C'est ce mal-être fondamental, qui s'exprime sous différents modes en fonction des individus, qui conduit bien souvent les personnes interrogées en psychiatrie.

L'hôpital psychiatrique : une expérience violente

L'expérience relatée par les personnes s'inscrit dans la continuité du cadre d'analyse proposé par Erving Goffman dans *Asiles* (Goffman, 1968). Elles décrivent les hôpitaux dans lesquels elles ont séjourné comme des lieux d'annihilation de la personne restituant des expériences d'emprise physique et morale (ou « contamination physique/morale ») ce qui conduit à un sentiment de dépossession totale de l'image de soi.

Les exemples d'expériences d'emprise physique reviennent de nombreuses fois dans les entretiens. Les répondants évoquent les périodes de placement en chambre d'isolement où ils ont été attachés : « *à 12 ans, j'étais en HP, à 14 ans j'étais accroché en chambre de contention pendant une semaine parce que, voilà, on pète un plomb à un moment, on est des humains, on n'est pas des machines, on a un cœur, on a un cerveau, on a des sentiments* » (Kévin, 26 ans). Certains comme Icham évoquent de véritables maltraitements : « *Moi j'ai vu des trucs affreux à l'hôpital X. C'est une vraie prison, les gens sont maltraités. (...) Ils les tirent, ils crient* ».

Les effets des médicaments sont également décrits. Yann explique : « *j'avais de l'Haldol qui m'était prescrit et ça m'a donné des contractures musculaires, la tête qui tire d'un côté, la mâchoire qui se déboîte. C'est très désagréable.* » Cette souffrance physique se double d'une souffrance psychologique : Cette souffrance physique se double d'une souffrance psychologique, comme en témoigne Salah : « *le problème c'est les effets secondaires, c'est ça que j'accepte pas, j'ai l'impression de plus ressentir les choses, les émotions, je suis moins émotif qu'avant, je suis plus triste qu'avant* ». René, décrit aussi l'effet assommant du traitement délivré : « *ça me cassait en deux, je pouvais pas rentrer chez moi. Un jour l'association de Saint-Augustin a téléphoné et a dit : « Il faudrait donner moins de traitement à René, parce que, René, il est assommé. »*

Ainsi, pour beaucoup, la maltraitance physique s'accompagne de maltraitements psychologiques, se déployant sur le fond des difficultés institutionnelles que connaît la psychiatrie d'aujourd'hui (Coupechoux, 2006) : « *c'est trop dur, c'est de la merde, ils vous traitent comme des chiens. Ils vous traitent comme des merdes. (...) Ils ont trop de boulot. Ils font 12 h par jour. Ils sont 5/6 pour 15 malades. (...) Ils ont pas le temps, ils nous envoient chier même* » (Jean Michel, 58 ans).

L'enfermement dans un discours stigmatisant réduisant l'image de la personne apparaît pareillement dans les entretiens. Charly en témoigne, refusant tant le traitement que le diagnostic posé. Il remet en cause la frontière posée par le discours médical entre la pathologie mentale et des sentiments partagés communément :

Quand j'ai dit à ma grande sœur qu'il disait ça (qu'il fallait qu'il prenne des traitements pour une maladie mentale), elle m'a dit : « touche jamais à ça, ils sont malades ! » Je lui ai dit : « Est-ce que j'ai une tête à toucher à ça ? » Elle m'a dit : « t'es normal, c'est comme ça que tu es. » Je suis comme je suis, c'est pas parce que je prends les médicaments que ça va changer quelque chose dans ma vie. Au contraire, ça va me tuer plus que... En fait, ça te détruit le mental, c'est : « je veux t'empêcher de penser. » (...) Moi, si ma tête ça marche plus, je suis mort ! Donc, laisse ma tête fonctionner. Tant qu'elle fonctionne... Moi, c'est ma ressource. Peu importe, des fois c'est pas facile, mais rien n'est facile, c'est un combat, mais moi je vais au combat tout seul, j'ai pas besoin d'un médecin. Si j'ai besoin vraiment de parler de trucs comme ça, je parle avec ma sœur au pays, je parle avec ma sœur de Paris, je parle à mon petit frère. (...) Il dit ça parce que, pour lui, je suis fou. Je sais pas ce qu'il a diagnostiqué dans sa tête. Parce qu'aujourd'hui je suis de mauvaise humeur, ça veut dire que je suis bipolaire ? Tout le monde est bipolaire, alors ! Mais c'est vrai ! Aujourd'hui, vous vous réveillez, vous êtes joyeuse, tout va bien. Demain, vous vous levez du mauvais pied, vous êtes énervée. Ah ! Quel changement d'humeur ! Elle est bipolaire ! C'est vrai ! Après, tu parles tout seul : tu es schizophrène. Oui, j'ai dit : « c'est vrai, je parle tout seul. » Mais c'est normal, c'est la prison qui m'a rendu comme ça. J'ai fait de l'isolement, alors je parlais à qui ? Je parlais à moi tout seul. A partir d'un moment, tu te crées un personnage qui est là à côté de toi. Mais ça veut pas dire que je suis fou, je parle avec. Même, des fois je prends ma douche, je parle tout seul. Mais, pour moi, c'est pas schizophrène, à la place de penser doucement, tu penses à haute voix. (Charly, 38 ans)

Si Charly évoque le diagnostic avec révolte, d'autres le tiennent scrupuleusement à distance, l'ignorent, voire le nient, comme Désiré :

Désiré : Parce que le psychiatre, suite à ce que je lui ai dit concernant ma situation, il m'a orienté vers Sainte-Anne, il m'a donné une lettre, bien fermée, et il fallait que je la donne à quelqu'un de l'hôpital Sainte-Anne. Je savais pas ce qu'il y avait dans l'enveloppe, je savais pas du tout. Après, la dame est venue me voir, elle m'a donné une enveloppe aussi, bien cachetée, et il fallait que je me dirige au CMP (Centre médico psychologique). C'est comme ça que ça s'est déroulé.

Enquêtrice : Vous n'avez jamais voulu savoir ce qu'il y avait dans ces deux enveloppes ?

– Non, ça ne me concernait pas... Enfin, ça me concernait mais, par principe, on me donne une enveloppe cachetée pour la donner à quelqu'un d'autre concernant ma situation, je le fais, je vais pas l'ouvrir.

– Mais vous n'avez pas demandé ce qu'il y avait dedans ?

– Non, non, ils font leur boulot.

– Moi, je pense que j'aurais... (Rires).

– Non, j'ai pas flippé, ça s'est très bien passé. Et puis ça me concerne pas, donc voilà.

(Désiré, 60 ans)

Une expérience difficile à intégrer dans la représentation de soi

Dans la majorité des entretiens, les personnes témoignent d'une difficulté à intégrer l'expérience et le discours que la psychiatrie produit à leur endroit dans la représentation qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur trajectoire biographique. Certains n'évoquent par exemple pas leurs hospitalisations. Quand elles y font référence, elles livrent également peu de dates de première hospitalisation, et mentionnent peu leur nombre. À l'inverse, plusieurs interviewés se souviennent précisément du temps exact passé en prison et comptent leurs incarcérations. De même, lorsqu'on les interroge sur le discours produit par les médecins, les personnes mentionnent parfois un diagnostic, sans expliquer ce qu'il évoque pour elles. Ainsi, pour la plupart des interviewés, les hospitalisations apparaissent comme des temps suspendus dans leur trajectoire et le diagnostic posé comme un discours que la personne appréhende de l'extérieur. Lorsque l'on demande à Roland ce qu'il pense du diagnostic de bipolarité qui lui a été communiqué à 44 ans il répond : « Rien. J'en pense rien ».

Cette difficulté ne provient pas uniquement de la violence des expériences décrites précédemment. Le stigmate négatif véhiculé par l'étiquette de malade mental, tout comme le sentiment d'étrangeté par rapport à soi-même que renvoie le discours psychiatrique sont deux éléments particulièrement difficiles à vivre pour les personnes. Abdel évoque le sentiment de trouble ressenti à la suite des diagnostics successifs posés par les psychiatres :

Il y en a qui me disent que je suis bipolaire, après on me dit que je suis pas bilopaire, que je suis schizophrène, après on me dit que je suis pas schizophrène... Je leur dis : « Arrêtez ! Je suis quoi, alors ? Dites-moi ce que je suis ! (Abdel, 50 ans)

Malika, 52 ans, verbalise également un sentiment de honte, mais aussi cette extériorité du discours psychiatrique : « *j'ai honte... de ce qu'il s'est passé. (...) Je me sentais pas concernée, je me sentais pas malade, moi* ».

Mobiliser les éléments qui aident à mieux vivre

Cependant, les personnes restant tout à fait hermétiques au discours porté par la psychiatrie ainsi qu'aux modes d'action qu'elle propose sont rares. La majorité des interviewés saisissent dans le panel d'interventions et discours psychiatriques ce qui vient faire sens pour eux, et les aider au quotidien. Désiré par exemple, qui tient à distance l'étiquette de malade mental, est simultanément suivi par un psychologue avec lequel il a noué une relation privilégiée depuis de nombreuses années. Parler lui fait du bien, et s'il refuse le diagnostic, il semble à l'inverse apprécier le regard que le professionnel lui renvoie sur sa vie. Il en va de même pour Camille, dont le discours paraît imprégné du travail de reconstruction biographique réalisé au cours des nombreuses explorations psychanalytiques effectuées au cours de son existence.

L'acceptation du traitement, malgré les effets secondaires dénoncés, est par ailleurs assez répandue chez les personnes interrogées. C'est en général en mentionnant ses effets positifs, venant contrebalancer les autres conséquences repérées, que les personnes le justifient. Désiré par exemple prend scrupuleusement son traitement, expliquant que les médicaments lui « *font du bien* ».

Par ailleurs, des répondants mobilisent certains éléments entendus au contact des thérapeutes leur permettant de mettre des mots, de qualifier, en bref, de normaliser un vécu intérieur contenant une part de mystère. Abdel comprend ainsi ses sentiments de persécution extrêmes comme une « *maladie* », même s'il vit très mal les hospitalisations psychiatriques. L'expression « *dites-moi ce que je suis* » adressée aux médecins psychiatres qu'il a rencontrés, précédemment citée, témoigne bien d'une demande de définition et d'éclairage sur des vécus très douloureux. Ainsi, le diagnostic permet parfois de mettre des mots et de venir délimiter des expériences intérieures difficiles et envahissantes. Si la pathologisation induite par le discours médical est parfois ressentie avec violence, elle peut à l'inverse, être le support d'une mise à distance et donner l'espoir qu'il est possible de maîtriser ces vécus intérieurs angoissants.

Certains, mais ils restent rares dans l'ensemble des interviewés, intègrent l'ensemble du discours psychiatrique et les modalités d'intervention qu'il propose. Salah en témoigne :

« Oni, la psychiatrie peut aider, mais le médicament c'est une béquille, c'est 20 % sur les 100 % de la maladie, que 20 %, et c'est 80 % de la personne. Si elle (la personne) y met les moyens et qu'elle suit bien son protocole, elle peut vivre en étant stable et elle peut reprendre une vie normale. J'ai vu une prof qui était schizophrène, elle redonne des cours à la fac. J'ai vu des gens, ils ont repris leurs études. Moi, il y a pas longtemps que j'ai appris que j'étais bipolaire. Mon psychiatre, je lui parlais, je lui parlais, il notait, il notait, il me faisait des signes, des bâtons, des ronds, je comprenais pas... Tandis que la psychologue, je lui

parle, elle me pose des questions, et ces questions-là je fais un travail dessus. (...) Alors je savais pas mettre des mots sur ma maladie, c'est pour ça que j'acceptais pas ma maladie, que je disais que j'avais aucun problème. Une fois que j'ai eu le pronostic, là d'accord, là j'ai pu mettre un mot sur ma maladie et j'ai vu que c'était pas si grave que ça et qu'on pouvait la stabiliser en prenant un traitement, même avec des effets secondaires, malheureusement » (Salah, 46 ans).

Salah a d'abord admis le diagnostic, qu'il envisage comme une grille de compréhension d'un vécu intérieur qu'il avait auparavant du mal à intégrer dans la représentation qu'il avait de lui-même ; il a ensuite accepté le traitement, malgré les effets secondaires ressentis ; il s'est enfin inscrit dans un véritable travail sur lui-même avec la psychologue. Témoignant d'une « carrière » d'acceptation de l'étiquette du malade mental, il explique pourtant, comme le fait Goffman lorsqu'il analyse la trajectoire pré-hospitalière, que cette acceptation ne s'est pas faite sans résistance, ni rancœur à l'égard de personnes proches qui l'on fait hospitaliser les premières fois :

« J'ai eu peur. La première fois, j'ai eu peur, j'ai fait une crise. J'étais parti chez ma sœur, elle m'avait invité à Bordeaux et elle se doutait, elle, elle a vu que je commençais à dérailler, elle a vu les changements d'humeur que j'avais. Je sais pas, un jour je suis descendu en bas pour prendre le bus, je lui ai dit : « Il faut qu'on me foute la paix, j'ai envie de me promener, fous-moi la paix, j'ai envie de sortir. » Elle, elle voulait pas parce que j'étais en pleine crise. Je suis sorti, elle a appelé la police, chose qu'il fallait pas faire. (...) Ils sont venus, ils m'ont shooté, je me suis retrouvé tout nu, attaché, j'étais allongé dans une pièce où il y avait juste un carreau pour que les médecins vous voient. Il y avait un micro, je me souviens. Moi, j'étais tout nu, j'étais attaché et je criais : « Je suis pas fou ! Je suis pas fou ! Je suis pas fou ! » Et je suppliais Dieu dans ma tête que ma sœur elle vienne et qu'elle me libère de là. Je lui en ai toujours voulu. Maintenant, je lui ai pardonné, j'ai des bons rapports avec elle. Je lui ai dit : « Je comprends que tu aies appelé l'hôpital, t'as bien fait, j'aurais pu faire beaucoup de mal. »

Jean-Michel, 58 ans, semble avoir fait ce même travail d'acceptation, même si la psychiatrie est davantage envisagée comme une béquille destinée à atténuer les crises psychotiques que comme un discours l'aidant à réviser l'image qu'il a de lui-même. Il évoque d'emblée ses hospitalisations, les inscrivant dans sa trajectoire biographique. Il se dit « schizophrène » et explique que la consommation de produits psychoactifs le fait « décompenser ». Malgré le réquisitoire qu'il dresse contre l'hôpital psychiatrique, il demande à être hospitalisé lorsqu'il sent la « crise » venir. Il explique alors que les médecins augmentent les médicaments pour que ça passe, puis qu'ils les baissent à la sortie, témoignant d'une forme d'impuissance à le guérir sur le long terme. Lorsqu'on lui demande comment les psychiatres font pour lui éviter les crises, il répond : « *qu'est-ce que vous voulez qu'ils fassent ?* »

■ Le logement précaire : survivre

De nombreux sociologues qui se sont intéressés à la rue ont décrit un champ d'expériences extrêmes marqué par la « lutte constante pour le maintien de soi », et la « survie ». Ce mode de vie définit une captation de l'existence par la « tentative de répondre aux besoins les plus élémentaires suivants : un endroit où dormir en sécurité, l'alimentation, des liens sociaux stables et l'accès aux biens de première nécessité » (Pichon, 2007). Ceci engendrerait globalement un sentiment d'insécurité marqué dans le temps, une vulnérabilité, une perte de confiance dans le monde, une mise à l'épreuve perpétuelle de l'estime de soi et de la dignité de la personne. En bref, de Vexliard à Pichon (Pichon, 2007 ; Vexliard, 1957), la vie à rue est ainsi perçue comme venant menacer profondément le moi. A l'inverse de l'hôpital et de la prison, qui viennent réduire l'espace de l'intime et le développement d'un sens de soi par l'emprise exercée par l'institution, c'est la réduction de la personne à l'assouvissement de ses besoins physiologiques et sociaux les plus

élémentaires qui viennent menacer l'identité dans le logement précaire. Pourtant, la rue n'est pas le seul espace à produire ce sentiment, et il est important de rappeler, que « l'ensemble des déclinaisons de l'habitat précaire fait partie de l'expérience de la survie » (Pichon, 2007). De fait, la trajectoire d'errance face au logement que décrivent les personnes interviewées offre une déclinaison importante des lieux alternatifs au « chez soi » investis en fonction des possibilités relationnelles et matérielles des personnes : voiture, squat, chez un ami, chez un parent...

Des parcours durablement inscrits dans une fragilité par rapport au logement

Les personnes présentent souvent des moments spécifiques pour expliquer une « descente » vers le logement précaire. Malika, 52 ans, considère que c'est la mort de son frère et la séparation d'avec sa fille qui ont été à l'origine de sa « dégringolade ». De même, Martial raconte qu'il s'est retrouvé à la rue à la suite de l'incendie de la maison de sa mère dans laquelle il habitait. Les personnes mettant un événement douloureux à l'origine de la perte d'un habitat stable, décrivent alors une inflexion négative de la trajectoire biographique dans laquelle la reprise de la consommation, la perte du logement, voire la perte du travail succèdent au décès, à la séparation avec un être aimé. Pour d'autres personnes, c'est la sortie d'institution qui signe le passage au logement précaire. C'est notamment le cas de Yann et Salah après leur premier séjour en prison. Pour Kévin, Christophe, René ou Philippe, c'est la sortie des foyers de l'enfance ou des familles d'accueil qui a conduit à l'itinérance. Le logement précaire intervient ainsi pour bon nombre d'interviewés au moment où les institutions (« totales ») relâchent leur emprise sur les personnes.

La fragilité face au logement sur le long terme semble caractériser la vie de la plupart des personnes rencontrées. C'est particulièrement le cas de Rachid, Sébastien ou René et Kévin, qui sont des enfants abandonnés dès l'enfance et que les foyers ou familles d'accueil n'ont pas réussi à stabiliser socialement, intimement, ainsi que face au logement. De même, Yann et Salah expliquent en définitive qu'ils n'ont jamais eu de « chez eux », puisque durant leurs années d'activité de trafic, ils dormaient « chez les uns et les autres », au grès des relations liées à leur « business » :

J'ai eu des chez-moi, mais j'ai eu des chez-moi qui étaient chez les autres. J'ai eu beaucoup de chez-moi qui ont été chez les autres. Vu que j'étais un vendeur de drogue, t'as un accès plus libre au domicile des personnes. T'es toujours bien accueilli où tu veux. T'as ce qu'il faut, tout le monde t'accueille. (Yann, 37 ans)

Ainsi, la vie des personnes interrogées reste caractérisée sur le long cours par une fragilité par rapport au logement altérant durablement la préservation de l'intimité.

La survie

Les interviewés s'étendent peu sur ce qu'ils ont vécu « à la rue ». Toutefois, lorsqu'ils répondent à la question, les différents éléments qui dominent dans les discours sont la question de l'assouvissement des besoins élémentaires, de l'atteinte au corps, de l'intrusion, des interactions agressives, et d'une dévalorisation de soi globale, venant illustrer la représentation de « l'individu « perdu » : un individu en lutte pour conserver sa propre vie » (Pichon, 2002).

Rachid illustre bien la cristallisation de l'existence autour des besoins fondamentaux : « il faut se débrouiller pour manger, il faut se débrouiller pour avoir un hébergement et c'est difficile pour avoir tout ça, il faut connaître. » La question matérielle revient également plusieurs fois dans les propos des répondants qui font état d'un sentiment de privation important, et d'une vie orientée d'abord vers la recherche de denrées alimentaires.

Abdel ou René, font par ailleurs référence à la sensation de froid qu'ils ont ressentie lorsqu'ils étaient à la rue :

« Enquêtrice : Qu'est-ce qui est très dur à vivre à la rue ?

René : C'est le froid. L'autre jour, il y avait une émission à la télé : « monsieur, qu'est-ce que vous attendez ? » Il dit : « j'attends la mort » (René, 54 ans).

Les problèmes d'hygiène sont fréquemment rapportés par les personnes concernant leur expérience des dispositifs d'hébergement d'urgence : *« C'est-à-dire on est serrés, des poux, sales... »* (Icham, 60 ans).

Les agressions font partie du vécu à la rue comme en témoigne Pascal : *« il y a beaucoup de SDF qui se font agresser la nuit. La nuit, c'est dangereux. (...) On vous tape dessus. C'est le plaisir de faire du mal, il y en a c'est le plaisir de faire du mal, c'est tout. S'ils voient quelqu'un qui traîne à la rue... »*. Les vols sont aussi évoqués, comme Roland qui explique avoir fait l'objet d'une « arnaque » sur sa carte bleue.

La vulnérabilité particulière du corps à la rue est pareillement bien visible chez les femmes. Deux des hommes interrogés ont fait état d'une empathie toute particulière à l'égard de la condition spécifique des femmes sans abri : *« imaginez que j'aurais été SDF dans la rue, on m'aurait tabassé, on m'aurait marché dessus, je sais pas trop quoi ce qu'on aurait fait de moi. Alors imaginez une femme ! Qu'est-ce qu'on va lui faire à une femme ? Les pires des crasses possibles, on va l'utiliser. Et ça, j'en ai pris acte quand j'ai rencontré les autres personnes et des témoignages de femmes qui ont été à la rue avec des maladies psychiques et qu'on a mises sur le trottoir »* (Salah, 46 ans). De fait, la vulnérabilité physique se double d'interactions violentes difficiles à soutenir en particulier s'agissant d'agressions sexuelles : *« garçons/filles très complexe dans la rue. Il faut pas se laisser marcher sur les pieds, surtout pas, autrement t'es une victime, tu deviens la victime de tout le monde »* (Magali, 45 ans). À la menace du viol (bien ressenti par Malika qui explique avoir toujours recherché des espaces non déserts, pour ne pas se retrouver isolée face à un agresseur potentiel) s'ajoute la prostitution au service de la survie ou pour subvenir à la consommation de drogues :

Enquêtrice : Toi, tu as déjà rencontré des consommatrices qui ont été à la rue pendant un certain temps ?

Camille : Oui.

– Donc, elles faisaient des passes ?

– Bien sûr. Pour pouvoir dormir le soir quelque part, pour...

– Il y en a certaines qui t'ont déjà parlé de violences, genre de viol ou de trucs comme ça ?

– Oui, bien sûr. Moi, j'ai eu des problèmes avec un type comme ça (...). C'est toujours la même chose : je te fais fumer, donc je te baise. C'est comme ça qu'ils fonctionnent. (...)

– Tu dis qu'une fois ça t'est arrivé un mec qui est allé un peu trop loin.

– Oui, il m'a forcée. C'était violent, très violent. (Camille, 45 ans)

En définitive, les personnes décrivent un sentiment de solitude globale et le peu de solidarité entre personnes en situation de précarité par rapport au logement. *« J'ai essayé de traîner avec la même personne mais, au bout du compte, elle profite de toi, tout ça pour que tu penses à lui ramener quelque chose »*, explique Yann. Son propos illustre les conséquences, bien décrites par les sociologues, sur les relations sociales d'une vie cristallisée autour de la survie : la réduction des relations sociales nourries par des sentiments (Guibert-Lassalle, 2006).

L'expérience rapportée par les répondants rompt avec les perspectives culturalistes défendant la constitution de groupes unis autour de valeurs communes et typifiés par la figure du clochard (Gaboriau, 1993). Percevoir la précarité par rapport au logement comme la perte de toutes relations

y compris affectives ne correspond pas non plus à l'expérience vécue. L'absence de groupe structurant durablement la vie à la rue n'empêche pas l'existence d'une sociabilité secondaire appuyée sur des échanges souvent éphémères tournés vers l'apprentissage de la survie. Bien que la bienveillance fasse souvent défaut dans les interactions, les personnes ne sont que marginalement totalement isolées¹³, l'amitié peut être présente et le sentiment subjectif de solitude ne traduit qu'en partie un isolement relationnel effectif (Monrose, 2004).

Perte du sens de son propre corps, peur ambiante et manque de relations sociales bienveillantes, la conséquence est un sentiment d'indifférence sociale conduisant à une dévalorisation de soi, tel que les personnes ne le décrivent pas dans les autres univers sociaux dépeints dans les entretiens. Malika explique ainsi qu'elle se « *sentait invisible* » et Salah conclut : « *il ne vous reste rien, vous êtes plus rien, vous êtes plus personne ! Juste une ombre, l'ombre de vous-même, vous êtes plus que ça et il faut vivre.* »

L'exemple de l'injection d'héroïne ou de l'overdose en public qui n'attirerait l'attention de personne, mentionné par trois interviewés, est emblématique de cet isolement. Il permet d'illustrer le niveau d'indifférence auxquels les personnes se sont senties confrontées. La perte des repères temporels, bien décrite par les sociologues, se retrouve également dans les entretiens, bien souvent liée à une consommation importante : « *t'es dehors, de toute façon, t'es dans la rue, donc il y a pas d'heure. Et là, je buvais, oui, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps* » (Charly, 38 ans).

Les sentiments d'insécurité permanente et de dévalorisation de soi conduisent certains à préférer la vie en institution plutôt que la rue. C'est notamment le cas de Roland ou René qui disent apprécier leurs séjours à l'hôpital psychiatriques garantissant l'assouvissement minimal de leurs besoins élémentaires : « *c'est long parce qu'il faut attendre là-bas, mais c'est bien la psychiatrie, on est en sécurité, il y a à manger...* » (René, 54 ans) ; « *Moi je trouve que c'était pas trop mal, parce qu'il y avait un fumoir et on mangeait bien, on avait du rab* » (Roland, 65 ans).

La hiérarchisation des lieux

Les différents types de logement précaires ne sont pas vécus de la même manière par les personnes. Au fil de leur parcours de précarité, les personnes interviewées ont décrit tous types de logement, y compris les squats apparaissant « *à l'autre bout de la hiérarchie de l'abri précaire (...) comme l'espace habitable le plus proche du domicile privé* » même si tous les squats ne se ressemblent pas (Pichon, 2002). Charly par exemple, a particulièrement investi ce lieu, qui s'est apparenté pour un temps court à un « *chez soi* » :

Charly : J'ai fracturé une porte, je suis rentré : 4 000 m² ! Il y a personne qui habite dedans, 4 000 m² ! (...) Je suis resté huit mois. Le proprio, il est venu me voir, il m'a dit : « Vous sortez. » Je lui ai dit : « Oui, ne vous inquiétez pas. » Il est revenu une deuxième fois, je lui ai dit : « Excusez-moi. » Il m'a dit : « Non, en fin de compte, je préfère que vous restiez. » Parce qu'il a vu comment j'avais fait le truc. Je suis pas sale, sauf qu'il me fallait un endroit pour dormir. J'avais mon canapé, j'avais un coin cuisine, j'avais mon lit...

Enquêtrice : Vous aviez aménagé tout ça.

– Oui, c'est mon chez-moi, non ? C'est moi qui ai ouvert... J'avais ma télé, j'avais ma chaîne hi-fi... » (Charly, 38 ans).

Pour autant, l'expérience de Charly reste bien loin de celle de squats collectifs qui, s'ils permettent quelques relations sociales parfois bienveillantes (Philippe nous dit par exemple s'être sevré de l'héroïne dans un squat habité par des punks), restent menacés par les effets délétères liés à la

¹³ Selon l'enquête INSEE (Insee, 2012), 12% des sans domicile étaient en situation d'isolement relationnel « absolu ».

promiscuité. En bref, « *la qualité la plus recherchée de l'abri précaire est sa capacité à offrir un lieu intime* » (Pichon, 2002).

Si le squat paraît, de par son aspect fermé, se prêter particulièrement bien à la préservation de l'intimité, la délimitation d'un espace en extérieur peut également remplir cette fonction. C'est notamment le cas de Roland qui semble avoir investi tout particulièrement un lieu ouvert près de la place d'Italie, en réussissant à le préserver un minimum des intrusions extérieures.

Roland : Je dormais toujours dans le métro, je laissais mes affaires pas loin d'une station Place d'Italie l'après-midi, je les retrouvais le soir.

Enquêtrice : Vous gardez quoi comme souvenirs de cette période ?

– Ça va, moi j'en ai un bon souvenir (Roland, 60 ans).

La capacité des personnes à rétablir les frontières de l'intime à la rue va ainsi définir le vécu qu'elles en ont.

Les stratégies de modification du sens

Lorsque l'individu parvient à inscrire ce mode de vie dans un choix personnel, il est mieux supporté, en témoigne Kévin notamment qui explique :

(J'en garde) que des bons souvenirs. La galère, c'est quoi ? La galère, c'est si on se met dans un coin et on se met à pleurer, au bout d'une demi-heure on est mort, on est mort déshydraté. Donc, moi, je me suis dit quoi ? Tous les matins, je me lève, c'est Indiana Jones. Il faut que je trouve à manger, il faut que je trouve des habits propres, il faut que je trouve un endroit où dormir le soir même. Voilà, c'était mon combat, c'était mon quotidien, j'avais pas le temps de m'ennuyer, j'avais pas le temps de me lamenter sur mon sort. (Kevin, 26 ans)

Kévin renverse un vécu qui pourrait être placé sous le signe de la fatalité et de la passivité en l'envisageant comme une aventure, un défi par rapport à lui-même, venant ainsi renforcer ses bases identitaires plutôt que les déstructurer. Cette manière de positiver l'expérience de vie en logement précaire s'inscrit dans les stratégies de « *modification du sens accordé à la situation* » décrites par de Gauléjac et Taboada Léonetti (de Gaulejac et Taboada Léonetti, 1994):

« Devant la difficulté de modifier rapidement la situation, sur laquelle le sujet a peu de prise, il pourra chercher à modifier le sens accordé à cette situation : il s'agira alors plutôt de stratégies de contournement qui permettent au sujet de prendre ses distances avec le système de valeur qui le stigmatise et de résister à l'intériorisation de l'image négative de lui-même qui lui est renvoyée par les autres. La distanciation, notamment à travers la dérision, l'inversion de sens, qui permet de s'insérer dans les marges ou de dévaloriser les conduites réprouvées par le cours social, ou la désimplication, au nom d'autres systèmes de valeurs. »

Ainsi, lorsque les personnes inscrivent leur itinérance dans un mode de vie artistique ou nomade souhaité, cette période est mieux vécue. Chez certains, elle n'est alors pas conçue comme du logement précaire, mais plutôt en tant que mode de vie anticonformiste. C'est notamment le cas de Désiré ou d'Akim qui décrivent, entre 20 et 30 ans, une vie « sans domicile fixe » inscrite dans un parcours de musicien. Jean-Michel rapporte également un parcours itinérant fait de voyages avant son premier mariage. Cette interprétation de ces séquences de vie sans logement (stable) conduit certains à y associer des bénéfices, comme une libération des contraintes du quotidien :

Je me sentais plus libre dans la rue que dans un appartement : moins de contraintes, pas de loyer à payer, pas l'EDF à payer, pas de risque de se faire mettre dehors du jour au lendemain (Kevin, 26 ans)

Certains envisagent la vie en camion comme un juste intermédiaire entre la préservation d'une intimité et la liberté de l'itinérance :

Être en appartement, non. Être en camion plus. (...) Les gens ils vont voir les gens qui sont en camion, parce qu'il y a une mentalité qui est beaucoup plus fun. C'est pas pareil qu'une personne qui est en appartement, qui a peur qu'on lui vole ses affaires. Dans un camion, on ne reçoit pas dedans. On reçoit dehors. Il faut vraiment que la personne ait quelque chose pour la faire rentrer chez soi. (Magali, 45 ans)

Ce mode de vie apparaît même pour Magali comme un lieu de préservation optimal de soi, puisque l'espace y étant confiné, les personnes y entrent peu. Coin secret, le camion peut permettre une restauration de l'intime, tout en garantissant la liberté d'une vie émancipée de toutes contraintes sociales.

Le programme : proposer un espace de reconnaissance

La majorité des personnes rencontrées sont entrées dans le programme alors qu'elles étaient en situation de logement précaire : à la rue pour la plus grande part d'entre elles, hébergées chez des proches ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), voire en foyers (pour trois des quatre femmes rencontrées). Il a été proposé principalement par des psychologues et travailleurs sociaux, issus d'institutions variées au sein desquelles étaient suivis les interviewés : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centre médico-psychologique (CMP), associations caritatives... Trois d'entre eux ont par ailleurs eu l'expérience du tirage au sort malheureux¹⁴, dont témoigne Christophe :

J'étais là, j'ai dit pardon c'est quoi ce délire ? T'imagines, le mec ça fait 10 ans qu'il est à la rue, c'est un coup : bon, ben, désolé, toi on peut pas t'aider parce que l'ordinateur il a décidé que non. Le mec, il sort il se met une balle, quoi ! (...) Ah ben t'as une chance de survie, voilà moi je te donne une chance de pas vivre, voilà quoi. C'est un peu ça. Pourquoi eux ils auraient le droit de décision de s'en sortir et pas moi (Christophe, 27 ans).

De fait, outre la protection offerte par un logement personnel, la force du programme « Un chez soi d'abord » est qu'il offre un espace d'intimité, un lieu de reconnaissance et où les personnes ont le sentiment de « se retrouver ». Si la plupart des répondants s'en saisissent de cette manière, les vécus restent toutefois ambivalents. Plusieurs limites émergent : la résistance des souvenirs et habitudes héritées des expériences de négation sociale, le principe de multi référence structurant les échanges avec l'équipe et la question des objectifs visés par le programme.

Recouvrer un espace où l'intimité a une place

- Avoir un toit

Un abri

Compte tenu de la rudesse et la violence des conditions de survie à la rue, lesquelles conduisent parfois à la mort des personnes¹⁵, l'acquisition d'un logement a tout d'abord la valeur d'un abri assurant une protection physique. C'est la première caractéristique significative de son logement que René met en avant. Pour lui qui a vécu quasiment toute sa vie sans abri, le toit ôte la menace de mourir.

On s'aperçoit de ça quand il commence à faire froid. Quand on a un logement, on se dit : « Heureusement que j'ai eu ce logement-là parce que j'aurais passé l'hiver dehors et peut-être j'aurais pas tenu le coup. » Cet hiver, rue de Bucarest, il y en a un sur un banc il est mort. (René, 54 ans)

¹⁴ À ses débuts, le programme « Un chez soi d'abord » s'est inscrit dans une étude d'efficacité impliquant le suivi d'une cohorte de personnes bénéficiant du programme comparé à une autre n'en bénéficiant pas. L'intégration dans l'un ou l'autre de ces « bras expérimentaux » s'est faite par tirage au sort.

¹⁵ Depuis 2002, un recensement des personnes dites 'SDF' décédées en France est réalisé par le Collectif des morts de la rue, réunissant une série d'acteurs associatifs et des personnes en situations de rue. Malgré son caractère non exhaustif et la sous-représentation des personnes effectivement décédées, le recensement réalisé à ce jour est considéré comme le plus complet. Les décès recensés concernent des personnes exposées à plusieurs formes de précarité dans le logement : des personnes « en situation de rue », « hébergées » (centre d'hébergement collectif, squat, hôtel hors situation pérenne) ou « probablement sans chez soi ». En 2018, le collectif dénombre 566 « morts de la rue » dont on estime qu'ils représentent moins de 20 % des décès effectifs. L'âge moyen de décès s'élève à 48 ans. <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article14>, voir aussi (Collectif Les morts de la rue, 2018).

Sans faire directement référence à la mort, les répondants associent l'accès à leur logement à une sécurité qui leur a lourdement fait défaut.

Je suis en sécurité, je rentre chez moi, je ferme la porte, je suis chez moi. (Farida, 52 ans)

Ça fait du stress en moins, tu peux te poser chez toi, t'es au calme, tu restes à l'abri, tu peux rester au lit. C'est mieux, c'est un plus (...) t'es protégé des intempéries... C'est une protection. (Yann, 37 ans)

Par ailleurs, le toit permet de s'isoler, d'ériger un mur entre soi et d'autres, décrits comme indésirables parce qu'étouffants ou empiétant sur un espace d'intimité. Des répondants évoquent ainsi la possibilité d'un repos et un secret gardé sur l'adresse de leur logement. Une telle expérience fait écho à l'absence ou la réduction d'un espace de l'intime liée à la densité du tissu relationnel familial, ou bien des interactions sociales obligées dans le cadre des foyers, de l'hôpital ou de la détention.

Ainsi, toutes peines cumulées, Charly a passé plus de 9 ans en détention. Pour lui, avoir un toit : « franchement, ça change tout ». Par contraste avec la promiscuité de ses conditions de vie en cellule, ainsi qu'à la violence des interactions sociales en détention, son logement lui permet de souffler : « C'est mon QG. Je sais que là, personne va venir me faire chier, personne va me déranger, personne sait où j'habite ».

De même, Kévin évoque son logement comme un « coffre-fort ». Personne n'en a les clés, pas même sa compagne : « Sans moi il y a personne qui rentre », dit-il.

La restitution d'une dignité

Les espaces de résidence passés (logement institutionnel ou absence de logement) renvoient tous à l'expérience d'une forme d'indignité. S'agissant des séjours en institutions, la personne, dépourvue d'un espace de vie privée, s'efface derrière son statut et le stigmate qui lui est associé. S'agissant de la rue, les conditions d'existence indignes (violence, saleté, froid, ...) donnent un sentiment d'invisibilité, c'est-à-dire d'inexistence.

Interrogé sur la sensation que lui procure le fait d'avoir un appartement, Jean-Michel répond directement : « On existe bien plus que quand on est à la rue. Il y a la sensation d'exister, d'être présent dans la société ».

Par rapport à la rue, le toit restitue des conditions d'existence dignes tout en reconnaissant la personne dans son humanité. Le logement soustrait à l'humiliation ainsi qu'à l'expérience de négation de soi renvoyée par le regard d'autrui qui relègue au rang d'étranger, d'invisible ou d'indésirable (Pichon, 2007). De ce point de vue, le logement a pour certain l'épaisseur d'un retour à la vie au sens strict. La première nuit qu'il a passé dans un logement personnel après plusieurs années de vie à la rue et en détention, Salah n'a pas dormi :

Ouah ! Je me souviens que la première nuit, je me suis mis dans le lit et je regardais le plafond, c'est le fait d'être en sécurité... j'avais l'impression d'être dans un palace, j'avais une adresse, une boîte aux lettres... Oui, c'était une renaissance, j'avais l'impression d'exister, là, de vraiment exister. Alors qu'avant, j'avais l'impression que personne me regardait, que j'avais d'importance pour personne, que je servais à plus rien, que j'étais un bon à rien, que je m'en sortais pas. C'est gratifiant d'avoir juste une boîte aux lettres, une adresse ou vous pouvez recevoir votre courrier, où vous savez que vous pouvez aller dormir le soir, où vous avez votre clé. (Salah, 46 ans)

Le toit est aussi parfois le premier acte de soin, non seulement parce qu'il ré-humanise, mais aussi car il offre une stabilisation à la personne lui permettant de s'inscrire pleinement dans un parcours

de soin amorcé par le passé. Ainsi, contrairement à la fréquence de ses hospitalisations en psychiatrie par le passé (quasiment annuelle depuis ses 18 ans), Jean-Michel témoigne d'un espacement de ses séjours à l'hôpital depuis cinq ans, date de son entrée dans le programme : « *Déjà j'ai un chez-moi. Depuis que je suis là, j'y suis allé deux ou trois fois, c'est tout, trois fois.* »

L'accès à un logement personnel, synonyme de protection et d'une reconnaissance simultanée de l'individu en tant que personne, offre les conditions essentielles à la reconstruction d'une identité positive et de capacités d'actions. Farida explique ainsi que depuis qu'elle a un logement elle s'en sort mieux, et a retrouvé sa capacité jusque-là réduite de prendre soin d'elle et de s'occuper de sa situation administrative. Elle évoque une prise de responsabilités.

Enquêtrice : Depuis que vous êtes entrée dans le programme qu'est-ce qui s'est passé dans votre vie ?

Farida : C'est différent. Je m'en sors mieux. Je sais que le soir, je rentre, je sors, je suis en sécurité, je rentre chez moi, je ferme ma porte, je suis chez moi. J'ai des responsabilités, je fais un peu plus mes papiers. Ma sœur, elle m'aide, mais avant je faisais rien. Même des fois, le RSA, j'oubliais de faire la déclaration trimestrielle. Maintenant, je remplis le dossier, je me déplace pour faire mes papiers.

Une expérience ambivalente : « Enfermé dedans »

La sécurité, l'apaisement, la restauration de l'image de soi auxquelles accèdent les personnes en disposant d'un logement personnel, s'inscrivent pour quelques répondants dans une expérience ambivalente. Le même espace, les murs, les clés, valorisés pour l'ensemble des fonctions positives qu'ils remplissent, sont aussi pour certains associés à une expérience opposée. Le toit est alors vécu comme une forme d'oppression, venant rompre avec le sentiment de liberté malgré tout éprouvé dans leur mode de vie passé et partie prenante de leur identité : « *Au début c'était dur... de rester enfermé* » (Philippe, 45 ans)

Parmi les répondants dont l'expérience du logement s'inscrit dans cette ambivalence, on observe le maintien plus ou moins marqué d'un lien avec la vie à la rue. Martial souligne ainsi qu'il lui est important de conserver la perspective de pouvoir dormir dehors. Jean-Michel lui, rapporte des nuits passées à l'extérieur « *de temps en temps* » depuis son entrée dans le programme : « *Comme ça pour m'amuser, j'aime bien* » souligne-t-il. Interrogé pour expliciter cette impression il répond : « *Liberté. [...] Passer la nuit dehors c'est... On est aussi bien dehors qu'ici.* »

Kevin va plus loin, décrivant une sensation fréquente d'étouffer dans son appartement qui le conduit régulièrement à en sortir, voire à le considérer comme une « *adresse postale* ».

Moi, été comme hiver, je dors les fenêtres grandes ouvertes... Un appartement trop petit, ça me stresse, je me sens étouffer à l'intérieur et, du coup, je reste pas chez moi, je pars à la plage, je pars dans le parc et des fois je dors même dans les parcs... Il y a trois jours, j'ai dormi au parc de la mairie en face de chez moi. Mais ça fait du bien !... Dans ces moment-là, je me sens mieux parce que quand il y a de l'air, on respire (...) En vérité... Je suis jamais chez moi, c'est une adresse postale. J'ai mon appartement mais... Je sais pas rester seul chez moi, c'est comme ça qu'on fume cinquante grammes sur la journée sans s'en rendre compte, ou alors on reste là dans le canapé à se faire lobotomiser par l'État. Moi, je peux pas. J'ai besoin d'air, j'ai besoin de pouvoir respirer et tout ça, du coup en permanence je suis dehors, je rentre juste pour dormir, et encore.

Cette ambivalence n'entame pas la valeur attribuée au logement personnel, qui constitue malgré tout un point d'ancrage fort : « *Je fais des nuits dehors, je reviens toujours, comme un saumon sur ses bases.* » (Akim, 56 ans)

Toutefois, à l'extrême, deux répondants dont l'expérience d'un logement précaire s'est déroulée principalement dans un camion semblaient ne pas s'accommoder du logement acquis à travers le programme « Un chez soi d'abord ». L'appartement est alors ravalé au rang « d'hôtel » par Magali et envisagé comme un simple lieu de passage pour Philippe qui y entreposait ses affaires tout en continuant à dormir dans son camion.

- **Le toit ne fait pas le « chez soi » :**

Si l'accès à un logement personnel ouvre sur une expérience positive de respiration et place l'individu dans des conditions d'autonomisation et de reconstruction identitaire inédites, le processus de changement n'est pas automatique et l'appropriation de l'espace ne va pas forcément de soi. Le « chez soi » n'est pas fourni « clé en main » avec le toit. Se retrouver en possession d'un espace et d'un « temps à soi » dont « le mode d'emploi » n'est pas codifié, se révèle ainsi une forme d'épreuve pour ceux dont le parcours de vie a été scandé voire dominé par la dépossession de l'intime.

Installées « chez elles », certaines personnes remettent en place des habitudes et des relations sociales écrasantes, construites dans leurs trajectoires antérieures, les empêchant d'investir un espace « à soi ». À l'opposé, pour certains, la disparition d'injonctions sociales écrasantes fait place à une forme de dépouillement laissant l'individu face à sa fragilité. Disposer d'un temps à soi peut alors conduire à une expérience difficile, quand les souvenirs douloureux viennent absorber toutes les pensées. Construire un chez soi place ainsi les individus face à une nouvelle épreuve subjective et sociale, que les personnes affrontent avec plus ou moins d'aisance ou de difficultés.

Créer un espace à soi

Les répondants entrent dans le programme à l'issue d'un parcours de vie au cours duquel ils ont été durablement ou de façon répétée dépourvus d'espace intime. Dès lors, investir et s'approprier un logement ne va pas de soi. Il est ainsi parfois difficile pour l'enquêteur de repérer que l'espace est investi par la personne, quand l'appartement se présente comme un espace dépouillé, faiblement meublé et dépourvu de toute trace d'une histoire individuelle. Il arrive également que les lieux s'inscrivent dans le prolongement des espaces de vie précédents : marqués par des altercations violentes (meublier cassé, dégradé) ou un état de saleté avancé.

La plupart des répondants rencontrés dans le cadre de cette enquête semblaient néanmoins pleinement « chez eux » quand ils ont été vus en entretien. Par exemple, Akim a tenu à assurer une visite de son logement avant de débiter l'entretien, se plaignant de travaux en attente et fier de montrer ses poèmes inscrits sur les murs de sa salle de bain. Deux autres exemples d'agencement intime de l'espace : le salon de Désiré est décoré par une grande partie de ses productions artistiques ; la pièce de vie et la chambre d'ami de l'appartement de Charly sont ornés de plusieurs pêle-mêle réunissant des membres de sa famille qui lui sont chers.

En plus de l'inscription d'une part de soi dans le logement, l'appropriation de l'espace implique de ne pas s'y trouver envahi par des relations importunes. Avoir des clés et une porte ne suffit pas pour garantir la tranquillité des personnes à leur domicile. Beaucoup décrivent l'intrusion de relations venant empiéter sur leur espace, créant des problèmes avec leur environnement et/ou fragilisant le processus de changement dans lequel ils s'inscrivent, en particulier s'agissant des consommations de drogues. Farida, Malika et Rachid en fournissent une illustration. Harcelée par

d'ex-compagnons de rue, la première a eu besoin du soutien de l'équipe face aux problèmes de voisinage.

J'ai eu une plainte du syndic, et il y en a encore une. Parce que, des fois, je vais pas ouvrir parce qu'ils viennent tous comme ça, ils me cassent tout. En bas, la porte : boum, boum, boum, à deux heures du matin. Alors qu'est-ce qu'ils ont fait, l'équipe ? Ils m'ont mise quatre jours à l'hôtel pour que les voisins ils voient que c'est pas moi. (Farida, 52 ans)

Malika elle, a vécu un temps avec son compagnon lui-même usager de drogues dans l'appartement obtenu par « Un chez soi d'abord ». Elle est désormais seule dans son logement, son ex compagnon lui ayant « créé trop de problèmes » :

Il a invité des gens chez moi qui ont tout cassé, il a failli me casser ma télé, il m'a mis des coups, il me tapait quand je ramenaient pas de came. Donc, ça se passait mal. Là, je compte déménager avec « Un chez soi d'abord » puis ne pas lui donner l'adresse. (Malika, 52 ans)

Rachid de son côté se dit envahi par d'anciennes connaissances qui veulent « squatter » chez lui et par des dealers qui l'incitent à consommer. Il se bat contre les premiers pour les mettre dehors et veut déménager pour se protéger des seconds.

Rachid : Hier, je me suis battu trois fois avec trois personnes différentes, elles voulaient squatter chez moi et j'ai pas voulu. On a commencé à se battre mais ils étaient à trois contre une personne. C'est plus facile quand ils sont à trois contre une seule personne. Eux, ils ont un avantage, mais moi j'ai aucun avantage parce que je suis seul, mais je me défends, je me laisse pas faire (...)

Enquêtrice : Quand vous êtes rentré dans l'appartement de « Un chez soi », qu'est-ce que ça vous a fait ?

Rachid : J'étais content parce que j'ai connu la rue et je voulais pas me retrouver à la rue. C'est peut-être petit, mais moi je suis tout seul, alors ça me va. Mais je voudrais quand même déménager par rapport à tous les gens que je connais pour les consommations. Comme ils savent que je veux arrêter, de temps en temps, ils me disent : « Tiens, prends ça, tu paieras plus tard. », exprès pour que je rentre dedans. (Rachid, 47 ans)

Outre la nuisance ressentie par l'individu, ces expériences expriment une difficulté à se détacher du statut d'usager de drogues ou de sans abri. Il est compliqué de « se faire un espace à soi » compte tenu de l'ancrage d'habitudes sociales et de relations construites par le passé. Pour autant, en quittant leurs espaces de vie antérieurs, les personnes se sont aussi coupées de formes de sociabilité et se retrouvent pour une grande part isolées dans leur appartement. Conserver ces liens peut donc aussi être perçu comme une façon de rompre avec la solitude. Contrairement à l'image d'un isolement total, les répondants témoignent en effet d'expériences relationnelles avec des compagnons de rue qui ont constitué leur quotidien tout autant qu'elles leur ont apporté une sécurité - lorsqu'il s'agit de compagnons choisis (Monrose, 2004). Quitter la rue, revient alors à abandonner ces espaces de sociabilité sur lesquels se sont construites les personnes durant un temps.

Tuer le temps et la tristesse

Pour bon nombre de répondants, l'expérience du « chez soi » est marquée par l'ennui et un sentiment de solitude. Les murs créent une forme d'isolement qui peut s'accompagner d'une difficulté à s'occuper mais aussi accentuer les pensées obsédantes liées aux épreuves du passé. L'espace qui est offert, peut ainsi conduire à faire l'expérience du vide, de la solitude ou bien d'un repli dans la tristesse. Beaucoup disent penser au passé, tel Martial qui évoque à plusieurs reprises dans l'entretien ses douleurs, liées à la mort de ses proches et la tristesse que ces événements laissent

en lui. De même, Farida explique qu'elle peine à dormir la nuit tant les événements difficiles vécus dans le passé la hantent :

« Farida - Parce que je pense, la nuit, je pense, je pense, je pense. C'est pour ça que je laisse la télé, ça me berce, j'écoute des choses. Comme ça, on peut dormir, après.

Enquêtrice – Est-ce que vous pensez souvent au passé ?

– Ah oui.

– Quand vous dites que la nuit vous pensez, vous pensez, c'est des pensées difficiles ?

– Oui. » (Farida, 52 ans)

Désiré, un musicien qui a passé une grande partie de sa vie sur les routes, multipliant les hébergements provisoires chez des proches, est soulagé de disposer d'un domicile privé. Toutefois, il se sent globalement seul et désœuvré :

« Depuis que je suis ici, je bouge moins, je sors moins, je reste ici, je joue un peu, je regarde la télé, des fois je jette un coup d'œil sur mon mémoire, parce que j'ai écrit un mémoire d'environ trois cents pages (...) À part l'équipe « Un chez-soi », il y a personne qui passe me voir, personne. Avant, j'avais plein d'amis. Enfin, des amis... J'avais beaucoup de connaissances. J'ai beaucoup d'amis qui sont partis sur Toulouse. J'ai des amis musiciens qui attendent que je vienne passer quelques jours avec eux sur Toulouse. J'ai deux amis à Paris, ils sont pas mieux que moi non plus. Ils sont mariés mais, au niveau de l'alcool, ça y va aussi. » (Désiré, 60 ans)

L'épreuve de la solitude, rapportée par la plupart des répondants, ne signifie pas pour autant l'absence de toute relation sociale ou affective. Nombre d'entre eux entretiennent des liens, jamais totalement rompus, avec un ou plusieurs membres de leur famille et mentionnent, comme Désiré, la présence de quelques connaissances ou amis rencontrés parfois parmi les bénéficiaires du programme.

L'équipe : les ambivalences de la prise en charge à plusieurs

Lorsque les bénéficiaires du programme « Un chez soi d'abord » sont amenés à évaluer la prise en charge dont ils font l'objet, ils évoquent par ailleurs les effets globalement soutenant, aidant et valorisant de l'équipe. Les encadrants participent ainsi à la reconstruction de soi des bénéficiaires, grâce à des liens bienveillants de long terme. En miroir, cette perception illustre le sentiment global de cet intervenant de l'équipe C : *« il y a un truc de substitut de famille, presque, où on permet aux gens de se refaire. »*

Cependant, la prise en charge rencontre certaines difficultés relatives au modèle de la multi-référence et questionne les objectifs du programme sur le long terme. Ces points de tensions se retrouvent également lorsque les professionnels sont interrogés sur leurs pratiques. Ces derniers s'approprient de manière différente le modèle multi-référentiel, la question de la citoyenneté, et n'investissent pas la question addictologique de la même manière.

- Bienveillance et « empowerment¹⁶ »

La prise en charge est globalement évaluée positivement par les bénéficiaires du programme. La présence de l'équipe au quotidien et sur le long terme, l'acceptation de la personne prise dans sa globalité, au moment où elle en est dans sa trajectoire biographique, le soutien apporté pour gagner en autonomie sont les trois premiers éléments qui viennent sceller une confiance durable entre l'équipe et les locataires. Des liens forts, plus ou moins affectivement investis, en découlent.

Être là

Lorsque les personnes s'expriment sur l'équipe « Un chez soi d'abord », elles valorisent d'abord sa présence. Celle-ci se décline en différentes modalités d'intervention qui contrastent par rapport aux prises en charge vécues antérieurement. La disponibilité de l'équipe est ainsi un premier élément couramment mentionné par les bénéficiaires.

Je me sens moins seul. Parce que je peux leur téléphoner quand ça va pas ou quoi, et eux ils peuvent me diriger vers un endroit qui est bien et que ça me permet de voir des autres personnes. Pas les mêmes personnes que je connais qui parlent que de drogue. (Rachid, 47 ans)

De fait, l'ensemble des sites investigués fonctionnent de la même manière : les professionnels se réunissent tous les matins, faisant le point sur l'ensemble des locataires suivis (au nombre de 80 à 90 par site) et programmer les visites à domicile. Si celles-ci se font en moyenne de façon hebdomadaire ou tous les 15 jours, en fonction du désir et de l'autonomie de la personne, elles peuvent s'avérer plus rapprochées, si nécessaire. Une permanence téléphonique assurée les soirs et week-ends permet aux locataires d'appeler en cas de problème ou de mal être. Ce point est régulièrement cité par les bénéficiaires du programme :

C'est pas des gens, ils travaillent 9 ou 10 heures et c'est tout, au revoir et merci. On a un lien, par exemple de confiance... (...) Parce que les psychiatres, ils vont faire dix minutes, un quart d'heure, ils vont donner l'ordonnance et au revoir et merci. Eux, ils ont un autre style de travailler, pas brusquement, ils prennent le temps. (Icham, 60 ans)

La présence de l'équipe se manifeste également par l'éventail de l'aide proposée allant du soutien psychologique au changement du réfrigérateur en passant par un appui dans les démarches administratives. De fait, les éléments abordés en visite à domicile sont multiples et vont des renseignements pris sur le « moral » des gens, à des discussions d'apparence triviale (comme les dernières activités réalisées), une estimation des besoins matériels (ménage, appareils électroménagers...) ou concernant des projets de court ou moyen terme (préparation à la visite d'un enfant...). De nombreux interviewés font par exemple référence à l'aide à l'emménagement fournie par l'équipe :

Ils m'ont amenée chez IKEA, ils m'ont aidée à monter les meubles... En même temps, on ne se sent pas assisté, pas du tout. C'est-à-dire qu'on a le choix de demander, on n'est pas obligé. (Camille, 45 ans)

Cette présence au quotidien se traduit par un partage de « moments de vie », comme en témoigne cette professionnelle interrogée :

¹⁶ Cette notion ancrée outre-Atlantique dans le mouvement de santé communautaire, renvoie à un processus d'autonomisation au sein duquel la personne apprend à gérer avec ses propres ressources les symptômes de la maladie psychiatrique. Au sein de ce processus l'individu recouvre sa citoyenneté.

C'est pas du tout le même lien, je trouve, qu'à l'hôpital où il y a des relations de confiance qui se créent et puis des liens qui se font. Mais là, on va vivre beaucoup plus de choses, des sorties, des restos, enfin voilà. Cet onglet « convivialité », on cherche quelque chose, on aborde autrement. C'est des personnes, souvent, le lien est un peu dur à créer mais ce sont des personnes qui ont connu, 15000 dispositifs, que ce soit foyer, hôpital, assistante sociale, tout ça. Et puis il y a un moment, ils arrivent quand même à la rue alors que les travailleurs sociaux qui ont essayé de les aider et qui ont... enfin, on est en France, c'est pas non plus le pays le plus pauvre dans ce domaine-là. Et ils arrivent à la rue. Et là, on arrive à créer autre chose, donc c'est bien que le « chez soi » travaille différemment. (Focus group, site A)

Cette modalité d'intervention contraste profondément avec les prises en charge classiques au sein desquelles le lien se construit autour d'un diagnostic : l'addiction, la maladie psychiatrique... Ces tranches de convivialité sont fréquemment mentionnées par les bénéficiaires du programme, certains mentionnant le repas commun pris au restaurant, ou l'accompagnement au musée par exemple :

Ça se passe très bien, très, très bien. Ils viennent me voir quand ils peuvent. Enfin, pas quand ils peuvent, ils viennent me voir le jeudi, une fois tous les quinze jours. On est au MAM, le Musée d'Art moderne. Ils sont sympas, ils sont très attentifs aux locataires. (...) On se voit pour papoter, ils prennent de mes nouvelles, est-ce que j'ai le moral, comment ça va, de quoi j'ai besoin, ce genre de choses. Ou, des fois, ils viennent me voir, on regarde la télé. (Désiré, 60 ans)

Cette présence de l'équipe se poursuit dans les périodes où les personnes quittent temporairement leur logement, comme durant les hospitalisations psychiatriques ou les incarcérations. Rachid témoigne ainsi des visites de l'équipe au moment où il a été incarcéré, alors que sa famille ne venait pas le voir :

Surtout quand ils étaient venus me voir au parloir. « Un chez soi d'abord » », ils sont venus me voir au parloir et moi j'avais aucun droit de visite, j'avais pas de visite de ma famille, on a coupé les ponts entre nous par rapport à la prison et qu'est-ce que j'ai commis. Eux, ils s'en foutaient. (Rachid, 47 ans)

Au final, cette présence affectivement connotée pour une partie des bénéficiaires vient sceller un rapport de confiance durable dont la majorité des interviewés témoignent : « On trouve les soutiens. Une personne qui trouve le soutien, l'accompagnement, la liberté, elle peut changer » (Icham, 60 ans).

Le respect de la personne et de ses choix

À la disponibilité de l'équipe s'ajoute la tolérance, l'acceptation de la personne et l'absence de jugement normatif : « ils laissent les gens comme ils sont », explique René. Ce point, qui pourrait paraître « trivial » structure au contraire un modèle d'intervention spécifique. D'abord parce que cela implique une approche globale de l'individu, en opposition avec la segmentation à laquelle conduit les spécialisations médicales. Icham l'exprime bien, lorsqu'on évoque avec lui le dialogue qui s'établit avec l'équipe concernant sa consommation : « Oui, on parle, on parle d'autre chose, on parle pas que de la drogue, on passe à autre chose. Parce que, des fois, de parler à une personne drogue, drogue, drogue, alcool, alcool, elle se sent un peu... (...) Oui. Par exemple, c'est comme un gosse : vous lui parlez toujours des mêmes trucs, après il dit : « J'en ai marre ! » Même un prof, à l'école il va vous parler toujours des maths, des maths, des maths, il y a pas que les maths ou il y a pas que l'histoire ou... Il faut passer à autre chose et peut-être revenir pour en parler. Il y a cette liberté, aussi ».

L'absence de jugement normatif promu dans l'accompagnement implique le respect de la personne dans son parcours, dans sa trajectoire et dans les choix qu'elle effectue au quotidien mais aussi dans la projection qu'elle a d'elle-même. Il s'agit de suivre les personnes « là où elles en sont », abordant

les éléments qui font sens pour elles, au-delà des objectifs prioritaires qui pourraient être posés par les intervenants.

On travaille avec les objectifs des personnes, c'est là où la personne les met, comme dit Justine. La personne, ça va être « je veux un logement », tu vas pas lui parler des consos, c'est pas le sujet. Le logement, les thunes... (Focus group, site A).

Le respect de la personne imprègne également le fonctionnement de l'équipe au quotidien : quelques interviewés ont par exemple valorisé la mise en retrait de l'équipe lorsqu'ils souhaitent être seuls, lorsqu'ils ne vont pas bien, par exemple.

Oui, ça m'est déjà arrivé de pas leur ouvrir, mais ils l'ont compris et ils m'ont pas jugé. Même des fois je coupe mon téléphone et, à force, ils l'ont vu. Ils m'ont dit : « Chérief, au moins, s'il te plaît, si tu peux, laisse ton téléphone allumé. Si ça va pas, on va comprendre, on le sait, tu nous dis : 'Ça va pas, passez la semaine prochaine.' ». Moi, au début, je me disais : « Si je leur dis ça, j'ai l'impression de pas les respecter, c'est comme si je leur disais : 'Non, je vous emmerde, j'ai pas envie de vous écouter aujourd'hui.' » Mais en fait, non. (Salah, 46 ans)

Au-delà d'ajustements ponctuels, il peut s'agir de respecter des choix de vie, que l'équipe pourrait estimer contraires à l'intérêt de la personne, en témoigne notamment cet extrait de journal de terrain réalisé lors de la visite de l'équipe « Un chez soi d'abord » chez René :

« L'équipe embraye sur une discussion concernant son état de santé générale. Le médecin lui aurait dit qu'il faisait trop d'excès : cigarettes, alcool, etc...et qu'il devrait diminuer sa consommation globale pour se maintenir dans un état de santé à peu près acceptable. Christine (intervenante Un chez soi d'abord) lui explique qu'il devrait un peu lever le pied. Il répond qu'il s'en fiche. « Tu n'en es pas encore-là ? », lui demande Christine. « Je m'en fiche maintenant, j'attends la mort ». Elle acquiesce, manifestant sa compréhension et passe à un autre sujet » (Journal de terrain, Février, 2019).

La mort, et plus généralement l'attitude d'autodestruction des personnes, est d'ailleurs un sujet qui interroge beaucoup les équipes, en prise entre une philosophie qui calibre son intervention sur l'intérêt présumé de la personne et une autre prenant davantage en compte la voix des bénéficiaires.

On a une locataire qui picolait, on a essayé de travailler, enfin ç'a été ultra long dans le respect de la temporalité pour elle, enfin voilà. (...) On la voyait se dégrader, on voyait son bide gonfler, on la voyait devenir jaune, enfin ça partait en cacahuète. La faire hospitaliser, elle est restée trois jours hospitalisée et je pense qu'elle a bien compris, de toute façon, qu'elle reste à l'hôpital ou qu'elle reste pas à l'hôpital, elle a fait le choix de rester dans l'alcool, de rester chez elle. Ça te fout les boules parce que tu te dis « comment on fait pour l'accompagner dans une fin de vie sans la forcer ? ». Toi tu te dis, « mais on va essayer encore quelque chose, Sabrina », enfin tu vois ? Et elle, son rêve, c'était d'avoir un appart' Porte de V, à côté du troquet où elle allait toujours, et d'avoir une baignoire. On l'a déménagée et la semaine d'après, on l'a retrouvée morte. Le rétablissement, c'est ça aussi. (Focus group, équipe A)

Cette attitude d'acceptation du désir des personnes, jusque dans le choix de la mort, exposé par les équipes, corrobore les observations réalisées sur le terrain et le ressenti des répondants valorisant l'absence de normativité des équipes et le respect de leurs désirs.

Responsabiliser et autonomiser les personnes

À rebours d'une philosophie de soin estimée infantilissante, celle du *rétablissement* véhicule une reconnaissance de la personne dans ses capacités à l'autonomie et à la responsabilité, également bien perçue par les interviewés. L'accompagnement propose de tenir ensemble autonomie, libre-arbitre et incitation au changement. La voie préconisée est celle de l'appui sur les désirs et

compétences des personnes pour initier un processus de changement non linéaire dont la guérison n'est pas nécessairement le point d'aboutissement. Conformément à l'idée de rétablissement, l'objectif concernant la maladie mentale n'est de la faire disparaître mais bien de « *développer ses compétences (de la personne) à avoir une vie satisfaisante (...) même si des symptômes et/ou un handicap persistent* » (Auquier *et al.*, 2011). L'amélioration de la qualité de vie et la transformation des « points faibles » en « points forts » sont deux éléments sur lesquels les équipes du programme « Un chez soi d'abord » basent leurs modalités d'intervention. Ces deux éléments sont soulevés par Salah qui fait directement référence à la notion d'*empowerment* pour définir le travail qu'il réalise avec les équipes :

Ce que j'aime c'est qu'ils sont pas dans le jugement, parce que tu consommes encore, on t'exclut, on te suit plus. Non, non, ça fait partie du suivi, ça fait partie du parcours, la rechute ça fait partie du processus de rétablissement parce qu'on ne guérit pas, on se stabilise, on peut pas guérir d'une maladie psychique, la guérison n'existe pas. Ça, je l'ai appris en allant écouter des conférences avec « Un chez-soi » : apprendre le mieux-être, utiliser ses points faibles. On pense que c'est des points faibles, mais en fait c'est des points forts, on peut les utiliser comme points forts. C'est tout un travail, c'est l'empowerment. (Salah, 46 ans)

Icham l'explique d'une autre façon en disant qu'avec l'équipe « *on a toujours une réponse, on a toujours une solution* ». Cette incitation à voir sa vie sous un jour favorable et considérer ses compétences personnelles sont des éléments clé du programme.

Un incubateur de relations sociales favorisant la reconstruction de soi

De par ses caractéristiques, l'ouverture, le respect de la volonté des personnes, l'accompagnement au quotidien, le programme favorise la construction de relations sociales bienveillantes, aidantes qui invitent à se projeter positivement dans la vie. Toutefois, le programme étant orienté autour du recouvrement de la « *citoyenneté* », « *les relations avec les soignants ne suffisent pas et le rôle des amis, de la famille, de la société jouent sur le long terme un rôle majeur* » (Auquier *et al.*, 2011). De fait, l'implication concrète des équipes dans la recomposition de liens familiaux est un élément souligné par les interviewés. Camille par exemple, évoquant les relations brisées avec ses parents, explique : « *« Un chez soi d'abord », ils savaient très bien ce qui se passait avec mes parents. Ils m'ont vachement préparée à cette rencontre.* » De la même manière, l'équipe s'est mobilisée à deux reprises pour accompagner René en voiture dans une maison d'arrêt du nord de la France pour rendre visite à son fils incarcéré.

L'équipe essaie également de favoriser d'autres liens que ceux de type familiaux. De fait, le programme favorise les rencontres entre des personnes partageant des expériences de vie communes et un investissement potentiel dans un processus de rétablissement. De nombreux interviewés témoignent de liens qu'ils ont noués avec d'autres bénéficiaires, via la proximité des logements proposés, les divers ateliers mis en place par les équipes... Ainsi, Charly entretient des relations répétées avec les membres du programme « Un chez soi d'abord » habitant eux-aussi dans son immeuble. Salah explique avoir rencontré son meilleur ami via le programme et Yann qu'il a fait entrer son meilleur ami dans le programme :

Avant qu'il soit dans le programme, je l'ai hébergé. Il a rencontré les gens de « Un chez-moi d'abord » en étant chez moi. Après, son dossier a été proposé et je pense que c'est grâce à moi qu'il a été pris. C'est notre association Ego - Aurore pour la méthadone qui nous a fait faire le dossier pour « Un chez-soi d'abord ». (Yann, 37 ans)

Si ces relations se sont souvent constituées par le biais d'animations mises en place par les équipes, certains professionnels témoignent d'attitudes de mise en relation plus actives. Roland et René ont par exemple été présentés lors d'un déjeuner, au vu des affinités présumées par l'équipe. Ainsi, ces

expériences de socialisation contrastant avec celles de la rue sont pour certains le support d'expériences participant à la revalorisation de soi :

Avec eux, j'ai fait des ateliers d'écriture, j'ai participé à l'écriture d'un livre, on a fait un film aussi, on a tourné un film. On a été invités à J. par « Un chez-soi » et on a eu le premier prix, on a eu la coupe. (Salah, 46 ans)

Des amis, voire une famille

Si l'ensemble des personnes valorisent la qualité des relations nouées avec l'équipe, la manière d'investir ces liens sont toutefois variables et on observe une gradation dans l'investissement affectif dont témoignent les bénéficiaires.

Pour certains, l'équipe « Un chez soi d'abord » est « une bonne compagnie » (Désiré, 60 ans). La personne prend plaisir à voir les différents intervenants avec lesquels elle peut parler un peu, se confier quand elle ne va pas bien, être soutenue dans des démarches, mobiliser lorsque l'électroménager ne fonctionne plus, faire une sortie...

« J'aime bien les voir, et puis comme il y a toujours quelque chose qui va pas, ils s'en occupent. Là, il y a le frigo qui marche plus, ils ont un service technique » (Roland, 65 ans).

Dans ce type de relations certains conservent toutefois une distance affective expliquant que malgré une bonne entente, ils gardent certains éléments de leur passé ou de leur vécu pour eux. Farida explique notamment que « c'est un peu dur, parce que vous avez rien de beau à raconter », Jean-Michel que « les états d'âme, c'est personnel ».

Certains investissent beaucoup plus la relation, apparentant les membres de l'équipe « Un chez soi d'abord » à des amis, voire à une famille comme en témoigne Icham : « C'est comme une famille, c'est mieux qu'une famille des fois. » ou encore Salah :

« J'ai des photos avec des éducateurs de « Un chez-soi », ils sont venus faire un petit match avec moi et des jeunes. Vous voyez, des petits moments comme ça, des moments comme ça passés avec eux, ça fait longtemps que j'avais pas re-sourit, rien que des petits moments passés avec eux comme ça, c'était formidable. Parce que (...) j'ai plus de contacts avec « Un chez-soi » qu'avec ma famille, c'est pour dire ! Je les considère comme ma deuxième famille, c'est ma famille de substitution. »

Certains personnalisent alors les relations parlant spécifiquement de certains intervenants avec lesquels une relation particulière s'est créée. Jean-Michel évoque notamment deux intervenants avec lesquels il va à des séances de Narcotiques Anonymes. Camille fait référence à deux éducateurs qu'elle appelle régulièrement.

Ce lien spécifique est bien souvent ce qui permet aux personnes une véritable construction identitaire, comme en témoigne Malika, lorsqu'elle explique : « Il n'y a que un chez soi qui m'a relevé ». Ceci conduit alors Icham à positionner le programme par rapport aux autres interventions dont il a fait l'objet : « eux ils sont vraiment pas comme les autres. »

■ Difficultés : individualisation de la relation et autonomisation de la personne

Globalement, les répondants témoignent d'un point de vue très positif sur l'équipe. Certains pointent toutefois des limites dans l'accompagnement, correspondant à des insatisfactions ponctuelles, ou bien questionnant plus fondamentalement le modèle de la multi référence ainsi que les objectifs globaux du programme à long terme.

Des difficultés isolées

Martial, par exemple, vit mal la régularité des visites des équipes (« ils sont un peu pot de colle »), et se sent contraint d'accepter certaines propositions, comme celle d'être placé sous curatelle. Il garde une méfiance vis-à-vis des intervenants, même si les relations restent très cordiales, et que son évaluation du programme est globalement positive.

À l'opposé, Christophe ou Kevin reprochent à l'équipe de ne pas avoir été présente lors de certains moments difficiles de leur vie évoquant un sentiment de rejet de la part des intervenants :

À un moment, ils m'ont carrément lâché. Une fois, j'ai entendu Richard au téléphone, il avait oublié de raccrocher le téléphone et je l'ai entendu : moi, je vais pas chez lui, c'est bon j'en ai marre. J'étais là, tout ça parce que je fais une dépression et que je laisse tout tomber, ça y est l'autre, il veut plus faire son boulot. Génial. (Christophe, 27 ans)

Kevin et Christophe évoquent alors le manque de disponibilité des équipes, invoquant souvent le nombre des locataires pour justifier un investissement qu'ils n'estiment pas à la hauteur de leurs attentes : « quand moi je sollicitais leur aide, je suis pas le seul dont ils s'occupent, c'est « on n'a pas le temps » » (Kevin, 26 ans). Ces derniers s'inscrivent alors un rapport distancé, parsemé de rancœur, même si les relations paraissent rester globalement cordiales, comme en témoigne Christophe :

Ils voient comme je vais. Quand je vais bien, ils me disent : ça va, on voit à ta tête que ça va. Quand ils me voient et que ça va pas, ils me le disent : t'as pas l'air bien. (...). Ouais, ça a été majoritairement positif. Au début, pas trop, mais là maintenant ouais, c'est positif. Il aura fallu du temps, mais maintenant c'est positif (Christophe, 27 ans).

Éclatement des informations et construction d'une relation intime : les limites de la multi référence

Au-delà de différents ponctuels, les difficultés ayant trait au principe de multi référence émergent d'une partie des entretiens. L'éclatement des informations dû à la dimension « tournante » des équipes est un premier élément mis en avant par les interviewés.

Par exemple, aujourd'hui c'est eux, demain c'est une autre tête, la semaine prochaine c'est d'autres têtes... On peut pas fonctionner comme ça ! Moi, je vais pas parler à tout le monde de mes problèmes, je vais pas parler à lui, à lui, à lui, il faut avoir les mêmes personnes qui te suivent. Tu laisses un message, l'autre : « Ah, je l'ai pas reçu ! » (...) Comme j'ai dit, le problème c'est qu'ils se passent le dossier, après l'autre il est pas au courant, il faut recommencer... (Charly).

La multi référence rencontre donc une première difficulté ayant trait à la transmission des informations au sein d'une équipe plurielle constituée de plus d'une dizaine d'intervenants, altérant parfois la relation de confiance. Mais elle achoppe également au regard de l'importance accordée par certains bénéficiaires à un lien privilégié avec un ou quelques intervenants en particulier.

On ne peut pas avoir accès à toutes les personnes avec la même confiance. Dans l'absolu c'est bien mais j'y crois pas du tout. (Camille, 45 ans)

Ainsi pour Camille, Charly, Kevin ou encore Farida, l'intensité ou, à tout le moins, le caractère personnalisé et durable du lien est une condition essentielle de l'entrée en relation. Certains regrettent ou critiquent alors l'absence de ce type de lien d'interconnaissance et d'intimité, arguant qu'il n'est ni possible ni concevable de « livrer sa vie » à répétition ou à des inconnus :

Confiance ou pas confiance, on peut pas parler d'un coup de notre vie, surtout quand on voit pas les mêmes personnes, ça change. Alors on se répète, on se répète, on se répète, ça aussi c'est pas bon... Je les connais, il y a toujours un ancien et un nouveau ou une nouvelle avec. Des fois, ça, ça me bloque. Ou ça passe ou ça casse... Ils le sentent, je le leur ai dit. Je leur ai dit : « Pourquoi il faut tout que je répète tout ça, tout ça ? (Farida, 52 ans)

La question de l'autonomisation ou les objectifs visés par le programme

Le programme achoppe parfois également sur la divergence des points de vue entre l'équipe et les locataires. La manière dont les bénéficiaires envisagent conquérir une autonomie en est une illustration. En entretien, Kevin évoque son désir d'une aide administrative pour pouvoir mettre à jour l'ensemble de ses « papiers ». Se sentant noyé sous la masse de démarches à réaliser, il cherche un soutien pour pouvoir « avancer ». Il évoque alors la difficulté de l'équipe à y répondre et retombe sur l'explication du manque d'un intervenant « référent » par personne suivie :

Je demande pas que l'équipe soit derrière moi, mais il devrait y avoir une personne qui s'occupe vraiment de la personne et qu'à long terme ce soit toujours la même personne qu'on voit ou deux, trois travailleurs qu'on voit mais pas plus, que vraiment on prenne une semaine, que pendant une semaine si on doit se voir tous les jours, tous les matins, on se verra tous les jours, tous les matins. Une semaine, c'est quoi ? C'est cinq jours. Une semaine avec moi, l'entièreté de mes papiers sont pliés ! (Kevin).

Charly de son côté vit mal le refus qu'il perçoit de la part des professionnels, pour le faire accéder au statut de « travailleur pair ». La volonté des personnes est donc susceptible de rencontrer un frein lorsqu'elle se heurte aux perspectives opposées des équipes.

En tout état de cause, l'autonomisation reste une problématique plus générale qui questionne plus fondamentalement les objectifs du programme. Charly évoque cette nécessité de viser un terme à l'accompagnement pour parachever, de son point de vue, le processus de reconstruction de soi :

Non, mais il faut être autonome aussi et dépendre de soi. Être assisté, c'est bien beau au début, quand t'es dans la merde, ils t'aident un peu, c'est bien, mais après tu vas pas rester... « comme ils m'aident beaucoup, je vais rester là, alors » Non. En fait, tu te rends pas service à toi-même. (Charly, 38 ans)

L'expression « on ne se rend pas service à soi-même » est significative de ce point d'aboutissement qu'il envisage dans la levée de la prise en charge. Dans le prolongement du point de vue de Charly, les fondateurs du programme lui donnent comme objectif le recouvrement de la citoyenneté qu'ils assimilent à une intégration sociale sous de multiples facettes : intégration dans un tissu de relations sociales stabilisées (famille, amis, voisinage...), obtention d'un travail... Cet intervenant de l'équipe B en témoigne :

Et en fait, l'objectif du rétablissement, c'est la citoyenneté. Qui dit citoyenneté dit avoir une place, en fait, une place dans la société, une place dans la vie, un rôle social, et qu'au plus on va aider les personnes à aller vers ce rôle social là. (Focus group, équipe B)

L'objectif initial du programme est alors d'inverser un processus d'intégration dont l'accès au logement constituerait la dernière étape (après le travail notamment) en présupposant, à l'inverse, que l'attribution première d'un « chez soi » pourrait permettre à la personne une reconstruction permettant d'accéder à l'ensemble des marqueurs d'une citoyenneté retrouvée, dont le travail. Pourtant, parmi les personnes rencontrées, peu travaillent ou s'inscrivent dans une démarche de recherche d'emploi. Si cela constitue un objectif pour certains comme Kevin, d'autres, comme Jean-Michel ou Désiré ne souhaitent pas travailler ou ne s'en sentent pas capables. Là où certains sociologues pointent la relativité de la notion de réinsertion sociale lorsque l'on étudie les sorties

du sans-abrisme (Marpsat, 2006 ; Soulet, 2005), la question des objectifs visés par le programme ne fait pas consensus au sein des équipes.

- En miroir du discours des bénéficiaires : les ambiguïtés de la pratique des équipes

Les limites posées par les personnes incluses dans le programme « Un chez soi d'abord » ne sont pas inconnues des intervenants, bien au contraire. Elles donnent lieu à de nombreux débats et témoignent de tensions internes qui s'incarnent dans des mises en pratique différentes du modèle de la multi référence et du concept de rétablissement. La majorité des intervenants sont des professionnels ayant exercé en psychiatrie, souhaitant s'investir dans un modèle alternatif. Ils traitent la question des addictions dans le cadre d'un modèle qui fait éclater les spécificités professionnelles et vise un mieux-être global.

Le retour à une forme de référencement et le problème de l'éclatement de la prise en charge

Certaines équipes rencontrées comme celle du site B défendent le modèle multi référentiel, le voyant comme un rempart à un système d'aliénation présent à leurs yeux dans la relation de soin classique :

La multi référence, c'est que la référence telle qu'elle est imaginée classiquement, c'est une référence d'équipe, en fait. Donc c'est l'équipe qui est référente de la situation. Enfin, d'abord, c'est la personne qui est référente de sa propre situation, bien évidemment, et après c'est l'équipe et il faut imaginer l'équipe plutôt comme une boîte à outils... chacun va venir piocher un moment un outil dans une équipe plutôt qu'une personne... et à aucun moment, il n'y aura une relation... il y en a, des relations un peu particulières, je veux pas dire qu'il ne se crée pas de relations entre les gens. Par exemple, avec Mohammed et Fabien, j'ai une relation que je n'ai pas avec d'autres personnes, donc c'est pas... mais par contre, on essaie de faire en sorte qu'elle soit la moins aliénante possible. (Focus group site B)

Certains aménagent toutefois le modèle, comme dans le site A, où les professionnels se sont attribués des locataires sur lesquels ils sont chargés de faire des synthèses, ce qui crée un lien particulier avec les personnes. Les intervenants de l'équipe D ont de leur côté une appropriation qui leur est propre du modèle attribuant des binômes référents à chaque bénéficiaire :

« Intervenant : Le multi référencement, il existe parce qu'on suit les gens principalement en binôme. Les accompagnements sont faits en binôme, donc le binôme aujourd'hui, c'est un des lieux privilégiés pour faire vivre la multi référence. (...)

Enquêteur : D'accord, oui. Parce qu'il y a des référents, en fait ?

Intervenant : C'est des intervenants pivots » (Focus group, équipe D).

Dans l'équipe C, les locataires témoignent de certaines relations plus particularisées avec certains intervenants, faites de coups de fils ou d'activités régulières, comme l'accompagnement aux Narcotiques anonymes.

L'adaptation/appropriation de la multi référence n'est pas seulement due à la conscience des équipes du désir de certains bénéficiaires de relations plus particularisées. Elle résulte aussi de cultures professionnelles très ancrées, ayant peu l'habitude du travail en multi référencement et du manque de cadre commun fourni aux nouveaux professionnels à l'arrivée dans le programme. C'est notamment ce dont témoigne l'équipe D, regrettant le manque de formation des nouvelles recrues :

« Faut être clair. Dans l'équipe, il y a Julien qui est arrivé il y a six mois, Paul qui est arrivé il y a pas très longtemps, Isabelle qui est arrivée il y a un mois. Le rétablissement on le fait vivre très, très difficilement

en ce moment. (...). Tu vois, par exemple, il y a eu aucune formation là-dessus pour eux. Donc ils s'essaient sur nos pratiques. Si tu veux, le rétablissement, tu peux... toutes les formations nous, qu'on a eues depuis le début, qu'on a essayé de mettre dans nos pratiques, pour faire vivre les pratiques, tu vois, notamment la multiréférence et tout. Il faut que tout le monde ait une vision commune du rétablissement pour pouvoir faire vivre ça » (Focus group, équipe D).

Les équipes mettent également en valeur une limite au modèle du multi référencement, notamment sur la question addictologique. Ceux qui ont une formation ou une expérience d'intervention en addictologie ne sont pas majoritaires au sein des équipes « Un chez soi d'abord », et dans certaines, comme dans l'équipe B, ils sont rares. Plusieurs sites, au moment des groupes focaux, ont dit se sentir en difficulté sur cette question, se montrant en recherche de compléments de compétences pour travailler le sujet.

Pour cette intervenante de l'équipe A : *« c'est ce qui fait que c'est difficile aussi dans le « chez soi d'abord » de travailler l'addicto, c'est qu'au final, parfois on va voir une personne, ça se passe bien, elle est dans un bon mou', elle nous parle d'elle-même, de ses consos ou on amène le sujet, du coup on entame une discussion un peu en travail et au final on la revoit un mois après et elle parle plus du tout de cette conso, donc c'est difficile... La multi référence pour l'addicto, et pour plein d'autres choses, pose des difficultés ».*

Ce qui est valorisé ici c'est la nécessité d'inscrire la prise en charge de certains problèmes dans la durée et la régularité. L'éclatement des sujets abordés du fait d'une présence au quotidien au plus près de la trajectoire et des désirs des personnes peut conduire à une certaine disparité de la prise en charge perçue par cette intervenante, notamment sur la question de l'addictologie.

Les solutions envisagées par les intervenants interrogés oscillent alors entre la réorientation des personnes vers le dispositif addictologique dédié, ou le renforcement de l'équipe via la formation ou l'intégration de travailleurs pairs.

Mais l'outillage, ça peut être juste avoir de bonnes relations avec des partenaires et les orienter vite, ça peut être que ça, l'outillage. (...) Et après, c'est là où un médiateur addicto, il est vachement utile parce que « ben non, regarde, moi j'y suis passé, moi je te le prouve que... » (Focus group, équipe B)

Les tensions liées au rétablissement

La proximité avec les personnes accompagnées, se manifestant par le tutoiement des bénéficiaires, la non-formalisation des consultations ou d'entretiens produit des relations où l'asymétrie soignant/soigné, accompagnant/accompagné est réduite par rapport à la situation clinique classique. La posture d'accompagnement au rétablissement s'appuie par ailleurs sur les demandes des personnes. Pourtant, les intervenants demeurent partagés entre leurs représentations du bien être des personnes et les attitudes de consommation risquées qu'ils constatent.

Les équipes oscillent alors entre des attitudes interventionnistes, où les professionnels agissent selon leurs convictions passant outre les désirs des personnes, et une attitude respectant le modèle du rétablissement. L'équipe A témoigne particulièrement bien de ces ambivalences de positionnement professionnel. Sur la question de la mise en danger et de la mort des bénéficiaires, les intervenants expliquent :

Et ce qu'on fait aussi, c'est que quand le locataire est dans des consommations qui le mettent vraiment à risque de surdose ou des choses comme ça, on aborde le sujet du décès en lui disant « ben toi, là t'es pas dans une démarche de réduire ou d'arrêter, t'as un risque de décès, c'est quoi tes priorités ? » (...) Du coup, je m'étais déjà dit, d'ailleurs, il y a pas longtemps, qu'il faudrait le faire en réunion... faire un cahier où on note tous les gens, parce que s'il faut retrouver dans les transmissions tous ces éléments qu'ils nous ont

donnés. Un cahier avec « toi, qu'est-ce que tu veux ? ». Ben Sabrina, on l'avait abordée, on savait quelle chanson elle voulait mettre, voilà, on l'a dû à la famille, on a préparé. (...) J'en reviens sur Geneviève qui dit toujours qu'elle veut mourir et qu'elle veut se suicider, et donc du coup, le contact avec elle... alors c'est un grand débat. (...) Elle veut se faire euthanasier. Un grand débat d'équipe. On l'accompagne, on lui a donné le numéro de l'organisme d'euthanasie en Belgique. Alors on dit, on l'accompagne ou pas ? Et ça, c'est propre à chacun. Moi j'ai dit... c'est compliqué mais on est déjà allés la voir une fois avec Fred, avec la tablette, on a regardé les centres d'euthanasie en Suisse, sur la tablette, les numéros de téléphone. (Focus group équipe A)

Cette acceptation de la trajectoire choisie par les personnes jusque dans le choix de la mort contraste pourtant fortement avec deux autres exemples, où les professionnels de la même équipe se sont inscrits dans une posture plus interventionniste s'agissant des consommations de produits d'un locataire :

Stéphane était consommateur injecteur à fond, héroïne-cocaïne, et qui achetait son Subutex au marché noir et qui voulait pas mettre un pied en addicto. (...) c'est nous qui avons un peu pris le pas sur sa demande, on l'a fait déménager. (...) Aujourd'hui, il va chercher son sub en début de mois et il dit « je voudrais plus quitter ce quartier et j'irai jamais me chercher de la drogue à A., je veux pas connaître les lieux de deal là-bas. (Focus group, site équipe A)

La mise distance de la zone de « deal » a permis à cette personne de développer des stratégies de gestion des psychotropes impossibles auparavant du fait d'une forte accessibilité aux drogues.

La question du rétablissement interroge également les objectifs visés par le programme. De fait, la majorité des intervenants rencontrés constatent qu'en l'état, le programme achoppe sur la solitude et l'ennui des personnes.

Les personnes ont un abri, un logement et compagnie, très vite on a senti que les personnes effectivement, il y a le risque qu'elles se fassent chier dans un appartement, donc du coup ça peut amplifier l'addiction, ça peut faire que les personnes consomment plus, consomment moins bien, enfin qu'elles perdent leur rythme et compagnie. (Focus group, équipe B)

Les professionnels des différents sites expérimentent alors des solutions qui se répartissent au sein de deux modèles d'intervention : la mise en place d'activités collectives et le modèle du « Working first »¹⁷. Ainsi, les sites A et C se sont d'emblée inscrits dans le premier modèle, proposant aux résidents des ateliers d'écriture, des sorties au musée ou en forêt...

L'occupationnel aussi, ça pourrait être un axe spécifique de travail où on va être force de propositions. On va travailler avec les gens pour monter des trucs... tu vois, comme le fait Damien qui a co-construit l'atelier bien-être avec des locataires. Tu vois, on peut étendre ça à plus de choses que l'atelier bien-être. Julie qui a des vellétés de journal... (Focus group, site équipe D)

L'objectif n'est pas seulement d'occuper les gens, mais aussi de les réunir afin de développer une socialisation au sein du programme « Un chez soi d'abord », mais aussi de proposer des modalités d'épanouissement de soi alternatives au travail, que bon nombre de locataires refusent. A l'inverse, le site B considère l'accès au travail comme un des points éléments essentiels au recouvrement de la citoyenneté, s'opposant au modèle endossé par les autres sites :

C'est pour ça que nous, on fait pas d'occupationnel, parce que les gens, ils ont droit de trouver un truc qui va leur convenir. C'est pas parce que nous on dit « on va faire une soirée piscine et scrabble, machin bidule »,

¹⁷ Le working first est l'équivalent anglo-saxon de l'emploi accompagné. Il propose un suivi illimité dans le temps pour aider les personnes à chercher et à conserver leur emploi. Un des 4 sites expérimentaux a inclus cette offre d'accompagnement dans le programme « Un chez soi d'abord ».

enfin eux, les gens, ils s'en tapent, eux, de scrabble (...) c'est ça, la grosse différence, je pense que c'est ça qui fait un peu violence avec le modèle traditionnel, c'est que ça revient sur la question de l'occupation, c'est-à-dire qu'il y a un rôle social qui est déterminant. (...) Sur l'emploi, ce qui manque, c'est le lien. Il manque le working first dans l'armada des services d'accès à l'emploi en France. Il manque un truc qui fait le lien. (Focus group, site B)

Rétablissement et réduction des risques

Lorsqu'on interroge la question de l'addictologie, les intervenants des équipes « Un chez soi d'abord » se sentent en difficultés. Celle-ci les renvoie d'emblée à une spécialisation professionnelle alors qu'ils essaient de travailler dans le cadre du modèle multi référence. C'est notamment ce qui conduit une intervenante du site C à déclarer : « *mais nous, c'est pas notre mission de traiter l'addicto... et comme c'est pas un préalable à l'entrée dans le logement, en fait, on fait avec...* ». Pour autant les addictions ont de fait une place centrale dans le programme, et une majorité des professionnels rencontrés s'accordent finalement pour dire que « *le rétablissement peut s'exprimer au travers du rapport des personnes aux psychotropes* » (intervenante, focus group équipe D). Les entretiens mettent alors en évidence que le modèle du rétablissement s'accorde particulièrement bien avec le paradigme de la réduction des risques et des dommages (RdRD) :

Le programme, c'est de la réduction des risques mais dans le sens global. Pas uniquement au regard des addictions : c'est de la gestion des risques au niveau des troubles du voisinage, c'est de la réduction des risques quand le gars se fait à manger, on lui dit « éteins ta plaque après », parce que voilà. En fait, on passe notre temps à faire de la réduction dans risques, c'est dans tous les sens. (Focus group, équipe site C).

Il y a les principes du rétablissement comme l'autonomie et la responsabilisation, ces deux principes-là vont complètement dans le sens de la RDR. C'est qu'à un moment donné, la personne, on la laisse vivre sa vie comme elle le souhaite mais on l'informe des risques. À elle, après, de prendre cette information, de l'utiliser ou pas. (Focus group, équipe B)

Pour bon nombre d'entre eux, c'est alors davantage la notion de consommation « maîtrisée », basée sur une connaissance et un contrôle des risques qui fait sens pour les professionnels et que vise le processus de rétablissement. La présence de la consommation dans le logement devient alors un appui pour parler des usages : « *qu'on ait réussi à faire inscrire dans ce décret, qui n'y ait pas d'arrêt de consommation pour entrer, pour moi, c'est un prétexte à en parler aussi. C'est-à-dire que ça fait partie du quotidien des personnes ! Donc ne jouons pas les prudes en disant « ça n'existe pas, on n'en parle pas », quand c'est là de fait ou quand c'est là parce qu'on rentre chez quelqu'un... « je suis désolé, j'ai pas fait le ménage ». « Ben oui, trois doseurs (pour fumer du crack) » et puis voilà, on va en parler, c'est là » (Focus group, équipe site C).*

Pourtant, malgré ce cadre général, les postures s'agissant des consommations des locataires restent disparates. L'alcool semble soulever des questions spécifiques par rapport aux autres produits. Trois situations « typiques » viennent réinterroger les pratiques des professionnels : le degré de tolérance sur les situations de consommation ; la question de l'achat de produits et celle de la consommation dans un contexte collectif.

Les débats au sein des équipes sont importants concernant le niveau d'acceptation de ce que les personnes donnent à voir de leurs usages lors des visites à domicile. Il semble que si la personne boit devant les intervenants, globalement l'action peut continuer, alors que l'usage de substances illicites en présence de l'équipe est plus débattu, le cannabis occupant un statut intermédiaire. La limite posée par l'interdiction légale est alors invoquée par différents intervenants pour expliquer cette différence de statut :

H4 : Non. Mais c'est simplement parce qu'effectivement, le rapport à la loi est pas le même.

H5 : Quand on est partis en pique-nique avec Sergueï qui avait un gros, gros problème d'alcool, c'est nous qui avons pris les bouteilles, de façon à ce qu'il les avale pas toutes d'un coup et vis-à-vis aussi du groupe. (...) Et qu'il reste dans une zone de confort. (...) Mais on l'aurait pas fait avec du shit. Ou avec du crack. (Focus groupe, équipe site C)

S'agissant des substances illicites, les professionnels peuvent proposer de différer la consommation invoquant leurs propres limites :

Après on peut lui dire, il y en a qui n'aiment pas la fumée... donc tu dis « est-ce qu'on peut faire autrement ? »... « est-ce que le pétard, tu peux attendre pour le fumer parce que ça nous dérange ? ». Même pas parce que c'est illégal. Là, c'est plus un confort personnel. (Focus groupe, équipe site B)

Pour autant, si la consommation de cannabis peut éventuellement être tolérée, à l'inverse une consommation d'autres produits stupéfiants conduit les équipes à partir. C'est notamment le cas du crack, comme en témoigne l'équipe C :

Après, nous ça nous est arrivé avec le docteur M. d'être chez quelqu'un qui était dans l'immédiateté de consommer son crack et qui pouvait pas différer. On a essayé de limiter en disant « non, on est là, tu attends qu'on parte », il a pas pu. C'est nous qui sommes partis. (Focus groupe, équipe site C)

Le traitement des cas où le domicile du bénéficiaire s'est transformé en un lieu de deal ou une « scène ouverte de consommation » engage moins de débat, même s'il demeure plus complexe en termes d'intervention. Un consensus émerge rapidement entre les intervenants sur l'importance de proposer un autre appartement dans un quartier éloigné.

Nombre de professionnels énoncent également la possibilité qu'ils se sont donnés de fournir de manière régulière de l'alcool aux personnes qui en sont dépendantes. Ce postulat relativement atypique dans le champ du secteur social et médicosocial fait consensus au sein des équipes quel que soit le site. Il n'en est pas de même concernant les autres psychotropes, en raison de leur statut légal. Pour les intervenants, cet acte permet de produire un discours de mesure et d'échanger avec la personne sur la réalité de sa consommation afin d'éviter un certain nombre de dommages sur la santé :

Au début du programme, on allait faire un plein de courses on partait du principe que ces gens avaient pas à manger donc on allait faire un plein de courses. (...) et si le mec disait « allez, vas-y, je prends une bouteille de rosé, deux bouteilles de rosé », ben « vas-y, je te la paye ». Donc voilà, dire « ben non, prends-en qu'une »... Aujourd'hui on ne le fait plus et de ce fait, on est moins bon en termes de réduction des risques. (Focus groupe, équipe site A)

D'autres situations sont plus complexes aux yeux des intervenants, notamment dans le cadre de diners conviviaux pris en collectivité. La même intervenante du site A en témoigne : « il y a un locataire qui avait été invité, qui était venu à l'intersite (réunion des professionnels des 4 sites « Un chez soi d'abord »), et il y en avait un qui avait continué la soirée. (...) tout le monde buvait sa bière, M. va me chercher un cinquante de bière et C. était à l'autre bout de la table avec S., moi je sais que spontanément, je suis allée me mettre là. Et C. (une personne accueillie) se lève et me dit « ah, je peux me mettre à côté de toi ? » Et donc je dis « oui, bien sûr » mais j'étais super emmerdée. Et lui, il a bu une bière, il y a quelqu'un qui lui a passé des sous pour reprendre une bière, et il était caïsse, je le voyais, il était bourré. (...) Le lendemain, je me suis dit « putain, il est pas venu à l'intersite », j'ai essayé de l'appeler toute la journée, j'étais pas bien, je me suis dit « s'il s'est pris la tête avec quelqu'un dans le train », moi je me voyais avec une responsabilité alors qu'il est venu en tant que locataire.

(...) *mais moi j'étais super-emmerdée, je me dis « qu'est-ce qu'on renvoie... »*. On perçoit ici que la posture de travail voulant réduire au maximum l'asymétrie entre les personnes et les intervenants achoppe lorsque les professionnels ont l'impression de créer les conditions d'alcoolisation des bénéficiaires. C'est cette même idée qui oppose les partisans de l'achat d'alcool de ses opposants qui ont l'impression de « cautionner » le produit problématique.

La question des limites que les professionnels se donnent au sein d'une pratique qu'ils placent globalement sous le signe de la RdRD fait ressurgir des points de tension entre l'accompagnement des consommations pour en limiter au mieux les dommages, la crainte d'entretenir des conduites à risques, un objectif *in fine* de réduire l'usage de produits, voire d'y mettre un terme. Ainsi, les postures sont plus nuancées qu'elles n'y paraissent ce qui conduit une intervenante du site A à conclure : « *je pense que dans l'équipe, personne n'a une position « abstinence pour tout le monde (...) Ou réduction des risques pour tout le monde. Non. Je pense que personne n'a... on reste... c'est du cas par cas »*.

Vient s'ajouter à ces divergences les problèmes posés par la spécificité de l'intervention « Un chez soi d'abord » dans le panorama des actions sociales et médicosociales :

Je pense qu'on se confronte à cette limite... enfin au bout d'un moment, on est coincés parce que par exemple, quelqu'un qui est dans ces consos très soutenues, qui au final fait un travail de réduction des risques où il ne consomme plus que le soir et en journée par exemple, il fait plein d'autres choses donc ça lui convient. Et au final, il doit être orienté pour X raisons dans un autre établissement parce que le « chez soi », le logement seul, il en a marre, il préfère aller en collectif, maison-relais, et il se retrouve avec une équipe qui lui dit « non mais pour rentrer, faut être abstinent ». Et du coup, c'est là où nous, je trouve que notre positionnement est compliqué parce qu'on va lui dire « bon, ben alors, si tu veux t'orienter vers une maison-relais il faut arrêter les produits ». Et du coup, on tient plus du tout le même discours et on est pas cohérents. (Intervenante, site D)

Une intervenante du groupe A souligne alors les tensions qu'il pourrait y avoir avec des travailleurs pairs valorisant l'expérience d'abstinence : « *la réduction des risques, c'est vachement nouveau, et nous le premier médiateur qu'on avait, lui il était abstinent. Il était médiateur pour l'addicto surtout et il était abstinent. Donc lui, il était à fond dans les Alcooliques Anonymes et donc voilà, il y a emmené plein de locataires et il y en a plein pour qui ça marchait. Mais du coup, c'était dur pour lui d'entendre que pour d'autres c'était impossible (d'arrêter) d'autant que l'autre médiateur, lui était dans la réduction des risques »*.

L'évolution des consommations dans le programme

Dans l'ensemble, les répondants ont tous débuté un usage de substances psychoactives très précocement et maintenu des formes de consommation intensives tout au long de leur parcours de vie. Les trajectoires ne sont toutefois ni similaires, ni linéaires. Des phases de (poly)consommations massives ont pu être suivies de pauses, modulations ou sevrages, en amont de l'entrée dans le programme « Un chez soi d'abord ». Conformément à ce que rapporte la littérature, la drogue seule ne fait pas l'usager, la dynamique d'un parcours implique le contexte d'usage et le rapport de l'individu à ses consommations (Becker, 1953 ; Becker, 1963 ; Zinberg, 1984). Les personnes ne se laissent jamais totalement happées par la ligne biographique d'usager, maintenant des engagements sociaux, ou bien réinvestissant d'autres mondes sociaux après une séquence de vie massivement cristallisée autour des activités et relations liées à l'usage / revente de produits illicites. Toutefois, la consommation a occupé une place significative dans les parcours de vie. Une partie des répondants, valorisent les effets positifs du programme, les accompagnant vers une réduction des consommations ou offrant des conditions d'usages plus sécurisés. À l'inverse pour d'autres,

L'expérience « Un chez soi d'abord » semble peu connectée à leur trajectoire d'usager : soit parce qu'ils avaient initié un parcours d'abandon des produits en amont du programme, soit parce qu'ils rapportent des consommations inchangées, dont ils ne se plaignent pas forcément.

- Arrêt ou diminution des consommations reliées à l'expérience du programme

L'abstinence de tout produit est une situation totalement marginale parmi les répondants. Seul Icham en apporte un exemple. Usager d'alcool, de cocaïne et de cannabis, il rapporte avoir cessé toute consommation, un an après son entrée dans le programme en 2013. Il associe son arrêt des produits à la dynamique relationnelle instaurée avec l'équipe. En plus de leur bienveillance, la confiance ressentie à son égard lui a fourni « *un déclic* », quelque chose qu'il n'avait pas compris auparavant dit-il : sa capacité propre de penser et d'agir. La reconnaissance et le respect de sa personne ont été les conditions de recouvrement de son autonomie et du développement d'un sens de soi durable dans le temps. Le lien affectif noué avec l'équipe, « *c'est comme une famille* », a constitué le vecteur de cette transformation.

Moi mon idée c'est que c'est grâce à l'équipe que j'ai arrêté (...) Parce que, eux, ils ont un autre style de travailler. Je sais pas, je peux pas vous l'exprimer, mais moi je l'ai compris grâce à eux, parce que je pouvais pas le comprendre ailleurs. Ailleurs, je peux pas le capter ce déclic d'arrêter. Mais ils étaient là et il y avait le déclic... eux ils vous laissent penser, réagir. C'est ça le travail. (Icham, 60 ans)

Si le cas d'Icham fait figure d'exception, un nombre plus important de répondants disent s'inscrire dans une dynamique de diminution de leurs consommations qu'ils relient eux-aussi directement à leur entrée dans le programme.

Il en est ainsi de Malika, 52 ans, rencontrée dans l'unité d'addictologie au sein de laquelle elle réalisait un sevrage de cocaïne.

Il ne me reste plus que ça à arrêter (la cocaïne) ... depuis que je suis à « Un chez soi d'abord », j'ai arrêté beaucoup de produits. Là je consomme que de la cocaïne. Les autres produits, ou je les ai arrêtés avant, ou je les ai arrêtés pendant, mais je n'en ai plus l'utilité, j'en n'ai plus envie. (Malika, 52 ans)

Au jour de l'entretien, son parcours de renoncement aux produits est particulièrement notable pour elle qui a fait un usage massif de nombreuses substances dès l'âge de neuf ans et semble particulièrement souffrir de son identité sociale de toxicomane. Cet arrêt est porté par le sentiment de se sentir accompagnée dans le cadre du programme, lui procurant une envie de prendre soin d'elle : « *ça me motive et m'aide à faire de bonnes choses* » ajoute-t-elle

Poly-usagère de drogues depuis l'adolescence, Farida suit désormais un traitement de substitution et, hormis l'alcool et le tabac, a abandonné toute autre consommation de substances psychoactives. Elle valorise le rôle joué par le programme dans la réduction de ses consommations, le rapportant explicitement au fait de se sentir protégée derrière sa porte :

Enquêtrice : Qu'est-ce qui a fait qu'un jour vous avez arrêté les autres produits que l'alcool ?

Fatima : J'étais plus en sécurité, je me sentais mieux dans ma peau.

– Ça, c'est arrivé quand ?

– Quand je pouvais fermer ma porte... si vous comprenez ce que je veux dire... la sécurité. (Farida, 52 ans)

Inscrit dans le programme depuis 6 ans après avoir vécu de longues années à la rue, Gérard avance qu'avoir un logement « *c'est pareil, sauf que j'ai la télé en plus* », avant d'ajouter « *je bois moins* » du fait même du programme « Un chez soi d'abord » :

Je bois moins... Ça, ça a été un effet du logement en fait. Parce qu'à Un chez soi, ils m'ont mis en contact avec le CMP et direct, elle m'a mis sous Atarax, Seresta 50, Noctamide pour dormir et après, elle m'a mis sous Baclofène et Theralène parce que je dormais que 2-3h. (Gérard, 47 ans)

Sans nécessairement évoquer une réduction de leurs consommations, des répondants pointent toutefois un changement notable depuis leur entrée dans le programme. Comparé aux contextes de rue, le domicile privé offre des conditions de consommations favorables à la réduction des risques et des dommages. Yann décrit ainsi avec précision les facteurs de prises de risques infectieux et bactériens auxquelles il est aujourd'hui en mesure de se soustraire.

J'ai un chez-moi, j'irai plus consommer dans la rue. Dans la rue, on prend le risque de faire une poussière¹⁸ parce que tu es près des poubelles. Dans la rue, on fait moins attention aux poussières, t'as les keufs, tu peux tomber sur des gens qui aiment pas ça, qui vont t'agresser, tu sais jamais sur qui tu peux tomber. Voilà, il faut faire attention, tu sais jamais comment les gens vont réagir... Chez toi t'es mieux, t'es en sécurité, t'es chez toi, tu fais ce que tu veux, t'as pas à faire attention, t'as personne qui te regarde, tu peux préparer sans te casser les couilles. (Yann, 37 ans)

Si le « chez soi » « facilite les consommations » pour reprendre l'expression de Jean-Michel, cela n'est pas nécessairement synonyme d'une augmentation. Yann, dit que sa consommation de produits a baissé depuis son entrée dans le programme et Jean-Michel qu'elle demeure inchangée.

Enquêtrice : avoir un chez-soi dans cet appart, ça fait évoluer les consommations ?

Jean-Michel : C'est sûr que ça facilite la consommation.

– C'est vrai ? Vous avez ce sentiment-là ?

– Si je consomme, ça facilite, parce que je suis chez moi, je fais ce que je veux.

– Du coup, vous consommez plus depuis que vous êtes ici ?

– Non, pas plus. Normal. (Jean-Michel, 58 ans)

■ Des consommations inchangées

Pour une partie des répondants, l'expérience du « chez soi » ne s'est pas accompagnée d'une modification de leurs usages de produits. Roland par exemple, boit une bouteille de vin par jour, plutôt le midi en accompagnement de son repas. Cette consommation est inchangée dit-il : « Ça fait pas mal d'années... je buvais aussi dans le métro ». (Roland, 65 ans)

Pour lui, comme pour d'autres répondants, les usages de substances initiées en amont du programme font partie du mode de vie de l'individu, sans qu'il ne s'en plaigne ou ne les raccroche à des conditions et une expérience de vie que le programme serait venu changer. À l'opposé de ces consommations « heureuses » ou assumées, une partie des répondants se plaint d'une absence de changement notable, à l'image de Rachid qui souhaite déménager afin de se tenir à distance d'un environnement d'usagers et de revendeurs.

¹⁸ Dans le jargon des usagers une *poussière*, (« faire une poussière ») désigne un malaise lié à une infection causée par l'injection de germes ou bactéries. Les poussières varient d'intensité de quelques frissons avec maux de têtes jusqu'à des crises étalées sur plusieurs jours avec de fortes poussées de fièvres.

Par ailleurs, des répondants rapportent le maintien de leurs consommations à la douleur éprouvée à la remémoration d'épreuves de vie passées. L'isolement ressenti est également mis en avant. Désiré par exemple, a déjà réalisé plusieurs sevrages et s'est rendu en postcures, particulièrement motivé par le fait d'être entouré et occupé. Sorti de ce cadre « sécurisant », il retourne acheter de l'alcool pour tromper la solitude.

« (à propos des post-cures) On se sent bien, on se sent en sécurité, puis il y a des activités aussi qui sont intéressantes, tu fais des choses. Je sais pas, je pourrais pas l'expliquer, ça. En plus, il y a du monde, tu vois des gens. Et là, quand tu rentres chez toi, tu te retrouves tout seul face à toi-même avec personne à qui parler. Donc, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, pour vaincre la solitude c'est boire un peu, me saouler un petit peu et puis que j'aille dormir après. » (Désiré, 60 ans)

Conclusion

Les analyses quantitatives menées à l'inclusion dans l'étude ont fait apparaître quelques marqueurs de fragilité associés aux conduites addictives tels que la précocité du sans abris, une détresse émotionnelle aiguë, la présence de troubles de la personnalité antisociale, des interactions plus fréquentes avec les forces de l'ordre et un recours différencié aux dispositifs d'urgences ou de soins. Ces constats prennent une épaisseur particulière lorsqu'ils sont rapprochés des parcours biographiques de bénéficiaires ayant ou ayant eu des consommations massives dans le cours de leur existence. Ainsi, l'enquête d'évaluation qualitative réalisée sur le programme « Un chez soi d'abord » permet d'étudier plus finement cette population qui cumule trois voire quatre types de stigmates : personnes « à la rue », présentant une pathologie mentale, des conduites addictives et, parfois, une ou plusieurs incarcérations. À partir d'une approche centrée sur le point de vue des personnes interrogées, la présente enquête restitue une *expérience* de vie. Elle favorise ainsi une meilleure compréhension du sens et du vécu des trajectoires auxquels ne donnent pas accès la seule caractérisation des étapes de leur carrière, ni les enquêtes quantitatives. Inscrite dans l'héritage des travaux phénoménologiques, l'approche expérientielle permet de rendre compte d'un *monde vécu* sans faire référence à une origine psychologique, voire biologique des phénomènes mis en lumière. Prenant de la distance avec les perspectives macrosociologiques, une analyse partant du point de vue des personnes permet par ailleurs d'en restituer le caractère dynamique et la diversité. Elle favorise une vision plus fine de trajectoires jamais totalement conditionnées par l'héritage social des personnes. Interroger l'expérience des individus permet enfin d'explorer les modalités de leurs engagements dans une pluralité de mondes sociaux qui, de l'hôpital à la prison, en passant par les foyers et la rue, ne sont pas coupés de la société.

Bien plus que la rupture de liens sociaux, l'enquête montre que la densité d'injonctions et interactions sociales, souvent violentes autour de la personne, est au cœur des parcours de vie. Elle façonne une expérience globale de *négation sociale* et *de soi*. Les trajectoires apparaissent marquées par un envahissement de l'individu sous le poids d'injonctions socialisatrices à l'occasion de séjours en foyers, à l'hôpital psychiatrique ou en détention, mais aussi d'activités et interactions sociales permettant de satisfaire la consommation de produits ou de survivre dans la rue. Les trajectoires comptent des séquences pendant lesquelles une *ligne biographique*, celle de malade, celle d'usager/revendeur de drogues, celle de détenu prend le pas sur les autres engagements sociaux de la personne. Les vécus douloureux sont, eux, transversaux à chacune de ces séquences. Bien que ces existences comportent des périodes plus ou moins longues de stabilisation ou dessinant les contours d'une projection positive dans l'avenir, le vécu global de l'individu est celui d'un effacement de la personne derrière la tenue de rôles sociaux édictés en institutions, le cumul de stigmates et de ruptures biographiques. Un flot continu d'expériences construisant la précarité sur le long court, tout en ancrant la personne dans un malheur durable, entravent tout processus d'autonomisation matériel et psychologique.

L'accès à un logement personnel et l'accompagnement mis en œuvre dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord » viennent mettre un terme à cette expérience de négation sociale et de soi. Toutefois, le toit n'est pas synonyme d'un « chez soi ». Investir un espace à soi et recouvrir une autonomie s'inscrivent dans un processus qui s'apparente à une épreuve sociale et subjective pour les personnes. Permettre à l'individu de se dégager des contraintes constituant jusque-là une chape sur son autonomie comme sur son identité, s'apparente aussi à une forme de dépouillement qui révèle parfois l'individu dans toute sa fragilité. Certains se révèlent en proie à la solitude et à l'ennui et réclament des rapports plus individualisés avec certains membres de l'équipe. Ces différentes

limites, qui ont bien été perçues par les professionnels, donnent lieu à certaines adaptations de la prise en charge, variant en fonction des sites d'implantation du programme. Cette diversité nécessite une réflexion conjointe et concertée basée sur une évaluation des différentes réponses proposées.

Ces quelques réserves ne doivent pas prendre le pas sur l'évaluation très positive qu'en font les personnes : le programme permet de retrouver une intimité, une dignité, une reconnaissance, permettant enfin de prendre soin de soi et de tenter une reconstruction. Pour près de la moitié des répondants à l'enquête, ces différents éléments permettent une réduction conséquente/ arrêt de la consommation de produits. À l'instar des travaux sociologiques qui positionnent le recouvrement d'un logement comme une voie de sortie du sans-abrisme, le dispositif « Un chez soi d'abord » semble avoir clairement sa place dans la gamme des réponses permettant d'améliorer la situation des personnes en grande précarité. Si un certain nombre de bénéficiaires ne souhaitent, ne se sentent ou ne sont pas en capacité de retrouver un travail durable, le « chez soi » permet pour le moins une « réduction des dangers ». Il vise ainsi à proposer à des personnes à la biographie marquée par la négation d'elles-mêmes des conditions de vie pas « trop mauvaises » (Soulet, 2005), ou en tout cas, plus dignes que celles qu'elles ont connues avant leur entrée dans le programme.

Bibliographie

- Allaria C., Boucekine S. (à paraître) L'incarcération des personnes sans logement en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiates. *Champ Pénal*.
- Auquier P., Girard V., Falissard B., Birmes P., Combes B., Roelandt J.-L., Le Cardinal P., Debieve J., Bossetti T., Laval C., Fortanier C., Mantovani J., Lançon C., Naudin J., Apostolidis T. (2011) Essai d'intervention randomisé évaluant l'efficacité de deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère. Programme « un chez soi d'abord ». Projet de recherche, 62 p.
- Beaudoin I. (2016) Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues, Santé et Société*, Vol. 14, n° 2, p. 1-27.
- Becker H.S. (1953) Becoming a marijuana user. *American Journal of Sociology*, Vol. 59, p. 235-242.
- Becker H.S. (1963) *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. London, Free Press, 215 p.
- Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (Dir.) (2009) *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris, La Découverte, coll. Recherches, 397 p.
- Biehl J., Good B.J., Kleinman A. (Dir.) (2007) *Subjectivity: Ethnographic investigations*. Berkeley, Subjectivity Ethnographic Investigations, 477 p.
- Bouhnik P., Touzé S., RESSCOM (1996) *Héroïne, sida, prison : trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. Marseille / Seine Saint-Denis. Paris, ANRS, 566 p.
- Boumaza M., Campana A. (2007) Enquêter en milieu « difficile ». Introduction. *Revue française de science politique*, Vol. 57, n° 1, p. 5-25.
- Bourgois P. (1992) Une nuit dans une "shooting gallery". Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 94, p. 59-78.
- Bourgois P. (2001) *En quête de respect : le crack à New-York*. Paris, Seuil, 458 p.
- Brousse C. (2006) Devenir sans-domicile, le rester : un problème lié à l'accès au logement ou à la rupture des liens sociaux et familiaux ? *Economie et Statistique*, n° 391-392, p. 35-64.
- Bucher R., Strauss A. (1961) Professions in Process. *American Journal of Sociology*, Vol. 66, n° 4, p. 325-334.
- Castel R. (1998) *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Editions Universitaires, coll. Res Socialis, 296 p.
- Chabaud F., Benradia I., Bouet R., Caria A., Roelandt J.-L. (2017) Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18 sites internationaux. *L'Encéphale*, Vol. 43, n° 6, p. 540-557.
- Chantraine G. (2004) *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, PUF, 274 p.
- Clark C., Rich A.R. (2003) Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services*, Vol. 54, n° 1, p. 78-83.
- Clemmer D. (1940) *The prison community*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Collectif Les morts de la rue (2018) *Mortalité des personnes sans-domicile en 2017. L'enquête Dénombrer et décrire*, 98 p.
- Coupechoux P. (2006) *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, Seuil, 448 p.
- de Gaulejac V., Taboada Léonetti I. (1994) La désinsertion sociale. Déchéance sociale et processus d'insertion. *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 38, p. 77-83.
- Declerck P. (2001) *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, coll. Terre Humaine, 457 p.
- Demazière D., Gadéa C. (Dir.) (2009) *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte, coll. Recherches, 464 p.

- Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I., Pavageau C., Ras I., Sokolowski E., Testut N. (2000) Modes et étapes de la réinsertion sociale des sans-abri : L'anthropologie de la consommation comme analyseur des trajectoires de vie des « SDF ». Programme PUCA « Les SDF, représentations, trajectoires et politiques publiques ». Contrat PUCA/La Poste. Paris, Argonautes, 296 p.
- Dubet F. (1987) *La galère. Jeunes en survie*. Paris, Fayard, 504 p.
- Duprez D., Kokoreff M. (2000) *Les mondes de la drogues*. Paris, Odile Jacob, 393 p.
- Estecahandy P., Revue P., Sénat M.-L., Billard J. (2015) Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez soi d'abord ». *Empan*, n° 98, p. 76-81.
- Estroff S.E. (1985) *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley, University of California Press, 338 p.
- Fernandez F. (2008) Au risque de rester dedans : le travail de double ajustement des usagers de drogues incarcérés. In: Normes, déviations, insertions, Mauger G., Moreno Pestana J.-L., Roca M. (Dir.). Genève, Séismo, p. 168-189.
- Fernandez F. (2010) *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale*. Bruxelles, Larcier, coll. Crimen, 374 p.
- Firdion J.-M., Marpsat M., Arbonville D., Bozon M., Clanche F., Lecomte T., Mizrahi A., Pichon P., Soulie C. (2000) *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, INED, PUF, coll. Travaux et documents, n°144, 413 p.
- Fitzpatrick-Lewis D., Ganann R., Krishnaratne S., Ciliska D., Kouyoumdjian F., Hwang S.W. (2011) Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, Vol. 11, p. 638.
- Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés (2018) *L'état du mal-logement en France. 23^e rapport annuel*, 378 p.
- Gaboriau P. (1993) *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*. Paris, Julliard.
- Gesmond T., Laval C., Estecahandy P. (2016) *Le programme expérimental "Un chez-soi d'abord". Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche*. Paris, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), 67 p.
- Gilmer T.P., Stefancic A., Ettner S.L., Manning W.G., Tsemberis S. (2010) Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 67, n° 6, p. 645-652.
- Girola C. (2006) "Toute cette vie est une lutte pour rester dedans". *Idées économiques et sociales*, n° 143.
- Giuliani F., Vidal-Naquet P. (2002) *Les personnes sans domicile fixe. Modes de vie et trajectoires*. In: Les travaux 2001-2002, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Dir.). Paris, La Documentation française, p. 359-393.
- Goffman E. (1968) *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 452 p.
- Grard J. (2011) *Frontières invisibles. Expériences de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Thèse d'anthropologie sociale, 577 p.
- Guibert-Lassalle A. (2006) Identités des SDF. *Études*, Vol. 405, n° 7-8, p. 45-55.
- Hatzfeld M. (2006) *Les dézingués. Parcours de SDF Paris*, Autrement.
- Henwood B.F., Matejkowski J., Stefancic A., Lukens J.M. (2014) Quality of life after housing first for adults with serious mental illness who have experienced chronic homelessness. *Psychiatry Research*, Vol. 220, n° 1-2, p. 549-555.
- Houchon G. (1969) Ricerca sulle strutture sociali penitenziarie e sulla cultura carceraria. *Quaderni Di Criminologia Clinica*, Vol. 11, n° 3, p. 271-294.
- Hughes E.C. (1958) *Men and their work*. Glencoe, The Free Press, 184 p.

- Insee (2012) Enquête auprès des sans-domicile. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1002>.
- Joseph I., Proust J. (1996) La folie dans la place. Pathologies de l'interaction. Paris, EHESS, coll. Raisons pratiques, Vol. 7, 301 p.
- Kertesz S.G., Crouch K., Milby J.B., Cusimano R.E., Schumacher J.E. (2009) Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *The Milbank quarterly*, Vol. 87, n° 2, p. 495-534.
- Kinani A., Karolak S., Lévi Y. (2018) Suivi de la consommation de drogues illicites par l'analyse des eaux usées dans trois établissements pénitentiaires de 2016 à 2017. Rapport de recherche remis à la Direction de l'administration pénitentiaire [non publié].
- Kleinman A. (1988) The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition. New York, NY, Basic Books, 284 p.
- Kyle T., Dunn J.R. (2008) Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health and Social Care in the Community*, Vol. 16, n° 1, p. 1-15.
- Laé J.-F. (1995) L'homme à la rue, étapes et figures de l'abandon. In: Les récits du malheur, Laé J.-F., Murard N. (Dir.). Paris, Descartes et Cie.
- Lagrange H., Mogoutov A. (1997) Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie. *Déviance et Société*, Vol. 21, n° 3, p. 289-302.
- Lancelevée C., Protais C. (2018) « J'étais pas vraiment moi ». L'expérience de personnes déclarées irresponsables pour cause de trouble mental. *Anthropologie et Santé*, n° 16.
- Lanzarini C. (1993) Plan Urbain Programme Espace Public "Les sans domicile fixe et l'espace public" Les sortants de prison, stigmates et reconversion. Paris, Plan Urbain, 57 p.
- Larsen M., Nordentoft M. (2010) Evidensbaseret behandling af psykisk syge hjemløse [Evidence-based treatment of mentally ill homeless persons]. *Ugeskrift for Læger*, Vol. 172, n° 22, p. 1669-1675.
- Le Caisne L. (2004) L'économie des valeurs : Distinction et classement en milieu carcéral. *L'Année sociologique*, Vol. 54, n° 2, p. 511-537.
- Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora L.I., Lépine J.P., Sheehan D., Janavs J., Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M. (1998) M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. French Version 5.0.0 - DSM-IV, 52 p.
- Lejoyeux M., Embouazza H. (2013) Troubles psychiatriques et addictions. In: Addictologie. 2^e édition, Lejoyeux M. (Dir.). Paris, Masson, coll. Abrégés, p. 55-66.
- Lovell A.M. (1997) "The city is my mother": Narratives of schizophrenia and homelessness. *American Anthropologist*, Vol. 99, n° 2, p. 355-368.
- Marpsat M. (2006) Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. *Economie et Statistique*, n° 391-392, p. 65-85.
- Martinez T.E., Burt M.R. (2006) Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatric Services*, Vol. 57, n° 7, p. 992-999.
- Mathiesen T. (1965) The defences of the weak. A sociological study of a Norwegian correctional institution. London, Tavistock, coll. International library of criminology, delinquency, and deviant social behaviour, No 15, 258 p.
- Milhet M. (2003) L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ? Thèse de sociologie, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 456 p.
- Milhet M. (2006) Les traitements de substitution vus par les patients : quelle trajectoire pour quelle sortie ? *Psychotropes*, Vol. 12, n° 3-4, p. 55-69.
- Monrose M. (2004) Les contacts familiaux et amicaux des personnes sans domicile. *Etudes et Résultats*, DREES, n° 311, 8 p.
- Morris T., Morris P. (1963) Pentonville. A sociological study of an English prison. London, Routledge, 398 p.

- Néfau T., Sannier O., Hubert C., Karolak S., Lévi Y. (2017) L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. Note 2017-01. Saint-Denis, OFDT, 23 p.
- Nelson G., Aubry T., Lafrance A. (2007) A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 77, n° 3, p. 350-361.
- Padgett D.K., Stanhope V., Henwood B.F., Stefancic A. (2011) Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Mental Health Journal*, Vol. 47, n° 2, p. 227-232.
- Paugam S., Cléménçon M. (2003) Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion. In: Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques, PUCA, p. 133-161.
- Pichon P. (2002) Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire. *Communications*, n° 73, p. 11-29.
- Pichon P. (2007) Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe. Paris, Aux Lieux d'être, 304 p.
- Protais C., Jauffret-Roustide M. (2019) Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice. Paris, OFDT, 90 p.
- Rhenter P. (2013) Vers un chez-soi. L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques. *Le Sociographe*, n° 42, p. 59-66.
- Rog D.J. (2004) The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 27, n° 4, p. 334-344.
- Rostaing C. (1997) La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes. Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien social, 352 p.
- Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E. (2017) Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 65, n° 5, p. 361-367.
- Sannier O., Verfaillie F., Lavielle D. (2012) Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. *La Presse Médicale*, Vol. 41, n° 7-8, p. e375-e385.
- Sansfaçon D., Barbechat O., Lopez D., Valade C. (2005) Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale. Saint-Denis, OFDT, 456 p.
- Soulet M.-H. (2005) S'en sortir. Transformations statutaires et intégration relative. In: Les SDF. Visibles, proches, citoyens, Ballet D. (Dir.). Paris, Presses Universitaires de France, coll. Sciences sociales et sociétés, p. 279-288.
- Soulié C. (1997) Le classement des sans-abri. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 118, p. 69-80.
- Sykes G.M. (1958) The society of captives: A study of a maximum security prison. Princeton, Princeton University Press.
- Tassone-Monchicourt C., Daumerie N., Caria A., Benradia I., Roelandt J.-L. (2010) Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*, Vol. 36, n° 3S1, p. 21-25.
- Tinland A., Fortanier C., Girard V., Laval C., Videau B., Rhenter P., Greacen T., Falissard B., Apostolidis T., Lancon C., Boyer L., Auquier P. (2013) Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, Vol. 14, p. 309.
- Tsemberis S. (2010) Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. Center City, MN, Hazelden.

- Velpry L. (2008) *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale.* Paris, Armand Colin, 332 p.
- Vexliard A. (1956) *Introduction à la sociologie du vagabondage.* Paris, Marcel Rivière, 244 p.
- Vexliard A. (1957) *Le clochard : étude de psychologie sociale.* Paris, Desclée de Brouwer, 319 p.
- Vidon G., Antoine J.-M. (2013) De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique*, Vol. 89, n° 3, p. 233-240.
- Waser A.-M. (1993) *Sans feu ni lieu.* In: *La misère du monde*, Bourdieu P. (Dir.). Paris, Seuil.
- Zinberg N.E. (1984) *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use.* London, Yale University Press, 277 p.

Afin d'explorer les problématiques liées aux usages de substances dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord », l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a réalisé en 2018 l'étude APROCHES, en partenariat avec l'université Aix-Marseille (EA3279) et le CREAL-Midi-Pyrénées (Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité). Ce programme propose aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères qui sont sans abris, un logement en tant que locataire, accompagné d'un suivi régulier par une équipe pluridisciplinaire.

Conduite en réponse à l'appel à projets général 2016 - volet Prévention, de l'IRESP, cette recherche s'est attachée à caractériser la population des consommateurs à risque d'une part et à éclairer les effets du dispositif sur les usages de produits en les reliant à l'expérience et aux trajectoires de vie des personnes d'autre part. Le volet quantitatif de la recherche a reposé sur une étude randomisée réalisée auprès de 703 personnes. Des entretiens semi-directifs approfondis ont par ailleurs été menés auprès de 23 personnes volontaires.

Dans un contexte où le déploiement du programme « Un chez soi d'abord » sur le territoire a été décidé, ambitionnant l'ouverture de 20 sites offrant 2 000 places d'ici à 2023, cette recherche met en évidence que l'approche globale du programme a clairement sa place dans la gamme des réponses sanitaires proposées. « Un chez soi d'abord » permet d'améliorer non seulement la situation des personnes en grande précarité mais aussi leurs problématiques addictives en prenant en compte les dynamiques générales dans lesquelles les bénéficiaires sont inscrits.

**OFDT - 69 rue de Varenne - CS 70780
75700 PARIS CEDEX 07**

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-37-8

Crédits photographiques : © monticellllo / © sewcream - Adobe Stock.com