

## Rapport scientifique final

### Prérequis :

Il est demandé au coordonnateur scientifique du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IReSP à la date indiquée sur la convention.

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identification du projet	
Titre du projet	<b>Habiter avec un accompagnement. Une sociologie de l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves : problématiques des besoins, réponses institutionnelles et recours informels</b>
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	<b>Nicolas Henckes – CERMES3</b>
Référence de l'appel à projets (nom + année)	<b>Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux, 2017</b>
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	<b>CERMES3</b>
Durée <b>initiale</b> du projet	<b>36 mois</b>
Période du projet (date début – date fin)	<b>05/2018-05/2022</b>
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	<b>Oui, un an</b>
<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	<b>Ce délai devait nous permettre de rattraper les retards et le temps de recherche perdu en raison de la crise au Covid-19</b>

Identification du rédacteur	
Nom du rédacteur du rapport	<b>Nicolas Henckes</b>
Fonction au sein du projet ( <i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i> )	
Téléphone	<b>01 49 58 36 36</b>
Adresse électronique	<b>nicolas.henckes@cnrs.fr</b>
Date de rédaction du rapport	<b>14/12/2022</b>

Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet (*si pertinent*)

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Robicquet	<b>Pierre</b>	<b>Doctorant</b>			<b>CDD</b>
...					

Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet.

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
Henckes	<b>Nicolas</b>	<b>CR</b>	<b>70</b>
Azevedo	<b>Marcos</b>	<b>Doctorant</b>	<b>100</b>
Velpry	<b>Livia</b>	<b>MCF</b>	<b>10</b>

Donner la répartition (en pourcentage) des disciplines mobilisées dans le projet.

- Sociologie (80%)
- Histoire (20%)

## SYNTHESES ET RAPPORT SCIENTIFIQUE

### Synthèse courte

#### Contexte

L'accompagnement au logement s'est imposé depuis le début des années 2000 comme un enjeu central des politiques publiques s'adressant aux personnes souffrant de troubles ou de handicap psychiques. Ces dernières font face en effet à une série de difficultés spécifiques et multidimensionnelles face au logement, liées à la fois aux pertes de chance découlant du fait d'être

malade et aux processus pathologiques spécifiques caractérisant les maladies mentales. Pour autant l'accompagnement au logement de ces personnes n'a pas suscité jusqu'à présent de projet d'action publique cohérent et les réponses qui ont été accumulées au cours des années sont de fait l'aboutissement d'initiatives portées par des coalitions d'acteurs diverses, constituées en fonction de problématiques et d'opportunités locales, et développant des formes organisationnelles contingentes. Ces réponses constituent en conséquence aujourd'hui un paysage extrêmement touffu de pratiques, de services et d'institutions, par ailleurs inégalement répartis sur le territoire, mal connus de la recherche et des enquêtes statistiques administratives, et dont l'opacité oppose un écran supplémentaire à la construction par les personnes et leurs proches de projets de vie.

C'est ce paysage que ce projet visait à éclairer. Précisément, nous nous sommes proposés d'analyser *comment sont mis en place des accompagnements dans le logement, comment dans la mise en place de ces accompagnements les problèmes que rencontrent les personnes pour habiter sont élaborés par les acteurs, comment enfin ces accompagnements permettent effectivement aux personnes d'habiter leur logement*. Nous avons cherché à rendre compte à la fois des problématiques émergentes des difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques face au logement, et des réponses à ces problématiques. Pour mettre en œuvre ce questionnement, notre projet mettait au centre de l'analyse la notion de *besoin* : nous suggérons de concevoir les besoins de façon émergente comme le produit de la rencontre entre l'expression d'une vulnérabilité et la définition socialisée, mise en œuvre dans des réseaux territorialisés d'acteurs et d'institutions, d'une réponse à cette vulnérabilité.

### *Méthodologie*

Le projet rassemblait pour éclairer ces questions trois actions de recherche de nature sociologique et historique, ethnographique, par entretien et documentaire :

1. En premier lieu, nous avons cherché à constituer une analyse socio-historique de l'émergence de l'accompagnement au logement en France à l'intersection des champs de la santé mentale, du handicap et du logement social et très social. Précisément, nous avons exploré non seulement la façon dont l'accompagnement au logement, en tant que catégorie et problème publique, a émergé en France dans les champs de la santé mentale et du logement ; plus largement nous avons tenté de rendre compte de la création des services et établissements de l'accompagnement au logement dans la dynamique de transformation du paysage des organisations dans ces champs.

Pour cela cette opération de recherche a reposé sur une analyse de la littérature secondaire, sur l'analyse d'un corpus de rapports et publications administratives, ainsi que sur le dépouillement systématique de 4 revues professionnelles dans le secteur du logement ; la

recherche s'est aussi appuyée sur 12 entretiens de nature historique avec des acteurs des politiques du logement, du handicap et de la santé mentale

2. La deuxième opération de recherche visait à éclairer les manières dont les besoins d'accompagnement au logement sont formulés au cours des hospitalisations psychiatriques. Faisant l'hypothèse que celles-ci sont en effet des moments charnières ou de bifurcation dans les trajectoires de maladie psychique, au cours desquels les difficultés des personnes sont re-problématisées pour enclencher l'adressage à la sortie de l'hospitalisation, nous avons cherché à observer concrètement ce travail de problématisation en train de se faire en menant une série d'observations ethnographiques et des entretiens dans deux établissements psychiatriques.

Précisément nous avons mené une série d'enquêtes dans deux hôpitaux psychiatriques, l'un situé dans une grande métropole et le second en zone rural. Nous avons observé les réunions de synthèse, assisté aux entretiens cliniques et aux différentes activités du service, et nous avons aussi reconstitué la trajectoire de soins d'un certain nombre de patients en enquêtant systématiquement sur le déroulement par le biais d'entretiens formels et informels.

3. Enfin nous avons cherché à analyser le déploiement des accompagnements auprès des personnes. Nous voulions comprendre d'une part comment concrètement était développé et mis en forme le travail d'accompagnement et d'autre part comment ces accompagnements étaient reçus par les personnes.

Pour cela nous nous sommes appuyés sur une série d'enquêtes ethnographiques dans trois services d'accompagnement de statut divers (SAVS, SAMSAH, Appartements associatifs de secteur). Nous avons à chaque fois cherché à rendre compte de la dynamique de production des accompagnements en assistant aux réunions d'équipes et en suivant les équipes dans leur travail auprès des personnes. Nous avons également mené 30 entretiens avec des professionnels et professionnelles ainsi que 35 entretiens avec des personnes concernées.

### *Résultats*

Ce projet a abouti à 4 ensembles de résultats :

1. Le premier consiste en une série d'analyses conceptuelles transversales à nos trois opérations de recherche et portant sur les différents termes de notre problématique. a. Nous avons développé en premier lieu une conception organisationnelle de l'accompagnement au logement en tant qu'il caractérise la collaboration de services développant conjointement auprès d'une personne des lignes de travail à la fois autonome et en interdépendance. L'accompagnement apparaît ainsi non plus

seulement comme un problème et une catégorie susceptibles d'être travaillées par les acteurs mais comme un concept analytique renvoyant à une forme organisationnelle spécifique. En particulier la création des accompagnements doit ainsi être analysée dans des processus proprement organisationnels affectant le paysage des services et établissements à l'œuvre dans un secteur donné et non pas seulement comme un problème pris en charge éventuellement par certains services. b. Nous montrons ensuite que la formulation et l'évaluation des besoins est, dans l'accompagnement au logement, un processus interactionnel complexe se déployant sur de nombreuses interactions et reposant sur un rapport de force entre équipes et personnes. c. Enfin nous proposons de distinguer trois grandes fonctions de l'accompagnement au logement portant respectivement sur l'habitat, c'est à dire le rapport social et culturel, à la fois matériel et symbolique, des personnes à leur environnement ; le logement, ou le rapport économique qu'entretiennent les personnes à leur habitation comme bien ; et la résidence, laquelle renvoie à la dimension politique du logement, soit l'inscription des pratiques d'habitation dans une communauté politique.

2. Nous avons proposé une analyse d'ensemble de l'émergence et du déploiement de l'accompagnement au logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Nous montrons précisément la trajectoire différenciée de l'accompagnement dans le champ des politiques de santé mentale et du logement depuis l'après-guerre. L'accompagnement a été pour la santé mentale un projet par défaut alors que les politiques de santé mentale de l'après-guerre visaient la récréation, à partir de la sectorisation, d'une organisation intégrée promouvant une prise en charge totale des personnes ; l'essor des accompagnements à partir des années 1970 puis leur reconnaissance progressive après 1990 traduisent l'ajustement du système de santé mentale aux limites de ce modèle. Par contraste l'accompagnement apparaît dès les années 1950 comme un projet dans les politiques du logement social et très social et il est au cœur des grandes politiques de l'habitat à partir des années 1980, politiques de la ville et droit au logement. A partir des années 2000 l'affirmation du modèle de l'accompagnement dans l'ensemble des politiques sociales du pays ne se fait pas sans ambiguïté alors que de nombreux observateurs insistent sur les coûts associés à la fragmentation du système liée à l'accompagnement.

3. Nous avons développé une analyse de la façon dont les équipes hospitalières engagent et mènent à bien le travail de définition de la situation conduisant à proposer et mettre en place un accompagnement au logement à l'issue d'une hospitalisation psychiatrique. Nous suggérons spécifiquement que les équipes développent des investissements différenciés auprès des patients de leur service qui les amènent à formuler des problèmes et construire des réponses au cas par cas. Dans un contexte où le mandat de la psychiatrie est relativement indéterminé, l'investissement caractérise spécifiquement l'écart entre ce qu'une équipe est susceptible d'entreprendre au profit

d'une personne et ce que ce qu'elle entreprend réellement pour elle. Cette notion permet ainsi d'analyser de façon dynamique la constitution des projets d'accompagnement en rendant compte de ses dimensions structurelles, organisationnelles, économiques et émotionnelles. Les équipes construisent leur investissement non seulement en fonction de la façon dont elles conçoivent les problèmes des personnes et des moyens et ressources dont disposent celles-ci face à la maladie, mais également de leur mode d'adressage et du réseau de collaborations disponible pour construire les projets d'accompagnement, et encore d'éléments affectifs ou émotionnels qui donnent sa coloration spécifique à la relation avec les personnes.

4. Nous proposons enfin une analyse du travail d'accompagnement au logement en train de se faire. Nous montrons d'abord que les équipes d'accompagnement procèdent à une sélection des personnes qu'elles décident d'accompagner en fonction moins des besoins de ces personnes que d'une évaluation de leur stabilité en tant que personne. Pour cela les équipes mènent une série d'enquêtes visant à mettre à l'épreuve la stabilité de la situation clinique de la personne, celle de son réseau d'aides formelles et informelles, et celle enfin du récit qu'elles sont capables de produire sur elles-mêmes. Nous mobilisons ensuite le concept d'infrastructure pour rendre compte de la façon dont les équipes inscrivent les accompagnements dans l'environnement domestique des personnes. Pour cela les équipes d'accompagnements redéfinissent le sens et les usages d'objets du quotidien domestique pour les apparier à des pratiques normatives et installer ainsi des routines que les personnes mobiliseront en leur absence.

Ces différentes analyses mettent ainsi en évidence les appuis organisationnels et matériels des accompagnements dans le champ du logement. Elles insistent sur les dynamiques de coproduction des pratiques et des organisations de l'accompagnement et ouvrent ainsi des pistes pour une compréhension renouvelée de leur régulation. Elles sont susceptibles d'éclairer à la fois les dispositifs d'appui ou d'appel permettant une meilleure prise en compte des besoins exprimés par les personnes et une représentation plus juste des accompagnements susceptibles d'informer la planification des équipements et services.

Ce projet de recherche a débuté au printemps 2018 et s'est achevé en mai 2022.

## Rapport scientifique

### Contexte et objectifs de la recherche

L'accompagnement au logement s'est imposé depuis le début des années 2000 comme un enjeu crucial des politiques publiques s'adressant aux personnes souffrant de troubles ou de handicap psychiques. Ces dernières font face en effet à une série de difficultés spécifiques et

multidimensionnelles face au logement. Parce que, d'une part, la maladie fait obstacle à leur insertion sociale en général et professionnelle en particulier, et qu'elles disposent en conséquence de revenus minorés par rapport au reste de la population, elles ont un accès limité au marché du logement ; la stigmatisation dont elles font l'objet y ajoute un obstacle supplémentaire lorsque des bailleurs s'inquiètent de la capacité de ces personnes à tenir leur logement ou que le voisinage s'alarme des troubles qu'elles sont susceptibles d'occasionner. D'autre part, les processus psychopathologiques qui caractérisent les troubles psychiques occasionnent également des difficultés spécifiques face au logement : la symptomatologie « négative » associée à la plupart d'entre eux, faite de retrait social, de difficulté à engager l'action, ou encore de fatigue, empêche les personnes de s'approprier le domicile et par là d'habiter ; les symptômes « positifs », délires, idées fausses, voire hallucinations qui caractérisent particulièrement les psychoses sont quant à eux la cause de conflits avec les autres membres du foyer ou le voisinage. Le logement apparaît à cet égard à la fois comme le motif et le lieu d'émergence de situations de crise qui sont susceptibles d'aboutir à des décompensations ou des rechutes, et finalement l'hospitalisation, et il est en tant que tel l'un des enjeux du travail des équipes professionnelles lorsqu'il s'agit pour elles d'aménager un logement où les personnes pourront négocier un espace à elles, contribuant par là à leur bien-être, de repérer les signes avant-coureur de la décompensation, ou encore de trouver une solution aux conflits qui participent de la dynamique de la maladie.

Ce dernier point explique que la mise à l'agenda du problème soit liée notamment aux mobilisations des familles, qui mettent en avant les difficultés auxquelles les accule le manque d'accompagnements adaptés pour leurs proches et en soulignent la responsabilité dans la prolongation des hospitalisations. Ces mobilisations ne sont pas parvenues pour autant à faire émerger un projet d'action publique cohérent et les réponses qui ont été accumulées au cours des années sont de fait l'aboutissement d'initiatives portées par des coalitions d'acteurs diverses, constituées en fonction de problématiques et d'opportunités locales, et développant des formes organisationnelles contingentes. Ces réponses constituent en conséquence aujourd'hui un paysage extrêmement touffu de pratiques, de services et d'institutions, par ailleurs inégalement répartis sur le territoire, mal connus de la recherche et des enquêtes statistiques administratives, et dont l'opacité oppose un écran supplémentaire à la construction par les personnes et leurs proches de projets de vie.

C'est ce paysage que ce projet visait à éclairer. Précisément, et selon les termes mêmes de notre proposition initiale, nous voulions *« comprendre comment sont mis en place des accompagnements dans le logement, comment dans la mise en place de ces accompagnements les problèmes que rencontrent les personnes pour habiter sont élaborés par les acteurs, comment enfin ces*

*accompagnements permettent effectivement aux personnes d'habiter leur logement* ». Nous voulions rendre compte à la fois des problématisations émergentes des difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques face au logement, et des réponses à ces problématisations. Pour mettre en œuvre ce questionnement, notre projet mettait au centre de l'analyse la notion de *besoin* : nous suggérons de concevoir les besoins de façon émergente comme le résultat de la rencontre entre l'expression d'une vulnérabilité et la définition socialisée, mise en œuvre dans des réseaux territorialisés d'acteurs et d'institutions, d'une réponse à cette vulnérabilité.

D'un point de vue méthodologique, nous proposons de mettre au centre de l'analyse les pratiques de travail constituant l'accompagnement dans le logement, sans nous arrêter sur le statut de ces pratiques : le statut des acteurs en charge de ces pratiques ou bien celui des services ou établissements dans lesquels elles sont menées. Dans cet esprit, nous définissons de façon générique l'accompagnement au logement comme l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à aider les personnes face aux difficultés diverses rencontrées dans leur domicile et ce dans la diversité de leurs formes institutionnelles et professionnelles. L'accompagnement au logement n'est pas, en ce sens, le domaine réservé des services d'accompagnement au sens réglementaire du terme : il peut être pris en charge par des équipes psychiatriques de secteur ou bien par des services sociaux non spécifiques. Il est accompli avec la participation des personnes, dans des formes diverses d'un service à l'autre, et souvent également de leur entourage, familles, cercle amical, voire voisinage.

Comme on le verra plus loin, notre recherche nous a amené à préciser considérablement ces divers éléments, notre conception des besoins comme celle de l'accompagnement dans le logement. Rétrospectivement, en effet, si nous insistions déjà dans le projet que nous avons soumis sur le rôle des systèmes et des réseaux de professionnels et d'institutions dans l'élaboration des besoins des personnes, notre formulation initiale se caractérisait encore par son caractère très individualisant mettant en avant l'expression des personnes. Notre recherche nous a conduit à une problématisation de nature plus structurelle de la dynamique d'accompagnement. Les besoins des personnes nous sont apparus en effet beaucoup plus indéterminés que nous le supposions, leur formulation moins attachée aux personnes en tant que telle, tandis que nous avons été conduit à faire jouer un rôle plus important à la nature des réseaux d'acteurs dans la mise en œuvre des accompagnements. Nous proposons en ce sens, et c'est un des résultats saillants de cette recherche, une conception proprement organisationnelle de l'accompagnement.

Le projet rassemblait pour éclairer ces diverses questions trois actions de recherche de nature sociologique et historique, ethnographique, par entretien et documentaire :



4. En premier lieu, nous avons cherché à constituer une analyse socio-historique de l'émergence de l'accompagnement au logement en France à l'intersection des champs institutionnels de la santé mentale, du handicap et du logement social et très social. Précisément, et nous reviendrons plus loin sur cette formulation de notre question, nous avons exploré non seulement la façon dont l'accompagnement au logement, en tant que catégorie et problème publique, a émergé en France dans le champ de la santé mentale, mais plus largement nous avons tenté de rendre compte de la structuration actuelle du paysage des services et établissements de l'accompagnement au logement. Pour cela nous avons mené une enquête documentaire sur un corpus de rapports et publications, ainsi que des entretiens de nature historique avec des acteurs des politiques du logement, du handicap et de la santé mentale
5. La deuxième opération de recherche visait à éclairer comment le besoin d'accompagnement au logement est problématisé et formulé au cours des hospitalisations psychiatriques : nous faisons ici l'hypothèse que celles-ci sont en effet des moments charnières ou de bifurcation dans les trajectoires de maladie psychique au cours desquels les difficultés des personnes sont re-problématisées de manière à enclencher et mettre en œuvre un adressage vers un service à la sortie de l'hospitalisation. Nous avons ainsi cherché à observer concrètement ce travail de problématisation en train de se faire en menant une série d'observations ethnographiques et des entretiens dans deux établissements psychiatriques.
6. Enfin nous avons cherché à éclairer le déploiement des accompagnements auprès des personnes. Nous voulions comprendre d'une part comment concrètement était développé et mis en forme le travail d'accompagnement et d'autre part comment ces accompagnements étaient reçus par les personnes. Nous avons donc mené une série d'enquêtes ethnographiques dans trois services d'accompagnement de statut divers.

La suite de ce rapport donne d'abord des indications sur les façons dont ces trois opérations de recherche ont été menées. Nous développons ensuite une série de résultats en commençant par l'analyse conceptuelle que nous avons évoquée plus haut de l'accompagnement dans le logement. Les trois dernières parties du rapport développent une série d'analyses issues de nos trois opérations de recherche. La conclusion revient sur les enseignements de notre projet.

### Cheminement de la recherche et méthodologie

Le projet de recherche a débuté au printemps 2018 et s'est achevé en mai 2022. Il convient de rappeler qu'il prolongeait un premier projet rassemblant certains membres de l'équipe de recherche, financé par la Fondation de France achevé en juillet 2017, et qui visait à proposer une analyse et une

cartographie des services que nous avons qualifiés d' « appartements accompagnés » sur quatre départements français (Nord, Essonne, Val de Marne, Bouches du Rhône). Cette première recherche a permis d'engager très rapidement une série de travaux préparatoires puis, dès la fin de l'année 2017, l'enquête au centre de la troisième opération de recherche sur l'accompagnement à domicile des personnes souffrant de troubles mentaux. Par contraste, la préparation des travaux relevant de la deuxième opération, l'ethnographie hospitalière, et notamment l'ouverture des terrains et l'obtention des avis éthiques, ont dû attendre le recrutement du doctorant en charge de ces opérations. Elles ont été ensuite sensiblement retardées par l'indisponibilité des équipes hospitalières, de sorte que le terrain d'enquête n'a véritablement débuté qu'au printemps 2019. La première opération de recherche socio-historique a, elle, été entamée au printemps 2018 au moment du lancement du projet.

Entamé en 2018 et achevé en 2022, notre projet s'est par ailleurs étalé sur une période coïncidant pratiquement avec la crise au Covid 19. Celle-ci a conduit non seulement à suspendre pendant près d'un an les enquêtes empiriques, à ralentir plus généralement nos investigations et analyses, à interdire certaines actions de recherche que nous avons envisagées, mais aussi à perturber significativement les relations de travail au sein de l'équipe. Ces difficultés ont ainsi conduit les différents chercheurs à développer un travail plus solitaire, à développer de façon plus autonome des analyses propres à chaque terrain et à limiter la mise en commun de ces analyses. Au final si nous avons engagé l'ensemble des chantiers il est possible que les résultats que nous présentons ci-après auraient été sensiblement différent sans le Covid.

Les trois opérations de recherche mobilisant des méthodes et des questionnements distincts, nous devons ici restituer séparément le cheminement et les méthodes.

### *Une socio-histoire de l'accompagnement au logement*

La première action de recherche visait comme on l'a rappelé à rendre compte de l'émergence du paysage de l'accompagnement au logement en France. Nous voulions comprendre comment l'accompagnement au logement a été problématisé par les acteurs de la santé mentale et du logement social et très social, et comment ces problématisations ont permis l'émergence d'une série de services et d'établissements.

Les premiers résultats de la recherche et notre réflexion sur l'accompagnement nous ont amené à faire évoluer sensiblement ce questionnement. Dans le champ de la santé mentale, où, parce que ce terrain nous était plus familier, nous avons commencé nos investigations, l'accompagnement a été en effet problématisé tardivement et le concept a en fait été appliqué rétrospectivement pour rendre compte de la nature et du fonctionnement de services qui avaient été mis en place dans un

autre cadre problématique : la sectorisation psychiatrique en particulier n'a pas été conçu par ses promoteurs, jusque dans les années 1990, comme un dispositif d'accompagnement ; les appartements à visée thérapeutiques créés dans les années 1970 visaient moins à accompagner les personnes dans leurs pratiques d'habitation qu'à mettre en place un autre cadre pour le travail psychiatrique qui restait conçu en termes de prise en charge et de traitement. En d'autres termes la problématisation de l'accompagnement a été secondaire aux transformations du paysage de la santé mentale.

Ce constat nous a ainsi conduit à développer une grille de lecture plus systématique des transformations structurelles, que l'on pourrait qualifier de morphologiques, des organisations de la santé mentale comme du logement, pour y repérer les formes émergentes relevant de l'accompagnement. En d'autres termes nous avons fait de l'accompagnement un concept analytique et non pas simplement descriptif : nous avons cherché à comprendre comment sur les terrains de la santé mentale et du logement des services ont émergé qui ont fini par constituer le paysage de l'accompagnement au logement ; et nous avons cherché à situer l'émergence de ces services dans les transformations plus larges des organisations dans ces deux secteurs.

Notre enquête a été menée en deux temps.

Sur le terrain de la santé mentale, nous avons d'abord tiré profit des travaux antérieurs que nous avons mené sur la politique de sectorisation puis sur la création des premiers services d'appartements accompagnés. Ces travaux nous ont permis de dégager une première grille de lecture des transformations des organisations de la santé mentale entre les années 1950 et 1970 que nous avons complétée de deux façons : d'une part en nous efforçant de rassembler des données complémentaires de nature à éclairer de façon plus précise la nature de ces transformations – nature et nombre des services notamment ; d'autre part nous avons mené une série d'investigations prolongeant ces analyses pour les années 1980 à aujourd'hui. Nous avons en particulier procédé à une lecture systématique des rapports publics consacrés à la santé mentale ainsi qu'à une analyse de la réglementation publiée au cours de la période.

Le logement était un terrain plus neuf pour notre équipe et nous y avons consacré un travail nettement plus considérable. Dans un premier temps nous avons pensé pouvoir nous appuyer sur la littérature secondaire historique et sociologique abondante consacrée au logement social et très social pour constituer les données de notre analyse. Nous avons cependant rapidement pris conscience des limites de ces travaux. Peu d'entre eux ont en effet été consacrés à l'accompagnement au logement ; ceux dont on dispose sur le sujet développent une problématisation en termes de logement très social qui assimile l'accompagnement à des formes

d'assistance et ils peinent à rendre compte des organisations et des pratiques émergentes concrètes des acteurs. De façon plus générale, la littérature sur le logement social s'est d'abord attachée à rendre compte de la nature et du nombre des logements produits pour répondre à des besoins de logements appréhendés comme des données objectives : d'où l'insistance en particulier sur l'histoire des grands ensembles ; ils ont peu interrogé les façons dont les politiques du logement problématisaient les pratiques d'habitations et moins encore les organisations concrètes mises en place pour encadrer ces pratiques. Or ce sont ces dernières que nous voulions analyser : qu'est-ce qu'un organisme HLM ? Quels services propose-t-il à ses clients ? Quels accompagnements ses services appellent-ils lorsque les clients ne peuvent y avoir accès par leurs propres moyens ? Et comment ces services ont-ils été mis en place ? Par ailleurs comment les politiques du logement ont-elles répondu aux difficultés spécifiques d'une série de populations, dont les personnes souffrant de troubles psychiques ?

Pour répondre à ces questions nous avons donc entrepris de rassembler systématiquement une documentation originale. Nous avons d'abord rassemblé un corpus de textes réglementaires et législatifs nous permettant d'éclairer l'action des gouvernements successifs et le cadre réglementaire à l'intérieur duquel l'accompagnement au logement a été développé. Nous avons également constitué une bibliothèque de rapports publics et de recherche consacrés au logement depuis les années 1970 et dont on trouvera une liste complète en fin de rapport.

Nous avons ensuite entrepris de dépouiller systématiquement trois revues : la *Revue HLM*, la publication de l'Union des HLM : cette dernière est pour toute la période d'après guerre un acteur majeur au carrefour de l'ensemble ou presque des politiques du logement et sa revue offre un accès et une perspective unique sur les transformations de leur organisations ; la revue de la fédération des PACT, ou Propagande Action contre les Taudis, qui est à partir des années 1950 le premier acteur de l'accompagnement au logement ; enfin nous avons également consacré un travail plus limité à la revue *Ensembles* qui nous a permis de documenter la place occupée par le problème de l'accompagnement au logement dans la politique de la ville à partir des années 1980.

Parallèlement à ces recherches documentaires, nous avons également mené 12 entretiens avec des acteurs des politiques du logement au cours des vingt dernières années.

La collecte des données et leur analyse a été intégralement menée à leur terme et ce travail aboutira à une habilitation à diriger les recherches qui doit être soutenue à l'été 2023.

### *La problématisation des accompagnements à l'hôpital psychiatrique*

La seconde opération de recherche consistait en une série d'enquêtes menées dans deux hôpitaux psychiatriques dans une région métropolitaine et dans une région rurale. Nous voulions comprendre

comment, dans le cours des hospitalisations, les difficultés des personnes face au logement étaient problématisées et comment étaient mis en place les adressages, au sortir de l'hospitalisation, pour répondre à ces difficultés.

Le dispositif d'enquête que nous avons mis en place mobilisait les techniques classiques de l'ethnographie hospitalière. Dans un premier temps nous avons mené une série d'entretiens exploratoires avec des psychiatres chefs de service de façon à comprendre les façons dont ils posaient le problème de l'accompagnement au logement et plus largement social, et identifier éventuellement des approches différentes de l'articulation. Ces entretiens devaient également nous aider à ouvrir des terrains.

A la suite de ces entretiens nous avons fait deux choix. Le premier a été de situer l'enquête dans des services de psychiatrie de secteur accueillant des patients au longs cours susceptibles de présenter effectivement une accumulation de difficultés et pour lesquelles il nous semblaient que les équipes devaient déployer un travail important d'accompagnement. En second lieu nous avons également décidé pour contraster nos données de prendre pour terrains un service psychiatrique desservant une zone métropolitaine et un service localisé dans une zone rurale. L'objectif était par là non pas de procéder à une comparaison terme à terme mais plutôt, en variant le contexte, d'enrichir nos données et analyses dans une perspectives d'échantillonnage théorique. Par ailleurs en choisissant pour terrain des hôpitaux psychiatriques – et non pas des services rattachés à des hôpitaux généraux – nous nous donnions la possibilité de circuler sur les deux sites entre plusieurs services présentant des organisations voisines mais où nous pouvions éventuellement observer différentes façons d'aborder les problèmes d'accompagnement dans le logement.

Le premier terrain, dans l'hôpital psychiatrique métropolitain, s'est étalé du printemps 2019 au printemps 2020, date à laquelle il a été stoppé par la crise sanitaire. Les observations, concentrées sur deux puis un service, ont porté d'abord sur les réunions de synthèses et les transmissions et nous avons mené en parallèle une série d'entretiens avec les médecins et certains soignants. Ces premières observations nous ont permis de constituer une cartographie des services, de nous faire une idée des patients qu'ils accueillaient et des routines. Dans un second temps nous nous sommes concentrés sur un petit nombre de patients dont nous nous sommes efforcés de constituer la trajectoire de soins dans l'hôpital. Pour cela nous nous sommes efforcés d'assister aux consultations et entretiens que menaient les différents membres de l'équipe avec eux, nous avons participé systématiquement aux synthèses les concernant et nous avons mené une série d'entretiens informels avec les soignants qui s'occupaient plus spécifiquement d'eux. Par ailleurs, nous avons systématiquement consulté leur dossier médical pour reconstituer leur cheminement antérieur : la nature des prises en charge dont elles ont bénéficié, les phases par lesquelles leur accompagnement

était passé, les moments de bifurcation ou de tournant. Les temps d'observations ont été par ailleurs entrecoupés par des temps plus ou moins long de transcription et d'analyse qui étaient nécessaires pour reconstituer les processus à l'œuvre tout au long de ces trajectoires.

En raison de la crise sanitaire la seconde enquête de terrain dans un hôpital rural n'a pu être entamée qu'au début de l'année 2021 et nous avons dû la réduire significativement : il a finalement eu lieu de janvier 2021 à l'été suivant. Nous avons suivi la même démarche que pour notre premier terrain : une première phase d'observation des réunions de synthèse et d'entretien avec les cadres de l'établissement, puis une seconde phase visant à analyser les trajectoires de soin de patients que nous avons sélectionnés.

Si les enquêtes de terrain ont été menées à leur terme, nous travaillons encore à l'ensemble de ces données et la thèse qui devait être issue de cette recherche n'est pas encore achevée : elle est actuellement en cours de rédaction.

Notre projet comportait par ailleurs un projet d'enquête statistique qui n'a pas pu être mené à son terme pour deux raisons : dans un premier temps les difficultés pour accéder au terrain nous ont conduit à privilégier l'enquête ethnographique ; la crise sanitaire et le départ pour l'enseignement secondaire de notre collègue Lise Demagny qui devait plus spécifiquement prendre en charge les analyses nous ont ensuite forcé à y renoncer.

### *Le quotidien de l'accompagnement*

Notre troisième opération de recherche a visé à analyser l'accompagnement en train de se faire au sein de services d'accompagnement. À l'issue de notre projet « Loger pour soigner » nous avons mené une série de 15 entretiens avec les responsables de services d'accompagnement divers intervenant dans la métropole parisienne (4 SAMSAH, 5 SAVS, 1 équipe mobile, 1 équipe psychiatrique d'intervention dans le logement et par ailleurs des représentants de bailleurs et de l'administration parisienne des affaires sociales).

Ces entretiens nous ont permis d'une part de mieux appréhender le monde de l'accompagnement au logement dans la métropole parisienne, de recenser les acteurs et de cartographier les pratiques, et d'autre part de sélectionner trois services où mener notre enquête. Nous avons volontairement choisi ces services de trois statuts administratifs différents : des appartements associatifs à visée thérapeutique issus de la psychiatrie de secteur accueillant 15 personnes, un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) autorisé pour 50 personnes, plus particulièrement destiné à de jeunes adultes, et un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) accueillant 95 personnes.

Les enquêtes ont été menées entre la fin 2017 et le milieu de l'année 2019. Le rythme nous a été en partie dicté par les opportunités qui se présentaient dans chacun des trois services d'accéder au terrain. Certaines autorisations ont été particulièrement longues à obtenir quand, dans un service, le terrain a pu être ouvert dès le premier contact. Par ailleurs le rythme de travail très différent dans les trois services nous a parfois permis de mener certaines observations en parallèle dans deux services. Les appartements associatifs, par exemple, étaient comparativement au SAVS et au SAMSAH un petit service, mobilisant une équipe à temps partiel qui le reste du temps intervenait dans l'équipe de secteur. Elle se réunissait en synthèse une fois par mois quand le rythme des réunions était quotidien dans les deux autres services.

Dans chacun des services nous avons d'abord assisté aux réunions d'équipe pour nous familiariser avec les routines de travail local et bien comprendre l'organisation du service. Les discussions et présentations de cas permettaient en particulier de comprendre le profil des personnes, la philosophie du service et la nature des problèmes auquel il prétendait plus spécifiquement prêter attention. Dans un second temps, une fois que notre présence avait été acceptée dans le service, nous avons suivi plus systématiquement les visites à domicile et les diverses activités proposées par le service dans leurs locaux ou dans d'autres lieux de la ville. Pour cela nous choissions chaque jour d'observation un professionnel avec qui nous passerions la journée que nous suivions dans ses déplacements. Ces observations nous ont permis également de mener des entretiens formels ou informels avec l'ensemble des équipes, et parfois de façon répétée avec certains professionnels. Les activités auxquelles nous assistions nous ont permis par ailleurs de rencontrer les personnes accompagnées et de leur proposer un entretien : celui-ci était alors programmé à un moment ultérieur qui leur convenait, généralement dans leur domicile ou dans un lieu public, et étaient menés en dehors de la présence de l'équipe. Au total 30 entretiens formels ont été menés avec des professionnels de ces différents services et 35 avec des personnes accompagnées.

L'ensemble des enquêtes de terrain et des analyses constituant cette opération de recherche ont été menées à leur terme et ce travail d'enquête a donné lieu à une thèse soutenue en décembre 2022.

### *Analyses*

Les trois enquêtes ont mobilisé les méthodes classiques d'échantillonnage théorique et d'analyse continue de la *grounded theory*. L'ensemble des données ont été transcrites le plus rapidement possible après les observations pour dans un second temps donner lieu à un codage, à la rédaction de notes et mémo, et finalement celle des analyses. L'opération de recherche socio-historique s'est particulièrement inspirée des techniques de cartographie situationnelle développée par Adele Clarke : cet outil a été particulièrement utile pour ouvrir et élargir notre questionnement au début de la recherche et par ailleurs constituer une cartographie précise des différents organisations,

institutions, acteurs, dispositifs au centre de nos terrains. Comme on l'a signalé plus haut la crise au covid a limité les échanges dans l'équipe et nous avons pour cette raison eu tendance à développer séparément trois ensembles d'analyses pour nos trois opérations de recherche.

Un avis éthique a été demandé et obtenu pour les deux opérations ethnographiques. Le consentement des personnes accompagnées, dans la troisième opération de recherche, a été systématiquement recherché. Dans la suite de ce document l'ensemble des références à des données de terrain ont été anonymisées pour préserver l'intégrité des personnes.

## Résultats

Nous présentons ici de façon synthétiques les résultats saillants de nos enquêtes, en renvoyant le lecteur aux mémoires de recherche issus de cette recherche pour une présentation détaillée des analyses et une discussion approfondie de notre matériau.

### *1. Besoins, accompagnement, logement*

Le premier ensemble de résultats issus de ce projet sont une série d'analyses transversales à nos trois opérations de recherche et portant sur les objets et les questionnements au centre de notre investigation : les besoins face à l'accompagnement dans le logement. Ces analyses concernent à la fois la nature du travail d'accompagnement au logement, l'expérience qu'en font ses protagonistes et les enjeux réglementaires de nature politique et social plus large. Notons que nous présentons ces analyses comme des résultats bien que, suivant la philosophie de la *grounded theory*, elles aient été assimilé, une fois que nous les avons stabilisées, à nos hypothèses et questions de recherche et qu'elles aient orienté dès lors le recueil des données et les analyses ultérieures. Les trois sections qui suivent détaillent précisément ces analyses portant respectivement sur les concepts de besoins, d'accompagnement et de domicile.

#### *Une grammaire des besoins*

De façon générale, en effet, nos analyses nous ont conduit à revenir sur les hypothèses que nous avons mises au départ de notre projet. On le rappelait plus haut, le projet mobilisait de façon générale une problématisation empruntant aux *disability studies*, à la sociologie du *care* et à la sociologie de la santé mentale et mettant au centre de l'analyse la notion de besoin. Cette dernière devait en effet nous donner les moyens de penser l'expérience vécue du logement accompagné en tant qu'elle est produite socialement dans des réseaux d'acteurs et à partir d'une infrastructure de moyens, organisations et techniques. Nous voulions précisément analyser comment, dans la formulation des besoins, étaient aussi, et de façon indissociable, construits des accompagnements.

Sans remettre en cause cette hypothèse nos observations et analyses nous ont conduit cependant à l'enrichir et la préciser considérablement. Notre formulation initiale suggérait en effet de façon peut-



être simpliste que les pratiques d'accompagnements étaient développés à partir et en fonction de besoins exprimés et revendiqués par les personnes, puis évalués et négociés conjointement avec les équipes professionnelles. Or les différents termes de cette équation doivent être discutés.

Avant tout, dans l'ensemble des services et établissements, la formulation et l'évaluation des besoins est contextuelle et située, et elle est un processus interactionnel complexe se déployant généralement sur plusieurs interactions. La formulation des besoins d'une personne fait l'objet, d'abord, de temps institutionnels et professionnels spécifiques prévus dans les routines de travail et caractérisés par des rituels eux aussi spécifiques. En particulier, l'expression par les personnes de leurs besoins est, de façon générale, suscitée par les institutions qui requièrent d'elles qu'elles le fasse ou qui ouvrent des espaces interactionnels où elles pourront le faire. Il n'est pas de besoin, à cet égard, qui ne soit constitué par un certain cadre institutionnel : les besoins des personnes n'ont pas de sens en dehors de ces cadres institutionnels ; les besoins qui sortent de ces cadres sont par définition inaudibles pour les institutions. On pense à des demandes adressées aux services et établissements en dehors des canaux institutionnels prévus à cet effet, ou encore à des demandes formulées en dehors des temps dédiés. Par exemple les services ont des horaires d'ouvertures auxquels ils sont joignables et où ils sont susceptibles de répondre aux sollicitations des personnes et en dehors desquels la satisfaction d'un besoin même vital est renvoyée à d'autres services.

On comprend également que la négociation des besoins soit éminemment asymétrique : les besoins sont ceux des personnes, mais ce sont les équipes qui décident des besoins acceptables ou légitimes qu'elles voudront ou pourront satisfaire. A cet égard la distinction opérée par les équipes professionnelles entre demandes et besoins traduit bien la position de surplomb qu'elles ont structurellement sur l'expression des personnes. La demande renvoie à un énoncé subjectif aisément disqualifiable : à l'extrême les élaborations théoriques en psychiatrie sur le thème de la demande narcissique ou sur la nécessité pour les personnes d'éprouver la frustration de leur demande tendent à réduire la demande à une dimension quasi pathologique ; le besoin par contraste serait une donnée objective renvoyant à un état normal des choses et appelant de ce fait une réponse. Dans la perspective du rétablissement ou plus largement des approches par les capacités, les équipes suggèrent certes que les besoins doivent refléter les aspirations librement choisies et exprimées par les personnes : les besoins doivent viser des fonctions importantes pour les personnes elles-mêmes et ils passent ainsi nécessairement par des demandes. Cependant les équipes ont une large marge de manœuvre pour susciter ou à l'inverse éviter d'entendre les besoins des personnes.

Les personnes ont certes à leur disposition différents moyens pour faire reconnaître leurs besoins : elles peuvent les formuler avec insistance ou mettre en balance leurs besoins avec leur participation à tel aspect du programme institutionnel qui leur est proposé. Les équipes ont cependant de leur

côté une large latitude pour faire exister ou pas ces besoins. Elles peuvent ne pas interroger les personnes sur leurs besoins, ne pas écouter voire ignorer les demandes qu'elles expriment, les délégitimer – « ça n'est pas un besoin réaliste » - ou encore les reformuler. Les équipes peuvent également suggérer ou imposer une définition des besoins en fonction de leur vision de la situation, de leur conception de la norme ou de ce qu'elles sont en mesure elles-mêmes de faire. A cet égard la plupart des services ont un programme standard qu'elles appliquent de façon relativement uniforme à l'ensemble des personnes : par exemple, dans les services d'accompagnement que nous avons observé, les équipes qui disposaient d'un ou d'une nutritionniste faisaient pratiquement systématiquement du besoin de s'alimenter correctement un enjeu et de la consultation du nutritionniste un passage obligé des accompagnements. Par contraste les équipes professionnelles sont plus ou moins disposées à prendre en compte des besoins divers et à mettre sur pied des réponses individuelles pour les satisfaire. Même lorsqu'elles prennent en compte les besoins des personnes, cependant, elles décident de leur ordre de priorité : typiquement mettre sous contrôle la pathologie passait pour les équipes de nos terrains avant l'accès au logement.

D'un autre côté la négociation sur les besoins peut être plus ou moins explicite et plus ou moins conflictuelle. Les équipes peuvent en particulier mettre en œuvre des interventions sans justifier leur finalité et il arrive que les personnes s'interrogent sur les raisons pour lesquelles certaines procédures leur sont imposées. A l'inverse, les équipes peuvent prendre soin de bien expliciter les besoins qu'elles prennent en compte de façon à convaincre celles-ci, dans une perspective éducative ou thérapeutique, de leur bien-fondé. Les personnes critiquent parfois en retour le fait que les équipes mettent des conditions à la satisfaction de certains de leurs besoins qu'elles estiment pourtant prioritaires.

Au-delà de ces éléments généraux, l'énonciation des besoins des personnes fait l'objet de situations formelles ou informelles. Les premières correspondent à certains moments ritualisés au cours des accompagnements consacrés explicitement à discuter les besoins des personnes : c'est notamment la formulation du projet d'accompagnement dans les services médico-sociaux au moment de l'admission ou ultérieurement lorsqu'il s'agit de faire le point pour réviser ces projets, ou encore les synthèses organisées éventuellement avec des partenaires.

On ne reviendra pas ici sur la logique de projet dans les politiques sociales et de santé mentale actuelles. Disons seulement que la définition d'un projet individualisé est requis par la législation sociale pour les services médico-sociaux et qu'elle est de toute façon devenue un idéal qui s'impose à l'ensemble des services même lorsqu'ils ne relèvent pas de cette législation : ainsi les appartements associatifs de notre étude, s'ils n'étaient pas obligés par leur tutelle de développer de tels projets,

mettaient les projets sinon au centre de leurs pratiques – les projets y étaient relativement lâche – du moins de leur approche du soin.

L'interprétation de la notion de projet est cependant très variable selon les services. On peut y distinguer schématiquement deux pôles. Les premiers sont des projets de vie qui concernent de façon générale la façon dont la personne s'intégrera à son environnement : dans le cas des appartements associatifs l'enjeu est de savoir si la personne pourra participer à la communauté des résidents de l'appartement dans lequel le service lui propose un logement : est-ce que la personne participera à la dynamique existante de colocation, est-ce qu'elle saura prendre en charge des tâches ménagères, est-ce qu'elle aura par ailleurs la vie sociale, les activités de loisir et de soin qui lui permettront effectivement de cohabiter avec les personnes. A l'autre pôle le projet d'accompagnement vise plus spécifiquement à établir la nature des prestations que le service offrira à la personne : que faut-il mettre en œuvre pour aider la personne à habiter son logement. Dans tous les cas, les projets (de vie ou d'accompagnement) sont une composante technique et morale des programmes d'accompagnement. Technique au sens où les documents écrits qui les consignent participent à structurer le travail des services ; et morale dans la mesure où ils contraignent les équipes et les destinataires à produire, progressivement, des représentations communes des accompagnements.

Dans les services, la détermination des projets à partir des besoins des personnes est un processus mis en branle au cours des premiers entretiens d'admission et clôt par la signature du contrat d'accompagnement ou du document d'admission dans le service. Les accompagnantes demandent alors explicitement à leurs interlocuteurs d'exposer non seulement les difficultés auxquelles elles font face mais aussi les éventuelles solutions qu'elles auraient ébauchées. De leur côté les personnes sont souvent démunies face à la demande qui leur est faite de formuler leurs besoins :

Homme, 22 ans, accompagné par le SAMSAH : [...] Et souvent, en fait, le SAMSAH, ils demandent aux jeunes : « qu'est-ce que vous voulez ? ». Et moi, je savais pas quoi répondre, en fait. Parce que.. enfin.. je voyais pas trop en quoi ils pouvaient m'aider à part en me parlant quoi. Enfin, d'ailleurs c'est ce qu'ils ont fait, quoi. Ils viennent chez moi en général pour me parler. Donc je savais pas quoi dire, je savais pas quoi demander. Donc on m'avait.. on m'a.. j'ai eu quand même des entretiens avec.. avec des infirmières, avec une neuropsychologue, avec une aide-soignante et ensuite on m'a proposé des rendez-vous avec une nutritionniste et donc j'ai accepté ça.

*Enquêteur : Rien n'a été imposé, de toute façon ?*

Euh, non, au SAMSAH rien n'est imposé. En revanche, on est.. on est incité fortement à faire des choses. Par exemple, je voulais pas trop faire du sport mais j'ai été incité fortement à avoir un coach sportif.

Comme le montre cet exemple, face à l'absence de besoin exprimé les équipes formulent des problèmes en fonction de leur évaluation de la situation, laquelle dépend de leur vision de leur métier et des moyens dont elles disposent, et font des propositions de prestations que les personnes sont plus ou moins libres d'accepter.

Lorsque, a contrario, les personnes formulent un besoin relativement clair, les équipes engagent une opération d'interprétation et de redéfinition qui vise à en faire un besoin travaillable pour elles en fonction de l'idée qu'elles se font de ce que la personne exprime et de ce qu'il faut faire pour le satisfaire. Deux cas se présentent alors. Dans le premier, lorsque les équipes considèrent le besoin exprimé par les personnes comme cohérent et exécutable, elles projettent des étapes intermédiaires par lesquelles le travail d'accompagner doit passer et qui sont supposées finalement permettre de lui apporter satisfaction. Par exemple face à un jeune annonçant vouloir quitter le foyer familial et s'installer dans un logement indépendant, l'équipe suggère qu'il lui faudra d'abord obtenir et consolider des revenus stables, apprendre à gérer son budget, à tenir un logement et à subvenir seul à ses besoins notamment alimentaires, et enfin savoir faire face à la solitude. Elle met ensuite éventuellement en place un plan d'action pour satisfaire ces différentes conditions : constitution de dossiers de demande d'allocation, surveillance et éducation de la façon dont la personne gère son argent, rendez-vous avec une nutritionniste ou inscription à des ateliers repas, vérification de l'approvisionnement de son réfrigérateur et surveillance de ses repas, etc.

Si, dans le second cas, l'équipe estime que le besoin exprimé n'est pas acceptable ou qu'il est impossible à satisfaire, elle effectue alors un travail de reformulation dont le résultat correspond plus ou moins à ce que demande la personne. Par exemple, l'équipe du SAVS rapportait que les personnes exprimaient souvent le besoin de nouer une relation affective – « *je veux trouver une copine !* ». Face à ce type de demande, touchant à la vie sentimentale et sexuelle, les équipes avaient tendance à adopter un positionnement ambivalent : si d'un côté elles estimaient que ce pan de la vie des personnes méritait d'être traité, reconnu et investi, de l'autre côté elles se trouvaient désarmées face aux moyens concrets pour y intervenir – « *on n'est pas une agence matrimoniale* », nous disait ainsi une responsable. Dans ces cas, les demandes sont travaillées pour être traitées de façon indirecte : les équipes proposent aux personnes de participer à des activités collectives afin d'avoir une chance de faire des rencontres, elles les incitent à sortir de chez elles, ou alors elles en profitent pour suggérer à la personne d'améliorer son hygiène et mettent en place un projet centré sur les soins corporels. Au SAMSAH de notre étude, l'équipe profitait de ces demandes pour proposer aux personnes un guidage dans l'utilisation des applications de rencontre : elle donnait des conseils sur la publication de photographies, sur la façon de discuter en ligne et ou de répondre aux sollicitations,

avec pour objectif d'éduquer plus largement les personnes aux risques rencontrés dans l'usage des outils numériques

A côté de ces situations formelles, l'énonciation et l'évaluation des besoins fait aussi l'objet d'un ensemble de discussions informelles qui peuvent avoir lieu pratiquement n'importe quand au cours des accompagnements. Ces discussions se produisent en particulier virtuellement à chaque interaction entre les personnes et les équipes, surtout dans les visites à domicile des services d'accompagnement qui le plus souvent ne suivent apparemment pas de programme très déterminé – on y reviendra. Le professionnel ouvre la visite par un mot d'accueil et l'enjeu est de déterminer ce que l'on va entreprendre au cours de l'interaction : comment va la personne ? Que se passe-t-il dans sa vie ? Quel est le problème aujourd'hui ? La négociation des besoins passe alors par l'évaluation conjointe de la situation présente par les deux protagonistes.

Si la personne vit manifestement une situation de crise, que celle-ci concerne son état psychique, son état de santé, ou bien son environnement – un appareil cassé, un dégât des eaux, un appartement particulièrement sale -, la résolution de cette crise s'imposera comme le besoin auquel il conviendra d'apporter une réponse avant d'entreprendre quoi que ce soit d'autre. La résolution de la crise peut être par ailleurs l'occasion de prendre conscience d'un besoin plus fondamental face auquel il convient de monter un nouveau projet. Par exemple l'état de la cuisine où la vaisselle n'a pas été faite depuis plusieurs jours suggère que la personne est incapable de gérer ses repas alors que le besoin n'avait pas été identifié comme tel au moment de l'ouverture de l'accompagnement, et l'équipe décide alors de mettre en place un accompagnement spécifique : la personne est invitée à participer à l'atelier repas du service avec une nutritionniste et une accompagnatrice se charge de faire les courses avec elle deux fois par semaine et de lui inculquer le bon usage des aliments. Dans d'autres cas, le désordre régnant dans l'appartement suggère un risque de décompensation qui peut conduire à proposer une hospitalisation ou à reformuler dans son ensemble le projet d'accompagnement – la personne est-elle véritablement en mesure de mener une vie dans un logement autonome ?

Les besoins dont il a été question jusqu'ici concernent dans leur ensemble des prestations qu'un service est susceptible d'apporter lui-même aux personnes. A ce stade de la discussion, il convient de distinguer ces besoins en quelque sorte internes au service d'un second ensemble de besoins que l'on pourrait qualifier d'externes et dont la satisfaction passe par l'adressage à un autre service. La question n'est plus alors : quelle est votre demande ? ou : que pouvons-nous faire pour vous ? mais plutôt : quels seront vos besoins une fois que notre intervention aura été menée à son terme ? à quoi aspirez-vous pour votre avenir ?

Cette question est généralement présente dès le début de l'accompagnement ou de la prise en charge. A l'hôpital, où les personnes en principe ne restent pas, les problèmes de la sortie et de l'adressage sont explicitement posés par les équipes pratiquement dès l'admission. Dès que celles-ci se sont mises d'accord sur la situation clinique et les moyens de la mettre sous contrôle, le problème est en effet de savoir si la personne pourra revenir dans son logement antérieur sinon vers quel logement ou vers quel établissement, avec l'aide de quel service, elle pourra être adressée. L'évaluation que les équipes font des besoins des personnes est ensuite susceptible d'évoluer au cours de la prise en charge et elle n'est en définitive totalement stabilisée qu'au moment où la sortie est décidée. Dans le cas des services médico-sociaux – SAVS, SAMSAH ou appartements associatifs – la question de l'adressage se pose avec moins d'acuité : en principe les personnes sont supposées retrouver à l'issue de l'accompagnement une autonomie qui leur permettra de se passer d'un accompagnement ; de fait, les accompagnements se prolongent le plus souvent sur des périodes indéfinies qui repoussent continuellement la question de l'adressage. Cependant les équipes ont besoin pour bien travailler d'élaborer avec les personnes une représentation de leur futur qui constituera un horizon à l'accompagnement, lui donnera un sens et constituera un repère pour évaluer d'un éventuel progrès de la personne.

De façon générale, la latitude laissée aux personnes d'exprimer ces besoins que nous avons qualifié d'externes est relativement limitée. De leur côté, l'évaluation qu'en proposent les équipes dépend d'un ensemble complexe de facteurs appréciés aux cas par cas : nous reviendrons plus en détail sur ce point, dans le cas de l'hôpital, dans la troisième section ci-après ; disons seulement à ce stade que ces facteurs comprennent la situation psychiatrique et sociale de la personne, le rôle que jouent auprès d'elle ses proches et le réseau constitué d'aides formelles dont elle bénéficie déjà, la vision que les équipes ont de leur travail ou encore le réseau local de services et d'établissements qui peuvent être éventuellement mobilisés pour la personnes. A l'issue du processus, les personnes se voient généralement présenter un projet unique auxquelles on leur demande d'adhérer, leur refus conduisant à tout remettre à plat et à relancer le cycle d'évaluation. Elles disposent ainsi de peu de marge de manœuvre pour négocier ce projet : la frustration qu'elles pourraient en ressentir est cependant tempérée par le fait que les équipes leur présente ce projet comme construit de haute lutte, dans un contexte de rareté des options, de sorte qu'elles devraient l'accepter comme une chance – et de fait les personnes estiment souvent avoir eu une chance considérable de se voir proposer ce projet et elles éprouvent une profonde gratitude à l'égard des équipes. L'extrait d'entretien suivant avec une sous-locataire d'un appartement associatif illustre ce point :

*Marcos Azevedo : On vous a posé des questions ?*

*Ketsia Villeneuve, 37 ans, sous-locataire en appartement associatif : Oui. M. [Marius, psychiatre de l'équipe] m'a posé des questions, il m'a demandé pourquoi je voulais cet appartement, etc. Moi, j'ai dit que je cherchais un logement et que ça me paraissait tout à fait... comment dirais-je ? Tout à fait adapté à ce que je recherchais en fait.*

*Marcos Azevedo : Tout à fait adapté ?*

*Ketsia Villeneuve : Ben, presque (rires)... Ben, il y avait un petit peu un manque de choix, bien sûr. Ça a guidé ma décision. Mais après je me suis dit : bon, il faut tester la colocation. Peut-être que ça peut très bien se passer.*

Lorsque les équipes présentent un projet allant clairement à l'encontre de la volonté des personnes, par exemple lorsque celles-ci disent vouloir prendre un logement indépendant mais que les équipes les en jugent incapable et leur proposent un séjour dans un foyer résidentiel ou le transfert dans une maison d'accueil spécialisée, ces dernières mettent en avant les obstacles insurmontables qui s'opposent au projet de la personne – l'absence de revenus suffisants ou l'absence de place dans le service qui pourrait les accompagner dans le logement. Dans la négociation de cet adressage, les besoins des personnes apparaissent ainsi davantage comme des conditions limitant les choix et faisant obstacle à l'orientation vers tel ou tel service que des problèmes à partir desquels les équipes construisent des solutions. Le besoin d'un accompagnement pour tel ou tel acte de la vie courante – préparer ses repas ou faire son ménage - interdira l'adressage vers tel service supposant que la personne puisse accomplir cet acte de façon autonome et conduira à construire le projet d'accompagnement autour du service disponible localement pour mener à bien cet accompagnement. En d'autres termes les besoins avec lesquels travaillent les services sont ceux qu'ils reconnaissent comme de nature à pouvoir être accompagnés.

#### *Pour une conception organisationnelle de l'accompagnement*

Ces réflexions soulignent le rôle, dans les façons dont les équipes abordent et élaborent les besoins des personnes, des ressources dont elles disposent et des relations de collaboration formelles et informelles nouées avec d'autres services à l'occasion de l'adressage. A cet égard une deuxième série de réflexions ont été consacrées dans ce projet à la notion d'accompagnement dont nous avons développé une conception proprement organisationnelle : si en effet les évaluations des besoins dépendent des organisations de travail, alors l'accompagnement lui-même doit être pensé à l'intérieur de ces organisations.

La notion d'accompagnement occupe une place croissante dans le lexique du travail social et plus largement de l'Etat social depuis la fin du XXe siècle. S'il est difficile d'en dater précisément l'apparition sa consécration peut être située en 2002 avec la loi réformant les institutions sociales et médico-sociales, qui en fait une fonction du travail social. Depuis cette date l'accompagnement n'a fait que gagner du terrain au point qu'il est pratiquement devenu le concept unique par lequel se

définissent tant les professionnels –lesquels sont devenus des « professionnels de l'accompagnement » - que les personnes – qui se reconnaissent désormais dans la catégorie de « personnes accompagnées ».

Au contraire d'autres notions centrales des politiques sociales actuelles, comme l'insertion, l'inclusion, l'autonomie, ou encore la participation, l'accompagnement a pourtant suscité relativement peu de commentaires dans la littérature professionnelle et moins encore parmi les chercheurs. Les réflexions disponibles notamment dans les dictionnaires du travail social l'abordent comme une « posture » une « position », ou encore une « nouvelle figure de la pratique », renvoyant ainsi à une façon pour les professionnels de construire ou d'organiser leur relation avec leurs clientèles. Par contraste avec une vision « traditionnelle » de l'intervention sociale – cette vision traditionnelle renvoyant à un imaginaire qui mériterait commentaire -, l'accompagnement impliquerait la valorisation du point de vue des personnes, de prendre en compte les besoins qu'elles expriment et de leur remettre la responsabilité des décisions les concernant, ou encore, selon un discours particulièrement répandu chez les travailleurs sociaux, de privilégier le faire faire, voire le faire avec, plutôt que le faire pour. L'accompagnement serait, en somme, un concept éthique. Il mettrait en œuvre des types spécifiques de professionnel et de personne.

S'il faut reconnaître que cette perspective dit de toute évidence quelque chose d'essentiel des pratiques concernées, nous voudrions suggérer cependant qu'elle donne des fondements trop friables à la notion tant pour rendre compte de son succès que pour en faire dériver des analyses. En limiter la définition au registre des attitudes, des comportements, de la posture fait manquer en effet les appuis normatifs, les outils pratiques et les organisations sociales qui permettent effectivement aux accompagnements d'être déployés. La littérature sur l'éthique au quotidien a ainsi bien montré le rôle des différents dispositifs techniques, formulaires, dossiers informatiques, tableaux, réunions de concertation, dans l'appui des professionnels face aux enjeux innombrables soulevés par les pratiques en milieu ouvert. Ces travaux ont cependant moins insisté sur leurs enjeux organisationnels que nous suggérons de mettre ici au centre de l'analyse.

Pour développer notre définition de l'accompagnement on peut revenir sur celle proposée par la littérature grise. Deux usages de la notion s'y retrouvent. Le premier correspond aux situations évoquées par la littérature citée ci-dessus. L'accompagnement vise alors des personnes prises comme totalités qu'il s'agit d'assister dans la réalisation, de façon générale, d'un projet, dans l'accès à un bien ou un droit, dans la mise en œuvre d'activités diverses ou encore, plus généralement, dans quelque chose de l'ordre de la réalisation de soi. Dans le second ensemble de situations, l'accompagnement concerne plutôt des fonctions accomplies par des organisations établies. On pense à l'accompagnement scolaire, l'accompagnement de la fin de vie ou à l'accompagnement au

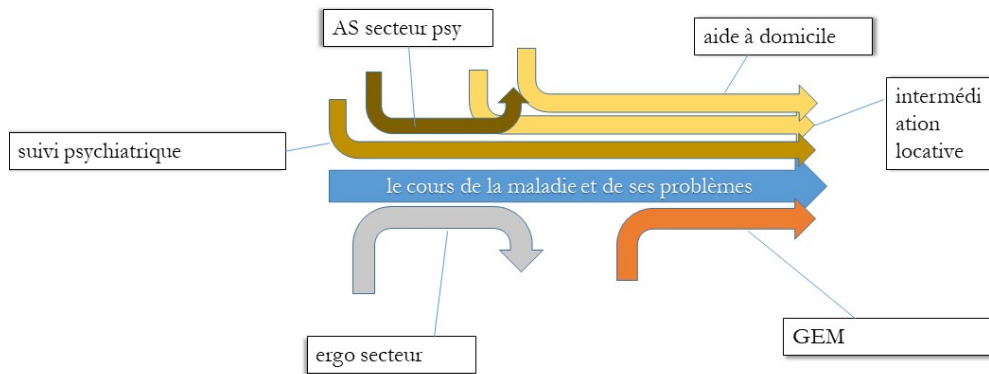


logement. Dans ces cas, l'accompagnement vise à compléter des interventions institutionnelles qui semblent remplir insuffisamment leur fonction. L'accompagnement vise en ce sens à combler les failles des organisations ; c'est une façon de penser le travail qui découle directement d'un fonctionnement organisationnel qui ouvre en son sein même un espace ou une brèche pour des pratiques qui n'y ont en principe pas leur place. En ce sens aussi les pratiques d'accompagnement sont réflexives : elles émanent d'organisations qui se donnent les moyens de penser leurs propres limites.

Dans ces deux situations, le travail d'accompagnement se caractérise ainsi par le fait qu'il s'inscrit d'une certaine façon en dérivation sur un processus qui suit son cours par ailleurs. On peut tenter de préciser ce point en recourant à la grammaire conceptuelle de l'analyse du travail en termes de trajectoire emprunté au sociologue Anselm Strauss. Dans cette approche, l'analyse cherche à rendre compte du travail d'ensemble déployé par une diversité d'acteurs autour de l'accompagnement d'une personne et son évolution dans le temps. L'intérêt du concept est en particulier de constituer une boîte à outil pour comprendre comment sont constituées et mises en œuvre les tâches qui composent ce travail en en dissociant l'analyse de celle du statut de ses acteurs. Celle-ci s'attache alors à mettre en évidence les lignes de travail, c'est-à-dire les ensembles séquentiels de tâches déployés par différents acteurs, et à rendre compte du travail d'articulation nécessaire pour que la trajectoire se maintienne en fin de compte.

On peut alors définir l'accompagnement comme une forme de division du travail dans laquelle des acteurs prennent en charge de façon relativement autonome une ligne de travail secondaire dans une trajectoire dont ils ne sont pas les pilotes (voir schéma 1). Le travail d'accompagnement définit ses propres objectifs, met en place ses plans, organise l'accomplissement des tâches qui le composent, mais il doit également s'adapter de façon continue à l'avancée de la trajectoire globale dans laquelle il s'insère. C'est ce qui explique qu'une partie importante des tâches de l'accompagnement relève, selon les termes mêmes des acteurs, de la coordination, du travail d'articulation, ou encore du travail de frontière. Un des enjeux de l'accompagnement est ainsi au quotidien de produire et maintenir l'arrangement organisationnel qui lui donne un sens en tant qu'accompagnement.

## La flèche des accompagnements



Le médico-social est un terrain particulièrement fécond pour mettre à l'épreuve ces analyses. Une de ses caractéristiques est en effet le fait que le travail s'y déploie nécessairement aux côtés des soins, ici psychiatriques : dans le cas qui nous intéresse, par définition l'accompagnement au logement s'adresse à des personnes traitées en psychiatrie auxquelles est proposé un service supplémentaire. Celui-ci vise à répondre à des difficultés éprouvées par les personnes et parfois leurs proches en relation avec une maladie identifiée et traitée par un service psychiatrique : l'absence d'un logement ou l'impossibilité de vivre dans un logement occupé antérieurement. Ces difficultés peuvent être une des raisons du recours aux soins psychiatriques, la conséquence des problèmes qui ont mené à recourir à ces soins, ou encore celle des soins eux-mêmes par exemple lorsqu'une hospitalisation prolongée rend impossible le retour dans un logement antérieur. Elles peuvent avoir émergé dans le cours des prises en charges psychiatriques ou préexister et avoir été révélées par celles-ci. Les réponses apportées par les services d'accompagnement et le travail concret déployé par leurs personnels peuvent correspondre à une ligne de travail nouvelle ou reprendre une action entamée par le service psychiatrique qui lui a passé la main. D'autres acteurs entrent également en jeu : le travail d'accompagnement tient nécessairement compte de celui accompli par les personnes elles-mêmes ou leurs proches, et par ailleurs d'autres aides formelles ou informelles qui peuvent avoir été mobilisés par les uns ou les autres. Il est ainsi impossible d'analyser le travail d'accompagnement isolément, sans le situer dans l'ensemble de ce qui est mis en œuvre au profit d'une personne par les différents professionnels et aidants informels mobilisés par ou pour les personnes : plus profondément c'est en tant qu'il est produit au milieu des organisations et qu'il contribue à façonner ces organisations.

L'accompagnement renvoie ainsi à un niveau d'analyse entre les pratiques et les organisations. On pourrait parler de pratiques organisationnelles tant ces enjeux sont mêlés : dans le sens non seulement où ce sont des pratiques qui supposent des organisations mais où elles contribuent à la fabrique des organisations. L'accompagnement fait émerger des organisations et participe ainsi du bricolage organisationnel qui caractérise les mondes contemporains de la protection social. Pour autant la notion ne précise pas la mesure selon laquelle l'organisation de l'accompagnement est formalisée et de fait un grand nombre de configurations sont possibles : certains accompagnements sont organisés entre des services travaillant régulièrement ensemble et ayant mis en place un ensembles de conventions explicites, parfois à un niveau institutionnel, ou bien sont mis en place entre des services liés institutionnellement – par exemple dans le cas des appartements associatifs de notre enquête, qui émanaient de l'équipe de secteur qui lui adressait ses clientèles ; la plupart sont informels et reposent sur des accords négociés dans le cours de l'adressage entre deux services.

L'adressage apparaît ainsi comme une composante essentielle de ces pratiques organisationnelles : par définition, pour poursuivre la métaphore électrique de la dérivation, la mise en œuvre d'un accompagnement suppose le branchement d'une ligne de travail sur une autre. Ce branchement ne peut être réalisé que sur une trajectoire singulière et à un moment lui-même singulier ; il ne peut être produit en série, de façon routinière ou standardisé, même s'il est fait à l'intérieur de réseaux existants. Il repose ainsi sur une évaluation individuelle de la situation laquelle peut ou non s'appuyer sur des outils ou des critères standardisés. D'un autre côté l'adressage est une relation d'échange. Il suppose l'existence d'un lien de confiance entre les partenaires qu'il implique, qui peut découler de relations antérieures ou de la recommandation d'un tiers. En se déployant il met en branle une dynamique de don contre-don : l'adressage d'un client suppose des contreparties, qu'il s'agisse de la promesse faite à l'adresseur qu'on le déchargera d'un certain nombre de problèmes, de l'invitation à participer à un projet excitant, de l'adressage en retour d'autres clients ou encore de gratifications plus symboliques comme le fait de partager le secret professionnel entourant un cas. L'adressage n'est ainsi pas construit *de novo* à chaque fois. Il s'insère dans des réseaux de collaboration, joue avec des contraintes ou des incitations, ou encore se déploie dans une organisation formelle.<sup>1</sup> Il suppose un minimum d'organisation, qu'il contribue à solidifier et institutionnaliser. Mais il est aussi

---

<sup>1</sup> Ce sont surtout les pratiques d'adressage entre médecins qui ont été étudiées : l'adressage est en effet au cœur des tensions suscitées au sein du modèle libéral de la médecine par le développement de l'exercice organisé et c'est un des enjeux clefs de la rationalisation du système de santé. Voir les travaux pionniers de Freidson. Les pratiques d'adressages entre professions différentes ont par contraste été peu examinées. Elles posent pourtant un certain nombre de questions sociologiques spécifiques concernant notamment les conditions de la confiance entre professionnels relevant d'organisations, de statut différents.

antinomique avec une organisation très intégrée du travail : par définition il suppose deux partenaires autonomes l'un par rapport à l'autre.

Ces remarques suggèrent l'étendue des paradoxes de l'accompagnement. Organiser l'accompagnement, c'est laisser les acteurs déterminer les conditions de leur travail ; c'est mettre en place des organisations qui font place en leur sein à la contingence : c'est ne pas trop organiser. Cela explique que, du point de vue des organisations, si l'accompagnement véhicule un ensemble de valeurs positives – les valeurs de choix et d'autodétermination, l'attention aux besoins, la personnalisation ou encore l'idée d'une approche totale mentionnées dans les écrits sur le travail social et que l'on a rappelées plus haut – il est également générateur de coûts et d'incertitudes qui découlent de sa mécanique même. L'accompagnement risque toujours de ne pas être initié, d'être initié avec délai, de mal se coordonner avec les autres lignes de travail. Le travail de coordination ou d'articulation intrinsèque à l'accompagnement ajoute des coûts de négociation, pourrait-on dire, qu'une organisation plus intégrée du travail pourrait permettre d'éviter ou de minimiser. Il suppose que professionnels et personnes disposent d'espaces de liberté qui sont autant de zones d'incertitudes pour le système. En contrepartie les bénéfices de l'accompagnement – la réalisation de soi, du projet des personnes, le respect voire la promotion de leur autonomie, voire l'amélioration de leur bien-être ou de leurs performances – apparaissent lointain et incertains. On peut ainsi préférer aux accompagnements des services délivrés de façon plus immédiate, reposant sur la mise à l'abri, l'allocation d'une prestation de base, ou encore un package de services standardisés. Plus généralement la tendance spontanée des organisations est de réduire ces espaces de liberté, de minimiser les incertitudes, de rationaliser les processus, en un mot d'aller vers plus d'intégration. Si l'on examine l'histoire des transformations de l'Etat social, l'accompagnement apparaît ainsi, selon les moments, selon les approches et selon les organisations, comme un objectif ou un problème. Les mêmes organisations sont accusées, parfois au même moment et par les mêmes acteurs, de ne pas jouer le jeu de l'accompagnement ou de n'être pas assez intégrées.

Cela explique que si nous suggérons d'utiliser l'accompagnement comme un analyseur des transformations contemporaines des systèmes de protection sociales, nous nous gardons de faire reposer sur elle seule leur description. Nous ne cherchons pas à lui rapporter les organisations actuelles de l'Etat social dans leur diversité : nous ne sommes pas dans un « Etat accompagnateur ». Un grand nombre des organisations de l'Etat social continuent de reposer sur d'autres formes que l'accompagnement de leurs clientèles. Un certain nombre d'entre elles fonctionnent toujours comme des institutions totales. D'autres se présentent comme des fournisseurs de service ou de biens produits dans des conditions plus ou moins standardisées. L'accompagnement apparaît ainsi moins comme une structure que comme un mode différencié et différenciant, toujours en tension,

d'organiser l'Etat social. L'enjeu pour l'analyse est de prendre la mesure de son extension et son rôle dans l'administration des protections, autant que de déchiffrer la mécanique de ses organisations.

*Logement, habitat, résidence : les dimensions de l'accompagnement au logement*

A côté de notre travail sur les notions de besoins et d'accompagnement, nous avons également consacré enfin une partie de nos analyses à éclairer les enjeux du travail spécifique réalisé par l'accompagnement au logement – l'idée de logement elle-même. Les entretiens que nous avons menés dans la phase préliminaire de ce projet comme les observations rassemblées tout au long de cette recherche suggèrent la très grande diversité des pratiques d'accompagnement dans le logement. Plus précisément, les unes et les autres soulignent à la fois la variété des sites de travail, la diversité des objets autant que de la nature même des actions entreprise par les équipes. L'accompagnement au logement porte sur le travail de gestion administrative du logement – relations avec les bailleurs ou les fournisseurs – sur l'accomplissement de gestes du quotidien – cuisine, ménage – ou encore sur des activités de nature culturelle. Comme on y a fait allusion – et on y reviendra plus loin – une grande partie du travail d'accompagnement est mené ailleurs qu'au domicile du patient : à l'extérieur, dans l'espace public, ou bien dans les locaux du service. Ces observations contribuent ainsi au constat de l'extrême plasticité des services d'accompagnement que nous faisons au début du projet.

On l'a rappelé plus haut, nous en tirons la conclusion qu'il n'y avait pas de règle en la matière et que l'on faisait face à une situation chaotique. L'analyse que nous avons menée notamment sur l'histoire des politiques du logement social nous a conduit à affiner notre approche et à proposer une série de distinctions à l'intérieur des pratiques d'accompagnement entre trois fonctions que l'on peut caractériser par trois concepts clefs : l'habitat, le logement et la résidence.

1. En premier lieu, l'habitat vise la façon dont les personnes habitent effectivement leur logement, c'est-à-dire l'utilisent, le meublent et y mènent les différentes activités. L'habitat renvoie ainsi à des dimensions sociales ou culturelles et il touche au rapport physique que les personnes entretiennent avec les conditions matérielles de leur logement : comment elles occupent l'espace, la façon dont elles mobilisent les technologies de l'habitat. L'habitat comporte à cet égard des dimensions cognitives dans le sens où les personnes doivent maîtriser un certain nombre de techniques pour pouvoir en bénéficier : faire fonctionner des installations électriques, savoir utiliser des machines électro-ménagères, voire savoir faire fonctionner les serrures de son appartement. Ces différentes habiletés qui vont de soi en temps normal nécessitent cependant un apprentissage lorsque l'on s'installe dans un nouvel habitat et elles sont susceptibles d'être remises en cause en cas de défaillance – par exemple lorsqu'une serrure grippée faute d'avoir été huilée régulièrement ne veut plus s'ouvrir. L'habitat renvoie cependant aussi à des dimensions éthiques ou esthétiques : la

satisfaction de bien habiter renvoie à des jugements sur la qualité de l'espace ou de l'ameublement, sur la disponibilité d'éléments de confort ou de décoration. Elle comporte aussi un série d'appréciations affectives renvoyant à la capacité de se projeter sur son logement en y apportant ses objets, ses meubles, souvenirs ou éléments de décoration.

L'accompagnement au logement vise ainsi l'habitat lorsque, par exemple, il s'efforce d'aider les personnes ou de leur inculquer une série de gestes de la vie courante : se servir des ustensiles de cuisine, faire le ménage, nettoyer cuisine et salle de bain, entreprendre les petites réparations. Les équipes insistent également souvent sur la façon dont elles s'efforcent d'aider les personnes à « s'approprier » leur logement : elles sont ainsi souvent désarçonnées face à des personnes vivant dans un grand dénuement et ne prêtant apparemment pas attention à leur mobilier ou la décoration de leur logement.

2. Le logement, ensuite, caractérise le rapport économique qu'entretiennent les personnes avec le lieu où elles habitent. Dans les idéaux contemporains, la forme privilégiée du logement est la propriété exclusive : le logement apparaît ainsi comme le lieu de la vie personnelle, où sont refoulés l'ensemble ou presque des activités qui la définissent et des aspirations qui lui donnent un sens, et à ce titre il est pratiquement un prolongement de la personne elle-même. La propriété privée est ainsi supposée apporter aux personnes un sentiment de sécurité et de maîtrise d'elle-même auxquelles elles aspirent en même temps que, dans la doctrine libérale, elle est une garantie que les personnes entretiendront leur logement et feront face aux coûts associés. Cet idéal projette par ailleurs son ombre sur les autres formes du rapport au logement. La location, qui fonctionne comme un substitut de la propriété pour les personnes qui n'en ont pas les moyens, est ainsi pratiquement un régime de propriété par délégation. Par contraste l'hébergement apparaît comme une forme résiduelle du logement réservée à des situations transitoires à l'occasion de crise ou à des personnes dépendantes dans le cas du handicap ou du grand âge.

L'accompagnement de la fonction logement est notamment au cœur des politiques relevant du droit au logement. Il passe alors par la mise en place d'aides et prestations de nature à aider les personnes à faire face aux coûts du logement, à accéder au logement, ou encore aider à gérer les relations aux bailleurs. Elle est particulièrement au centre de l'intermédiation locative assurée directement par certains services d'accompagnement – les appartements associatifs de notre étude – ou par des services spécialisés, ou encore de la gestion sociale des organismes HLM. Elle renvoie aussi à des pratiques de conseil en économie familiale voire à des accompagnements de nature psychosociale renvoyant au rapport des personnes avec le logement considéré comme bien économique.

3. La résidence, enfin, vise la dimension politique de l'habitation : elle caractérise le lien que, par l'intermédiaire de son logement, la personne entretient avec une communauté au sein de laquelle elle réside. Ce lien passe par l'exercice de la citoyenneté et la reconnaissance des droits de la personne autant que par la participation à des activités sociales et plus largement par la possibilité pour la personne d'accéder à l'espace public. L'accompagnement au logement agit sur cette dimension en créant des services accessibles depuis le logement ou en organisant l'accès des personnes à ces services : par exemple en orientant les personnes vers l'offre culturelle ou associative du quartier, en organisant avec elle des sorties ou encore en lui proposant une éducation à la vie civique.

Les pratiques d'accompagnement au logement sont susceptibles de viser ainsi l'une, l'autre ou plusieurs de ces dimensions. Elles peuvent agir sur certaines dimensions en espérant améliorer du même coup aussi les autres. Les politiques du logement, depuis les années d'après guerre, ont ainsi eu comme priorité la construction d'un marché du logement, espérant contribuer par là à l'amélioration des conditions d'habitation des personnes dans toutes leurs dimensions ; les politiques du droit au logement et de la ville des années 1980 centrées respectivement sur l'accès au logement d'une part et sur la citoyenneté de l'autre ont été à bien des égards des politiques correctrices une fois l'échec de cette vision initiales entérinées. Sur le terrain de l'accompagnement au logement, les approches se revendiquant du logement d'abord participent elles aussi d'une conception où la fonction logement prime sur les fonction habitat et citoyenneté. Par contraste les pratiques d'accompagnement mises en œuvre dans les services de notre étude insistaient davantage sur les fonctions d'habitation et de résidence.

## *2. Entre santé mentale et logement : émergence de l'accompagnement au logement*

Comment l'accompagnement au logement a-t-il émergé à l'intersection des politiques du logement, de la santé mentale et du handicap ? Les analyses qui précèdent nous invitent à repenser l'accompagnement comme une forme organisationnelle spécifique caractérisant un mode de coopération entre services à la fois relativement autonomes les uns par rapport aux autres et néanmoins interdépendants dans l'accomplissement de leurs fonctions. Dans cette perspective, la question des origines de l'accompagnement est moins celle de la problématisation d'un mode de relation particulière aux population que celle des transformations ayant affecté le paysage des organisations actives dans les différents champs des politiques sociales pour constituer cette forme organisationnelle spécifique – la multiplicité et l'interdépendance des organisations. Ces perspectives nous ont ainsi amené à une relecture de l'ensemble de la politique des organisations de la santé mentale, d'une part, et du logement, de l'autre, depuis l'après-guerre dont on résumera ici les principaux éléments en trois temps consacrés respectivement à l'émergence de l'accompagnement

entre les années 1950 et 1990 dans chacun des deux secteurs et à une analyse des politiques de l'accompagnement pour la période plus récente.

*Accompagner par défaut : l'accompagnement comme limite des politiques de santé mentale*

Dans le champ de la santé mentale, nos analyses suggèrent que l'accompagnement a émergé pour ainsi dire dans les creux de la politique de sectorisation. La psychiatrie française a en effet eu du mal à penser ses interventions en dehors d'un cadre très intégré : pour les professionnels comme les administrations, les patients devaient avoir affaire à une organisation unique à même de répondre à leur besoin dans l'ensemble de leur dimension. La politique de sectorisation lancée en 1960 prévoyait ainsi une organisation territoriale placée sous l'autorité d'une équipe unique – caractérisée de « médico-sociale » dans la circulaire du 15 mars 1960, mais issue de l'hôpital psychiatrique – assurant la prise en charge des patients de son territoire dans toutes ses dimensions. L'enjeu était en particulier d'éviter que le rejet des malades par les établissements proposant les thérapies « actives » conduisent à leur chronicisation dans des services de relégation. Le maître mot était ainsi la continuité des soins, laquelle devait être assurée en garantissant le suivi de chaque malade par un même professionnel assumant à son égard une responsabilité collective. La sectorisation prolongeait en ce sens une vision des organisations mise en place au XIX<sup>e</sup> siècle avec la création du système asilaire et le sociologue Robert Castel parlait à cet égard à juste titre d'aggiornamento pour caractériser le style de réforme entrepris sous l'impulsion des psychiatres des hôpitaux dans les années 1950 et 1960. Jusque dans les années 1980 certains psychiatres n'hésitent pas à proposer comme modèle pour penser la psychiatrie de secteur la psychothérapie institutionnelle, c'est-à-dire une conception des soins qui vise à générer autour des personnes un environnement enveloppant en lui-même thérapeutique.

La transformation du système des organisations de la santé mentale s'est de fait produite progressivement à partir de la fin des années 1960 et pour ainsi dire à rebours des représentations développées par l'ensemble des acteurs. Elle aboutit au tournant des années 2000 à ce que le système de santé mentale rassemble un ensemble d'organisations territoriales éclatées, sous l'autorité d'une pluralité d'entités administratives, associatives et politiques, et apportant des réponses spécialisées à des problèmes segmentés selon des logiques professionnelles et institutionnelles. C'est à l'intérieur des systèmes formés localement par ces organisations qu'émerge l'accompagnement.

Cette transformation peut être caractérisée de façon synthétique à partir de trois processus. En premier lieu on assiste à la multiplication des organisations, dont le moteur est l'accroissement considérable des moyens financiers injectés dans la psychiatrie : des établissements nouveaux sont créés, des services sont créés dans des établissements qui n'en possédaient pas, et les services des



hôpitaux existants sont redécoupés pour en créer de nouveaux. De 1966 à 1979 17 hôpitaux psychiatriques publics ou faisant fonction ont été créés et près d'une centaine de services ont été ouverts dans des hôpitaux généraux. Les services dans les hôpitaux psychiatriques sont eux aussi démultipliés : au total les services de psychiatrie connaissent une croissance exponentielle au cours des trois décennies de 1950 à 1980, passant de 219 à près de 1000 à la fin de la période. Ce dernier chiffre inclut un certain nombre de services pour enfants ouvert à partir de 1974 pour servir les « intersecteurs » infanto-juvéniles. La démultiplication des services hospitaliers est par ailleurs sans relation avec le nombre de lits : celui-ci commence à décroître à partir de 1967 après avoir atteint un pic historique à 120 000. Les opérations immobilières permettent surtout de rénover des lits et de les mettre aux normes : suppression des dortoirs, remplacés par des chambres doubles, augmentation de la surface et du cubage disponible pour chaque malade, ou encore relocalisation des lits dans de petits établissements. Les 30 établissements ou services d'hôpitaux généraux créés entre 1956 et 1970 comportent ainsi 450 lits en moyenne alors que la quasi-totalité des 105 établissements hérités de la période précédentes comportent plus de 500 lits, et la moitié d'entre eux comportent plus de 1000 lits. A l'hôpital général, dans les années 1970, la norme appliquée aux nouvelles constructions correspond à des services de 100 lits.

C'est ainsi à une densification plutôt qu'à une expansion des organisations que l'on assiste : les grandes organisations sont découpées en une pluralité d'organisations autonomes plus petites mais reproduisant globalement leur schéma. On peut prolonger cette analyse par l'examen des organisations déployées à l'intérieur des services hospitaliers. De façon générale, la sectorisation met au centre de son modèle des services fonctionnant comme des unités de premier recours desservant de façon à la fois exclusive et autonome les secteurs géographiques qui leur sont rattachés. L'absence de classement et de hiérarchisation des services, au contraire du reste de la médecine, donne au paysage d'ensemble sa forme caractéristique : sa balkanisation et sa faible profondeur de champ. Les seuls services échappant à la sectorisation sont les quatre unités pour malades difficiles du pays, qui accueillent les malades médico-légaux à l'issue des procédures judiciaires ainsi que les patients que les services sectorisés ne parviennent pas à traiter, auxquelles il convient d'ajouter certains services universitaires et quelques services de l'assistance publique parisienne, dont la position et la fonction dans le système est variable.

La densification des organisations permet cependant de redonner de la profondeur aux services eux-mêmes. La réorganisation des services en petites unités de 25 lits et l'embauche de personnel, et notamment de personnel médical, conduisent à aménager les organisations pyramidales héritées de la période précédente, dans lesquelles un médecin chef assurait avec la seule assistance d'un ou deux internes le service médical de plusieurs centaines de lits distribués en quartiers de traitement.

Les années 1960 voient ainsi la création d'un statut de médecin assistant, tandis que les hôpitaux embauchent des médecins vacataires et que la réforme de la formation des psychiatres après 1968 conduit à l'ouverture en grand nombre de postes d'internes : ces derniers sont près de 2500 au début des années 1980. Une circulaire de mai 1974 donne comme norme la présence, outre le médecin chef, d'un médecin assistant et de trois ou quatre interne par secteur ; au début des années 1980 le syndicat des psychiatres des hôpitaux revendiquera une norme de 8 équivalents temps plein médicaux par service. Ces chiffres ne sont atteints à ce moment-là que dans les services les mieux équipés, mais la totalité d'entre eux bénéficient de plusieurs équivalents temps plein. Par ailleurs les années 1970 voient aussi les secteurs se doter de personnels non médical : une enquête de la DGS en 1976 indique une moyenne de 0,9 psychologue et 1 assistante sociale par secteur ; le nombre d'infirmiers psychiatriques employés dans les hôpitaux et dans les équipes de secteur double pratiquement au cours de la décennie 1970, passant de 33 100 en 1971 à 52 500 en 1978.

En fonction des organisations négociées par les équipes, ces effectifs permettent, à l'intérieur des services, à certaines unités de fonctionner de façon quasiment autonome, comme des organisations dans l'organisation, en mesure de décider de leurs admissions et sorties et des plans de traitement de leurs patients. A Paris on a ainsi tenté dès la fin des années 1960 d'organiser les services sectorisés en deux pôles, l'un situé dans la capitale à l'hôpital Sainte Anne et devant accueillir les malades aigus à l'admission et l'autre en banlieue destiné aux maladies chroniques. L'expérience tourne court au bout de quelques mois face aux difficultés rencontrées par les médecins chefs, qui ne disposent pas à ce moment-là de médecins assistants, d'assurer la gestion de deux unités distantes et par ailleurs devant le constat que les lits parisiens suffisent, en fait, à assurer les besoins des populations concernées, mais les établissements les mieux dotés adoptent des modèles proches. Dans le treizième arrondissement on aménage ainsi dans les années 1970 à l'hôpital une unité pour l'accueil en longs séjours de personnes diagnostiqués de formes déficitaires de psychose : si les patients proviennent du reste de l'hôpital elle fonctionne de façon pratiquement indépendante dans des locaux propres en dehors de l'enceinte de l'établissement.

D'un autre côté, la création d'établissements ou de services psychiatriques entraîne également celle d'autres organisations contiguës, dans un processus de filialisation ou de sous-traitance, lorsque les équipes hospitalières participent à l'ouverture d'équipements extrahospitaliers. Les hôpitaux jouent ainsi un rôle démultiplicateur pour les organisations localisées en dehors de leur périmètre propre. Un certain nombre de ces équipements font partie des programmes hospitaliers : les organisations sont créées comme des annexes de l'hôpital, placées sous la responsabilité d'un médecin et localisées dans des locaux propres à distance de l'établissement. La réglementation du début des années 1970 impose ainsi aux secteurs de se doter de consultations d'hygiène mentale, lesquels

fonctionnent dès lors comme de véritables centres de soins relativement autonomes, même si une liaison est assurée avec l'hôpital ; les programmes lancés à partir des années 1970 prévoient par ailleurs systématiquement des places en hospitalisation de jour dans des locaux dédiés : près de 230 structures de ce type sont ouvertes entre 1973 et 1977. Mais les équipes ont également l'initiative de structures créées comme des services départementaux sur les budgets d'hygiène mentale ou sous une forme associative, comme dans le cas des différentes formules d'appartements thérapeutiques, et qui fonctionnent de façon plus ou moins autonomes, en fonction de la nature des locaux, des ressources financières et des choix que font les équipes. Les données manquent pour évaluer le phénomène qui, s'il n'est probablement pas généralisé et cependant significatif : les annuaires publiés par l'association ASEPSI au début des années 1980 recensent plusieurs dizaines de structures mais ils sont vraisemblablement très en deçà du compte.

Une partie significative, quoique, elle aussi, difficile à quantifier, de la multiplication des organisations se joue finalement en dehors du système hospitalier public. La période voit notamment une croissance du nombre d'établissements privés créés ex nihilo et gérés par des structures associatives ou des fondations. Quelques-unes sont créées à l'initiative des familles de malades, d'autres par des entrepreneurs professionnels, psychiatres ou travailleurs sociaux, ou alors ces derniers jouent de loin un rôle de conseiller technique auprès des premiers. A la frontière de la santé mentale, les secteurs de l'enfance inadaptée et du handicap voient aussi une multiplication des organismes et établissements dédiés, auxquels collaborent souvent les psychiatres : instituts médico-pédagogiques, foyers et centres d'aide par le travail, organisés dans un cadre associatif.

Les analyses qui précèdent suggèrent comment la multiplication des organisations nourrit, dans un second temps, leur diversification. Celle-ci correspond à une spécialisation des organisations selon des catégories de populations, autour de techniques ou de modes d'accueil, ou encore autour de projets thérapeutiques ou plus généralement de plans de traitement spécifiques. Une partie de cette diversification est organisée par la réglementation. La création de l'intersecteur de pédopsychiatrie par un décret de 1974 fait ainsi naître rapidement un nouveau système d'organisations, reposant sur des techniques spécifiques et des formes à la fois diverses et stabilisées : contrairement au secteur adulte, l'intersecteur dispose de peu de modèles ou de normes et les équipes. L'organisation du secteur du handicap à partir du vote de la loi du 30 juin 1975 va dans le même sens. En dehors de ces exemples, la spécialisation des organisations est plus souvent un phénomène lié à l'initiative professionnelle.

La fragmentation des organisations de la santé mentale, enfin, est la conséquence des deux processus précédents : en se spécialisant, les organisations rejettent vers d'autres intervenants des lignes de travail qu'elles ne veulent pas prendre en charge ; le processus a lieu quand des équipes

estiment que tel malade ne relève pas de leur compétence, qu'il ne correspond pas au profil du service ou bien lorsqu'elles décident de la terminaison de leur travail auprès de lui : de ce point de vue un élément majeur est le changement de statut des hospitalisations psychiatriques qui se recentrent sur un travail de crise, les équipes n'hésitant plus à faire sortir leurs patients une fois les symptômes mis sous contrôle. Le phénomène est l'un des enjeux majeurs des débats au sein et sur la psychiatrie de secteur des années 1970 : plusieurs débats sont organisés sur le « rejet » des malades par les secteurs ou la « continuité des soins ». Dans les organisations les plus richement dotées, le problème est d'éviter les ruptures de prise en charge lorsqu'un patient est adressé d'un service à l'autre. A contrario des équipes revendiquent de ne pas enfermer les patients dans leur dossier médical en organisant une forme de discontinuité pour laisser les équipes faire leur propre évaluation des plans de traitement à mettre en œuvre. Après 1975, les psychiatres des hôpitaux critiquent par ailleurs l'essor des associations du handicap et établissements privés auxquels ils reprochent de fonctionner comme des isolats morcelant le système psychiatrique. A l'inverse la psychiatrie de secteur est accusée par les mouvements de psychiatrie radicale et une partie des intellectuels de développer, avec son organisation tentaculaire et totalisante, un contrôle social plus envahissant encore que la discipline asilaire. Ces problématisations renvoient chacune à des aspects du phénomène, mais celui-ci se manifeste aussi sous des formes peu mises en avant par les professionnels ou dans le débat public lorsqu'il concerne le travail informel des familles pour gérer à domicile les traitements de leurs proches et surveiller leurs symptômes.

Ces différents processus, densification, spécialisation et fragmentation des organisations, reposent par ailleurs sur la régulation croisée des administrations de la santé et des professionnels. Les premières jouent d'abord un rôle dans la multiplication des organisations hospitalières, qui est pilotée directement depuis le ministère de la santé. Ses directions, santé et hôpitaux, créent les postes de médecins chefs, édictent les normes d'équipement et accordent les autorisations de travaux. Elles interviennent aussi de façon indirecte lorsqu'elles programment l'augmentation des budgets hospitaliers via un relèvement des prix de journée ou l'octroi de subventions. Les administrations déconcentrées, services préfectoraux et directions départementales en charge de la santé, jouent quant à elles un rôle essentiel dans l'impulsion et le montage des projets. En bout de course les directions hospitalières assurent le suivi des projets immobiliers et la mise en place des conventions avec les départements quand elles sont de leurs ressort.

La régulation professionnelle de ce système d'organisations repose quant à elle sur l'élaboration et la dissémination de normes au sein de micro-mondes sociaux émergents. Structurés autour de problèmes, de techniques ou de catégories de services, ceux-ci ont également leurs personnalités, lieux et groupements, qu'il s'agisse d'associations, de syndicats ou de sociétés savantes, qui inspirent

et consacrent les expériences les plus notables : hôpitaux de jour, structures intermédiaires, centres d'accueil et de crise, logement thérapeutique. Ces mondes sociaux font moins émerger des standards que des modèles pratiques susceptibles d'être adaptés à des contextes divers. Au-delà des apprentissages que font les individus au cours des stages qui jalonnent leur formation, les équipes acquièrent des façons de faire dont elles ont eu connaissance par la lecture des revues professionnelles, les présentations entendues dans les journées d'études ou congrès ou les visites rendues aux collègues. Au sommet du système la commission des maladies mentales créée à la fin des années 1960 sur le modèle d'une expérience des années 1950 par le ministère de la santé fonctionne jusqu'au milieu des années 1980 comme une instance de consécration à la main des psychiatres.

Les établissements hospitaliers sont le point de convergence, de rencontre et de composition des deux régulations administrative et professionnelle. C'est autour et à partir de ceux-ci qu'équipes soignantes et directions négocient l'affectation des moyens en personnel, locaux et financiers. Les directions hospitalières jouent à cet égard un rôle important et peu reconnu dans la structuration des moyens locaux. Elles développent une doctrine vis-à-vis des équipements extrahospitaliers : mise à disposition ou non de moyens ou de personnel, formalisation ou non de conventions. Les établissements psychiatriques organisent également une forme de confrontation et d'élaboration collective des expériences de leurs différentes équipes. A partir des années 1970 la cooptation des médecins chefs par les commissions médicales assure une forme d'homogénéité de vue sur des territoires. Cela explique que d'un établissement à l'autre le dispositif de secteur présente des effets d'entraînement ou éventuellement d'émulation qui poussent semble-t-il les équipes de secteurs voisins à s'engager en même temps dans la création de services et expliquent la généralisation des expériences à l'échelle d'établissements entiers. Au-delà de l'hôpital la structuration des réseaux locaux repose aussi sur la participation à des instances consultatives ou décisionnelles, sur des collaborations dans le cadre de prises en charge, sur la participation à des cercles de réflexion, voire sur la mise en commun de moyens ou l'échange de bons procédés entre équipes.

Au final l'accompagnement se déploie partout ou presque mais dans des formes diversifiées d'un territoire à l'autre et de façon différenciée sur chaque territoire selon les publics. Les principaux paramètres sont l'intégration plus ou moins forte des organisations hospitalières et l'existence et le mode de structuration des coopérations interorganisationnelles par le biais de convention, de la mise à disposition de personnel. A contrario une frange significative des populations reste accueillie au long cours dans des organisations présentant tous les caractères de l'institution totale, qu'il s'agisse d'établissements à caractère social ou médico-social ou de services hospitaliers.

*Les politiques du logement : l'accompagnement comme projet*

Dans le secteur du logement, par contraste, l'accompagnement s'impose tout au long de l'après-guerre comme un modèle privilégié. Dès la fin des années 1950, c'est lui qui guide l'organisation d'une série d'interventions relevant de l'action sociale et visant à assurer l'encadrement et la promotion des pratiques habitantes d'une série de catégories spécifiques : maintien à domicile des populations vieillissantes, accompagnement socio-éducatif des sortant de taudis ou de bidonville, ou encore action sociale globale des centres sociaux municipaux en direction des résidents de quartiers populaires. A la fin de la période, le modèle trouve sa consécration avec les deux grandes politiques de l'habitat des années 1980, la politique de la ville et celle du droit au logement, qui sont littéralement des politiques de l'accompagnement : celui-ci y est érigé tout à la fois en moyen et en fin de l'action publique ; il est un principe d'organisation dans le cadre de l'animation des quartiers ou de la programmation des acteurs du mal logement autant qu'une philosophie d'intervention auprès des individus eux-mêmes.

Cette trajectoire s'explique en partie par la nature des politiques du logement de la période. Celles-ci sont en effet dominées par deux idées forces. La première est que le logement est non seulement un besoin existentiel mais plus encore, dans une société de croissance, la condition de l'intégration sociale et de la participation à la modernité. S'il doit satisfaire à un certain nombre de normes d'équipement de nature technique, c'est que celles-ci sont supposées favoriser l'adoption par les individus de comportements, habitudes et projections de vie en résonance avec les idéaux de l'époque. La seconde idée force est que le logement est un bien privé par excellence, et ce dans un double sens : d'une part parce qu'il est le lieu de la vie personnelle, où sont refoulés l'ensemble ou presque des activités qui la définissent et des aspirations qui lui donnent un sens, vie personnelle dont le périmètre coïncide par ailleurs avec la famille nucléaire ; de l'autre parce que la relation de ses occupants au logement est conçu selon le modèle de la propriété privée : et c'est vrai aussi des locataires, auxquels la législation du lendemain de la guerre apporte une sécurité telle qu'elle en fait des quasi propriétaires pratiquement inexpulsables et maîtres de leur habitat. Les politiques du logement de la période sont ainsi d'une certaine façon dans leur ensemble des politiques d'accession à la propriété. Avant même le tournant libéral des années 1970, le logement est abordé comme un marché sur lequel, dans un contexte marqué comme on l'a vu par une crise de l'offre, tout l'enjeu est d'assurer la disponibilité d'un produit qui corresponde aux préférences des individus. Les organismes de logements social sont conçus comme des opérateurs parmi d'autres avec lesquels ils sont en concurrence pour abonder le marché.

Ces idées expliquent en même temps qu'elles traduisent le recul de la vision hygiéniste développée dans l'entre-deux-guerres par certains promoteurs du logement social, qui faisait de celui-ci une

organisation de services, proposant une diversité de prestations et d'interventions visant au bien être des individus. Au lendemain de la guerre, l'action sociale sur le logement apparaît ainsi presque par définition comme un mode d'action résiduel, réservé à des catégories spécifiques de population caractérisées par une inadaptation de nature sociale, culturelle ou personnelle et dont on n'envisage qu'en dernière extrémité d'encadrer les pratiques d'habitation. Elle se donne alors pour horizon et pour limite l'accès à la pleine propriété du logement : l'enjeu est moins de former, réformer ou encadrer les pratiques habitantes des individus que de faciliter l'accès à une infrastructure de biens et de services qui leur permettront d'atteindre une forme d'autosuffisance et ainsi de se passer de toute forme d'assistance.

Cette lecture est cependant partielle. Elle ne rend pas compte de la richesse et de la complexité de la politique des organisations du logement au cours de la période, des différentes catégories d'organismes HLM aux promoteurs privés, des établissements et services assurés par les associations et fondations caritatives en direction de diverses catégories de pauvres aux organisations quasi étatiques destinées à certaines populations spécifiques, des multiples initiatives municipales aux essais d'organisation par l'Etat. A partir des années 1950 ce qui caractérise le secteur c'est la prolifération et la diversification rapide sur l'ensemble du territoire d'un paysage dense d'organisations opérant localement dans des relations complexes de coopération, de dépendance, de complémentarité ou encore d'imbrication, montées au coup par coup dans des logiques de projet. Profondément, toute la période est marquée par une interrogation sur la nature de ces organisations, tour à tour institutions investies d'une mission sociale qu'elles accomplissent avec leur rationalité propre et opérateurs à la fois agiles et transparents, réduits à des fonctions de prestataire service et se pliant à volonté à des projets qui leur échappent.

C'est de cette dynamique, au milieu de ces organisations, qu'émerge l'accompagnement au logement. Deux processus en particulier jouent un rôle significatif. Le premier est la convergence interorganisationnelle qui se met en place sur des territoires ou des sites autour de projets portés par des professionnels, des élus ou des militants. Les coopérations formelles et informelles entre organismes de logement social, administrations municipales et associations pour faire émerger des besoins, ouvrir des logements adaptés ou créer des filières d'orientation et de recrutement en sont des exemples significatifs, notamment autour d'opérations de rénovation urbaine ou d'urbanisation prioritaire, ou encore dans le cadre de politiques sectorielles comme dans le cas des personnes âgées. Le second est la transformation d'un certain nombre d'organisations, qui font évoluer leur offre dans un processus de différenciation interne pour proposer à leurs clientèles des accompagnements venant compléter leurs services. La création de postes de travailleurs sociaux dans les structures d'hébergement ou les organismes HLM, ou la transformation de certains foyers



en structures ouvertes relèvent de cette seconde dynamique. Dans les deux cas, le processus déploie une dimension réparatrice : c'est pour pallier leurs propres limites que les organisations se projettent dans l'accompagnement de leurs publics. A partir des années 1980 c'est cette dynamique que visent particulièrement les deux politiques de la ville et du droit au logement, qui sont fondamentalement deux tentatives de donner un cadre politique à ces processus.

#### *Les politiques de l'accompagnement dans les années 2000*

La période ouverte au milieu des années 1990 est marquée par une série d'efforts tous azimuts pour instiller de la cohérence dans les organisations de l'Etat social. Animés par la haute administration et, dans une moindre mesure, par les groupes d'usagers et les professionnels, ces efforts cherchent à la fois à élargir la palette des interventions reconnues par l'Etat et à intégrer davantage les systèmes d'acteurs impliqués dans leur mise en œuvre. Tout se passe comme si, après avoir laissé ses organisations proliférer pendant la période précédente, l'Etat décidait de remettre d'un coup son infrastructure en phase avec ses moyens. Cette activité réformatrice intense, dont l'ampleur est équivalente à celle des années 1960 et 1970, concerne à la fois les politiques sectorielles et la régulation du système dans son ensemble. Elle aboutit d'une part aux grandes lois des années 2000 : loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; et d'autre part à la relance du processus réformateur dans les différents secteurs de l'Etat providence : la mise en place d'une nouvelle dynamique d'action publique intégrative dans le champ de la santé mentale à la suite du rapport Piel-Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » et par ailleurs de la reconnaissance du handicap psychique par la loi de 2005 ; l'approfondissement du droit au logement et le lancement du logement d'abord à partir de la fin des années 2000 autour d'une volonté d'intégrer les filières d'accès au logement.

L'accompagnement est au centre de ces réformes. Il inspire la mise en place de nouveaux crédits et de normes destinés au financement d'une série d'interventions à domicile et l'adaptation des nomenclatures d'établissement et services. C'est notamment la reconnaissance après 2005 des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ; la mise en place et l'élargissement de la PCH et de l'allocation personnalisée d'autonomie ; le lancement de nouvelles stratégies relevant du logement accompagné, inclusif ou de l'intermédiation locative au croisement du logement et de l'action sociale. Au niveau interorganisationnel, par ailleurs, un certain nombre d'instruments sont créés pour favoriser les coopérations entre services et acteurs, que ce soit du côté de la planification et de la programmation des services, de celui de la gestion ou encore de la construction des filières de prises en charge.



Dans le même temps, cependant, la période voit émerger une série d'interrogations nouvelles sur les limites de l'accompagnement. Non seulement les autorités s'interrogent sur le coût de l'autonomie laissée aux services dans l'organisation de leurs interventions. Mais plus largement les acteurs insistent sur le risque que les accompagnements ne parviennent pas à répondre effectivement aux besoins d'une série de populations : c'est particulièrement le cas de certaines personnes à la rue relevant de l'urgence sociale mais aussi de certaines populations handicapées. D'un autre côté, les années 2010 voient monter une critique des coûts associés à la fragmentation du système d'organisations composant le social : à la fois du point de vue des parcours d'accompagnement lorsque les personnes font face à de trop nombreuses ruptures de parcours ; et d'un point de vue politique ou populationnel au regard des inégalités territoriales. Ces critiques aboutissent dans les années 2010 à une série de tentatives d'instiller de l'intégration dans les systèmes d'organisations, en promouvant les rapprochements entre établissements dans des consortiums – syndicats, groupements -, en incitant aux fusions, dans le champ associatif, des hlm ou des établissements hospitaliers, en tentant d'instituer de nouvelles mesures de financements et de planifications plus intégrées, et avec la tentative de développer de nouveaux modes de financements au parcours.

Nos analyses sont ainsi suggestives du cheminement de l'accompagnement dans les politiques sociales et médico-sociales. A l'issue de la période celui-ci s'est solidement installé dans le paysage des organisations du social. L'accompagnement au logement, en particulier, est devenu une composante essentielle des politiques de santé mentale, du handicap et du logement. Pour autant son déploiement ne s'est pas fait sans ambiguïtés. L'accompagnement apparaît comme un modèle peu théorisé par les acteurs, peu soutenu par les organisations et mal vu des gestionnaires. Cela explique que les pratiques ont donné lieu à une diversité d'interprétations relevant de modèles théoriques, de visions de la maladie mentale et du logement, d'organisations différentes et pour partie antagonistes, qui faute de normes ou standards aboutissent à brouiller finalement le modèle. Le risque est ainsi que bon nombre de pratiques d'accompagnement au logement soient reversées dans des logiques de prise en charge institutionnelles lorsque les personnes finissent par être prisonnières des accompagnements exclusifs, comme elles pouvaient l'être auparavant de l'institution totale ; d'autant que la frontière entre logement et hébergement apparaît floue. Les deux autres opérations de recherche visaient ainsi à éclairer ces tensions en observant les pratiques d'accompagnement en train de se faire.

### *3. Penser la construction des accompagnements depuis l'hôpital : le rôle des investissements*

Cette opération de recherche visait à éclairer la construction par les équipes hospitalières des projets d'accompagnement au sortir des hospitalisations psychiatriques. La question que nous nous posions était de comprendre dans quelles conditions, avec quels moyens, et finalement selon quelle

dynamique ces équipes engagent et mènent à bien le travail de définition de la situation conduisant à proposer et mettre en place l'accompagnement au logement. Notre recherche nous a permis de dégager un cadre d'analyse pour rendre compte de ces processus. Nous avons particulièrement mobilisé la notion d'investissement pour caractériser la façon spécifique et dynamique dont les équipes développent des projets avec les personnes. Cette section revient sur ces analyses.

En psychiatrie l'hospitalisation psychiatrique est le plus souvent une réponse à une situation globale de crise. Le concept de décompensation utilisé par les cliniciens exprime bien l'idée d'une série de dysfonctionnements en chaîne conduisant finalement à un effondrement de la personne sur le plan psychique, personnel et social. Les symptômes psychiatriques tels qu'ils sont définis dans les manuels sont ainsi rarement à eux seuls la raison de l'hospitalisation même si certains suffisent à justifier sa prolongation parce qu'ils sont en eux-mêmes un risque pour la personne ou son entourage : les pensées suicidaires ou les comportements d'agitation violente par exemple, qui imposent d'exercer une surveillance constante sur la personne pour éviter les passages à l'acte. A contrario un état délirant ou des symptômes dépressifs peuvent être tolérés à domicile dès lors que la famille est en mesure d'y faire face ou que la personne assume plus ou moins les actes de la vie quotidienne. Ce sont ainsi le plus souvent des crises affectant non seulement la personne mais plus largement sa relation à l'ensemble de son entourage qui conduisent à l'hospitalisation : un épisode de violence ou de dégradation, le retrait de la personne dans son logement au risque de se mettre en danger faute de s'alimenter correctement et de laisser son environnement se dégrader, ou encore une transformation de l'environnement familial à la suite d'une séparation, de la pathologie ou du décès d'un proche.

L'hospitalisation doit ainsi apporter une réponse à une série de difficultés multidimensionnelles. Les bilans et entretiens menés par les équipes leur permettent d'acquérir à cette fin une compréhension globale de la situation : l'enchaînement des processus ayant conduit à la crise, la causalité respective de facteurs psychiques, familiaux et sociaux, le point de vue des uns et des autres. Ces bilans et entretiens conduisent souvent à révéler des difficultés qui étaient ignorées des personnes et de leur proches : difficultés tolérées jusqu'alors mais dont les protagonistes prennent conscience du coût qu'elles font peser sur l'ensemble de la constellation familiale, ou encore face auxquelles la personne et ses proches ne disposaient pas de solution. Les familles prennent conscience de ce que fait peser sur leur propre santé mentale les crises à répétitions d'un proche, les équipes découvrent les conditions de logement intolérables de la personne ou encore l'hospitalisation révèle une pathologie sous-jacente qui n'avait pas été diagnostiquée jusque-là.

Une fois ces évaluations menées à leur terme, les équipes sont ensuite susceptibles de déployer un travail plus ou moins extensif touchant des dimensions plus ou moins nombreuses de la vie de la

personne : elles prescrivent des traitements pour mettre sous contrôle les symptômes et traiter les maladies, elles mènent des entretiens à vocation thérapeutique ou éducatifs avec les différents membres de la constellation familiales ; elles peuvent également ouvrir des droits sociaux, mettre en place des aides, intervenir sur les conditions de logement de la personne, sur sa vie relationnelle, son travail ou plus généralement ses habitudes de vie.

Les façons dont les équipes mènent ces évaluations et dont elles engagent ces interventions sont cependant extrêmement variables d'une équipe à l'autre et, pour une même équipe, d'un patient à l'autre : elles dépendent des conceptions qu'elles ont de la nature des troubles mentales et de leur rôle face à ces pathologies, de la relation qu'elles ont ou qu'elles veulent avoir avec la personne ou encore des possibilités d'action à leur disposition à la fois au sein de leur équipe et parmi leurs partenaires sur le territoire.

La notion d'investissement nous a ainsi semblé particulièrement utile pour rendre compte des façons différenciées dont les équipes déploient à certains moments clefs des trajectoires des interventions plus ou moins extensives auprès des personnes. Dans un contexte où le mandat de la psychiatrie est relativement indéterminé, l'investissement caractérise l'écart entre ce qu'une équipe est susceptible d'entreprendre au profit d'une personne et ce que ce qu'elle entreprend réellement pour elle. Les paramètres importants sont ainsi le temps qu'elle lui consacre, la nature des soins, thérapies et traitements qu'elle lui propose, les différentes actions qu'elle entreprend, ou encore la façon dont elle mobilise à son profit son réseau.

Le cas d'une patiente de 60 ans admise dans un état délirant à l'hôpital psychiatrique rural de notre recherche illustre notre analyse. Inconnue de l'hôpital jusqu'alors, c'est l'intervention de son médecin généraliste, alarmé par la dégradation de son état de santé, qui conduit à son hospitalisation. Très isolée depuis le décès de son mari, la patiente est couverte de dette et vit depuis plusieurs semaines dans un état de dénuement profond. L'équipe hospitalière se rend rapidement compte qu'il ne sera pas possible de la renvoyer chez elle – elle n'a pas les revenus pour payer son loyer – et que faute de solution de logement adapté, il faut l'orienter vers un établissement résidentiel. Au cours de l'hospitalisation, outre de nombreux traitements psychiatriques et médicaux visant à mettre sous contrôle sa pathologie psychiatrique et stabiliser son régime alimentaire, l'équipe engage une série de démarches : elle sollicite une mesure de protection, organise la vente de ses biens, la résiliation de son bail, la mise en ordre de son dossier retraite, son admission à un EHPAD et va jusqu'à faire faire le contrôle technique de sa voiture dont celle-ci aura besoin sur place pour pouvoir sortir. L'ensemble de ces démarches auront pris un an et demi, durée pendant laquelle la patiente est restée hospitalisée dans le même service.

Au cours de l'hospitalisation, l'équipe a ainsi investi pratiquement toute l'existence de la personne, prenant en charge tant la gestion de sa maladie que ses revenus ou son logement. A l'issue de celle-ci, l'investissement du service a conduit à une renégociation en profondeur des conditions de vie de la personne. Notons que si l'équipe continue d'être engagée auprès de la personne à l'issue de l'hospitalisation – elle lui fournit un psychiatre référent et accueillera la personne en cas de décompensation – son investissement a été transitoire et n'a duré que le temps de passer le relais à la structure d'hébergement.

Cet exemple montre que le travail que mènent les équipes psychiatriques face à ces situations est ainsi par nature multidimensionnel. Si on essaie de le caractériser plus précisément ce travail on peut isoler les éléments suivants. D'une part les équipes s'efforcent de mettre sous contrôle les symptômes présentés par la personne : traiter l'humeur dépressive, réduire le délire ou les hallucinations, faire cesser un état d'agitation. Les équipes interviennent aussi sur les pathologies somatiques : stabiliser un diabète ou un problème hépatique, faire cesser des tremblements ou encore traiter les conséquences d'une consommation excessive de toxiques ou d'une alimentation déséquilibrée. Ensuite les professionnels équipent la personne et son entourage de compétences personnelles face à la maladie. Ils s'efforcent de leur inculquer une conscience ou une connaissance des manifestations de la maladie ils cherchent à les rendre tolérables pour les uns et les autres. Ils essaient aussi de faire prendre conscience à la personne et à ces proches des comportements de nature à favoriser la survenue des symptômes ou à l'inverse les prévenir.

Les équipes sont ensuite susceptibles de contribuer à mettre en place des ressources, aides financières ou services en nature, que les personnes pourront mobiliser à la sortie de l'hôpital. Pour cela elles ouvrent des dossiers et échangent avec les diverses agences susceptibles d'attribuer une aide. Elles mobilisent leur réseau pour adresser la personne à des services sociaux ou médico-sociaux ou encore à des confrères. Enfin les équipes sont susceptibles d'intervenir sur l'environnement ou l'infrastructure d'habitation de la personne : elles font des visites au domicile de la personne pour préparer son retour, procèdent à des achats ou, comme dans le cas de la patiente plus haut, font réaliser certaines interventions par des professionnels – réparation d'un réseau électrique, nettoyage du logement voire réparation de la voiture, elles s'enquière des conditions de travail de la personne et lui suggèrent éventuellement des adaptations, ou alors elles font des courriers à la médecine du travail ou scolaire.

Ce travail peut être par ailleurs plus ou moins extensif et systématique : il peut être concentré sur telle ou telle dimension ou bien concerner plusieurs d'entre elles : l'équipe peut se contenter d'intervenir sur la maladie sans se préoccuper de la situation sociale de la personne ; l'équipe peut avoir pour priorité le retour dans un logement indépendant de la personne et concentrer sur cet

aspect ses interventions ; elle peut aussi chercher à favoriser la poursuite de ses études ou son insertion professionnelle en sollicitant un dispositif soin étude ou en engageant la personne à faire le point avec un conseiller d'insertion ; elle peut encore intervenir sur l'ensemble de ces différents champs.

Ces différentes actions mobilisent des moyens plus ou moins considérables au sein de l'équipe et elles présentent donc pour elles un coût. Le temps consacré à une personne ne pourra pas l'être à une autre. Les organisations hospitalières reposent certes sur un grand nombre de routines qui permettent d'optimiser l'organisation du travail et de minimiser les coûts pour les équipes : la concentration dans certains services des admissions sur un jour de la semaine, les réunions de synthèses quotidiennes permettant de traiter au besoin les problèmes soulevés par certains patients, des essais d'organiser un parcours hospitalier en prévoyant notamment un protocole d'admission. Mais dans le cas des patients au long cours qui forment l'essentiel de la clientèle des services de psychiatrie de secteur, les hospitalisations sont souvent conçues par les équipes comme des projets personnels au cours desquels elles élaboreront et mettront en œuvre une série d'interventions sortant par définition des logiques de parcours. Le coût pour les équipes de ce travail est ainsi d'autant plus prégnant.

Une autre façon de rendre compte de l'investissement d'une équipe est ainsi de décompter les actions qu'elles entreprennent effectivement au profit d'une personne. Le tableau ci-après donne ainsi une liste des différents types d'activités déployées dans un service type et du coût que représentent chacune.

CONSULTATIONS ET ENTRETIENS MEDICAUX	L'ensemble des personnes hospitalisées bénéficient de consultations à caractère médical avec un médecin, interne ou infirmier, mais celles-ci peuvent être plus ou moins nombreuses et fréquentes, et elles peuvent avoir des objets et des formats divers.
TRAITEMENT	Les personnes reçoivent à l'hôpital toutes des traitements, mais certains traitements peuvent faire l'objet d'un investissement spécifique lorsqu'il s'agit de traitement expérimentaux, dans le cas de troubles résistants, lequel se traduit par une attention portée à l'administration du traitement ou une surveillance accrue du patient.
RÉUNIONS D'ÉQUIPE	Les réunions quotidiennes et hebdomadaires sont les principaux temps officiels de discussions des usagers. Le temps consacré aux différents patients du service à chaque réunion est extrêmement variable et manifeste à chaque moment l'investissement du service.
SURVEILLANCE & OBSERVATIONS	Ces interventions traditionnellement dévolues aux infirmiers et aides-soignants visent plusieurs objectifs : sécurité des usagers, maintien de l'ordre, et observation

	thérapeutique.
TRAVAIL DE DOSSIER	Le travail de dossier est réparti entre les secrétaires du service et les différents professionnels. Son extension et sa charge pour les équipes dépend essentiellement des autres dimensions du travail.
ENTRETIEN SOCIAL	Les patients ont au moins un entretien avec l'assistante sociale du service pour mettre à jour leurs droits. Le travail social peut prendre une dimension considérable et impliquer alors au-delà des seules assistantes sociales l'équipe médicale lorsqu'il s'agit d'ouvrir certains droits, de mettre en place des protections, ou encore d'organiser l'adressage à un service ou un établissement social.
ENTRETIENS PSYCHOLOGIQUES	Moins systématique que les entretiens médicaux les entretiens psychologiques visent à documenter l'évaluation de la personne ou ont une vocation thérapeutique et peuvent être alors répétés.
MÉDIATION FAMILIALE	Désigné ici toutes les activités en lien avec la famille afin de les tenir informés, mobilisés ou à distance d'une prise en charge. Il s'agit des opérations les plus simples d'appels et/ou de mails, plus sophistiquées comme des mesures d'éloignement, ou plus officielles dites « entretien familial ».
ACTIVITE D'ACCOMPAGNEMENT	Les équipes prolongent leurs diverses interventions dans le cadre hospitalier par une série d'interventions à l'extérieur, dans le logement, auprès des proches, dans le voisinage. Ces activités sont des sorties avec les personnes à visée rééducative ou bien elles visent à préparer son retour en organisant avec elle tel ou tel aspect de leur milieu.
TRAVAIL D'ARTICULATION	Les équipes doivent tout au long de l'hospitalisation mener un travail d'articulation avec les autres intervenants auprès des personnes. Cela passe par des appels téléphoniques, l'échange de dossier, voire des réunions de synthèses. L'extension de ce travail dépend à la fois de l'extension des aides formelles mobilisées autour de la personne et de la façon dont l'équipe hospitalière mobilise ces aides.
GESTION & ANIMATION DE LA VIE QUOTIDIENNE	<u>Les activités de gestion</u> et d'animation de la vie quotidienne visent à maintenir l'ordre du service. Elles concernent des tâches logistiques comme la distribution des repas ou le ménage mais aussi l'organisation d'activités de groupes dont sont susceptibles de bénéficier certains patients et d'autres pas.

L'idée d'investissement renvoie à ainsi une métaphore économique. Dans un contexte où les ressources et les moyens dont disposent équipes – lit d'hospitalisation, temps en personnel, matériel, réseau d'adressage – sont limitées, ce que fait une équipe pour un patient doit être payé de retour : l'investissement d'une équipe auprès d'un ou d'une patiente vise à faire en sorte que celle-ci se passe ultérieurement de ses services. L'investissement des équipes est en ce sens un pari sur l'avenir : sa formalisation par les protagonistes met en œuvre des projections et des promesses, mais

aussi des marchandages ou encore la tentative de stabiliser des garanties. L'hospitalisation fonctionne à bien des égards comme une mesure de son succès ou de son échec : la réhospitalisation d'une personne est le prix d'un investissement raté. Les équipes s'investissent auprès de leurs patients dans la mesure où elles estiment que leur action permettra de lui garantir des futurs à distance de l'hôpital. Le cas de personnes sans domicile dont les équipes savent qu'elles finiront par revenir au service faute de disposer des ressources pour tenir, illustre à contrario les limites des paris que font les équipes sur ces futurs. Les échecs d'adressage survenant lorsqu'une personne ne tient pas dans le service, l'établissement ou encore le logement adapté que les équipes auront pris le temps de monter sont pour celles-ci des défaites amères et elles provoquent généralement des moments d'échanges émotionnels forts.

La notion d'investissement nous permet par ailleurs d'analyser l'allocation par les équipes de leurs moyens dans des situations où la valeur sociale de la personne à elle seule ne suffit pas à déterminer les moyens que les équipes mettront en oeuvre. La notion de valeur sociale a été développée par la sociologie du travail médical pour rendre compte de l'allocation de ressources rares en contexte hospitalier : les protocoles d'allocation des premières greffes, dans un contexte d'extrême rareté, analysés dans les travaux classiques de Renée Fox, qui formalisaient des critères priorisant certaines personnes sur d'autres ; ou encore les études menées sur les urgences hospitalières qui montraient, à situation médicale équivalente, la mobilisation différentielle des équipes pour leurs patients. En psychiatrie de secteur les enjeux sont sensiblement différents en raison de la chronicité des maladies mentales : les patients suivis par les équipes de secteur le sont pour des décennies. Les équipes conçoivent ainsi leur investissement auprès de leurs patients dans le cadre de projections portant sur des trajectoires de longs termes : elles dépendent à la fois de relations nouées dans la durée et de ce que les équipes sont susceptibles d'anticiper dans des futurs parfois éloignés. Cela explique qu'un changement dans l'équipe – un nouveau chef de service, le remplacement d'un médecin ou d'un infirmier référent connu du patient depuis plusieurs décennies – soit susceptible de conduire à une réévaluation d'ensemble de l'investissement du service – souvent dans le sens d'un réinvestissement du patient. A contrario les équipes ont tendance à ne pas trop investir des patients jeunes à l'occasion des premiers épisodes psychotiques de façon à ne pas préempter le futur et éviter une psychiatisation précoce.

Au-delà de ces observations nos analyses suggèrent que plusieurs facteurs déterminent l'investissement d'une équipe auprès de ses patients :

. Les moyens et ressources dont disposent les patients face à la maladie et à ses conséquences jouent un rôle déterminant pour les équipes. Leur investissement dépend à cet égard moins de besoins éventuellement objectifs que de leur appréciation de la façon dont les personnes, avec l'aide

éventuellement de leur entourage, sont susceptibles de satisfaire ces besoins. Elles ont tendance à peu investir les patients bien entourés : à la fois parce qu'elles estiment que les moyens qu'elles sont susceptibles de mettre en place sont plus utiles à des patients isolés et pour éviter d'interférer dans la structure familiale. L'appréciation des équipes peut cependant changer du tout au tout lorsqu'elles constatent qu'une famille est maltraitante ou que la dynamique familiale leur semble participer de la pathologie.

. Le mode d'adressage. L'adressage des patients est susceptible d'influer de plusieurs façons sur l'investissement des équipes hospitalières en fonction de la nature des collaborations nouées avec les partenaires dans la prise en charge de ces patients ou plus généralement. Si les équipes collaborent déjà dans la prise en charge d'un patient, l'investissement de l'équipe hospitalière dépendra de la façon dont elle conçoit son intervention auprès du service qui l'a sollicité – par exemple l'équipe d'un foyer ou d'un EHPAD qui a sollicité la réhospitalisation d'un patient : l'équipe hospitalière peut se voir comme prestataire de service pour ce service et limiter son investissement, ou à l'inverse elle peut considérer que c'est elle qui a la direction de la trajectoire de maladie et maintenir un investissement important. D'un autre côté les équipes déploient aussi leur investissement en fonction de la relation au long cours qu'elles entretiennent avec l'adresseur : il arrive que les chefs de service demandent à leurs équipes de soigner particulièrement un patient adressé par un collègue même lorsque le cas ne semble pas présenter un intérêt ou une difficulté spécifique pour préserver la relation avec ce collègue.

. L'investissement d'une équipe auprès d'un patient est construit au cours du temps. On a souligné que les équipes de secteur étaient réglementairement contrainte d'accepter dans leur file active les patients de leur territoire. Les équipes ont tendance à limiter leur investissement auprès des nouveaux patients en espérant qu'elles trouveront des ressources à l'extérieur du service. L'investissement des équipes se renforce ensuite au fil du temps à mesure que se construit une histoire commune. Mais cette trajectoire peut connaître des moments de relâchement lorsque la situation du patient semble se stabiliser et que son suivi s'installe dans une forme de routine, ou des retournements en cas de crises entre le patient et le service.

. L'investissement comporte une dimension affective ou émotionnelle. Les équipes nouent des relations privilégiées avec certains patients dont la situation ou le caractère les touche. Ceux-ci deviennent alors la mascotte du service, ils suscitent une abondance de discours, sont au centre de projets spécifiques. A contrario les équipes ont tendance à limiter leur investissement, pour des raisons plus ou moins avouables, auprès des patients difficiles.



. L'investissement qu'une équipe est susceptible de déployer pour un patient dépend par ailleurs de la territoriale des réseaux locaux de coopération. L'hôpital rural et l'hôpital métropolitain de notre enquête présentaient à cet égard deux profils bien distincts : l'équipement du territoire rural en services et établissements sociaux était très déficitaire par rapport au territoire métropolitain et les équipes alors que par ailleurs la pression sur l'hospitalisation y était également moins forte – il y avait ainsi en permanence au moins un lit disponible pendant la durée de notre enquête. Les équipes hospitalières devaient déployer davantage d'effort pour adresser un patient à des services très sollicités et elles avaient tendance à davantage prendre en charge dans la durée des dimensions plus nombreuses : faire plus de visites à domicile, à organiser un suivi médical plus dense.

L'investissement d'une équipe auprès de ses patients traduit ainsi la nature de la relation nouée avec ceux-ci à l'intérieur de réseaux de coopération locaux. L'investissement n'est pas une donnée objective mais il caractérise de façon qualitative un mode spécifique de relation avec les personnes dans la construction de projections et de projets de trajectoire. La notion nous semble permettre ainsi de nature à éclairer à la fois la nature et l'extension des ressources distribuées par les équipes hospitalières. Elle est ainsi une contribution à la compréhension des trajectoires différenciées construites par les systèmes locaux de santé mentale.

#### *4. Le déploiement du travail d'accompagnement à domicile*

Notre troisième opération de recherche visait à éclairer le travail d'accompagnement à domicile en train de se faire. Nous voulions particulièrement comprendre comment les équipes construisent et déploient les accompagnements, les façons dont elles décident ce qu'ils convient de faire et dont elles évaluent les effets de ce qu'elles font, et l'expérience qu'en ont les personnes accompagnées. La première section développe notre réponse à la question de l'initiation des projets d'accompagnement. Elle prolonge les analyses de la partie précédente sur l'investissement des équipes hospitalières en examinant la façon dont les équipes d'accompagnement sélectionnent les demandes qui leur sont adressées et déterminent les patients qu'elles acceptent d'accompagner : l'accompagnement repose moins sur l'évaluation des besoins des personnes que sur la mise à l'épreuve de leur capacité à bénéficier du service. La seconde partie propose des pistes d'analyse du travail d'accompagnement : alors que de nombreux travaux insistent sur le caractère peu standardisé voir improviser du travail au jour le jour, nous mobilisons la notion d'infrastructure pour mettre en évidence ses dimensions plus structurelles qui participent à inscrire l'accompagnement dans la vie des personnes.

#### *Accompagner des personnes stabilisées*

On l'a vu, à l'hôpital, la construction des trajectoires d'accompagnement dans le logement est le résultat de l'investissement différencié des équipes auprès des patients. Comment s'opère le tri dans

les demandes et la sélection des personnes lorsque l'on se situe sur l'autre bord de l'adressage, aux côtés des services d'accompagnement ? Notre enquête suggère que, au-delà des critères formels affichés par ces derniers, ceux-ci sélectionnent les personnes qu'elles estiment accompagnables, c'est-à-dire qu'elles jugent en mesure de s'autonomiser : le principal critère retenu pour mettre à l'épreuve cette qualité est la stabilité de la personne.

Comme un certain nombre de travaux l'ont souligné, la catégorie de malade stabilisé joue un rôle central dans l'économie des services de santé mentale aujourd'hui. Elle est à la fois un objectif des thérapies psychiatrique et un critère pour décider la fin d'un traitement ou d'une hospitalisation, une façon de catégoriser les malades et d'organiser des services de prise en charge ou d'accompagnement. La notion a cependant un caractère relativement flou voire polysémique. Elle n'apparaît pas dans les dictionnaire ou manuels, elle ne fait pas l'objet de définition standardisée dans la littérature et moins encore d'échelles ou d'instruments susceptibles d'aider à son appréciation. Les sociologues ou anthropologues qui ont tenté de caractériser la nature des jugements portant sur la stabilité soulignent qu'elle renvoie à un jugement global, peu réflexif, porté sur la personne, sur son comportement et son attitude.

Plutôt que de chercher dans les propriétés des personnes ce qui fonde l'appréciation portée sur leur stabilité, nous suggérons que les jugements des équipes sur le sujet renvoient au fond à une qualité de la relation établie entre une équipe et une personne : la stabilité d'une personne est d'abord le constat éprouvé par une équipe au cours d'une période plus ou moins longue qu'elle saura se conformer à une série de normes sociales. La stabilité installe à cet égard un régime d'attentes spécifiques à l'égard de la personne : celle-ci ne présentera pas de comportements manifestement déviant, elle saura se conformer aux normes attendues dans la situation dans laquelle elle se projettera, elle ne présente pas de risque de crise susceptible de remettre en cause les arrangements constitués autour d'elle.

L'évaluation de la stabilité d'un patient par une équipe impliquée en routine dans sa prise en charge est à certains égards relativement simple. Les équipes connaissant bien un patient qu'elles suivent depuis plusieurs années ont en effet de nombreuses situations de références auxquelles comparer la personne qu'elles ont en face d'elles : elles savent ainsi repérer les signes qui suggèrent que la personne est sortie de son état délirant, qu'elle a « repris pied », qu'elle est « redescendue sur terre » ou encore qu'elle a retrouvé l'humeur et le dynamisme qui lui permettait jusque-là de mener ses activités. Le problème est tout autre lorsque les équipes sont confrontées à des personnes qu'elles ne connaissent pas et dont l'enjeu est de savoir si elles sont suffisamment stabilisées pour pouvoir être utilement accompagnées par le service, comme c'est le cas pour les services d'accompagnement au moment d'accepter ou non une candidature. Dans ces situations les équipes

doivent se donner les moyens de mettre à l'épreuve la stabilité des personnes par le biais *d'enquêtes*.

Les enquêtes menées sur les candidatures qu'elles reçoivent par les équipes d'accompagnement sont des procédures complexes et longues, s'étalant parfois sur plusieurs semaines, qui pèsent particulièrement sur les personnes mais demandent aussi des équipes à la fois un savoir-faire et de savoir répondre à des questionnements moraux parfois exigeants. Elles peuvent être plus ou moins protocolisées et elles comportent au minimum un certain nombre de passages obligés, mais chaque enquête a aussi sa logique propre qui correspond à la façon de faire et aux critères de l'équipe et aux spécificités des personnes. Comme toutes les enquêtes, elles connaissent des tournants et des rebondissements, elles peuvent être relancées ou au contraire être classées sans suite prématurément par la découverte d'éléments incidents.

De façon générale les équipes rassemblent un dossier documentaire, sollicitent la recommandation de collègues ayant eu affaire à la personne, elles mènent des entretiens avec celles-ci, et elles visitent leur domicile. A la fin du processus, les équipes rassemblent un ensemble d'éléments hétérogènes fait de données administratives et sociales, d'événements biographiques, de compétences évaluées et de discours sur eux-mêmes, qu'elles composent de façon spécifique pour constituer un tableau d'ensemble de la situation de la personne et porter un jugement sur sa stabilité.

Ce dernier comporte trois grandes dimensions. En premier lieu la pathologie doit être stabilisée : la personne ne doit pas présenter de risque de décompensation ou plus largement de comportement anormal qui risquerait de la mettre en difficulté face à son entourage. Dans le cas des pathologies psychotiques rencontrées fréquemment dans les services de notre enquête, les équipes s'assurent ainsi que les personnes ne présentent pas de symptômes positifs : hallucinations, délires, troubles de la pensée et du langage, agitation ou les troubles psychomoteurs ; ces derniers seraient en effet par nature des facteurs de perturbation pour l'ordre local. Par contraste la présence d'une symptomatologie négative, ralentissement intellectuel ou trouble de l'attention, difficulté à engager des relations sociales ou retrait social apparaît moins problématique et elle est même parfois considérée comme un avantage par les équipes, qui estiment que les personnes concernées sont moins susceptibles de poser des problèmes.

Ensuite la stabilité des personnes comporte une dimension sociale : elle renvoie au fait qu'elles ont consolidé un réseau d'aides formelles et informelles à même de les soutenir. Ces aides peuvent être l'existence d'une famille ou d'un réseau amical, ou un suivi rapproché par une équipe psychiatrique. A cet égard les évaluations des équipes d'accompagnement s'appuient en partie sur la confiance

qu'elles placent dans les autres services intervenant auprès d'une personne : par exemple les équipes d'accompagnement se fieront à la recommandation d'un psychiatre présentant un de ses patients comme une étant une personne « stabilisée » si les équipes ont déjà collaboré avec lui et qu'elles savent qu'il sera là en cas de difficulté. Comme d'autres candidatures – on pense à des candidatures en milieu académique ou professionnels – les jugements émis sur les personnes sont ainsi aussi des jugements sur les collègues. De façon plus générale, les équipes sont sensibles aux parcours des personnes et à ce que celles-ci disent de leur capacité à fidéliser un réseau d'aide : elles auront tendance à être méfiante à l'égard de trajectoire faites de nombreuses ruptures, ou bien à des personnes ayant manifestement expérimenté de nombreux services.

Enfin la stabilité renvoie au fait que la personne développe un récit cohérent d'elle-même. Cette dimension est particulièrement mise à l'épreuve au cours des entretiens individuels. Les équipes attendent alors que les personnes construisent un récit reliant trois temporalités : leur passé et l'émergence des troubles psychiques ; leurs conditions de vie au moment de l'entretien ; et leurs perspectives d'avenir, en incluant dans cette projection une représentation des bénéfices que l'accompagnement pourrait leur apporter. Les personnes, qui arrivent à ces entretiens avec une idée plus ou moins précise des modalités d'intervention qui leur sont proposées (dans les appartements associatifs) ou avec une totale méconnaissance des programmes (dans les services d'accompagnement), doivent « jouer » le rôle de « bons candidats » et « défendre » leur candidature. Leur façon de parler, le contenu de leur discours, leur présentation de soi, etc., sont des éléments déterminants.

A partir de ces trois dimensions, les équipes constituent différentes figurations de la stabilisation selon la philosophie du service, la façon dont elle conçoit les problèmes des patients et son rôle face à ces problèmes. De manière synthétique, pour l'équipe des appartements associatifs, la stabilité d'une personne est associée à son parcours, à son « adhésion au traitement » et aux règles d'habitation : les candidatures évaluées positivement émanent de personnes suivies depuis des années par les équipes de secteur (hôpital, CMP, hôpitaux de jour et CATTP, par exemple), qui honorent leurs rendez-vous, prennent régulièrement leurs médicaments (certains sont surveillés ou se voient administrer des formes intraveineuses pour assurer la prise du traitement) et suivent les conseils prodigués par leurs référents soignants (ou font semblant de les suivre). Le nombre de mois ou d'années de suivi par le même psychiatre indique, implicitement, que la personne est en mesure de tenir, dans la durée, son engagement vis-à-vis des soins.

Dans le SAMSAH de notre étude, la stabilité renvoie moins à celle de la personne que de son diagnostic : le SAMSAH se concentre en effet sur des jeunes présentant un risque élevé de trouble psychotique et ses interventions sont prévues de façon générale dans un cadre de prévention ; ses

responsables insistent en conséquence sur le fait que la personne répondent effectivement à des critères cliniques stricts de façon à éviter l'engorgement du service par des personnes présentant des situations sociales complexes. Enfin, pour le SAVS la stabilité est davantage associée à la solidité ou à la fragilité des ressources socioéconomiques et des liens sociaux. Par ailleurs cette équipe est particulièrement sensible à la façon dont les personnes se projettent dans une trajectoire d'accompagnement et expriment leur motivation à le faire.

Ces jugements synthétiques sont cependant susceptibles d'être aménagées au cas par cas en fonction des impressions des équipes ou des contraintes et demandes auxquelles elles font face. Des éléments qui pourraient être considérés comme rédhibitoires pris isolément peuvent ainsi être compensés par d'autres favorable. Par exemple, au SAVS, une personne très isolée socialement et ne bénéficiant pas de soins psychiatriques mais exprimant son désir de se faire soigner, d'entamer des démarches pour accéder à des droits sociaux, à un emploi voire à des loisirs, peut voir son dossier évalué positivement, notamment si ses compétences langagières lui permettent de produire un récit cohérent d'elle-même.

A l'issue de cette enquête, les personnes accompagnables sont ainsi celles pour lesquelles les équipes auront construit une représentation stabilisée. L'observation de l'interaction avec trois candidats au cours d'une session de recrutement des appartements associatifs illustre particulièrement ces analyses.

*Note de terrain du 8 juin 2018, réunion de l'équipe AAVT*

*Le psychiatre, le psychologue, l'infirmière et les deux infirmiers qui composent l'équipe reçoivent trois « candidats » dans le cadre d'une session de recrutement d'un nouveau colocataire pour occuper une « place » récemment libérée suite au départ d'une résidente.*

*La première des candidates, Mme Ndyaié, est une femme âgée d'une cinquantaine d'années, hospitalisée depuis deux ans. Elle semble un peu somnolente, la cadence de ses phrases est lente. Marius, psychiatre, l'invite à présenter son histoire de vie à l'équipe en termes généraux, mais elle finit par livrer le récit de son hospitalisation : « Je vais mieux mais les médicaments me fatiguent beaucoup. J'allais déjà mieux au début de l'hospitalisation, j'ai demandé au médecin de changer mes médicaments mais on ne m'a pas écoutée ». Très rapidement elle fait savoir qu'elle n'a pas envie de vivre en colocation : « Cela me fait penser à quand je vivais avec ma mère... en plus, je prends ma douche pendant longtemps », habitude qu'elle ne voudrait pas devoir négocier avec ses éventuelles futures colocataires. Poliment, Marius lui dit que si elle change d'avis, elle pourra reprendre contact avec l'équipe plus tard, dans les prochains mois.*

*Juste après sa sortie, c'est le tour de Mme Faure, trentenaire, dont la candidature a été déposée par ses référents en CMP. Marius ne parvient pas à ouvrir son dossier sur l'ordinateur. La jeune trentenaire nous explique qu'elle vit avec sa mère après une période pendant laquelle elle avait habité seule, dans un studio appartenant à son père, situé dans*

*la petite couronne parisienne. Il y a trois ans, raconte-t-elle, elle a « commencé à se sentir mal » et a initié un suivi en CMP, coïncidant avec son retour au domicile maternel, situé dans l'aire géographique couverte par les secteurs associés au programme AAVT. Elle n'a jamais été hospitalisée. Questionnée sur son intérêt à habiter en appartement associatif, elle affirme avoir envie « d'expérimenter son autonomie » et de « découvrir la vie en colocation ». Avant la fin de son entretien, elle demande des informations sur le prix du loyer, la durée du contrat et souhaite savoir si les sous-locataires sont obligés de « dormir tous les soirs à l'appartement ». Dès qu'elle quitte le bureau, les membres de l'équipe se regardent, Marius commente « Bien, non ? » et Adrien réagit « On la prend, on va le dire à Mme Villeneuve » [sa future colocataire]. « Elle respecte les ordres », commente le psychiatre qui, devant partir en vacances le mois suivant, signe le contrat de sous-location dès la fin de la réunion, avant même que Mme Faure ne visite l'appartement, étape pourtant incluse dans la procédure standard d'entrée dans les logements.*

*Alors que la place est vraisemblablement déjà prise, le troisième candidat est reçu : M. Aw, 38 ans, d'origine sénégalaise (il porte d'ailleurs un t-shirt qui fait référence au « Centenaire des tirailleurs sénégalais »). Il vit depuis dix mois au foyer de postcure. M. Aw a travaillé en tant que magasinier cariste dans une gare parisienne avant d'être hospitalisé et ne dispose que du Revenu de solidarité active (RSA) pour subvenir à ses besoins. Par conséquent, affirme-t-il, il serait difficile pour lui de payer les « 300 euros environ » de loyer en appartement associatif. Il souhaite reprendre son activité professionnelle et attend le traitement de sa demande d'Allocation pour adultes handicapés (AAH). Le psychiatre de l'équipe lui dit qu'il est un « bon candidat », mais qu'il faudrait qu'il soit présent aux visites à domicile (VAD), réalisées deux fois par mois, en cas d'admission dans l'appartement. M. Aw explique qu'il lui semble difficile de s'absenter de son poste pour rester à la maison et accueillir l'équipe d'accompagnement. Un des membres de l'équipe lui fait savoir que la présence aux « VAD » est une condition non-négociable pour accéder aux logements accompagnés. M. Aw explique donc qu'il préférerait habiter seul et qu'il n'a pas apprécié ses expériences de colocation précédentes. Dès qu'il quitte le bureau où l'équipe se réunit, le psychologue de l'équipe rebondit : « Je ne suis pas sûr qu'il puisse reprendre son travail, c'est certainement une construction psychotique », c'est-à-dire déconnectée de la réalité et irréalisable.*

Les trois candidatures examinées au cours de cette section présentent trois cas de figures mettant en œuvre de façon différentes les trois dimensions de la stabilité évoqués ci-dessus : la première personne n'exprime pas la motivation pour rejoindre le service ; la troisième laisse entendre que sa pathologie pourrait peser sur son comportement ; la deuxième candidate, par contraste, suscite l'adhésion en raison notamment du récit qu'elle produit d'elle-même.

Ces observations prolongent ainsi les analyses que nous avons proposées plus haut de la notion de besoin : les candidats sélectionnés par les équipes d'accompagnement le sont à l'issue d'un processus de mise à l'épreuve davantage que d'évaluation ; la question que posent les équipes porte sur les compétences actuelles des personnes plutôt que sur des besoins potentiels. La notion de besoin intervient ainsi peu dans les jugements des équipes : elle est un point de départ à la candidature mais ne détermine pas l'évaluation – ou à la mise à l'épreuve – qu'en font les équipes.

Cette dernière se présente comme un jugement global, synthétique et relativement univoque, de la personne prise dans son ensemble. C'est, à cet égard, à dessein que nous avons eu recours au vocabulaire du recrutement : les personnes sont bel et bien prises dans un processus de candidature qu'elles doivent faire avancer en mobilisant les ressources dont elles disposent et au prix d'un engagement personnel ; c'est à bien des égards sur elles que reposent le succès de l'admission. Les services vont moins au-devant des besoins qu'ils ne laissent ceux-ci venir à eux.

On pourrait penser que les équipes ont la latitude de mettre en œuvre ce mode de sélection et qu'elles peuvent se permettre de ne conserver parmi les candidatures qu'elles reçoivent que celles qui leur paraissent les moins problématiques parce que leur nombre excèdent les capacités d'accueil ; mais de fait ces dernières sont moins liées qu'on pourrait le penser à une idée d'effectif sanctionné par une réglementation ou une norme. Même les appartements associatifs issus du secteur psychiatrique, dont le modèle financier interdit de garder vacantes des places parce que le paiement des loyers repose essentiellement sur la contribution des résidents, ont tendance à surseoir à un recrutement lorsqu'ils ne trouvent pas les candidatures qui conviennent – et certaines équipes psychiatriques de secteur nous ont rapporté avoir fermé leur service parce qu'elles estimaient ne plus avoir de candidats adaptés, alors même que le relogement des patients du secteur continuait de poser problème. Les capacités d'accueil des services d'accompagnement de notre étude étaient encore plus élastiques et les équipes s'autorisaient une grande latitude pour gérer les admissions. Au final nous suggérons que ce phénomène explique pour une part l'écart qu'il existe nécessairement entre les évaluations que proposent les services d'accompagnement des candidats qui leur sont proposés et l'évaluation des besoins exprimés par les personnes ou par les enquêtes.

#### *Une opération d'inversion : le logement comme infrastructure de l'accompagnement*

Le second grand résultat issu de ce chantier de recherche est une analyse du travail d'accompagnement en train de se faire. Nous avons souligné, et de nombreux auteurs ont observé avant nous, à la fois la grande variété de ce qui est fait au cours des accompagnements et le caractère apparemment improvisé des pratiques telles qu'elles se déploient au jour le jour. L'accompagnement ne suit pas un plan ou des normes établies à distance. Il semble s'inventer ici et maintenant en fonction d'éléments contingents avec lesquels les protagonistes doivent nécessairement composer selon leurs aptitudes et appréciation. C'est particulièrement vrai des visites à domicile : si elles s'inscrivent parfois dans une routine – mais c'était rarement le cas dans les services de notre étude aux contraires d'autres services qui mettent en place des visites quotidiennes destinées à aider la personne dans telle ou telle tâche, soins corporels, préparation des repas, ménage –, et si elles visent d'autres fois des fonctions précises – s'assurer qu'un usager que l'on n'a pas vu depuis quelques jours et qui ne répond pas au téléphone va bien, faire le point annuel sur la



tenu de l'appartement... - plus souvent elles sont abordées comme des séquences composées librement par l'intervenant et la personne. Les rendez-vous et réunions assurées au siège du service par contraste sont généralement imprégné d'une dynamique davantage protocolisée.

Les analyses précédentes ont déjà suggéré les limites de cette vision. Au minimum, les accompagnements se déploient dans des réseaux de coopérations formels et informels. Ce que font les uns tient nécessairement compte de ce que font les autres. L'accompagnement n'est pas une chorégraphie à deux danseurs, c'est au minimum un ballet impliquant plusieurs corps déployant chacun leurs propres règles. Pour que ce ballet fonctionne bien, il repose nécessairement sur un ensemble de conventions formelles et informelles qui s'imposent aux différents protagonistes.

Nous suggérons ici d'ajouter un élément de structuration supplémentaire : les accompagnements se déploient également à partir de et en s'appuyant sur une infrastructure matérielle. L'observation dans la durée des accompagnements permet en effet de comprendre que ceux-ci ne sont pas inventés à chaque fois à partir de rien, mais qu'ils déploient des pratiques s'appuyant sur et visant à la production et la reproduction d'une infrastructure de l'accompagnement.

Importée des études sur les sciences et les technologies, la notion d'infrastructure peut être définie comme un ensemble d'artefacts, techniques, instruments et objets soutenant et rendant possible une activité donnée. Dans une recherche sur l'hospitalisation à domicile de personnes affectées de maladies chroniques (en l'occurrence l'asthme et l'hémophilie), la sociologue Henriette Langstrup (2013) a montré comment les équipes installent ce qu'elle appelle une « infrastructure de soins chroniques » qui permet de transporter les soins depuis les établissements de santé et de les installer au domicile des personnes. Les récipients qui permettent le transport des médicaments à des températures stables depuis les pharmacies hospitalières au domicile, les téléphones que patients et patientes utilisent pour obtenir des conseils auprès des infirmières des établissements médicaux, les placards et frigidaire qui conservent les traitements à domicile, etc., sont autant d'éléments constituant cette infrastructure.

Langstrup montre, par exemple, comment un patient associe la prise journalière de médicaments contre l'asthme au brossage des dents : les médicaments sont disposés à côté de sa brosse à dents, afin qu'il se rappelle de les prendre deux fois par jour, le matin et le soir ; cette association automatise aussi le fait de se rincer la bouche après inhalation du traitement – dans le cas contraire, une infection fongique orale peut apparaître. Les tâches constituant la gestion de la maladie s'intègrent ainsi à la vie quotidienne et à l'espace domestique : la prise des médicaments devient l'extension d'un geste ancré dans la routine domestique du patient, plutôt qu'une nouvelle routine à part entière. Cette superposition (d'artefacts, de pratiques, de sens attribués à ces pratiques, de



routines) est une des caractéristiques des infrastructures, comme le pointe Susan Star (2018 [1999]) lorsqu'elle affirme que les infrastructures ne partent jamais de zéro mais qu'elles sont construites à partir d'un socle préexistant.

Dans le cas de l'accompagnement au logement en santé mentale, la création de l'infrastructure de la prise en charge repose sur une opération pratiquement *inverse* de celles à l'œuvre dans les maladies chroniques auxquelles s'intéresse Langstrup. Les équipes n'ajoutent pas de nouveaux éléments infrastructurels à l'infrastructure domestique. Mais elles identifient dans celles-ci des éléments pouvant être mobilisés pour rendre le travail d'accompagnement possible et durable, y compris en leur absence. Ce faisant, les équipes transforment le domicile des personnes dans un processus d'infra-structuration (Edwards 2019) : elles dotent les infrastructures du domicile d'une capacité cognitive nouvelle en leur associant des propriétés susceptibles d'être intériorisées et incorporées par les individus.

Au départ le domicile participe d'un environnement qui détermine son emplacement (dans une zone urbaine, périurbaine ou rurale, par exemple), sa place dans l'échiquier social (dans des quartiers prisés, habités par les classes moyennes ou bien délaissés), son statut (propriété privée, logement à caractère social, locatif ou sous-locatif), son cadre bâti (prédéfini par les conventions architecturales d'une époque, des goûts établis par les lois du marché, par des paramètres fonctionnels et esthétiques socialement définis), son niveau d'accessibilité et de communicabilité avec d'autres (infra)structures. L'infrastructure domestique est ainsi coulée dans des structures et infrastructures architecturales, énergétiques, des systèmes de provision d'eau, des technologies de communication et d'information, des arrangements ruraux ou urbains qui organisent des réseaux de transports, de signalétique, des lois qui régissent l'occupation des lieux, la démographie, etc.

Le domicile est également encastré dans l'infrastructure territoriale de santé mentale : sa localisation définit les conditions d'accès aux programmes d'accompagnement ; de même, il détermine la faisabilité des visites à domicile ; il se trouve également articulé à une variété d'établissements socio-sanitaires : aux équipements du secteur psychiatrique (CMP, hôpital, CATTP, ESAT, etc.), à un cabinet de médecine de ville, à des structures d'assistance sociale, à une offre plus ou moins diversifiée et accessible de services privés et publics.

A partir de ces propriétés du domicile, les équipes s'efforcent d'installer dans le quotidien des personnes des routines que celles-ci sont censées (ré)insérer ensuite dans les temporalités sociales normales de manière à installer l'accompagnement dans la continuité de la vie quotidienne des personnes, même en l'absence d'interactions en face à face ou côte à côte. L'objectif est que les prescriptions médicales et socioéducatives délivrées par les accompagnatrices s'inscrivent dans la vie

des personnes, sans empiéter sur l'autonomie de ces dernières, ni mobiliser les logiques d'action contraignantes associées à l'institution psychiatrique/du handicap. Cela se fait au prix d'une surveillance rapprochée des conduites des personnes accompagnées, y compris dans leur monde privé. Le domicile et ses propriétés matérielles sont ainsi transformés en site de travail pour les équipes et les personnes.

Pour cela les équipes mènent deux opérations. D'une part, elles se déplacent avec des classifications médicales et/ou socioéducatives en tête, avec des techniques d'intervention, des émotions et des compétences relationnelles. D'autre part, les propriétés matérielles du logement (les portes, volets, ustensiles domestiques, objets de décoration, poubelles, bouteilles, appareils électroménagers, etc.) sont appariées à des pratiques de soin lors des visites domicile, donnant ainsi forme non seulement à l'intervention à domicile mais aussi à la manière dont les personnes accompagnées vivent le handicap psychique et l'accompagnement.

Un des principaux enjeux des accompagnements est d'invisibiliser leur présence dans la vie des personnes accompagnées. Les infrastructures sont souvent décrites comme « invisibles » ou « transparentes », au sens où elles sont reléguées à l'arrière-plan de la vie quotidienne. Les équipes s'efforcent de produire des appariements similaires à celui entre la prise de médicaments et le brossage de dents dans l'étude de Langstrup de façon à invisibiliser au fil du temps la portée thérapeutique ou socioéducatrice de l'accompagnement au domicile.

Ce procédé peut être appliqué pour les médicaments (les personnes accompagnées sont invitées à les placer bien en vue, sur une table de chevet ou dans la cuisine, par exemple, ou au contraire dans leur portefeuille pour qu'ils soient à portée de main dans n'importe quel lieu et situation), pour le rangement et pour le ménage (l'équipe des Appartements associatifs remarque que le ménage est souvent fait la veille des visites à domicile, car les sous-locataires savent que l'état de propreté de l'appartement sera évalué, façonnant une sorte de convention tacite), et plus largement, pour le « bien habiter » (les équipes espèrent que, progressivement, les personnes adoptent de bonnes pratiques d'habiter sans que des rappels réguliers ne soient faits et, dans ce cas, les visites à domicile tendent à se raréfier, montrant le fonctionnement optimal de l'infrastructure d'accompagnement).

Un enjeu de l'infrastructure d'accompagnement est la possibilité de la rendre pérenne dans le temps et dans l'espace, comme l'infrastructure domestique - les logements en eux-mêmes sont censés durer, ils ne peuvent pas être radicalement transformés sans que des arrangements sociaux (contrats, droits de propriété, règlement de copropriété, etc.) autorisent la tenue de travaux ou leur destruction (sauf en cas de catastrophe). Les visites à domicile cherchent ainsi à créer et entretenir un appariement entre l'accompagnement et l'habiter, mais les équipes n'ont pas de garantie que

leur travail va s'inscrire durablement dans le quotidien des personnes. L'objectif ultime est de faire en sorte que les personnes incorporent à un tel point les suggestions ou injonctions des équipes qu'elles puissent préserver cet appariement et par là garantir la continuité et la progression des programmes : s'occuper individuellement et entretenir son domicile, s'aligner durablement sur des rythmes et des modes d'habiter normaux, en dehors de l'espace-temps des visites à domicile et indépendamment des éventuelles interpellations des professionnels, permet de maintenir et de faire durer l'infrastructure domestique de santé mentale.

Le processus d'infra-structuration (c'est-à-dire de transformation du domicile en infrastructure de santé mentale) requiert un double processus d'apprentissage de la part des équipes. Elles doivent d'abord devenir familières du lieu où habite la personne et des usages que celle-ci en fait : lorsqu'elles s'y rendent pour la première fois, elles doivent anticiper et calculer la durée du déplacement, se repérer géographiquement pour y arriver, identifier dans la plupart des cas le nom de famille des personnes accompagnées dans la liste figurant sur les digicodes ou bien composer le code renseigné au préalable, avant d'être accueillies par celui ou celle qui les reçoit. Elles doivent ensuite devenir familières des pièces et objets qui composent le domicile ainsi que des pratiques d'habiter des personnes. Ensuite, c'est l'utilité potentielle de ces éléments dans le cadre de l'accompagnement qui entre en compte : comment faire en sorte que ce qui est « déjà-là » soit « thérapeutique » ou « éducatif » ? Par exemple, si dans un premier temps, la visite a une visée « diagnostique » qui permet de constater les défaillances (une personne dont l'hygiène corporelle et domestique est jugée négligée), dans un second temps, il s'agira de donner l'impulsion pour une réparation (proposer des « ateliers hygiène » ou « socio-esthétique », faire un premier ménage avec la personne tout en espérant qu'elle intégrera ultérieurement cette pratique à son quotidien) et, enfin, dans un troisième temps, des visites régulières peuvent être réalisées afin de maintenir l'apprentissage acquis.

Pour ce faire, les équipes doivent apprendre, avec les personnes accompagnées, les nouvelles dispositions des objets à mettre en place et instaurer de nouvelles manières de les manipuler, dans l'optique de produire des effets durables. Grâce à « l'accès à la quotidienneté » des personnes, les équipes identifient leurs habitudes de vie à domicile ainsi que la manière dont ces habitudes sont liées à d'autres activités et rôles sociaux. L'identification et la transformation de ces habitudes est le cœur même du travail d'infra-structuration : les équipes partent du présupposé que les personnes accompagnées méconnaissent ou ne respectent pas (ou peu) les conventions sociales relatives à l'usage de certains artefacts du domicile.

Un pan entier des accompagnements est ainsi consacré à l'entraînement des personnes à l'usage de ces artefacts. Les équipes proposent, de manière plus ou moins systématique, des « ateliers » (au

siège ou à domicile) ou bien des VAD qui s'organisent autour des façons de se servir de l'électroménager, par exemple. Bouilloire, plaque de cuisson, microondes, machine à laver, aspirateur, etc., sont des objets qui soutiennent le quotidien et qui, associés aux programmes d'accompagnement, deviennent des outils de façonnement des manières d'habiter. Cela suppose l'incorporation de certaines normes et standards. Comme l'écrit Edwards : « Normes et routines réduisent le poids de la prise de décision et limitent l'incertitude dans les interactions, en fournissant des scripts prêts à l'emploi. Dans le cas des infrastructures, elles font plus que cela ; elles deviennent, en quelque sorte, des composantes de l'infrastructure, des éléments de sa fonction sur lesquels les utilisateurs, les responsables de la maintenance et les gestionnaires de l'infrastructure peuvent s'appuyer tacitement ». Répétées au quotidien, ces normes et conventions pénètrent les corps comme les esprits, devenant invisibles et automatiques.

Dans le cas de l'accompagnement à domicile, ce processus est censé promouvoir l'intégration de pratiques d'habiter normales. Cela devient particulièrement saillant dans la manière dont les équipes entraînent les personnes accompagnées à exécuter des « gestes élémentaires de l'appropriation » (Grand, 2013) : nettoyer, ranger, aménager et décorer. Il s'agit d'abord d'un travail qui s'effectue sur les propriétés matérielles du domicile : avec le consentement des personnes, le travail à domicile peut se traduire en tri et débarrassage des objets jugés inutiles (bouteilles, anciennes factures, chaussures et vêtements abîmés, etc.), rangement des papiers et de documents variés, aide au montage et au démontage des meubles, nettoyage d'une pièce ou du logement entier, ou décoration de celui-ci. Selon les accompagnatrices, ces différentes actions visent, d'une part, à rendre le logement plus fonctionnel et confortable et, d'autre part, à favoriser l'investissement et l'appropriation du domicile. Du point de vue des professionnels, ces deux visées sont inséparables et indissociables des capacités cognitives des personnes.

Finalement c'est lorsque les protagonistes butent sur les limites de l'infrastructure du domicile ou font face à des défaillances ou dysfonctionnements, que l'infrastructure de l'accompagnement est rendu visible : si les espaces du logement sont sales ou encombrés, si des machines électroménagères sont en panne, si les provisions en eau, gaz ou électricité sont suspendues par faute de paiement des factures, etc., ce sont des signes que l'appariement du domicile et de l'accompagnement ne s'est pas produit de manière optimale. Les interventions de secours mis en place par les équipes montrent comment l'entretien et la réparation du domicile passent aussi, voire surtout, par un travail sur les pratiques d'habiter. La réparation de l'infrastructure est un point névralgique du travail d'accompagnement à domicile. Dès lors qu'il s'agit de réparer des composantes matérielles ou bien des manières d'habiter, cela se fait progressivement, par le biais de visites à domicile régulières, qui s'inscrivent dans la trajectoire des programmes et conditionnent leur

cursus. Cela implique des négociations avec la personne accompagnée et soulève, le plus souvent, la participation d'autres actrices et acteurs : des plombiers, des magasins de mobilier, des services de livraison, des aides à domicile, etc. Quoiqu'il en soit, il s'agit toujours d'une double réparation : celle de la matérialité du domicile et celle de ses usages.

*Conclusion : au-delà des besoins, penser la régulation des accompagnements*

On l'a dit plus haut, les pratiques d'accompagnement sont volontiers présentées par les professionnels et par une partie des commentateurs comme des pratiques idiosyncrasiques, pratiquement improvisées et libérés des ancrages institutionnels. Ces auteurs soulignent que c'est ainsi que les accompagnements peuvent se permettre de répondre effectivement aux besoins des personnes et que les équipes parviennent à avoir une relation plus authentique avec elles. Cette philosophie ne signifie pas les pratiques d'accompagnements seraient arbitraires ou qu'elles seraient à la discrétion des professionnels. L'accompagnement n'est pas dans cette philosophie l'absence de norme : c'est la relation d'accompagnement qui serait normative ; elle déploierait une norme propre qui s'imposerait aux acteurs. Cette normativité découlerait profondément de la nature proprement éthique de la relation d'accompagnement.

Notre recherche met cependant à mal cette représentation. Nos analyses soulignent en effet le poids de déterminants de nature organisationnelle et matérielle sur les pratiques d'accompagnement. D'une part l'accompagnement doit être abordé comme une forme organisationnelle spécifique reposant sur le travail conjoint, dans une logique de projet, d'équipes indépendantes mais liées par un ensemble de conventions formelles et informelles. Cette dimension organisationnelle pèse considérablement dans la façon dont équipes et personnes formalisent les besoins de ces dernières : elles conditionnent la façon dont ces besoins sont susceptibles d'être effectivement reconnus par les équipes autant que la réponse que celles-ci sont susceptibles d'y apporter. A bien des égards les besoins des personnes apparaissent moins comme la condition que comme le résultat de la dynamique d'accompagnement.

D'autre part nous avons aussi montré la façon dont le travail d'accompagnement repose sur des enjeux matériels que nous avons analysés à l'aide du concept d'infrastructure : les infrastructures de l'accompagnement forment une trame ou un réseau liant les logements où sont déployés les accompagnements aux locaux, hôpitaux, bureaux des services d'accompagnements, où sont basés les professionnels. Ces infrastructures constituées à partir de l'infrastructure du logement rendent possible le travail d'accompagnement et lui donnent son sens. En même temps elles donnent un cadre aux pratiques et finalement façonnent la conception des besoins pris en compte par les équipes d'accompagnement.

Ces différentes analyses éclairent la production des politiques publiques concernant l'accompagnement au logement des personnes souffrant de pathologies ou de handicaps psychiques. Elles invitent à développer des représentations plus exactes de l'offre de services, représentations qui tiennent compte des dynamiques concrètes de production des accompagnements dans des réseaux de coopération interorganisationnels. Les difficultés à construire l'évaluation des besoins d'accompagnement et les limites de la planification ne sont pas à cet égard seulement liées aux limites des instruments de connaissance du système : elles traduisent plus profondément l'inadéquation des systèmes de catégories et des dispositifs d'enquête sur lesquels reposent cette connaissance et avec elles les pratiques de planification et de programmation actuelles. L'enjeu est de moins de stabiliser des volumes de places dans des services développant tel ou tel type d'accompagnement que de se donner les moyens de représenter des filières d'accompagnement impliquant dans des formats divers des services eux aussi divers. A cet égard nos enquêtes appellent des prolongements qui permettraient d'éclairer la construction concrète de l'offre de services par les acteurs de première ligne et les agences de régulation au niveau territorial.

D'un autre côté nos enquêtes plaident également pour la mise en place de procédures visant à assurer la prise en compte effective de l'expression que les personnes donnent à leurs besoins. L'enjeu est moins à cet égard de garantir la satisfaction des besoins exprimés, que, par des dispositifs d'appels et de supervision, la possibilité qu'ils soient portés dans les organisations complexes de l'accompagnement : l'enjeu semble de taille pour éviter une surdétermination des besoins par les organisations. Un rôle pourrait être joué par les dispositifs de coordination et d'articulation aux différentes échelles du système, au sein des services grâce à l'intervention d'intervenants non professionnels, travailleurs pairs ou pair aidants, comme à l'échelle interorganisationnelle en renforçant les dispositifs de recours. Les réflexions développées dans la suite du rapport Piveteau sur le « zéro sans solution » pourraient permettre des avancées sur ce dernier plan.

## DIFFUSION/COMMUNICATION

### ***Livrables externes réalisés (15 à 50 lignes maximum)***

Henckes, N. 2019. Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ? *L'Information Psychiatrique*, 95(4), pp. 245-250.

Henckes, N. 2020. Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ? *Pratiques en Santé Mentale*, (2), pp. 37-45.

Henckes, N. 2022. Logement d'abord : agenda et conditions d'une politique publique. *La politique du logement d'abord en pratiques*. Lyon, Editions Rhizome.

Henckes, N. & Marquis, N. 2020. Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie. *Anthropologie et Santé*.

Azevedo, M. 2021. Adapter le milieu ordinaire ? Pratiques de mobilité quotidienne de personnes bénéficiant d'un accompagnement en santé mentale en France. *Aequitas – Revue de développement humain, handicap et changement social*, 21(2), pp. 29-41.

Azevedo, M. 2022. L'appropriation du logement à l'épreuve de l'accompagnement en santé mentale : le cas des personnes vivant en appartement associatif en France. *Lien social et politiques*, (87).

Azevedo, M. 2022. *Domestiquer le handicap psychique? Pratiques et expériences de l'accompagnement dans le logement en santé mentale*. Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, soutenue le 1<sup>er</sup> décembre 2022

**Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger)**

***Journée d'étude organisée dans le cadre du projet :***

Organisation de la journée « L'accompagnement du logement. Santé mentale et habitat entre action publique, pratiques et expériences », en coopération avec la Fédération Santé Mentale France – Ile de France, Paris EHESS, 23 mai 2019

***Communications***

Azevedo, M. « Loger, soigner et accompagner à domicile les personnes handicapées psychiques: quelles pratiques, quelles expériences? ». Séminaire Introduction à la sociologie du handicap (animé par Isabelle Ville), École des hautes études en sciences sociales, le 25 mai 2021, Paris, France.

Azevedo, M. « Quelle place pour les personnes handicapées psychiques dans la ville de demain ? », Colloque Habiter ensemble la ville de demain, École normale supérieure de Lyon, le 9 septembre 2020.

Azevedo, M. « Au-delà de l'hôpital : (dé)placer les soins psychiatriques à domicile », École thématique de l'EHESS, Institutions de soin : crises et transformations aux Nords et aux Suds, 25-29 novembre 2019, Marseille, France.

Azevedo, M. « (Em)placing care: reflections on housing and home support for persons with psychosocial disabilities in France », 8th Annual Conference of ALTER – European Society for Disability Research, 05-06 September 2019, Cologne, Allemagne.

Azevedo, M. « Places, spaces, territories: socio-spatial issues on home-based mental health care in France », Health and Social Theory Research Group - Department of Sociology, Durham University, 10 juin 2019, Durham, UK.

Azevedo, M. « Lieux, milieux, espaces et territoires: enjeux socio-spatiaux du dispositif d'accompagnement à domicile des personnes handicapées psychiques en France », Journée d'étude « L'accompagnement du logement. Santé mentale et habitat entre action publique, pratiques et expériences », organisée par Nicolas Henckes (CNRS-CERMES3) et la Fédération Santé Mentale France – Ile de France, EHESS, 23 mai 2019, Paris, France.

Azevedo, M. « Domestiquer la folie – une étude sur l'accompagnement à domicile des personnes handicapées psychiques en France », Conférence ALTER 2018 : Transforming practices and knowledge through the lens of disability – experiences, transmissions, training, organizations. 5-6 juillet 2018, Lille, France.

Henckes, N. « Accompagner. La réorganisation du social au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle », Intervention au séminaire du Centre de sociologie des organisations, octobre 2022



Henckes, N. « Le bien-être des usagers et des aidants au risque des organisations: perspectives issues de l'enquête Habiter avec un accompagnement » Grand rendez-vous de l'IReSP. Démocratie en santé : quelles perspectives de la re-cherche en santé mentale, 8 juillet 2022

Henckes, N. « Organisations et relations : évaluer l'accompagnement au logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves », Conférence AL-TER, Bruxelles, 7 et 8 juillet 2022

Henckes, N. « Un plaidoyer pour l'organisation des droits » Autonomie de vie, choix, et inclusion dans la société, CAPDROITS-CONFCAP 2021. Conférence scientifique et citoyenne. Université Lyon 2, 2-3 juillet 2021

Henckes, N. « Habiter avec un accompagnement », Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale. Les apports de la recherche soutenue par le Programme Autonomie de l'IReSP/CNSA entre 2017 et 2020. Journée de recherche organisée par l'IReSP et la CNSA le 20 mai 2021

Henckes, N., « La coordination en santé mentale : nécessité ou vertu ? », Journée « Les conseils locaux de santé mentale 12 ans après: qu'est-ce qui a changé », organisée par l'Association Elus Santé publique et Territoires et le Centre national de ressource et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, 15 novembre 2019

Henckes, N., Novembre 2019 « Une affaire de financement, de droits et d'organisation? Eclairages sociologiques et politiques sur l'accessibilité des services de santé », Journée nationale de l'Association des Directeurs d'Etablissements de Santé Mentale, Paris, 13 novembre 2019

Henckes, N., « Beyond deinstitutionalization: the legacy of the anti-institutional move-ment and the limits of mental health policy in France, 1980-2020 », Conférence Deinstitutionalisation: the Dutch way?, organisée par Joost Visselaar, Utrecht University, 31 octobre 2019

Henckes, N. « Consoler sans classier? Des classifications et de leurs limites dans le traitement social des maladies mentales graves », Conférence Semi-plénière au Congrès de l'Association Française de Sociologie, 28 août 2019, Université d'Aix en Provence

Henckes, N. « Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ? », Conférence plénière Journées nationales de la Fédération Santé Mentale France, juin 2019

Henckes, N. « Les organisations de la santé mentale après la désinstitutionnalisation », Journée « Que devient la psychiatrie au XXIe siècle ? », organisée par le Laboratoire Recherche en Psychopathologie, Université Rennes 2, 7 juin 2019

Robicquet, P. L'état de la désinstitutionalisation. Politiques et instruments de la déshospitalisation en santé mentale. Colloque ALTER 2022 (Bruxelles). Juillet 2022

Robicquet, P. Professionnels et réseaux de santé en psychiatrie publique à l'épreuve de la pandémie. AFS Lille, RT1/RT19. Juin 2021

Robicquet, P. Recompositions croisées des professions et des institutions de santé en psychiatrie publique. AFS Lille, RT1. Juin 2021

Robicquet, P. Role and Boundary Issues of Public Psychiatrists. Cross-Study of Professional and Organizational Dynamics in Public Psychiatry. ISA Forum of Sociology. RC52, Sociology of professional groups. February 2021

Robicquet, P. Principles of Professional Competition and Rules of Collective Action in French Public Psychiatry. IV ISA Forum of Sociology. RC52, Sociology of professional groups. February 2021



Robicquet, P. Limites et conséquences en psychiatrie, de l'injonction au partenariat de soin 2019-2020. Colloque international sur le partenariat de soin. Toulouse. Février 2021 (Poster)

Robicquet, P. Les institutions de la psychiatrie au miroir de l'épidémie. Les principes du secteur « dégradé ». Séminaire EHESS, « Les organisations du Welfare ». Juin 2020

Robicquet, P. The status of French psychiatry at the turn of the 21st century. Methodological issues for a socio-history of organizations and work. Journée d'étude « Rencontre doctorale franco-japonaise », organisée à l'EHESS par le Centre de Recherche sur le Japon. Mars 2019

#### **Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet**

#### **Liste des communications au grand public**

*Publications, site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation*

#### *Glossaire*

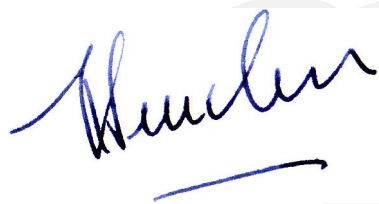
**Livrable** : tout composant matérialisant le résultat de la prestation de réalisation. Toute production émise par le titulaire au cours du projet : document, courrier revêtant un caractère officiel, module de code logiciel, dossiers de tests, application intégrée, objet, dispositif...

**Livrable interne** : réalisé au sein du programme et non communiqué à l'extérieur du programme.

**Livrable externe** : élément diffusé ou livré hors de la communauté du projet de recherche.

**Faits marquants** : élément non nécessairement quantifiable mais significatif pour le projet.

Signature du rédacteur et/ou du coordinateur scientifique de projet (si différents) :



**Ce document est à renvoyer aux adresses suivantes :**

[suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)

