

Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social : les appartements accompagnés en santé mentale

Nicolas Henckes, Marcos Azevedo, Anne Quintin

▶ **To cite this version:**

Nicolas Henckes, Marcos Azevedo, Anne Quintin. Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social : les appartements accompagnés en santé mentale. [Rapport de recherche] CERMES3; Santé Mentale France; Fondation de France. 2018. hal-01880479

HAL Id: hal-01880479
https://hal.science/hal-01880479

Submitted on 24 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société

CNRS UMR 8211 – INSERM U988 – EHESS - UPD

Site CNRS, 7 rue Guy Môquet 94801 VILLEJUIF CEDEX

01 49 58 36 34 - cermes@vjf.cnrs.fr

Loger et Soigner
Une sociologie d'un dispositif médico-social : les appartements accompagnés en santé mentale

Rapport de recherche pour Santé Mentale France et la Fondation de France

Nicolas Henckes

avec Marcos Azevedo et Anne Quintin

Septembre 2018

Résumé

Ce rapport propose une exploration du monde des appartements accompagnés dans le champ de la santé mentale en France. Par ce terme nous caractérisons une série de services mettant à disposition de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves des appartements qu'ils leur louent en même temps qu'ils leur proposent un accompagnement médico-social. Ces services sont des appartements associatifs à visée thérapeutique animés par les équipes de secteur, des services à caractère social œuvrant dans le champ de la grande précarité comme ceux de l'expérimentation « un chez soi d'abord » ou encore des appartements gérés par des associations à caractère social ou médico-social. Notre recherche constitue d'une part une histoire de ces services depuis les premières expérimentations dans le cadre de la politique de secteur dans les années 1970 jusqu'à celles nées de l'essor du médico-social et des rapprochements de la politique de santé mentale et du logement au cours des deux dernières décennies. D'autre part nous analysons le travail des équipes engagées dans ces services au croisement de l'accompagnement médico-social et du travail thérapeutique. Enfin nous proposons une réflexion sur l'implantation de ces services et leur évaluation. Au final nous prétendons développer la sociologie d'un dispositif médico-social. Ce travail repose sur une enquête par entretien menée dans trois territoires français avec des responsables et des équipes engagées dans ces services.

Mots-Clefs

Institutions, Psychiatrie, Médico-social, Accompagnement, Logement, Politique de santé mentale

Table des matières

Remerciements **9**

I. L'ENQUETE 11

1. Introduction **13**
Prendre la mesure d'une question 13
L'accompagnement vers le logement : médical, médico-social ou social ? 17
Une sociologie d'un dispositif médico-social 21
L'enquête 27
Plan du rapport 34
Conventions de citation 35

2. Catégories, classifications et modèles dans le secteur sanitaire et médico-social 37
L'administration des catégories : le répertoire FINESS des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales en France 42
Les classifications internationales des services de santé mentale : caractériser les services à l'échelle internationale 53
Supported housing : modéliser le logement adapté en santé mentale 62
Conclusion 67

II. LE REGARD HISTORIQUE 71

3. La fabrique d'un dispositif, ou les appartements accompagnés entre bricolage, mouvement social et ambition **73**
Aux origines d'une pratique 74
La vie mode d'emploi : s'installer en appartement 74
Les associations : entre militantisme professionnel, animation locale, patronage et opportunisme 84
Les années 1980 et 1990 : entre succès et normalisation des pratiques 90
Les réseaux locaux 91
Le rôle des mouvements nationaux 93
Les appartements accompagnés font leur entrée dans le Code de la Santé Publique 95
Quantifier le succès 98
Le tournant des années 2000 (1). Contraintes et mutations de la psychiatrie de secteur 100

L'épuisement d'un modèle 101
Les contraintes de l'environnement normatif 106
Un nouvel esprit de la psychiatrie de secteur 110
Le tournant des années 2000 (2). L'émergence de nouvelles pratiques entre social, médico-social et psychiatrie 115
Une nouvelle problématisation de l'action publique en santé mentale 116
Les appartements accompagnés dans la politique du handicap psychique 122
L'entrée par la question du logement 130
Les perspectives actuelles 135
Conclusion : les dynamiques d'un dispositif 138

III. LES DIMENSIONS DU TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT 143

4. Les dynamiques d'accompagnement 151
Le travail d'accompagnement 151
Entre maintenir dans le logement et émanciper les personnes 154
Les dynamiques de projet 163

5. Loger, soigner 173
Les limites des « parcours coordonnés » 174
Entre le médical et le social 180
La composition des interventions 184
Le travail de démarcation 185
La variabilité de la division du travail entre équipe 190
La gestion du processus thérapeutique 196
L'organisation du travail de soin et d'accompagnement 198

6. Contractualisation, conditionnalité et accessibilité des services 209
La forme des contrats 212
La nature des conditions au logement 215
La justification des conditions 217
Les critères informels 219
Les filières d'accès aux services d'appartements accompagnés 229
Les conditions d'accessibilité des appartements 231
Une économie des conditions 233

Conclusion. Les logiques de l'habiter 239

IV. L'IMPLANTATION DU DISPOSITIF 241

7. Les évaluations du dispositif 243
Le cadre des évaluations 244
Les évaluations des besoins 250

Les évaluations des besoins dans le Code de l'Action Sociale et des Familles 251
Les évaluations des besoins dans les plans santé mentale 257
Les évaluations des besoins dans la planification locale des équipements de santé mentale 265
La force des chiffres : hospitalisations inadéquates et populations concrètes 268
Les évaluations des besoins par les responsables de structures 271
Les évaluations des pratiques 275
La valorisation financière 283
Professionnels et évaluation 289
Conclusion 291

8. Des dynamiques territoriales ? 293
Des configurations territoriales ? 296
Dans les Bouches du Rhône un dispositif animé par des acteurs sanitaires en mutation, entre crise sociale et rétablissement 296
Dans le Nord : consolidation de la psychiatrie de secteur et nouveaux acteurs du logement 301
En Essonne : l'héritage de la sectorisation et les dynamiques du médico-social 303
Rendre compte du dispositif territorial 304
Les formes d'intégration locales 310

V. PERSPECTIVES 315

REFERENCES 323

Remerciements

Nous remercions avant tout l'ensemble des équipes psychiatriques, sociales et médico-sociales, des personnels administratifs et politiques, des usagers et familles, qui nous ont généreusement donné de leur temps, nous ont accueillis, ont répondu et souvent devancé nos nombreuses et infatigables questions. Leurs analyses, les réflexions et les commentaires qu'elles nous ont faits forment la matière première de ce rapport. Nous espérons que notre travail reflète leur engagement pour leur travail et leurs institutions. Il n'aurait simplement pas de raison d'être sans lui.

Comme nous le rapportons plus loin, ce document est issu de la commande du petit groupe constitué de Martine Barrès, Clément Bonnet et Bernard Durand à la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marines, devenue en 2016 la Fédération Santé Mentale France. Nous les remercions de nous avoir à la fois littéralement embarqués dans ce projet et accompagnés avec enthousiasme, intérêt et peut-être surtout patience tout au long de notre recherche. Leurs conseils, suggestions, commentaires et relectures ont joué un rôle décisif dans la forme que ce document a finalement trouvée. A Santé Mentale France et sur l'un de nos terrains d'enquête, à Marseille, Dolorès Torrès a été elle aussi un appui important qui nous a aidé à nous orienter et nous a soutenu au cours de notre recherche. Ce travail a par ailleurs été rendu possible par une subvention attribuée par la Fondation de France. Nous remercions particulièrement pour leur soutien et, encore une fois, leur patience, le comité maladies psychiques de la Fondation de France et Karine Pouchain-Grépinet.

Notre enquête et nos analyses n'auraient probablement pas eu la même dimension si Nicolas Henckes n'avait été invité par Alain Ehrenberg à participer à l'éphémère Conseil National de la Santé Mentale auprès du ministère de la Santé entre octobre 2016 et janvier 2018. A défaut d'avoir transformé la politique de santé mentale de ce pays, les rencontres et les discussions qu'il a rendu possibles ont été un ingrédient important dans la maturation de notre recherche. Magali Coldefy, notamment, nous a fait bénéficier avec générosité de son immense et rare connaissance tant du tissu institutionnel de la santé mentale en France que des recherches qui lui sont consacrées. Que soit aussi particulièrement remerciée Marianne

Auffret pour les discussions à la fois stimulantes et amicales qu'elle nous a accordées après et dans le prolongement de nos réunions au ministère. Surtout, nos analyses ont été considérablement éclairées par l'expérience concrète d'administration de la santé mentale à laquelle le Conseil nous a permis de participer : voir les acteurs de la santé mentale promouvoir, définir, délimiter, discuter ou disputer leurs dispositifs a été crucial dans notre compréhension des mécanismes concourant à la production des institutions sanitaires et médico-sociales aujourd'hui.

Marcos Azevedo et Anne Quintin ont tous deux soutenu à partir de la recherche qu'ils ont réalisée pour ce rapport un mémoire de master que, respectivement, Livia Velpry et François de Singly ont contribué à évaluer. Nous les remercions pour leurs commentaires riches. Ce rapport a par ailleurs aussi bénéficié des relectures et encouragements d'Isabelle Baszanger et Maurice Cassier dont les remarques, suggestions et propositions restent des pistes à explorer dans de futures publications. Enfin nos discussions avec Alain Ehrenberg au CNSM, au séminaire « le Nouvel Esprit de la Psychiatrie et de la Santé Mentale » de l'EHESS et autour de ce document ont accompagné l'ensemble de nos réflexions.

Nous remercions finalement Malika Kaabeche et les permanents de la Fédération Santé Mentale France qui ont géré les aspects logistiques et financiers de notre recherche et sans qui nous n'aurions pu la mener à bien.

Si l'enquête a été menée conjointement avec Marcos Azevedo et Anne Quintin, ce rapport a été rédigé par Nicolas Henckes. Il porte seul la responsabilité des analyses qui y sont développées.

I. L’enquête

1. Introduction

Prendre la mesure d'une question

Ce rapport a son origine dans un courriel adressé à l'été 2014 à Nicolas Henckes, sociologue au CNRS, par Clément Bonnet pour le compte d'un groupe de travail de ce qui était encore à ce moment la Fédération d'Aide à la Santé mentale Croix Marine[1]. Clément Bonnet cherchait à savoir si Nicolas Henckes ou un étudiant de sa connaissance était disponible et intéressé par un projet de recherche sur les appartements associatifs à visée thérapeutique sur lesquels « on ne sait rien », écrivait-il. La Fédération des Croix Marines avait lancé une réflexion sur ce thème quelques mois auparavant en relation avec la Fondation de France. Cette dernière avait commandé en 2013 un premier rapport à une sociologue, Claire Leroy-Hatala, sur ces dispositifs (Le Roy-Hatala, 2014). Claire Leroy Hatala avait mené une série d'entretiens avec des responsables d'associations lauréates de financements de la Fondation de France et proposait une série de pistes d'analyse pour saisir l'intérêt et la pertinence de ces dispositifs dans le système de santé mental actuel. Depuis la remise de ce rapport un petit groupe de travail se réunissait à la Fédération, composé de Clément Bonnet, Bernard Durand et Martine Barrès, laquelle était de son côté engagée dans une mission pour le compte de l'ARS Ile de France sur les solutions d'aide dans le logement issues de la psychiatrie (Barrès, 2015). Ces différents travaux donnaient une vision riche mais partielle des appartements associatifs. L'enjeu était de les prolonger pour constituer un bilan plus représentatif de l'existant en France. Après un temps de

[1] La Fédération des Croix Marines devait fusionner en juin 2016 avec la Fédération AGAPSY pour créer la fédération d'associations Santé Mentale France, qui réunit actuellement la plupart des établissements et services ou opérateurs d'établissements et de services dans le champ de la santé mentale en France.

réflexion, nécessaire par ailleurs pour former une équipe de recherche, Nicolas Henckes acceptait de s'engager dans ce travail.

Si la demande initiale du groupe des Croix Marines était d'une simplicité remarquable, celle-ci s'est rapidement révélée trompeuse. Les difficultés de la recherche sont en effet apparues dès les premières discussions du comité de pilotage qui réunissait les chercheurs et les militants des Croix Marines. Schémas à l'appui ces derniers expliquaient aux chercheurs le rôle et la place des appartements associatifs dans l'ensemble touffu des services ou établissements d'accompagnement vers le logement. Les appartements associatifs à visée thérapeutique, nous disaient-ils, sont des services associatifs animés par les équipes psychiatriques visant à offrir des logements dans le parc locatif privé ou HLM à des patients qui deviennent alors sous-locataires de l'association. Les équipes de secteur proposent quant à elles un accompagnement psychiatrique et social aux personnes. Les appartements associatifs se distinguent des appartements thérapeutiques disponibles dans certains établissements psychiatriques et dont le statut et le fonctionnement est encadré par l'arrêté du 14 mars 1986 « relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement ». Selon cet arrêté les appartements thérapeutiques sont des structures de soin, soumises à un prix de journée, qui doivent disposer de la présence importante d'une équipe soignante. Les appartements associatifs ne disposent par contraste d'aucun cahier des charges. En fait ils se caractérisent par leur flexibilité, l'absence de modèle et surtout l'autonomie associative, qui permet aux équipes locales de développer des projets correspondant à la fois aux besoins des patients de leur service et aux contraintes et opportunités locales. Le corolaire de cette flexibilité est l'invisibilité des services, qui ne sont représentés dans aucune enquête statistique et dont l'existence est souvent mal connue et mal comprise, y compris même des établissements voire des services hospitaliers dont ils émanent. La conclusion de ces discussions initiales était donc qu'une enquête sur ces structures devait nécessairement passer par un travail d'enquête mené au plus près des équipes, en une sorte de porte à porte, tout l'enjeu étant de déterminer, localement, pour chaque service, la personne ressource susceptible de jouer le rôle d'informateur.

Flexibilité et invisibilité sont à l'origine d'un autre ensemble de difficultés, autrement plus importantes, qui devaient apparaître dans le cours de l'enquête. Car cette flexibilité ne concerne pas seulement les références idéologiques ou philosophiques mises en œuvre par les professionnels. Elle se traduit également dans la variété des organisations et des pratiques développées par les acteurs locaux, y compris des formes juridiques

données à l'organisme support des appartements associatifs, de sorte que, si ceux-ci constituent bien un dispositif original, ils peuvent être proches, dans leur fonctionnement, et selon les formes concrètes qui leur sont données, de services ou établissements relevant de catégories extrêmement diverses : intermédiation locative, SAMSAH, SAVS, résidence accueil, voire psychiatrie de secteur en l'absence d'association. Ces proximités sont d'autant plus significatives qu'elles sont parfois mises à profit par certains acteurs pour faire évoluer leurs services dans le sens d'un rapprochement avec tel ou tel dispositif mieux stabilisé, si bien qu'il est difficile aujourd'hui de rendre compte de la richesse de ce monde à l'intérieur d'une catégorie étroite d'appartements associatifs. Pour les chercheurs cela signifiait cependant une difficulté à définir a priori le périmètre de la recherche.

Disons tout de suite que cette variété n'est pas le résultat d'une évolution récente que l'on pourrait comprendre comme la dérive d'un modèle initial qui serait lui stabilisé. A l'analyse, elle apparaît comme une dimension constitutive de l'histoire des appartements associatifs à visée thérapeutique. Lorsque les premières expériences sont créées dans le courant des années 1970, généralement sous l'impulsion d'équipes de secteur, c'est en effet dans des montages divers, bricolés localement, impliquant souvent le tissu des institutions et des acteurs du social voire du médico-social auquel les deux lois du 30 juin 1975 venaient de donner un cadre et qui était en cours de formation. Ces montages pouvaient conduire les appartements associatifs des secteurs à croiser d'autres expériences d'appartements que l'on pourrait qualifier d'accompagnés ou à se rapprocher de dispositifs d'accompagnement dans le logement relevant du social ou du médico-social, comme certains services créés par des familles de malades issues de l'UNAFAM. Les appartements dans la gestion desquels étaient impliqués des équipes de secteur se distinguaient généralement par la revendication d'un rôle thérapeutique, mais encore celui-ci était-il peu défini et sujet à des interprétations très diverses.

Les années 1980 et 1990 apportent, avec d'une part l'arrêté de mars 1986 cité plus haut et d'autre part les échanges entre acteurs de terrain, une relative standardisation à ces expérimentations, même si un grand nombre d'entre elles paraissent rester en dehors des cadres. L'arrêté de 1986, en particulier, s'il réglemente le terme d'appartements thérapeutiques, introduit cependant une nouvelle zone d'incertitude en obligeant les acteurs à redéfinir leurs services par l'expression de visée thérapeutique : si les appartements associatifs n'ont qu'une visée thérapeutique, et non pas une fonction thérapeutique en eux-mêmes, c'est que le rôle qu'ils remplissent auprès des personnes relève d'une autre fonction qu'il faut alors qualifier. On reviendra sur ce point. Le tournant des années 2000 voit le

modèle connaître ce qui semble bien être un apogée en même temps que s'opère une série de mutations profondes. Si peu de données permettent de donner une idée précise des chiffres en jeu, celles dont on dispose, qu'elles proviennent d'enquêtes, des publications des acteurs ou de nos entretiens, suggèrent que tant le volume que la diffusion des appartements sur le territoire atteignent alors leur maximum. Les années qui suivent sont marquées par deux mouvements congruents : un repli des associations de secteur historiques d'une part, et une nouvelle phase d'innovation et expérimentation institutionnelle, ces deux mouvements reflétant en même temps qu'ils alimentent un profond renouvellement des modèles et des cadres de pensées. On reviendra longuement sur les raisons de ces mutations récentes mais on peut dès à présent citer l'essor du médico-social, les renouvellements de la politique du logement et notamment la mise en place d'un certain nombre de dispositifs d'accès et de maintien dans le logement des populations précarisées au-delà de la santé mentale, et les évolutions de la psychiatrie et de la psychiatrie de secteur en particulier.

Les appartements associatifs issus des secteurs psychiatriques sont aujourd'hui une façon parmi d'autres d'organiser l'accueil des personnes dans des appartements dont ils sont locataires tout en bénéficiant d'un accompagnement. D'autres services proposant des prestations similaires incluent les appartements gouvernés créées par certaines UDAF, l'expérimentation « Un chez soi d'abord », dont les appartements sont identifiés dans le décret du 28 décembre 2016 comme des appartements de coordination thérapeutique[2], certaines expérimentations issues d'associations accompagnant des personnes en situation de précarité locative ou encore certaines structures portées par des association médico-sociale labélisées SAMSAH ou foyers. Nous proposons dans ce rapport de parler *d'appartements accompagnés* pour caractériser des services qui proposent à des personnes l'accès à un logement en leur nom propre avec un accompagnement à caractère médico-social et/ou sanitaire. En raison de la grande proximité entre ces différents types de services, ce sont ces structures génériques, au-delà des seuls appartements associatifs à visée thérapeutique initiés par les équipes de secteur, qui ont été l'objet de cette recherche. En reprenant la terminologie consacrée dans le champ médico-social, nous parlerons par ailleurs de *services* pour qualifier ces structures, par contraste avec des *établissements*, dans la mesure où ils ne possèdent pas les murs dans lesquels sont logées les personnes, et même si certains appartements accompagnés nourrissent une ambiguïté sur ce point. Le terme générique de *structures* sera utilisé dans certains cas pour éviter de résoudre ces ambiguïtés.

[2] Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »

Dans leur diversité ces services participent à une écologie locale des structures visant l'accès et le maintien des personnes dans le logement en constant remaniement au sein de laquelle existent des échanges continus. Nous suggérons que le fonctionnement actuel des appartements associatifs ne peut se comprendre sans rendre compte dans sa complexité de cette écologie. C'est le régime de création et de maintien de celle-ci que nous cherchons à explorer et comprendre dans ce rapport au croisement du sanitaire, du médico-social et du social.

L'accompagnement vers le logement : médical, médico-social ou social ?

L'une des questions les plus pressantes et complexes que posent ces dispositifs est en effet celle de leur position à l'articulation des trois mondes du sanitaire, du médico-social et su social. Sans qu'elle soit nécessairement représentative de l'ensemble des positions que nous avons rencontrées, la réponse donnée par l'un de nos interviewés, psychiatre et président d'une association de secteur, témoigne de la complexité à laquelle font face les acteurs :

> [U]n des premiers souvenirs que j'ai, c'est quand on a- la première subvention qu'on a demandé, c'était à la Fondation de France, justement, et pour obtenir la subvention, pour finaliser la demande, on m'avait posé […] une question qui m'est restée parce que je pense que c'est ce genre de questionnement qui permet de construire quelque-chose : ils m'ont demandé si on faisait du social ou du sanitaire. Alors, c'est tout bête comme question, mais ça nous a pris des semaines... voire des mois. On s'est dit, mais finalement... [que ce n']était ni vraiment l'un, ni vraiment l'autre. Voilà, c'était un peu entre les deux, c'était des gens du sanitaire qui voulaient faire du social, mais pour faire autour du sanitaire, en fait, si je dois résumer. C'est-à-dire que, on est du sanitaire, on est des soignants, de toute façon, et au sein de l'association, on va avoir une activité plus sociale, mais dont la visée – c'est pour ça qu'on utilise le terme de visée thérapeutique – mais [dont] la visée quand même, c'est que les patients soient dans le soin. C'est-à-dire qu'on va favoriser le logement, l'accès en matière de logement, mais dans quel but ? Alors, il y a un but évidemment, je dirais, humanitaire et citoyen, c'est que tout le monde puisse accéder à un logement, mais notre but à nous, il n'est pas là, en fait, en vrai, il est que ça aide les patients à rester ou à être dans les soins de façon peut-être plus consentie d'ailleurs, à partir du moment où on a un logement, et où, en termes de citoyenneté, on a une forme de reconnaissance. La visée, elle est là. C'est pour cela qu'on dit que c'est à visée thérapeutique, donc le but, il est là. Donc, c'est du sanitaire... on part du sanitaire, on fait du social, mais pour revenir au sanitaire. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Entre le sanitaire, le médico-social et le social, dans un mouvement de va-et-vient entre ces trois mondes – c'est en effet la position qu'occupent, nous voudrions le suggérer, les appartements accompagnés. La tendance des acteurs comme des observateurs est actuellement de se plaindre du cloisonnement des dispositifs issus de ces trois mondes et il ne fait aucun doute que le Yalta institutionnel qu'ont été au milieu des années 1970 la loi hospitalière de 1970 puis la loi « sociale » relative aux institutions sociales et médico-sociales de 1975 a abouti à mettre en place des frontières à la fois épaisses et apparemment étanches entre les structures ressortissant à l'un ou l'autre secteur. Pour autant nous voudrions suggérer que l'un des effets de ces lois et des réglementations qui les ont complétées par la suite a été de créer une série de zones où les institutions sont mal repérées et où les acteurs naviguent entre des repères différents.

Les appartements accompagnés en général, et les appartements associatifs à visée thérapeutique en particulier, plus largement l'accompagnement dans le logement en psychiatrie forment l'une de ces zones. Distinguer dans les différentes structures de notre étude celles qui relèvent du sanitaire, du social ou du médico-social relève en effet de la gageure. En premier lieu les financements ne sont pas toujours identifiés. Le médico-social repose en principe sur un financement par l'ARS et une orientation MDPH mais de nombreuses structures relevant du médico-social sortent de ce cadre, notamment lorsqu'elles s'appuient sur des budgets non handicap. En second lieu, la possibilité donnée aux établissements hospitaliers de gérer des structures médico-sociales génère une autre source d'incertitude sur la nature de certaines de leurs actions dont les financements ne sont pas identifiés, comme les associations de secteur. Par ailleurs, la multiplication des expérimentations en dehors du cadre de la planification sociale et médico-sociale conduit à brouiller un peu plus les pistes. Si les financements associés sont en principe ponctuels certaines structures ne parviennent pas ou n'ont pas la volonté de sortir de leur statut d'expérimentation. Enfin la complexité de certains montages qui font intervenir de façon plus ou moins formelle des acteurs du sanitaire, du médico-social et/ou du social rend in fine difficile d'identifier la nature exacte des financements.

Identifier les structures en fonction des pratiques des acteurs ou des besoins auxquels elles répondent n'est souvent pas beaucoup plus pertinent. Les équipes mêlent fréquemment des professionnels de différents champs sanitaire et social. Les équipes de secteur comportent depuis toujours des assistantes sociales et un grand nombre d'entre elles ont maintenant intégré des éducateurs spécialisés qui jouent un rôle important en particulier dans les dispositifs d'accompagnement vers le logement. De l'autre côté, si le

médico-social implique évidemment des professionnels de santé, médecins ou infirmiers, ceux-ci jouent également un rôle important dans certaines structures à caractère social. On pourrait encore s'y retrouver si les références conceptuelles n'étaient très partagées entre professionnels de bords différents. Les équipes de secteur sont certainement les seules à qualifier certaines de leurs actions de thérapeutiques et la notion de soin connote un travail sur les corps qui appartient plus proprement aux professionnels médicaux et paramédicaux – au personnel soignant. (La traduction anglaise de ce second terme, *care*, en revanche, qui a un sens plus large que notre *soin* français, s'il n'est pas souvent spontanément cité par les acteurs, serait vraisemblablement susceptible de rencontrer un écho large.) Les notions de réadaptation et dans une moindre mesure de réhabilitation sont mobilisées avec la même fréquence par les équipes sanitaires et médico-sociale. Le terme de rétablissement entré plus récemment dans le vocabulaire de la santé mentale en France paraît promis à une fortune similaire, même s'il suscite encore des réticences dans certains segments de la psychiatrie.

S'intéresser aux tâches mises en œuvre par les équipes pour essayer d'y faire le tri de ce qui ressort du sanitaire, du social ou du médico-social n'apporte pas davantage de lumière. La gestion des traitements relève certes du corps médical et infirmier. Mais les tâches d'accompagnement dans la vie quotidienne sont prises en charge par des équipes pluridisciplinaires qui peuvent se retrouver d'un côté ou de l'autre des lignes séparant sanitaire, social et médico-social. Au fond si les métiers sont porteurs de cultures professionnelles spécifiques, les organisations produisent de nouveaux milieux où les cartes sont rebattues. Sans doute pourrait-on identifier des pôles correspondant à des façons de concevoir et de mettre en œuvre le travail d'accompagnement dans le sanitaire, le social et le médico-social, mais il faut reconnaître qu'un continuum existe nécessairement entre ces pôles.

Cette discussion reflète la fonction et la position unique qu'occupent les appartements accompagnés au croisement du sanitaire et du social. En fait ceux-ci relèvent proprement du médico-social si l'on entend ce terme non pas au sens institutionnel actuel issu de la loi du 30 juin 1975 mais dans l'usage qu'en faisait la circulaire de mars 1960 à l'origine du secteur de psychiatrie lorsque celle-ci évoquait la fonction de « surveillance médico-sociale » ou d' « appui médico-social » que devaient avoir les équipes de secteur, conçues comme des équipes, précisément, « médico-sociales ». Les appartements accompagnés cherchent en effet à résoudre une problématique double : répondre aux difficultés qu'ont les personnes à trouver un logement indépendant et leur apporter un

service autant que les aider à acquérir les capacités qui leur permettront de se maintenir dans un logement. Dans ces deux dimensions, les enjeux sociaux et sanitaires sont non seulement indissociables mais peut-être non distinguables. Profondément, en effet, les personnes présentent des problèmes qu'il est difficile de compartimenter en médicaux ou sociaux. Le régime d'innovation et d'expérimentation dans lequel travaillent les appartements associatifs et plus généralement les appartements accompagnés depuis leur création dans les années 1970 est une des façons d'entretenir une zone grise entre psychiatrie, médico-social et social pour pleinement répondre à ces difficultés que vivent les personnes.

C'est cette hypothèse qui est au centre de ce rapport. La question sociologique que nous voulons poser est celle de la définition, la qualification et l'organisation sociale de l'accompagnement dans le logement au croisement des mondes sociaux de la psychiatrie, de la solidarité ou encore du handicap dans les dispositifs d'appartements associatifs et accompagnés. Comment les difficultés d'habiter émergent-elles, comment sont-elles qualifiées et prises en charge par différents acteurs professionnels ? Quelles solutions organisationnelles et pratiques sont mises en place sur le terrain ? Comment évoluent les dispositifs ? Et quelles perspectives peut-on dresser ?

Si ce rapport a ainsi un enjeu de connaissance il a également pour objectif de contribuer au débat normatif sur ces questions. Cette zone grise que nous cherchons à caractériser pose en effet la double question de sa visibilité et de sa lisibilité. Visibilité car un certain nombre des structures opérant dans ce champ sont littéralement invisibles : on l'a souligné, les appartements associatifs n'entrent dans aucune statistique collectée en routine par l'administration de la santé et des solidarités. On pourrait faire l'argument qu'une coordination existe localement, que les acteurs se trompent rarement dans l'appréciation des besoins des personnes et leur orientation vers des services qui sont connus par leur insertion dans les réseaux de collaboration locale. Pour autant, dans une situation où bon nombre d'acteurs de terrain soulignent les limites de notre système de protection sociale dans sa capacité à faire accéder les personnes souffrant de troubles psychiques à un logement, il paraît nécessaire d'avoir une réflexion sur le fonctionnement et la régulation de ces dispositifs. Ce point paraît d'autant plus nécessaire que l'ensemble des acteurs s'accordent sur la pénurie des services. L'enjeu de la lisibilité est plus crucial encore. Pouvoir déchiffrer le système de santé mentale est une nécessité pour promouvoir les expériences et faire en sorte de pouvoir répondre à des besoins d'accompagnement qui se transforment continuellement. Si, on le verra, les réponses que nous apportons à ces

différentes questions sont partielles et insuffisantes, nous espérons qu'elles participeront à des débats plus larges qui nous paraissent nécessaires.

Une sociologie d'un dispositif médico-social

L'ambition de ce rapport est, à partir de l'exemple des appartements accompagnés, de contribuer à une sociologie des dispositifs médico-sociaux. Le terme de dispositif est devenu au cours des vingt dernières années un concept quasiment irremplaçable tant dans les sciences sociales académiques que dans celui des politiques publiques et des pratiques professionnelles pour penser une série d'arrangements créés pour organiser l'action en vue d'une fin donnée. On parle ainsi de dispositifs techniques ou juridiques, de dispositif de pouvoir ou d'aide, voire du dispositif éducatif ou de santé mentale en général. Les dispositifs ne sont pas une organisation ou un objet bien définis mais bien des assemblages composés d'instruments techniques, d'organisations sociales, d'institutions, de pratiques ou encore de savoirs. Le secteur médico-social est l'un des terrains d'élection des dispositifs : un grand nombre d'actions, dans ce champ, reposent non pas sur des acteurs, institutions, savoirs ou droits spécifiques et bien identifiés, mais sur la mise en mouvement d'acteurs divers qui doivent coopérer en vue d'atteindre une fin donnée. Les appartements accompagnés sont un bon exemple de ces assemblages.

Parler de concept à propos de ce terme est en réalité peut-être exagéré. L'une des spécificités du dispositif tel qu'il est entendu tant dans les discours sur les politiques publiques que dans les sciences sociales est en effet précisément son manque de spécificité. La plupart des usages qui en sont fait paraissent peu problématisés voire peu pensés, et au fond même les tentatives de lui donner une consistance soulignent son indétermination : si comme le soulignent Dodier et Barbot dans une revue de littérature récente la mobilisation de ce terme par les sociologues a d'abord visé à ouvrir leurs analyses à d'autres types d'objet (Dodier et Barbot, 2016), précisément ce geste d'ouverture ne contenait pas en lui-même ses limites, de sorte que c'est au fond l'indétermination qui caractérise avant tout les dispositifs. Un dispositif n'est pas un type d'organisation précis, pas non plus un objet juridique identifié, ce n'est pas un objet technique déterminé, ni même un type d'assemblage bien délimité englobant l'ensemble de ces trois genres de choses. Le concept renvoie plutôt à la possibilité de faire référence dans l'analyse à des éléments divers ressortant à ces différentes catégories ou même à d'autres. De façon significative le terme de dispositif apparaît dans de nombreux usages comme un substantif de substitution en

l'absence de mieux : il s'impose manifestement à ses locuteurs pour caractériser des objets que l'on ne sait pas mieux qualifier que comme un dispositif.

Dans les sciences sociales la notion a d'abord été introduite par Michel Foucault qui en a également proposé l'interprétation la plus consistante avec son analyse des dispositifs de pouvoir dans le courant des années 1970 (Foucault, 1975), au point que certains commentateurs – et non des moindres – ont fait de ce concept l'une des clefs de sa pensée philosophique (Agamben, 2007 ; Deleuze, 1986). La notion lui permet d'insister sur les façons dont le pouvoir s'inscrit dans des assemblages hétérogènes mêlant droit, architecture, ou encore pratiques. Absent jusqu'alors des corpus théoriques des sciences sociales, le terme s'est ensuite diffusé largement dans les années 1980 en France au point de devenir ubiquitaire dans la période la plus récente. Portée d'abord par l'analyse du pouvoir son usage a été étendu par ce qu'on a appelé la nouvelle sociologie des sciences puis par la sociologie dite pragmatique qui a aussi tenté d'en proposer l'interprétation la plus conséquente. La sociologie des dispositifs, dans ce cadre, visait, de façon heuristique, à constituer en objet d'analyse l'hétérogénéité de certains assemblages de choses, de pratiques, de règles, que l'on prenait comme unité d'analyse : ce qui importe dans l'analyse des dispositifs est moins l'unité, voire l'identité des entités prises pour objet, que la possibilité de révéler des formes émergentes échappant aux modes de structuration traditionnels de l'action sociale. Si elle reprend ainsi l'une des intuitions foucaldiennes fondamentale, l'analyse pragmatique des dispositifs reformule la question du pouvoir, que Foucault abordait sous l'angle des rapports de pouvoir, en termes de la contrainte exercée sur les individus par des moyens divers. La question n'est plus, pour reprendre la définition de Foucault, la façon dont certains acteurs sociaux conduisent les conduites d'autres acteurs, mais comment l'action des acteurs est guidée, canalisée ou façonnée par les règles, les formations matérielles ou architecturales qui constituent les dispositifs. Ce type d'analyse permet ainsi de laisser en suspens la question de l'intentionnalité derrière les dispositifs.

Si ces propositions analytiques reflètent les transformations du rapport des sciences sociales à leurs objets, elles souffrent cependant d'une tendance à l'anhistoricité qui empêche d'appréhender la pertinence de cette notion pour analyser certaines transformations contemporaines de nos sociétés. Car le succès de la notion parmi les sociologues traduit en fait son succès plus important encore dans le champ de l'administration, des politiques publiques et singulièrement du droit social. Sans constituer une histoire de ce concept on peut en proposer une première approche à partir d'une

recherche portant sur le terme « dispositif » dans la base des textes législatifs et réglementaires Legifrance[3].

Cette recherche suggère que les premiers usages du terme remontent aux années 1950. Dans un premier temps les dispositifs caractérisent des objets techniques visant à remplir une fonction donnée laquelle est en fait le véritable objet de la réglementation. Le terme de dispositif permet de caractériser ces fonction sans préjuger de la nature exacte des techniques qui seront mises en œuvre pour l'assurer : un dispositif peut être réalisé par une diversité d'objets et de techniques pourvu qu'ils satisfassent à une série de prescriptions techniques. Par exemple un arrêté du 13 juillet 1954 fait « obligation au 1er juillet 1955 aux cycles d'être munis de 2 dispositifs de freinage ». Lorsque l'arrêté du 29 février 1960 précise les « caractéristiques et modalités d'agrément du dispositif de contrôle de la durée du stationnement » c'est le disque horodateur que les automobilistes doivent apposer derrière leur pare-brise qu'il s'agit de normaliser.

C'est à partir de la fin des années 1990 que le terme est mobilisé dans les textes de loi et réglementaires dans un sens nouveau pour caractériser non plus un objet technique mais une organisation créée pour une fin donnée. L'un des premiers textes réglementaires allant dans ce sens est ainsi le décret du 28 janvier 2000 « relatif au dispositif d'appui et d'accompagnement prévu par le XIV de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail ». Ce texte organise un service sous la responsabilité des préfets pour assister les entreprises dans l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de la régulation du temps de travail. Le dispositif comprend ainsi la création d'une cellule dans les préfectures, le principe de la signature d'une convention avec les entreprises, la définition d'une mission d'appui à ces entreprises, l'intervention d'autres acteurs dont l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'ensemble devant aboutir à la mise en œuvre de la loi. Dans les années suivantes la notion se diffuse rapidement pour caractériser une diversité d'actions. La définition des dispositifs, c'est-à-dire leur description et inscription dans le droit, devient un genre de texte réglementaire, et les dispositifs s'imposent comme une façon pour l'Etat d'organiser son action. Un décret du 17 juillet 2002 organise les « dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance ». Un autre décret du 3 novembre 2003 réglemente un « dispositif de révision des prestations versées aux ressortissants des pays placés antérieurement sous la souveraineté française résidant hors de France ». Un grand nombre de dispositifs concernent par ailleurs des actions de compensation destinés à des

[3] xxx

situations spécifique, tels que le « dispositif d'allocation personnalisée autonomie » ou le « dispositif du revenu minimum d'insertion ».

Comme l'ont relevé les analystes de l'action publique, une façon de comprendre l'émergence et le développement des dispositifs est d'y voir une transformation de l'Etat et de son rapport à son action (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Chevallier, 1996). Le succès du concept refléterait la crise de la gouvernabilité ou de la gouvernementalité. Les dispositifs viendraient redonner une capacité d'agir à des Etats dont l'instrument traditionnel, le droit, aurait perdu son effectivité. Un dispositif n'est en effet pas seulement un assemblage de droits, d'organisations, d'acteurs, de technique. Il est tout cela au service, précisément, de l'accès à ou de la mise en œuvre d'un droit. Le dispositif éducatif est ce qui met en œuvre le droit à l'éducation, le dispositif de sécurité ce qui garantit la sécurité des populations, les dispositifs médico-sociaux ce qui permet l'accès des personnes aux prestations, compensations et droits sociaux auxquels elles peuvent prétendre. Si l'on pousse l'analyse, les droits n'ont plus de sens qu'à l'intérieur de dispositifs : l'insertion sociale n'a pas d'existence en dehors du dispositif d'insertion, le droit au logement repose de façon intrinsèque sur le dispositif DALO. Profondément les dispositifs sont ce qui permet à une série de droits d'exister.

C'est ce point que l'analyse des dispositifs médico-sociaux permet d'approfondir. Le médico-social a été depuis son origine dès avant les lois de 1975 dans le mouvement d'hygiène sociale constitué d'organisations visant à permettre l'accès des personnes à des droits constitués : compensation, logement, éducation (Henckes et Bungener, 2011). Les premiers dispositifs médico-sociaux, avant même que le concept se diffuse, sont, dans la psychiatrie de secteur ou, auparavant, dans la lutte contre la tuberculose, des organisations locales, dont les foyers sont les dispensaires, permettant, grâce à l'action des premiers travailleurs sociaux, aux personnes de faire valoir leurs droits et d'accéder à des compensations et aides. Les droits à la compensation dans le champ du handicap, à la réadaptation et la réinsertion dans le champ de la santé mentale, sont indissociables de ces dispositifs. Dès lors la question est précisément celle du sens et de la nature d'un droit qui repose pour être effectif sur l'action des acteurs professionnels qui animent les dispositifs. Qu'est-ce qu'un droit dont l'accès repose sur l'existence d'une catégorie professionnelle, sur le diagnostic d'un professionnel, sur l'efficacité d'une prise en charge ou d'un accompagnement ? Ce sont ces questions qui sont à l'arrière-plan de ce travail.

D'un point de vue méthodologique, l'analyse des dispositifs médico-sociaux nous paraît soulever trois grands questionnements : l'émergence et le façonnement des

dispositifs en tant que dispositifs : quand, précisément, des dispositifs sont-ils pensés et créés ; leur consistance interne : qu'est-ce qui fait tenir les dispositifs ; et leur régulation externe : jusqu'à quel point les dispositifs sont-ils façonnés par leurs conditions d'existence. Ces questionnements reflètent deux prises de positions analytiques. D'une part les dispositifs sont nécessairement insérés dans des ensembles larges qui incluent d'autres dispositifs. L'analyse des dispositifs doit ainsi nécessairement poser la question de leur complémentarité, différenciation, dépendance, ou emboîtement. En particulier nous ferons l'argument que les dispositifs médico-sociaux doivent leur existence aux dispositifs sanitaires et sont impensables sans eux. D'autre part les dispositifs ne se caractérisent pas seulement comme des ensembles discursifs. Il nous semble insuffisant pour comprendre ce qui fait tenir les dispositifs de nous en tenir à l'analyse des justifications qui en sont donnés dans des corpus de textes ou de prises de positions mêmes variés. C'est en prenant pour point de départ le travail des acteurs concernés que nous voulons aborder les dispositifs médico-sociaux : quelles actions accomplissent concrètement les acteurs dans les dispositifs ? Comment ces actions mobilisent-elles certains outils ? Ou encore dans quelles organisations s'inscrivent-elles ?

Cette entrée par le travail nous conduit à insister encore davantage que ne le fait la littérature sur l'indétermination des dispositifs. La sociologie du travail professionnel insiste en effet sur les ambiguïtés des pratiques de travail sur autrui qui ne trouvent pour certaines jamais leur sens. Au minimum une question est de savoir qui les pratiques servent, des professionnels ou de leurs clients (Hughes, 1958). Pour les professionnels ce problème se traduit dans la question parfois difficile et conflictuelle de la qualification professionnelle des pratiques. Ces tensions éclairent la nature des dispositifs : les mêmes dispositifs peuvent viser des objectifs différents au cours de leur histoire ou même à un moment donné pour des personnes différentes. Une dimension importante de l'analyse est ainsi la nécessaire prise en compte des perspectives variées sur leurs fins et leur fonctionnement. L'une des spécificités des dispositifs médico-sociaux en général, et des appartements accompagnés en particulier, est d'avoir été pensés, au cours de leur histoire, dans des cadres différents. Aujourd'hui ils servent encore des fins différentes : assistance, réinsertion, surveillance.

Avant d'en venir à l'analyse il convient de soulever une question méthodologique : est-il justifié d'aborder les appartements accompagnés, tels que nous les avons définis, comme *un* dispositif ? Peut-on seulement parler de dispositif à leur propos ? On l'a dit ces services se caractérisent par l'absence d'un modèle unique qui orienterait les pratiques des acteurs dans l'ensemble des services d'appartements accompagnés tels que nous les avons

définis. De façon plus significative encore si l'on considère qu'un dispositif se définit par sa fonction stratégique, les services d'appartement accompagnés pris dans leur diversité paraissent viser des fins nettement différentes, fonctions des catégories visées – malades, situation de handicap, sans domicile fixes… - et des moyens mis en œuvre. Dans la mesure où les responsables des services que nous avons interrogés pourraient identifier un modèle derrière leurs pratiques – et il n'est pas certain que ce soit le cas pour tous – ils auraient certainement tendance à défendre l'existence d'une pluralité de modèles et de références à l'origine des différentes structures. De fait ils nous reprocheraient certainement d'aborder ensemble des services aussi différentes que les appartements associatifs de secteur, l'expérimentation « Un chez soi d'abord » ou les appartements gouvernés des UDAF : jusqu'à un certain point ces expérimentations ont été pensées les unes contre les autres, en réponse aux lacunes des dispositifs existants. L'administration elle-même identifierait sans doute ces trois types de services comme trois dispositifs différents. En d'autres termes, les appartements accompagnés tels que nous les avons définis ne constituent pas un champ unifié de pratiques et de discours. Si tous ces services participent à un même secteur de l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques, ils paraissent ne pas constituer l'unité que l'on pourrait souhaiter comprendre par un dispositif.

A contrario nous voudrions suggérer qu'il peut être à la fois analytiquement, c'est-à-dire méthodologiquement et théoriquement, fondé, mais aussi politiquement justifié de le faire. L'absence de modèle, précisément, notamment parmi les expériences plus anciennes nous semble justifier d'aborder ensemble ces différents services : cette absence de modèle est une des dimensions de la définition des appartements accompagnés ; ceux-ci, quasiment par définition, sont apparus comme une solution pragmatique à des difficultés dont les acteurs pensaient qu'ils sortaient des cadres disponibles. Si les expériences récentes du type « Un chez soi d'abord » ou des appartements gouvernés des UDAF paraissent proposer un modèle original et spécifique, ce modèle nous semble lui aussi défini par son pragmatisme et sa capacité d'adaptation, précisément, sur les territoires d'implantation. On reviendra sur ce point dans le cas de ces expérimentations. A cet égard, la notion de dispositif nous permet précisément d'appréhender la nature expérimentale et locale de ces services comme une de leur dimension constitutive. Le caractère éminemment contingent, non reproductible, empirique des différentes expérimentations n'est pas seulement contingent. Il traduit une façon d'organiser et de penser le secteur des institutions sociales, médico-sociales autour des notions d'innovation et d'expérimentation. Il participe à cet égard à

façonner profondément et à donner sa cohérence à ce dispositif spécifique que nous paraissent constituer les appartements accompagnés.

L'enquête

Cette enquête a visé ainsi à la fois à proposer une cartographie du dispositif des appartements accompagnés sur des territoires, et une analyse des fonctions remplies par, et du travail accompli au sein et autour de ce dispositif par des acteurs divers.

Pour mener ce travail la première étape était de monter une équipe de recherche. Quelques jours avant que Clément Bonnet envoie son message, le master Santé Population Politique Sociale de l'EHESS et l'université Paris XIII, dans lequel enseigne Nicolas Henckes, recevait la candidature de Marcos Azevedo, psychologue brésilien qui avait travaillé dans des foyers accueillant des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et qui proposait de mener un travail sur l'expérience de ces personnes dans le cadre d'un master de sciences sociales. Même si la recherche n'allait pas permettre d'aborder frontalement cette question, les appartements accompagnés apparaissaient comme un cadre pertinent pour aborder les problèmes du sens du logement et de la signification de l'habitat pour ces personnes de sorte que Marcos Azevedo acceptait de s'engager dans le projet. Le sujet paraissait par ailleurs suffisamment riche et la recherche appeler suffisamment de travail pour y associer un troisième chercheur. Un appel à candidature lancé dans les réseaux d'étudiants en sciences sociales de la santé et en santé publique permit de recruter Anne Quintin, étudiante à l'Université Paris Descartes, qui venait de finir un Master 1 sur l'expérience des personnes souffrant de troubles dépressifs et qui souhaitait développer un projet à dimension plus politique. Marcos Azevedo et Anne Quintin formeraient ainsi une équipe de recherche coordonnée par Nicolas Henckes[4].

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la nature de l'enquête que nous allions mener nous a rapidement été imposée à la fois par l'objet et par les moyens dont nous disposions. Pour pouvoir rendre compte des appartements accompagnés comme d'un dispositif, il nous fallait rassembler un ensemble de données les plus larges possibles sur les organisations concernées, les pratiques de travail des acteurs, les caractéristiques des populations concernées ou encore les financements mobilisés. En l'absence d'annuaire, il

[4] Marcos Azevedo et Anne Quintin ont tous deux rédigé un mémoire de Master 2 rendant compte de leur enquête dans les départements respectivement du Nord et de l'Essonne : Azevedo M., 2016, *De l'intermédiation locative à l'intermédiation des liens sociaux : les carrières des associations travaillant pour loger des personnes atteintes de troubles psychiatriques dans le département du Nord de la France*, Mémoire de Master, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales ; Quintin A., 2016, *Logements associatifs à visée thérapeutique ou éducative. Le bien-être et l'intégration : des « actions qui conviennent »*, Mémoire de Master 2 Sociologie d'Enquête, Paris, Université Paris Descartes

nous fallait constituer nous même un répertoire des services. En fait la constitution de ce répertoire et la définition de son périmètre – notre définition des appartements accompagnés – se sont imposés comme l'un des objectifs de notre travail. Pour y parvenir, sans données publiques à notre disposition, il nous fallait contacter directement les responsables concernés. En l'absence d'une définition stabilisée des services, de normes acceptées encadrant leur fonctionnement, d'une définition stable de leurs moyens et leurs objectifs, il nous fallait par ailleurs mener des entretiens qualitatifs avec ces responsables et éventuellement leurs collaborateurs, afin de comprendre précisément leurs organisations de travail, la nature des pratiques qu'ils y développent, leur perception des problèmes auxquels ils font face, le sens qu'ils donnent à leurs pratiques et leurs perspectives plus générales sur le dispositif.

Ces différentes contraintes nous imposaient dès lors de choisir un petit nombre de territoires où nous serions en mesure de rencontrer systématiquement les acteurs. L'échelle départementale nous a semblé le bon niveau territorial pour deux raisons. La première est méthodologique et pratique. Un gros département français est constitué d'une vingtaine à une trentaine de secteurs psychiatriques, dont nous pouvions raisonnablement rencontrer l'ensemble des responsables s'il en était besoin. Du côté du social et du médico-social, nous estimions que nous n'aurions pas affaire à plus d'une dizaine de structures. Au total nous pouvions envisager de réaliser l'enquête dans trois gros départements, dans lesquels nous anticipions de réaliser au total une soixantaine d'entretiens approfondis nous donnant une connaissance exhaustive de la situation.

La deuxième raison est que le département reste à bien des égards le territoire de mise en œuvre des politiques de santé mentale. Les réformes de la territorialisation de la santé depuis une vingtaine d'années ont certes amené à une régionalisation de la planification sanitaire et médico-sociale et plus généralement des politiques de santé. Mais cette tendance est contrebalancée par la permanence si ce n'est le renforcement des départements comme niveau de régulation du système. Historiquement la loi de 1838 organisait le dispositif psychiatrique au niveau départemental, et la politique de sectorisation psychiatrique à partir de 1960 était située au même niveau. Si la sectorisation psychiatrique tend depuis une trentaine d'année à perdre sa portée planificatrice, la carte de la sectorisation reste pensée à l'échelle départementale. Dans de nombreux territoires, de façon significative, les groupements hospitaliers de territoire auxquels participent les établissements psychiatriques se sont organisés à ce niveau. D'un autre côté les départements ont conservé le financement du social et ils jouent un rôle majeur dans le

financement et l'animation du secteur médico-social. Au fond le département conserve sa position de point de jonction entre l'Etat et le local dans le système politico-administratif français en général, et pour ce qui concerne le sanitaire, le social et le médico-social en particulier (Grémion, 1976).

Le choix des départements spécifiques au centre de l'enquête a été déterminé par la conjonction d'une série de considérations pratiques – où connaissions-nous des contacts susceptibles de nous guider dans nos premiers pas et où était-il relativement aisé de mener l'enquête en étant basés à Paris – et des résultats de la consultation d'une série d'indicateurs démographiques et médico-administratifs grossiers – quels territoires pouvaient être comparés, c'est-à-dire quels départements présentaient des situations à la fois proches et contrastées. En fin de compte nous nous sommes décidés pour 4 départements : le Nord, les Bouches du Rhône, ainsi que l'Essonne et le Val de Marne, que nous avons constitués en autant de terrains répartis entre les trois chercheurs de l'équipe (MA prenant en charge l'enquête dans le Nord et le Val de Marne, NH dans les Bouches du Rhône, AQ dans l'Essonne). Le Nord comme les Bouches du Rhône apparaissaient comme deux territoires aux propriétés socio-démographiques proches : une zone urbaine centrale densément peuplée composée d'une agglomération unique dans le cas du Nord, de deux grandes villes dans les Bouches du Rhône, zone bordée d'un arrière-pays composé d'une série de villes moyennes ; l'ensemble totalisant dans les deux cas une population dépassant le million d'habitants présentant des indicateurs sociaux – chômage et pauvreté – voisins. D'un autre côté, les données des enquêtes médico-administratives tendaient à suggérer des taux d'équipement sanitaire et médico-social contrastés : de forts volumes de lits hospitaliers accueillant des durées d'hospitalisations plus longues que la moyenne nationale dans les Bouches du Rhône, un équipement médico-social plus développé dans le Nord. A ces deux départements de province nous décidions d'adjoindre deux départements de la Région parisienne nous paraissant composer à eux deux un ensemble susceptible de nourrir nos comparaisons, même si les indicateurs concernant ces territoires les distinguaient nettement. Finalement nous avons mené l'enquête de façon approfondie dans les trois départements des Bouches du Rhône, du Nord et de l'Essonne, nous contentant dans le Val de Marne d'une série de sondages nous permettant de tester les analyses que nous avions développées sur les trois autres départements.

Une fois choisis les territoires de notre enquête, il nous fallait définir une stratégie pour contacter nos informateurs. Ainsi que nous en avions été avertis par les militants des Croix Marines, bon nombre d'associations issues des secteurs allaient être difficiles à

localiser. Les directions ne disposent pas toujours des informations sur les services animés par les secteurs de leurs établissements. Pour avoir une chance de recueillir une information centralisée notre comité de pilotage nous suggérait de contacter les services comptables par lesquels passent les subventions attribuées aux associations. Notre enquête devait vérifier ces avertissements à un point que nous n'imaginions pas. Dans bon nombre d'établissements la gestion des associations provoque une série de tensions avec les directions administratives, de sorte que certains professionnels mènent leurs activités dans une quasi-clandestinité. Une anecdote est à cet égard révélatrice : pressé par l'un d'entre nous d'expliciter la manière dont, sans recourir à une association, son équipe accompagnait les personnes face aux problèmes du logement, un chef de service nous demande d'éteindre notre enregistreur et nous confie à voix basse que son secteur dispose bien d'une association pour aider les professionnels dans cette mission ; il ne souhaite pas que l'information s'ébruite tant il craint que si elle parvenait aux oreilles de son directeur de l'hôpital celui-ci le force à fermer l'association.

Les difficultés étaient peut-être plus importantes encore pour les services gérés par des associations à caractère social ou médico-social. Contrairement aux appartements associatifs de secteur, pour lesquels on connaît les institutions de rattachement, il n'existe pas même de liste des structures gestionnaires. Le répertoire FINESS, supposé rassembler l'information sur l'ensemble du dispositif médico-social, contient une information pléthorique mais pas toujours exacte, souvent partielle et difficile à traiter. Les ARS n'ont qu'une connaissance très relative de l'activité de services que pourtant elles financent souvent. La difficulté est en fait double. D'une part les appartements accompagnés sont souvent des services expérimentaux, par nature mal répertoriés dans la mesure où existent des répertoires, et dont par ailleurs les clientèles ne sont pas nécessairement très identifiées, que ce soit parce que les catégories auxquelles ils s'adressent ne se limitent pas nécessairement aux personnes souffrant de handicap psychique, ou parce qu'une volonté de résoudre les problèmes des personnes dans le droit commun les conduisent à ne pas identifier ostensiblement les problèmes psychiatriques dont souffrent les personnes. Les services sont connus dans des réseaux d'interconnaissance, de coopération et d'adressage locaux, mais ils ont peu de visibilité en dehors de ces réseaux. Pour les identifier il nous fallait donc nous-mêmes nous insérer dans ces réseaux.

Pour avoir simplement connaissance de l'existence des services, il nous fallait ainsi parler à la bonne personne. L'un des enjeux était donc avant tout d'identifier nos interlocuteurs. Nous avons pour cela souvent progressé à tâtons, multipliant et croisant les

informations, identifiant un certain nombre de personnes relais et construisant notre carte des réseaux et des services sur nos trois territoires à partir des informations accumulées au cours du temps. C'est au moment où nous avons eu l'impression de ne plus mettre au jour de nouveaux maillons de ces réseaux que nous avons conclu que nous étions parvenus à l'exhaustivité.

Concrètement une première phase de la recherche a consisté dans le dépouillement d'une série de répertoires : répertoire des associations déclarées en préfecture, annuaires de la Fédération Croix Marines, et certains répertoires locaux. Ce dépouillement nous a permis de constituer une première liste d'associations dont nous imaginions qu'elles pourraient gérer des appartements accompagnés. Dans un deuxième temps les militants des Croix Marines participant à notre groupe de pilotage nous ont donné des noms de contacts dans certaines associations ou sur les territoires de notre travail. Le travail dans les territoires est d'abord passé par une prise de contact avec ces informateurs. Certains nous ont accordé des entretiens quand d'autres nous ont adressé à d'autres personnes. Nous avons par ailleurs systématiquement contacté les chefs de service des secteurs concernés par notre étude ainsi que les responsables de certaines associations importantes dont nous savions ou pensions qu'elles jouaient un rôle localement dans l'accompagnement vers ou dans le logement. Dans certains établissements nous avons mis plusieurs semaines à, d'abord, trouver le nom de la bonne personne, et parfois plusieurs semaines encore à obtenir un rendez-vous. Ailleurs nous n'avons simplement pas été en mesure de rencontrer d'interlocuteurs susceptibles de nous renseigner. Certains entretiens nous faisaient découvrir des services dont même les personnes que nous pensions bien informées ne connaissaient pas l'existence.

Une fois nos interlocuteurs identifiés nous devions obtenir d'eux une information la plus large possible sur leur service. En l'absence de règles, standards ou normes encadrant l'ensemble des services de notre étude il nous fallait en effet être en mesure de susciter les informations pertinentes sur le fonctionnement d'organisations très différentes les unes des autres. Cela supposait de recueillir des descriptions aussi précises que possibles du personnel, du fonctionnement, du financement, ou encore des clientèles des services. Par ailleurs nous voulions également connaître les perceptions et les réflexions de nos interlocuteurs sur le sens de leur action et les perspectives qui s'ouvraient à leurs services. Cela nous interdisait la simple passation d'un questionnaire. Nous avons procédé par des entretiens semi directifs approfondis. Cela nous permettait d'explorer les aspects des

organisations que nos discussions mettaient en évidence et de construire avec nos interlocuteurs l'analyse.

La nature et la qualité des données que nous avons recueillie se sont révélées excessivement variables d'un service à l'autre. Nous demandions à nos interlocuteurs de nous réserver une heure et nos entretiens duraient généralement entre une heure et demie et 2 heures. Certains se sont écoulés pratiquement sur une journée quand avec d'autres acteurs nous avons dû nous contenter d'un bref entretien téléphonique. Si un certain nombre d'équipes nous ont ouvert largement leurs archives, ailleurs nous avons dû nous contenter des informations dont se souvenaient, parfois de façon imprécise, nos interlocuteurs, parce que ces archives n'existaient pas. En fait les conditions dans lesquelles nous avons rencontré les équipes disaient beaucoup des moyens dont celles-ci disposaient, des organisations de travail et de la philosophie qui les animait. Le temps que nos interlocuteurs ont dégagé pour nous, la texture même de ce temps, les façons dont nous avons été reçus, c'est-à-dire qui participait à l'entretien, où se déroulait l'entretien, la documentation que nos interlocuteurs sortaient de leurs armoires, les interruptions par des patients ou des collègues – l'ensemble de ces éléments ont constitué des données riches que nous avons intégrées à l'analyse. Dans certains cas nous avons assisté à des réunions de synthèse et parfois passé une journée entière dans les locaux du service. Ailleurs nous sommes revenus plusieurs fois. Dans certains services nous avons rencontré plusieurs membre de l'équipe présente ou passée, parfois en même temps, parfois successivement la même journée, parfois avec un intervalle de quelques semaines. Au total nous avons totalisé 59 entretiens formels approfondis, totalisant plus de deux cents heures d'enregistrements.

A côté de ces entretiens, nous avons par ailleurs constitué une documentation la plus riche possible sur les appartements accompagnés et plus largement les pratiques et politiques d'accompagnement vers et dans le logement dans le champ de la santé mentale. Pour cela nous avons dépouillé systématiquement les principales revues de psychiatrie depuis les années 1970 : *L'Information psychiatrique*, la revue du syndicat des psychiatres des hôpitaux, la *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, devenue *Pratiques en Santé Mentale*, publiée par la Fédération Croix Marines, *Transitions*, la revue de l'ASEPSI[5], *Nervures* et *Rhizomes*. Ce dépouillement nous a permis d'amasser une documentation historique sur un certain nombre d'expérimentations dont certaines étaient localisées sur les territoires de notre étude que nous exploitons dans le troisième chapitre, historique, de ce

[5] Cf. Infra

rapport. Nous avons également collecté les rapports publics concernant la santé mentale et constitué une base de données des textes réglementaires sur le logement accompagné. Nous avons par ailleurs tenté de rassembler systématiquement l'information disponible localement sur les sites internet des instances régionales et départementales : Schémas et plans, enquêtes des observatoires etc.

Au final notre enquête nous a permis d'explorer dans sa diversité et sa richesse le monde des appartements accompagnés. La matière principale des analyses qui suivent est constituée de la réflexion des acteurs sur leur organisation de travail et sur la philosophie qui les anime. Ces analyses portent ainsi avant tout sur les représentations du travail professionnel par ses protagonistes. Ce matériau peut paraître limité au regard d'une ambition qui aurait été de proposer une analyse systématique de ce travail en train de se faire. Nous n'avons pas pu procéder à des observations ethnographiques de long terme des services de notre étude. Nous avons également collecté peu de données numériques nous permettant un traitement statistique des services. Par ailleurs nous avons pris le parti de ne pas interroger de personnes hébergées dans ces services : outre les difficultés méthodologiques et éthiques importantes que posent les entretiens avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves (Lovell, 1997 ; Corin, 1990 ; Velpry, 2008), nous aurions eu besoin, pour cela, de moyens que nous n'avions pas.

D'un autre côté ce rapport ne satisfera pas non plus les lecteurs à la recherche d'une évaluation des appartements accompagnés. Nous ne sommes pas en mesure de rendre compte précisément du service rendu par les appartements : de montrer leur contribution à la résolution de l'accès et du maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, d'évaluer les coûts de ces services, d'en mesurer l'efficience, de mettre en évidence des bonnes pratiques ou même de définir des critères permettant d'identifier ces bonnes pratiques. Nous ne pouvons pas dire dans quelle mesure les appartements accompagnés permettent effectivement d'économiser des coûts et s'ils contribuent à la réduction de la symptomatologie, l'amélioration du fonctionnement social ou de la qualité de vie des personnes. Nous ne pouvons pas même préciser jusqu'à quel point ils répondent à des besoins exprimés par les personnes. La question de l'évaluation des pratiques et des besoins pose une série de difficultés épineuses dans le champ du médico-social sur lesquelles nous reviendrons dans la dernière partie de ce rapport en examinant comment les acteurs des services eux-mêmes les abordent. Nous sommes en mesure en revanche de proposer une analyse de l'organisation sociale, des façons de travailler et des transformations du milieu des appartements accompagnés depuis une

quarantaine d'années. Nous proposons surtout une analyse de la place évolutive, interstitielle mais en un sens révélatrice, de ces services dans les politiques de santé mentale de ce pays. En ce sens ce rapport propose l'évaluation d'un dispositif tel que nous l'avons défini dans la section précédente.

La présentation des résultats dans ce rapport est volontairement anonyme : nous n'identifions pas nos interlocuteurs lorsque nous les citons et nous avons modifié dans certaines citations des éléments que nous jugions trop lisibles. L'identification des territoires où a été conduite l'enquête, et par ailleurs de toute façon la petite taille du milieu, conduiront certainement certains lecteurs à identifier telle ou telle expérience, ou l'auteur de telle ou telle citation. Par ailleurs l'anonymat de nos analyses sera tout relatif dans la quatrième partie de ce rapport consacrée à la structuration locale des services d'appartement accompagnés. Ce choix d'écriture nous semble cependant justifié. Si les acteurs tendent à présenter les appartements accompagnés comme des services éminemment locaux, dépendant de figures et d'arrangements contingents, nous voulons insister sur les processus communs qui ont contribué à façonner et organiser le travail dans des services divers. Par ailleurs nous voulons également prévenir la tentation de lire ce rapport comme une évaluation des pratiques de certains acteurs. Certaines organisations ou pratiques mises en œuvre dans certains services pourraient en effet apparaître problématiques sur un plan juridique, clinique ou éthique à certains observateurs. Outre que les éléments dont nous disposons sont généralement très insuffisants pour rendre compte des choix et des justifications des acteurs concernés, notre posture est dans ce rapport délibérément non normative quand il s'agit de pratiques locales. Profondément c'est une compréhension sociologique du milieu des appartements accompagnés que nous voulons développer.

Plan du rapport

Ce rapport est ainsi une tentative de proposer une analyse d'ensemble d'un dispositif médico-social au sens large de ce qualificatif que nous avons indiqué plus haut. Si nous avons pris au sérieux la question que nous avait posé le groupe de la Fédération des Croix-Marines – faire un bilan des appartements associatifs à visée thérapeutique des secteurs – nous avons voulu lui donner une réponse qui soit aussi une analyse plus large de l'accompagnement vers et dans le logement en santé mentale. Depuis une trentaine d'années beaucoup de rapports ont été publiés qui braquent le projecteur sur des expériences données, lesquelles sont alors rapportées et relatées précisément comme des

expériences pour ainsi dire vécues pour elle-même, sans comparaison possible avec d'autres expériences. L'incommensurabilité des différentes expériences et l'intérêt de chacune d'entre elles font qu'il est alors difficile de les discuter et surtout de les situer les unes par rapport aux autres. Nous avons voulu construire ce rapport différemment : non pas seulement proposer le compte rendu d'une expérience, mais tenter de la situer, d'en situer les conditions d'existence et le devenir, sur une série de cartes de la psychiatrie. Ce cadre large nous permettra nous le pensons de mieux rendre compte des dynamiques actuelles d'un champ dont nous faisons le constat qu'il est en pleine mutation.

Les trois parties de ce rapport cherchent ainsi à apporter trois éclairages sur ces questions en mobilisant trois prismes différents : l'histoire, les philosophies pratiques, et la géographie. La première partie propose ainsi un éclairage sur l'origine, l'essor et les transformations actuelles des appartements accompagnés. Nous analysons l'émergence de ces structures dans le courant des années 1970 et leurs transformations depuis. Cette partie prend pour point de départ les associations de secteur mais comme on le verra elle débouche nécessairement sur la constitution du monde de l'accompagnement dans le logement. La seconde partie interroge les pratiques des acteurs dans les appartements accompagnés qu'elle analyse selon trois dimensions : la dynamique des projets d'accompagnement, l'inscription des pratiques dans les systèmes psychiatriques locaux. La troisième partie s'intéresse à la cartographie locale dans les différents territoires qui ont été au centre de cette recherche pour mettre en évidence à la fois les volumes concernés, les dynamiques de transformations locales et les formes de régulation et d'intégration locale.

Ce rapport est ainsi une enquête sur les transformations des appartements associatifs. Il est aussi plus largement une réflexion sur le logement accompagné en santé mentale. Mais c'est aussi une analyse de certaines transformations de la psychiatrie de secteur, de l'articulation entre le sanitaire et le social, et de la question du logement en psychiatrie. C'est enfin une réflexion sur le devenir des institutions de la psychiatrie et du médico-social.

Conventions de citation

Les références primaires que nous citons sont indiquées en note de bas de page. Nous donnons en annexes une liste des références secondaires que nous mobilisons. Celles-ci sont volontairement en petit nombre de façon à ne pas alourdir le texte.

Les citations d'entretiens sont identifiées par la fonction du locuteur, la nature de l'association à laquelle ils participent lorsque c'est le cas, et un numéro d'ordre permettant

d'identifier l'entretien. Par souci de simplicité, les associations seront identifiées en appartements de secteur, appartements médico-sociaux, appartements sociaux, tout en ayant conscience du caractère souvent artificiel de ces identifications. Nous avons légèrement édité les citations quand c'était nécessaire pour en faciliter la lecture.

Nous donnons ci-dessous une liste des principales abréviations et acronymes utilisés dans le texte :

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
APL : Aide Personnalisée au Logement
ASEPSI : Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires
CASF : *Code de l'Action Sociale et des Familles*
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CSP : *Code de la Santé Publique*
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH : Maisons Départementale des Personnes Handicapées
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
RSA : Revenu de Solidarité Active
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
VAD : Visite à Domicile

2. Catégories, classifications et modèles dans le secteur sanitaire et médico-social

Avant de commencer notre exploration du monde des appartements accompagnés, il n'est pas inutile de marquer une pause pour soulever la question de nos catégories d'analyse. Les appartements accompagnés ont été et restent, on l'a dit, un dispositif interstitiel qui échappe aux catégorisations. Cette affirmation soulève cependant la question du système dans les interstices duquel se logent ces services. Au-delà du cas des appartements accompagnés, l'une des difficultés de l'analyse des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales est en effet de stabiliser un système de référence sur lequel bâtir des catégories pertinentes. Qu'y a-t-il de commun entre un centre hospitalier de plusieurs centaines de lits, un foyer d'hébergement d'une vingtaine de places et un service de tutelle géré par une association ? Ces institutions renvoient à des réalités tellement diverses qu'il est difficile de dégager des définitions communes et des variables qui rendent compte de cette diversité tout en y repérant des récurrences. Quelques dimensions peuvent certes paraître a priori évidentes : on pense à la fonction, autour de notions comme le soin, l'hébergement ou le travail, à la philosophie mise en œuvre par l'institution, ou encore à l'organisation concrète du travail. Pour autant leur opérationnalisation dans des critères apparaît à l'examen difficile et en fin de compte la notion même d'institution sanitaire, médico-sociale et sociale peut paraître un horizon lointain.

Cette difficulté du chercheur reflète du reste celle des administrations et des acteurs qui peinent à prendre la mesure du monde d'institutions qu'ils ont pourtant contribué à créer. Si plusieurs systèmes de classification et des nomenclatures circulent actuellement en France et dans la littérature internationale pour rendre compte de ces établissements et

services, aucun n'apparaît satisfaisant, soit qu'ils n'introduisent qu'un ordre très insuffisant dans le monde concerné, soit qu'ils laissent échapper un trop grand nombre de structures que l'on voudrait y classer, soit encore que les catégories apparaissent mal définies et peu opérationnelles. Dans ce chapitre liminaire, nous proposons une courte réflexion sur certaines nomenclatures et catégories d'institutions en circulation, sur leur sens et leur portée, sur leurs usages et la façon dont elles organisent la réalité qu'elles décrivent. Cette analyse permettra de mettre en évidence certaines dimensions clefs de l'analyse que nous présenterons dans les chapitres suivants. Il ne s'agira pas pour nous d'appliquer à tout prix ces catégories aux appartements accompagnés, ou de chercher à tout crin à trouver une place pour eux dans les nomenclatures : cette démarche serait mal venue a priori, avant d'avoir pénétré plus avant le monde des appartements accompagnés, et elle sera probablement difficile si ce n'est impossible même après. Il s'agit plutôt pour nous d'explorer une série de représentations collectives portant sur les institutions à caractère sanitaire, médico-social ou social, qui nous permettront de mieux comprendre certains enjeux du travail dans ces institutions ou de leur évaluation. Cette analyse présente un côté fastidieux dont nous avons conscience, d'autant plus qu'elle ne concerne pas directement et pas seulement les appartements accompagnés, de sorte que les lecteurs pressés de pénétrer dans le monde que constituent ces derniers pourront la sauter et reprendre directement leur lecture au chapitre suivant.

Les sociologues comme les acteurs, professionnels et usagers, ont consacré de nombreuses analyses aux classifications et aux opérations de catégorisation notamment lorsqu'elles s'appliquent à des individus, à des objets naturels ou à des actes ou gestes[6]. Ces travaux ont mis en évidence les façons dont ces classifications contribuent à façonner les mondes qu'elles sont supposées le plus souvent simplement décrire. Dans le champ des classifications appliquées aux personnes – quand il s'agit de maladies ou de handicap par exemple – les sociologues ont beaucoup écrit non seulement sur les façons dont les catégories contribuaient à fabriquer des personnes lorsque celles-ci en venaient à s'identifier à elles et les faire leur – par exemple en devenant une personne schizophrène et pas simplement affligée d'une schizophrénie - (dans une littérature abondante, voir par exemple: Hacking, 1986 ; Estroff, 1993), mais aussi sur les façons dont en retour ces personnes amenaient à faire évoluer le sens de ces catégories – par exemple, dans l'exemple de la schizophrénie, en s'opposant à une vision déficitaire de la maladie et en promouvant

[6] Cette littérature s'inscrit dans le prolongement du texte canonique d'Emile Durkheim et Marcel Mauss sur les classifications « primitives » (Durkheim et Mauss, 1903). Elle a été renouvelée et est actuellement dominée par l'ouvrage fondamental de Geoff Bowker et Leigh Star (1999).

des définitions alternatives par exemple autour du fait d' « entendre des voix » (Hacking, 2001). Une autre dimension de l'analyse a par ailleurs concerné les enjeux de stigmatisation et plus largement de représentation politique associés à certaines catégories (Lovell et al., 2011). Dans le champ des classifications appliquées aux actes, une partie importante de la réflexion a porté sur la question de la visibilité ou l'invisibilité des pratiques concernées notamment dans le cas des classifications d'actes infirmiers ou dans celui, français, du PMSI (Acker, 1997 ; Timmermans et al., 1998). De façon générale une question centrale que posent les classifications impliquant de près ou de loin des personnes est celle de la reconnaissance de ces dernières. Les classifications ont toujours une dimension sociale et politique et il est important pour l'analyste comme les acteurs d'en être conscient et d'en rendre compte.

Peu d'entre ces travaux ont cependant été consacrés aux classifications et nomenclatures d'institutions. Ces nomenclatures sont pourtant importantes parce que, dans le champ des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, elles se situent au croisement d'une série d'enjeux centraux, concernant notamment le financement et l'accessibilité des services délivrés par ces institutions, la catégorisation des populations concernées et la reconnaissance du travail des professionnels. Peut-être plus encore que les classifications de maladies ou d'actes médicaux que l'on vient d'évoquer, les classifications d'institutions sont des façons d'agir dans le monde.

Pour rendre compte de ces classifications, on peut avant tout se demander à quoi elles servent et ce que l'on classe effectivement en associant à des institutions des catégories. Pour la pensée sociologique la notion d'institution est inséparable de celle de catégorie et de classification et il est quasi pléonastique de d'associer les deux termes (Douglas, 1999). De fait les nomenclatures d'institution visent à introduire de la stabilité dans un monde qui paraît manquer d'institutions : c'est parce que l'on n'est plus sûr de savoir à quoi servent les institutions, que le sens des institutions n'a plus l'évidence qu'il devrait avoir et que les acteurs en viennent à formaliser des nomenclatures et classifications. Celles-ci visent alors à stabiliser une vision partagée sur laquelle puissent être construite des formes d'actions collectives.

En France le besoin de classification dans le champ des institutions sanitaire et médico-social a émergé des tentatives de rationaliser l'offre de secours avec la constitution du champ de l'assistance publique à partir du XIXe siècle. Les premières formes de classification naissent au niveau local, dans les grandes administrations hospitalières, de la nécessité de distinguer les services en fonction des services qu'ils rendent à des populations

données (Ackerknecht, 1986). On sait ainsi que la distinction des services d'aliénés dans les hôpitaux parisiens au tournant du XIXe siècle a été un acte fondateur pour la psychiatrie (Castel, 1976 ; Gauchet et Swain, 1980). Par la suite, au tournant du XXe siècle, les lois et la réglementation d'assistance ont progressivement introduit un principe de structuration des établissements et services d'assistance par catégorie cible et type de financement. L'enjeu est alors que l'ensemble de la population ait accès à des services financés par la solidarité nationale, et par ailleurs que l'offre de services corresponde effectivement à la demande. Dès l'entre-deux-guerres sous l'impulsion du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique une première réflexion s'engage sur une classification des établissements hospitaliers selon leur niveau de technicité et leur zone de desserte qui préfigure le système de carte sanitaire mis en place dans les grandes lois hospitalières de 1958 et surtout de 1970 (Smith, 1998).

Après la seconde guerre mondiale, le développement de l'action sociale et médico-sociale, le progrès de la spécialisation sous l'effet de l'essor des professions de santé, et l'implication des initiatives associatives conduisent à un éclatement si ce n'est une explosion du paysage institutionnel. Dans le même temps l'essor, de la planification sociale sous l'impulsion de l'élite administrative du pays porte une volonté de rationaliser l'offre de services et d'établissement offerts aux populations. Si, avec la politique hospitalière, cet effort planificateur aboutit à la carte sanitaire que l'on a évoquée plus haut et aux systèmes de financement à l'acte, dans le champ des institutions médico-sociales et sociales, cette volonté ne trouve qu'un débouché timide dans la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, qui met en place une procédure de planification limitée et peu opérante (Bauduret et Jaeger, 2005). Ainsi, si dès 1979 le ministère des affaires sociales crée le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) pour permettre le recensement des structures et diffuser l'information à leur sujet, celui-ci ne parvient pas à s'imposer comme le référentiel des politiques de santé et sociales. Les décennies qui suivent voient se mettre en place une sorte de course poursuite entre volonté d'organisation et de rationalisation et tendances centrifuges nombreuses, que les secondes paraissent toujours gagner.

Si en France l'effort de classification des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales a été pris en charge par les administrations, dans la plupart des autres pays ce sont les professionnels, des usagers et les chercheurs qui s'engagent dans l'élaboration et la stabilisation de catégories d'institutions pertinentes. Une partie de la réflexion est également animée par l'Organisation Mondiale de la Santé, notamment pour ce qui concerne les

services de santé mentale, les services de soins primaires ou encore les services de soins de long terme. A rebours de la situation française caractérisée par la pléthore institutionnelle, dans une bonne partie du monde l'un des enjeux d'une classification d'institutions sanitaires et sociales est en effet de susciter la création des services et établissements qui satisfassent aux besoins de soins des populations tout en respectant au mieux des standards éthiques et cliniques internationaux. On le verra, cet effort classificatoire multivoque se caractérise cependant par son caractère inabouti. La lecture de ces classifications et de la littérature qui leur est consacrée crée en effet un grand sentiment d'insatisfaction. Au final on ne peut que constater le flou des concepts et modèles, le caractère inopérant des critères et les limites des recensements fondés sur ces classifications. Dans une large mesure cette insatisfaction reflète les succès des divers courants de contestation des institutions qui ont émergé dans les années 1960 : idéologues néo-libéraux d'un côté et critiques gauchistes de l'autre ont en effet abouti à miner l'idée même que se faisaient les acteurs divers des institutions qui pourtant donnent une raison d'être à leurs activités. Au-delà, ces limites traduisent la difficulté même à penser le cadre dans lequel la protection sociale, dans ses différentes dimensions de soins médical, d'aide sociale et d'accès aux droits sociaux, peut se déployer.

Les trois sections qui suivent reviennent sur ces analyses en examinant trois classifications ou groupes de classifications d'institutions. La première section propose une courte analyse du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. Nous passerons ensuite en revue les classifications des services de santé mentale qui ont été proposées dans la littérature internationale et nous finirons par un examen des modèles anglo-saxons de logement accompagnés. Ces trois nomenclatures ou types de classifications ont peu à voir les unes avec les autres tant par le champ qu'elles couvrent que par le formalisme qu'elles mettent en œuvre. Elles ont en commun cependant de tenter de décrire de façon exhaustive un segment ou la totalité du monde des institutions sanitaires, médico-sociales en mettant en avant l'articulation entre les dimensions du soin et les autres dimensions de l'accompagnement médico-social. En reprenant à notre compte les propositions analytiques des sociologues américains Geoff Bowker et Susan Leigh Star (Bowker et Star, 1999), nous proposons une analyse pragmatique de ces classifications, qui s'appuie sur leur lecture détaillée ainsi que sur une tentative d'en appréhender les enjeux à partir des usages qui en sont fait par les acteurs.

L'administration des catégories : le répertoire FINESS des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales en France

Le FINESS ou Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux est à la fois un fichier et une nomenclature d'établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. On l'a dit, le FINESS a été créé en 1979 en application de la loi du 30 juin 1975 sur les établissements sociaux et médico-sociaux et il a été informatisé et rendu consultable à distance à la fin des années 1980. Il est actuellement administré par un service de la DREES au ministère en charge de la santé. A l'origine, l'objectif des concepteurs de ce fichier était de développer un système d'information compréhensif à l'appui de la planification des institutions sanitaires et médico-sociales au sens de la loi de 1975. Progressivement le champ d'application du fichier a été élargi pour comprendre l'ensemble des établissements et services participant à la délivrance des soins dans le champ sanitaire, social et médico-social, y compris les commerces de bien de santé comme les pharmacies d'officine ou les laboratoires, ou encore les établissements de formation. Actuellement le FINESS joue un rôle essentiel pour le financement des structures du champ sanitaire et médico-social, tandis que la nomenclature sur laquelle il est fondé sert de base aux enquêtes du ministère sur le sujet. Plus largement, le FINESS organise la façon dont l'ensemble des acteurs abordent le monde des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales et pensent leur propre action dans ce monde. Il est ainsi un pivot du système sanitaire et social français.

Tant par l'importance de l'information qu'il renferme que par sa recherche d'exhaustivité, le FINESS n'a à notre connaissance pas d'équivalent dans d'autres pays.[7] Le fichier recense à ce jour 95 376 structures dans l'ensemble de la France, réparties en 162 catégories d'établissements dont la nomenclature est établie par arrêté ministériel[8]. En fonction de leur catégorie de rattachement, les établissements sont ensuite décrits à l'aide de six nomenclatures complémentaires : les activités de soins, les disciplines, les statuts juridiques, le mode de fixation du tarif, le mode de participation au service public hospitalier et les clientèles. Par exemple les établissements sociaux et médico-sociaux de la nomenclature sont identifiés par leur statut juridique et mode de tarification, et leur « équipement » par leur « discipline », leur « fonctionnement » et leur « clientèle » ; les établissements sanitaires le sont en outre par le mode de participation au service publique

[7] Le National Institute of Mental Health publia dans les années 1970 une nomenclature des services de santé mentale mais elle n'était pas couplée à un fichier.
[8] Etat du fichier au 8 septembre 2017.

hospitalier, leur équipement, l'activité qu'ils accueillent, la « forme » de celle-ci et sa « modalité ». Le fichier donne également le nombre de places et l'adresse postale des établissements et services. Les informations collectées permettent ainsi une description extrêmement précise des établissements concernés. L'une des grandes limites du Fichier est cependant de ne pouvoir être interrogé que par catégorie d'établissement de sorte que l'on ne peut pas, par exemple, en extraire simplement une liste d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques.[9]

Cette limite est encore renforcée par la complexité des nomenclatures associées au Fichier et au premier chef de la nomenclature des établissements. Disons pour commencer quelques mots de l'organisation de cette dernière. On l'a dit la nomenclature des établissements du FINESS est constituée de 162 catégories de bases, qui sont insérées dans trois jeux de classes emboîtés les uns dans les autres. Les catégories sont identifiées par des codes à trois chiffres et les classes par des codes à quatre chiffres. Il n'y a pas de correspondance simple entre les codes à trois chiffres des catégories et ceux à quatre chiffres de leur classe de rattachement si bien que l'on ne peut pas retrouver les seconds à partir des premiers sans se reporter à la nomenclature elle-même. Le premier niveau de classes à quatre chiffres comprend 56 éléments, qui sont insérés dans 16 classes intermédiaires et dans six grandes classes de niveau supérieur. Les codes des classes supérieures se déduisent en tronquant celui des classes inférieures : par exemple la classe 4305 des « Services de maintien à domicile pour handicapés » est insérée dans la classe 4300 des « Etablissements et services pour adultes handicapés », laquelle fait elle-même partie de la classe 4000 des « Etablissements et services sociaux d'accueil, d'hébergement, d'assistance et de réadaptation ».

La taille et l'extension des six classes et extrêmement variable : la classe 4000 des « Etablissements et services sociaux d'accueil, hébergement, assistance et réadaptation » que l'on vient de citer comprend 5 sous-classes et 84 catégories d'établissements – soit plus de la moitié de l'ensemble des catégories du FINESS ; par contraste la classe 5000 des « Etablissements et services sociaux d'aide à la famille » ne contient qu'une sous-classe elle-même composée de 8 catégories telles que les « Centres sociaux », les « Services sociaux de secteur », ou encore les « Services de tutelle aux prestations sociales ». Le nombre d'établissements est également excessivement variable d'une catégorie à l'autre. La catégorie la plus nombreuse est de loin celle des pharmacies d'officine (classe 3201 catégorie 620)

[9] La plate-forme ouverte des données publiques françaises (https://www.data.gouv.fr/fr/) héberge plusieurs extractions du fichier qui permettent cependant des recherches notamment par clientèle pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

composée de 21 939 établissement, suivie des EHPAD (4401-500, 7539 établissements), des Services d'aide ménagères à domicile (4403-208, 4004 établissements) et des laboratoires de biologie médicale (3101-611, 3868 établissements). 23 catégories comptent plus de 1000 membres. A l'opposé on ne compte qu'un seul « service de soin du service de santé des armées » (2205-115) - et 11 « hôpitaux des armées » (22015-114) –, un seul « dispensaire antihanserien » (2201-267) une seule « Ecole nationale de santé publique » (6301-374), trois « Syndicats interhospitaliers » (1205-426), trois « laboratoires pharmaceutiques préparant et délivrant des allergènes » (3201-624) ou encore cinq « Lits d'accueil médicalisés » (4604-213). Le nombre moyen d'établissements par catégorie est de 607, mais la médiane se situe à 143, et 66 catégories comptent moins de 100 établissements.

L'une des caractéristiques de la nomenclature des établissements FINESS est qu'elle ne comporte pas de définition des catégories qui la composent. Celles-ci sont en revanche décrites dans le *Code de la Santé Publique* et celui de *l'Action sociale et des familles* dont elles sont en fait issues. Le FINESS reprend en effet globalement les catégories de services et établissements incluses dans la réglementation et les classes correspondent également globalement aux découpages en politiques publiques tels qu'ils sont organisés par les codes correspondants. Ce point explique que si le FINESS constitue un effort systématique de classer et recenser l'ensemble du tissu institutionnel dans les monde du sanitaire, du social et du médico-social, le lecteur ne peut être que décontenancé par l'image qu'il en donne. Deux phénomènes concourent en effet à déformer cette image.

Le premier est qu'un certain nombre de services, d'établissements ou de programmes ne figurent pas dans la nomenclature notamment quand il s'agit de dispositifs expérimentaux ou associatifs : c'est tout particulièrement le cas des appartements associatifs à visée thérapeutique au centre de ce rapport. De fait le FINESS décrit essentiellement la partie administrée du champ des institutions sociales et médico-sociales. Les catégories d'établissements qui y sont incluses correspondent aux structures dont l'administration estime qu'il est important voire nécessaire de les administrer parce qu'elles jouent un rôle particulier dans une politique de santé ou d'accompagnement. En réglementant un service ou un établissement l'administration centrale émet des standards, elle lui donne un cadre financier et se donne les moyens d'exercer un contrôle sur son fonctionnement. Dans la logique des administrations il ne s'agit ainsi pas d'encadrer toutes les pratiques, mais plutôt de permettre que les besoins, tels qu'elles les perçoivent, soient couverts, et de répondre aux attentes des acteurs de terrain, professionnels, personnels administratifs voire usagers. Ne pas réglementer un type de service ou d'établissement et le laisser hors du droit

correspond à cet égard parfois aussi à une forme d'action publique : dans le cas de nombreuses actions portées par des associations l'idée est de ne pas brider les initiatives privées. Notons par ailleurs que le FINESS contient un certain nombre de catégories peu spécifiques qui permettent de donner un cadre à des services ou établissements qui ne correspondent pas aux catégories usuelles des politiques publiques tout en bénéficiant néanmoins d'une reconnaissance par l'administration et, surtout, de financements publics. On reviendra sur ce point.

Le périmètre du FINESS explique aussi les limites des données incluses dans le fichier. Celui-ci est en effet renseigné par les Agences Régionales de Santé et les directions régionales de la cohésion sociales qui ont tendance à le faire au fur et à mesure des actes ou interventions qu'elles sont amenées à prendre sur les services ou établissements. Elles ont ainsi tendance à mal renseigner les données concernant les services qu'elles ne financent pas ou sur lesquelles elles n'interviennent pas directement. Ainsi le FINESS recense-t-il 1650 Centres Médico-Psychologiques alors que la Drees en compte près de 3700 sur l'ensemble du territoire français.

Le second phénomène tient à la construction de la nomenclature elle-même. Selon les définitions disponibles sur le site internet du FINESS, l'unité de décompte utilisée par le Fichier est l'établissement, caractérisé à la fois par une implantation géographique et par son rattachement à une entité juridique. Certaines catégories visent cependant des activités correspondant à des budgets dédiés dans des établissements sans qu'elles correspondent à une personnalité juridique ou même à une implantation spécifique : c'est par exemple le cas des structures de secteur psychiatrique gérées par les hôpitaux. Le FINESS considère par ailleurs que deux établissements cohabitent sur un même site même lorsqu'ils sont gérés par la même entité juridique s'ils correspondent à des catégories différentes : l'exemple donné sur le site du FINESS est celui d'une entité juridique gérant sur le même lieu un « Centre hébergement et réinsertion sociale » et une « Maison-relais »[10]. Le FINESS permet enfin également d'enregistrer séparément l'entité juridique et les établissements qui la composent.

Ces définitions font que les unités renseignées dans le FINESS entretiennent des rapports extrêmement variables aux activités qu'elles hébergent. Les hôpitaux étant recensés comme un seul établissement – même si certains services peuvent être isolés pour constituer un sous-établissement -, les catégories correspondantes dans la classe 1000 des « Etablissements relevant de la loi hospitalière » recouvrent une gamme de services et

[10] http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/definitions.do?codeDefinition=2

d'activités extrêmement variés en direction de populations présentant elles-mêmes des problèmes très divers. La catégorie est alors un mauvais descripteur des établissements et pour se faire une idée de leur activité il faut consulter la fiche correspondante. A l'opposé les catégories de la classe 4000 des « Etablissements et services sociaux d'accueil, hébergement, assistance et réadaptation », qui reprennent l'essentiel des établissements sociaux et médico-sociaux de la loi de 1975, correspondent le plus souvent à une activité proposée à un type de population dans une structure de taille modeste, et ces catégories suffisent en principe à décrire l'établissement correspondant, même si dans un certain nombre de cas il faut encore une fois consulter la fiche correspondante pour pouvoir se faire une idée des populations exactes auxquelles il s'adresse.

Cette hétérogénéité découle de la façon dont ces différentes catégories d'établissements ont été intégrées à la réglementation et elle reflète l'histoire de la constitution progressive du champ des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales. D'un côté, les établissements hospitaliers héritent des fondations hospitalières créées progressivement au cours de l'époque moderne. Celles-ci sont conçues comme de grands établissements de secours susceptibles d'accueillir de façon indifférenciée l'ensemble des populations malades ou infirmes. Cette approche n'est pas remise en cause par le développement des politiques de santé publique au XXe siècle. Après la seconde guerre mondiale la politique hospitalière vise ainsi avant tout à rationaliser le fonctionnement d'établissements conçus comme de grandes organisations. L'enjeu est de garantir la qualité et l'accessibilité de plateaux techniques coûteux et polyvalents. A l'exception de quelques secteurs d'activités le développement de plans ou programmes en direction de problèmes de santé publique spécifiques ou de catégories de malades n'aboutit pas à repenser l'hôpital comme unité institutionnelle. Ainsi, si l'on trouve dans la classe 1000 des établissements relevant de la loi hospitalière une classe entière consacrée aux « autres établissements de lutte contre les maladies mentales » - « autres » parce que les « centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales » sont une classe à eux-seuls – il s'agit de la seule spécialité médicale traitée ainsi : les centres de lutte contre le cancer ont bien une classe à eux mais pas les services de cancérologie, les centres de dialyse mais pas les services de néphrologie. Certaines structures sanitaires correspondant à des politiques publiques récentes n'ont pas de classe ou de catégorie à elles – on pense par exemple aux consultations mémoires, aux centres ressources dans le champ de l'autisme, ou encore aux divers dispositifs hospitaliers intervenant dans le champ de la grande précarité.

Par contraste, d'un autre côté, la création des institutions sociales et médico-sociales a reposé pour l'essentiel sur l'initiative de petits groupes de professionnels et militants associatifs – souvent des familles – pour apporter des réponses aux besoins spécifiques de populations données. Certains établissements ont par ailleurs été créés en sortant du giron hospitalier des structures existantes, comme les maisons de retraite. La logique a été alors pour les acteurs de créer des établissements et services de petite taille susceptible de délivrer des interventions professionnelles spécialisée. Il s'agissait souvent de réagir à l'indifférenciation des hôpitaux : si un certain nombre d'établissements venaient apporter une réponse qui n'existait pas à des personnes qui étaient auparavant aidées dans un cadre familial, pour nombres de familles et de professionnels un enjeu majeur était de sortir les personnes concernées d'établissements jugées incapables de leur fournir des soins dignes et de qualité parce qu'ils les mêlaient à des populations présentant des problèmes souvent éloignés des leurs et qu'elles étaient incapables de proposer des prestations adaptées à leurs besoins. C'est dans un second temps que se structure le champ, à partir notamment des deux lois de 1975, sous l'impulsion des pouvoirs publics et des grandes fédérations d'associations, dans le cadre de politiques publiques catégorielles : personnes âgées, handicap, enfance en danger, etc. Dans le FINESS cette histoire est littéralement inscrite dans l'organisation de la classe 4000, divisée en sous-classes correspondant à ces grandes politiques publiques et dont les catégories reprennent les différents types de services et établissements créés localement : ainsi la sous-classe 4100 concerne-telle les Etablissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée, la sous-classe 4300, ceux concernant les adultes handicapés, la sous-classe 4400, les personnes âgées, et la sous-classe 4500 la protection de l'enfance, la sous-classe 4600 comprenant les établissements et services n'entrant pas dans les catégories précédentes.

Ces logiques d'identification institutionnelle expliquent la difficulté pour le lecteur du FINESS d'y retrouver les structures concourant à la prise en charge d'un même problème de santé publique ou social même lorsque celui-ci fait l'objet d'une politique publique et qu'il correspond à une classe d'établissements dans le fichier. Le cas des établissements de lutte contre les maladies mentales illustre ce point. On l'a dit, deux sous-classes leur sont consacrées dans la classe 1100 des Etablissements hospitaliers : la classe 1103 des « Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales » et la classe 1111 des « Autres établissements de lutte contre les maladies mentales » que l'on a citée plus haut. Cette dernière reprend en fait l'essentiel des établissements décrits dans l'arrêté du 14 mars 1986 « relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies

mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement » à quelques exceptions notables : d'un côté les centres d'accueil permanent et les centres de crise ont été fondus en une seule catégorie, ce qui paraît cohérent étant donné la nature des services concernés ; surtout, d'un autre côté, ont été exclus de la classe 1111 les hôpitaux de jour, les services d'hospitalisation à domicile et les placements familiaux thérapeutiques. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait en France aucun service répondant à ces définitions ni qu'ils ne soient pas identifiés comme des établissements dans le FINESS : une recherche par mots-clefs permet en effet d'identifier un certain nombre de structures, classées pour la plupart dans la catégorie 1103-292 des « Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales ». Si ce choix est en un sens logique – il revient à coder par l'établissement de rattachement les services concernés – il isole ces structures des autres structures de secteur dont elles sont pourtant souvent proches à la fois en termes d'implantation et d'activité. Il est d'autant plus remarquable pour ce qui concerne les services d'hospitalisation à domicile que la nomenclature inclut une catégorie « Hospitalisation à domicile » (127) dans la classe 1200 des « Autres établissements relevant de la loi hospitalière », qui est de fait réservée à des services opérant en médecine générale. Notons par ailleurs que ces classements sont loin d'être systématiques : on trouve au moins un service d'hospitalisation à domicile psychiatrique dans la catégorie 365 des « Etablissements de soins pluridisciplinaires » de la classe des 1110 « Etablissements de soin de courte durée ».

La classe 1111 intègre par ailleurs d'autres établissements : les « Maisons de santé pour maladies mentales », qu'on aurait pourtant pu rapprocher des CHS, ou les « Services médico-psychologiques régionaux ». Par ailleurs un certain nombre de services échappent aux deux classes qu'on a évoquées jusqu'à présent : dans le champ sanitaire, c'est tout particulièrement le cas, pour les raisons qu'on a évoquées plus haut, des services psychiatriques des hôpitaux généraux qui ne sont pas identifiés comme une catégorie et qu'on ne peut retrouver qu'en consultant les fiches d'établissements. Surtout il est quasiment impossible d'identifier dans le Fichier le reste des services sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, sauf à faire une recherche dans une extraction du fichier : retrouver une information précise sur les foyers de vie, les SAVS ou les SAMSAH œuvrant spécifiquement dans le champ de la santé mentale s'avère ainsi une gageure.

Au-delà du cas de la santé mentale l'une des principales limites du FINESS est de rendre difficile l'identification des structures participant à une même fonction. Le logement des personnes en situation de handicap ou de maladie psychique est par exemple pris en

charge à la fois dans la catégorie 4300 des « Etablissements et services pour adultes handicapés » mais aussi dans d'autres établissements comme des « maisons relais ». Le rattachement de ces services à une classe différente reflète le fait que ces structures correspondent à des philosophies et des financements différents, et que par ailleurs elles ne s'adressent pas seulement à des populations de personnes handicapées. Cette limite reflète du reste de la difficulté manifeste des administrateurs du FINESS à construire des classes d'établissements cohérentes et logiques. En dehors de celles constituées autour de politiques publiques spécifiques, un grand nombre de classes sont en fait des agrégats hétérogènes de services et établissements sans logique apparente. La nomenclature ne comporte ainsi pas moins de 16 catégories résiduelles identifiées comme « autres » et plusieurs grandes classes sont également construites autour de catégories exclues des classes voisines, dont la classe 2000 des « Autres établissements de soins et de prévention ». On est également frappé par le côté fourre-tout de certains ensembles : ainsi la classe 4602 des « Autres établissements sociaux d'hébergement et d'accueil » rassemble pèle mêle les « aires stations nomades », les « foyers de travailleurs migrants », les « foyers de jeunes travailleurs », les « hébergements familles des malades » et les « logements en foyers non spécialisés ». Malgré son apparente systématicité et rationalité, renforcé par le formalisme des codes numériques associés aux classes et catégories, la lecture de la nomenclature donne le sentiment d'un ensemble peu structuré.

Si ces limites compliquent la lecture du FINESS et atténuent sa portée comme instrument de description du monde des institutions sanitaires sociales et médico-sociales, elles posent cependant vraisemblablement peu de problèmes aux premiers concernés par le fichier, les professionnels et les responsables des établissements et services. Si ces derniers ont recours au FINESS c'est en effet moins pour y trouver des références ou des guides pratiques – qui encore une fois ne s'y trouvent pas vraiment – que pour identifier leurs pratiques, énoncer ce qu'est leur établissement et par là lui trouver une place dans le système de protection sociale – c'est-à-dire concrètement un financement. Les catégories du FINESS sont en d'autres termes des modèles plus que des descripteurs et il importe au fond relativement peu que ces modèles soient situés précisément dans un système dont de toute façon personne n'est en mesure de décrire précisément l'extension et les dynamiques. Plus précisément les catégories du FINESS se prêtent à deux logiques d'actions différentes de la part des responsables et professionnels des institutions.

D'un côté elles servent aux promoteurs d'établissements à obtenir des financements. Dans ce cas, ceux-ci ont tendance à mobiliser ces catégories de façon

stratégique dans la construction d'un dossier de financement. Schématiquement, deux cas de figures se présentent alors : ou bien le point de départ est un financement et une catégorie de services correspondant, par exemple dans le cadre d'un appel d'offre de l'ARS, et les acteurs déploient ensuite le modèle sur le terrain en y introduisant les variations qu'ils souhaitent dans des limites acceptables ; ou bien les acteurs s'engagent dans la création d'une structure et ils identifient dans un second temps un financement et une catégorie correspondant. Dans ce second cas le choix de la catégorie est négocié avec le financeur en fonction d'un cahier des charges que se fixent les acteurs, des contraintes qu'impose le droit et des logiques d'action du financeur. Cette dynamique conduit à ce que les mêmes catégories sont mises au service de structures présentant des organisations et des philosophies extrêmement différentes, et que, en sens inverse, des structures au fonctionnement apparemment proche puissent s'inscrire dans des catégories réglementaires différentes : on pense par exemple au cas de certains « foyers d'hébergement pour adulte handicapé » ou de « SAMSAH » rencontrés dans notre enquête et qui se présentent de fait comme des appartements accompagnés, les patients étant sous locataires d'appartements loués par l'association gestionnaire.

Ces processus se nourrissent par ailleurs du fait que les acteurs du social et du médico-social sont encouragés à l'innovation institutionnelle par des incitations multiples : financières avec des appels à « projets innovants » lancés par les grandes fondations ou les ARS ; professionnelles à travers les valeurs qui sont transmises et cultivées au sein des instituts de formation, associations professionnelles et syndicats concernés ; et plus largement à travers une série de normes et de valeurs véhiculées dans la littérature grise et qui marquent profondément la législation et la réglementation des établissements sociaux et médico-sociaux : une traduction en est la présence dans chacune sous-classe d'établissements médico-sociaux et sociaux d'une catégorie d'établissements expérimentaux. Le principal vecteur de cette philosophie est la promotion du modèle de gestion associative des structures concernées. Ces incitations entraînent professionnels et militants associatifs à imaginer et créer constamment des organisations qu'ils conceptualisent en des termes nouveaux ou en important des modèles développées à l'étranger mais qu'ils doivent financer dans le cadre de la réglementation en répondant aux appels d'offre des financeurs ou en leur faisant des propositions directes selon les processus que l'on vient d'évoquer. Si les catégories d'établissements expérimentaux que l'on a citées plus haut absorbent un grand nombre de ces innovations, la plupart sont assimilées à des établissements identifiés dans la réglementation. En fin de compte les

catégories du FINESS masquent ainsi un foisonnement apparent d'organisations et de pratiques. Une difficulté pour l'observateur est cependant que ce foisonnement apparent masque lui-même en fait un petit nombre de modèles dont les pratiques de terrain sont le plus souvent des variations : l'innovation concerne en effet généralement certains points précis des organisations même si ces mêmes points peuvent amener les acteurs à proposer des modèles en apparence radicalement nouveaux et différents. Encore une fois les appartements accompagnés au centre de ce rapport illustreront ce point. Au final il est ainsi excessivement difficile de cerner les pratiques institutionnelles des acteurs à partir des catégories du FINESS.

D'un autre côté les acteurs se servent également de la nomenclature issue de la réglementation pour identifier leurs pratiques et donner un sens à leur travail. Les catégories deviennent alors des références mais dans un sens plus philosophique que pratique : dans la mesure où, encore une fois, la réglementation ne prescrit que peu de standards de fonctionnement, ce qui importe surtout aux professionnels est l'identification de leur établissement comme relevant de telle ou telle approche des problèmes qui les intéressent. A cet égard le principal critère pour eux est la distinction, sur laquelle est construite tout le FINESS, entre établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires : au fond ce qui compte pour les professionnels est d'identifier leur action comme relevant des soins, de la thérapie, ou encore du médical d'un côté, ou de l'accompagnement social de l'autre. Cette distinction renvoie en effet à une masse de significations et de connotations positives ou négatives attachées aux différents types de services et qui orientent la façon dont les acteurs organisent leurs choix en fonction de leur propre vision du monde et d'eux-mêmes. En particulier, on l'a rappelé plus haut, un grand nombre si ce n'est la totalité des services médico-sociaux et sociaux dans le champ du handicap, et singulièrement du handicap psychique, se sont construits contre une approche hospitalière - et par glissement médicale - des problèmes des personnes concernées et il est important pour les acteurs d'être identifiés comme relevant du social.

L'identification d'un établissement à une catégorie du FINESS et de la réglementation relève dans cette logique de l'assimilation à un prototype plutôt que de la satisfaction de critères. La définition des établissements et services dans la réglementation repose en effet le plus souvent sur la description d'une image globale fixée à partir des expériences significatives au moment de la rédaction de cette description, à l'aide par ailleurs des mots-clefs et concepts en vigueur dans les codes juridiques. Par exemple les appartements thérapeutiques sont décrit comme « des unités de soins, à visée de réinsertion

sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ». Si, comme dans ce cas, les définitions de la réglementation sont souvent relativement vagues voire ambiguës, elles sont précisées par un corpus d'expériences concrètes compilées dans la littérature grise accompagnant la rédaction de la réglementation qui permettent également de situer le sens et l'intérêt des établissements correspondants dans les politiques publiques du moment. Cette littérature grise donne alors une chair à l'image que les acteurs se font de ces établissements qui leur permet d'orienter leurs propres pratiques et initiatives.

A cet égard si, on l'a vu plus haut, au moment de la création d'un établissement les acteurs réinventent toujours dans une certaine mesure les modèles disponibles en les mettant en œuvre, dans l'autre sens la dynamique d'innovation à l'œuvre sur le terrain peut amener à faire évoluer significativement les catégories du FINESS lorsque des établissements s'imposent comme de nouveaux prototypes et aboutissent à la création de nouvelles catégories, ou bien plus souvent modifient le prototype associé à une catégorie existante. La façon dont l'expérience des appartements « Un chez soi d'abord » aboutit actuellement à une redéfinition et une extension de la catégorie des appartements de coordination thérapeutique, initialement limités au champ Sida et des addictions, est une illustration de ce processus. Des travaux menés à l'étranger sur les hôpitaux de jour suggèrent que ces phénomènes peuvent se produire de façon silencieuse à l'intérieur même des catégories existantes lorsque le sens d'un service évolue à mesure que change son contexte d'implantation[11].

Au final le FINESS représente un effort sans équivalent pour mettre en catégories, recenser et décrire les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales d'un pays. S'il atteint cet objectif, c'est évidemment parce qu'il est un outil d'administration, un instrument de gouvernement, avant d'être un instrument de connaissance : le FINESS précède nécessairement le monde auquel il se réfère, qui ne pourrait exister sans lui ; ses catégories décrivent moins ce monde qu'elles n'en sont une dimension. C'est ce qui fait à la fois sa valeur et sa limite pour la connaissance des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales du pays. Si on peut être assuré de trouver dans le FINESS une information riche sinon exhaustive sur de larges segments des institutions sanitaires sociales et médico-sociales, les descriptions qu'il en donne entretiennent un rapport à la fois distant et complexe aux pratiques des acteurs. Loin du pragmatisme qui caractérise les classifications

[11] Kallert, T. W., M. Glockner, S. Priebe, J. Briscoe, J. Rymaszewska, T. Adamowski, P. Nawka, et al. "A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: implications of their diversity for day hospital research." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, no. 10 (Oct 2004): 777-88.

de maladie ou d'actes, les catégories du FINESS sont en effet avant tout des idéaux qui ont pour les acteurs une double valeur de contrainte et d'inspiration. C'est dans l'espace entre ces idéaux et les pratiques que s'inventent continuellement les institutions.

Les classifications internationales des services de santé mentale : caractériser les services à l'échelle internationale

Les classifications internationales des services de santé mentale vers lesquelles nous nous tournons dans cette section reposent sur des motivations et des raisonnements très différents de ceux mis en œuvre par les promoteurs du FINESS. Si ce dernier est d'abord au service de l'administration, ces classifications sont issues de travaux à visée descriptive menés par des équipes de recherche universitaires. Cela ne signifie pas que ces travaux n'aient pas une visée de santé publique et plus largement d'intervention. Cependant, au contraire du FINESS, ces classifications visent à constituer une représentation aussi systématique que possible des institutions qui, sur un territoire donné, participent à la prise en charge de la santé mentale dans toutes ses dimensions. L'un des enjeux de ces travaux est en effet à la fois de comparer entre elles des institutions qui peuvent avoir des raisons sociales et des philosophies extrêmement diverses, et de pouvoir également comparer ce qu'on pourrait appeler morphologie institutionnelle de territoires différents de façon à en tirer des enseignements en termes d'indicateurs d'équipement.

Les travaux actuels sur les classifications des services de santé mentale sont issus des réflexions entamées au lendemain de la guerre sur l'évolution des hôpitaux psychiatriques. A l'échelle nationale ces réflexions aboutissent alors à des références souvent riches et détaillées mais qui, parce qu'elles reflètent à la fois l'organisation des métiers de la santé mentale, celle de la protection sociale et plus largement le rapport des sociétés à la maladie mentale et à une série d'enjeux clefs comme le travail ou le logement, diffèrent considérablement tant dans leur forme et leur contenu d'un pays à l'autre. Si cela n'empêche pas certains modèles institutionnels de circuler d'un pays à l'autre, les références portant sur les systèmes de santé mentale dans leur ensemble – comme en France celles encadrant le secteur - sont difficilement transposables en bloc à d'autres contextes que ceux dont ils sont issus. C'est la volonté de créer des instruments de comparaison et des standards internationaux qui est à l'origine des tentatives de dépasser cet écueil.

Le principal acteur de cette réflexion est dans un premier temps l'Organisation Mondiale de la Santé. Dès les années 1950 les comités d'expert réunis par l'Organisation émettent plusieurs normes supposées pouvoir s'appliquer dans l'ensemble des pays

occidentaux, dont ils proposent aussi des versions adaptées aux pays dits en développement. La réflexion porte alors sur l'hôpital psychiatrique qu'il s'agit de transformer, dans l'esprit des mouvements de réforme alors à l'œuvre dans la plupart des pays occidentaux, pour en faire une institution pleinement thérapeutique. Les principales références mobilisées par les rapports des comités d'expert sont des nombres de lits par habitant – dont la norme qui jouera un rôle clef en France de 3 lits psychiatriques pour 1000 habitants – et des standards d'équipement et de formation professionnelles (Henckes, 2009). Cette réflexion connaît cependant un déclin relatif à partir du milieu des années 1960 alors que l'agenda de la section santé mentale de l'OMS se déplace plus nettement vers les pays du sud notamment avec le lancement de l'*International Pilot Study of Schizophrenia*. Une autre raison de ce déclin est vraisemblablement le sentiment que la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire le déclin de l'hospitalisation psychiatrique, observée dans les pays du nord rend caduque une réflexion sur des standards d'équipement.

Il faut attendre la décennie 2000 pour que l'OMS relance une réflexion et une série de programmes d'action sur ces questions dans le cadre de son nouvel « Agenda pour la santé mentale » mis en chantier en 1999[12]. En 2001 le rapport annuel de l'OMS consacré à la santé mentale définit une série de priorités qui organiseront son action pour les années à venir et qui serviront de standards pour ses missions d'évaluation, notamment en termes de politiques d'équipement[13]. Parallèlement le manque de données disponibles pousse le département santé mentale à se lancer dans la création d'un *Atlas de la santé mentale* qui vise à collecter et rassembler des données sur l'état des systèmes de santé mentaux dans l'ensemble des pays membres[14]. Une première édition paraît dès 2001 et l'*Atlas* connaît quatre éditions successives jusqu'en 2014. Il consiste en un document d'une soixantaine de pages résumant à gros traits les principales informations disponibles, complété par une série de fiches reprenant des informations plus détaillées par pays. Les données sont collectées par le biais d'une enquête par questionnaire menée conjointement avec l'Association Mondiale de la Psychiatrie et les bureaux régionaux de l'OMS. S'appuyant sur les recommandations du rapport de 2001 l'*Atlas* s'intéresse à la gouvernance de la santé mentale, et notamment à l'existence d'une législation, d'un programme ou d'un plan national, ainsi que de financements spécifiques dédiés à la santé mentale ; à l'information

[12] World Health Organization. Dept. of Mental H., 1999, *Setting the WHO Agenda for Mental Health: Final Report on a WHO Consultative Meeting*, Geneva, 28-29 April 1999, Genève, World Health Organization

[13] World Health Organization, 2001, *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*, Genève, World Health Organization

[14] On trouvera les versions successives de l'atlas de la santé mentale sur le site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé : http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasmnh/en/

collectée en routine par les autorités nationales ; à la disponibilité des traitements psychopharmacologiques ; et à l'équipement psychiatrique du pays.

Sur ce dernier point l'information recueillie évolue sensiblement au fil des versions. L'*Atlas* de 2014, le plus ambitieux de la série, recense pour chaque pays les services de santé mentale en deux catégories : services extrahospitaliers (*outpatient care*) et hospitaliers. Parmi les services extrahospitaliers l'*Atlas*, distingue les services de consultation et les centres de jour. Les structures hospitalières sont quant à elles réparties en hôpital spécialisé, unité psychiatrique en hôpital général et structures résidentielles de soin (*residential care facilities*). Pour chacun de ces services, l'*Atlas* recense également quelques chiffres d'activité : nombres de consultations ou de visites pour les structures extrahospitalières, nombres de lits et d'admissions pour les établissements hospitaliers. Une série d'items renseignent également plus précisément l'activité des hôpitaux psychiatriques. Malgré le caractère très grossier des indicateurs utilisés, le lecteur est frappé par la mauvaise qualité de l'information rassemblée. Par exemple, la fiche sur la France ne donne pas de chiffres sur les centres de jours ou sur les unités en hôpital général, ou encore sur l'activité des hôpitaux psychiatriques, alors que les uns et les autres se déduisent facilement des données de la DREES. Si ces lacunes peuvent s'expliquer par les limites du recueil des données, d'un autre côté le référentiel utilisé par l'OMS apparaît mal adapté à des configurations nationales extrêmement variées. La focalisation sur l'existence d'une législation spécifiquement consacrée la santé mentale, par exemple, est en décalage avec la diversité des traditions juridiques nationales et en particulier la forme extrêmement variée donnée à la législation.

Dans le prolongement de ce premier travail de recensement, l'OMS lance au milieu des années 2000 un programme d'action plus ambitieux, visant à réduire l'écart entre l'équipement des pays en matière de santé mentale et les standards promus par l'Organisation. A côté d'une série de recommandations pratiques et de guides d'intervention pour promouvoir le changement dans les systèmes nationaux, en 2007 le département santé mentale de l'Organisation publie notamment un instrument, l'*Assessment Instrument for Mental Health Systems* (AIMS), qui vise à permettre une évaluation standardisée des services de santé mentale dans les pays à bas revenus[15]. Construit d'après les recommandations du rapport de 2001, le questionnaire reprend globalement les rubriques de l'Atlas de la santé mentale. Il se compose de 6 grands domaines divisés en 28 sous-domaines et 155 items : cadre politique et législatif ; services de santé mental ; santé

[15] http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

mentale dans les services de soins primaires ; ressources humaines ; éducation à la santé et liens avec d'autres secteurs des politiques sanitaires et sociales ; et recherche. Les informations sont supposées pouvoir être obtenues par le biais d'entretiens avec des responsables locaux. Face à la difficulté d'obtenir des indications chiffrées, l'instrument repose pour un certain nombre d'items sur une évaluation qualitative par le biais d'une échelle. Si le questionnaire vise ainsi à fournir une image compréhensive de la prise en charge de la santé mentale dans les pays concernés, il est relativement peu précis dans la description des aspects non prioritaires pour l'OMS, notamment sur les soins informels, et donne peu d'indications sur les façons concrètes dont les problèmes de santé mentale sont pris en charge.

L'*Atlas de la santé mentale* comme l'AIMS ont ainsi une dimension plus évaluative que descriptive. Il s'agit de mesurer l'écart entre les moyens alloués à la santé mentale et les standards définis par l'OMS. Si ces actions donnent ainsi accès à une série de données souvent nouvelles, elles ne fournissent que peu d'informations sur des systèmes de santé mentale mieux équipés dans les pays riches. Cette question est par contraste au cœur d'une série de travaux animés par le bureau européen de l'OMS à partir de 1970. Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, il s'agit pour l'OMS de prendre la mesure de ce qui se met en place sur les décombres de l'hôpital psychiatrique dans les divers pays de la région. Dans un premier temps, le bureau se lance dans la collecte d'une information systématique sur la délivrance des soins de santé mentale dans une série de pays. Face à la difficulté d'obtenir des données fiables et comparables d'un pays à l'autre, le bureau décide dans un second temps en 1977 de recentrer le projet sur une série de zones pilotes dans lesquelles des enquêtes approfondies sont menées tout au long des années 1980. Malgré l'ambition revue à la baisse, le rapport final paru en 1987 ne peut que faire le constat de l'échec de la démarche[16]. Si le rapport décrit finement l'organisation des services, il n'est pas en mesure de donner des indicateurs permettant de comparer les organisations d'une zone à l'autre. Les auteurs pointent plusieurs écueils : l'extrême variété des services considérés, surtout si l'on adopte une conception large de la santé mentale ; les limites d'un certain nombre de distinctions notamment entre structure hospitalière et extrahospitalière ; la question de ce que l'on compte comme relevant de la santé mentale ; la diversité des approches professionnelles et disciplinaires. Malgré cet échec ce premier projet est cependant à l'origine d'une série de travaux de recherche qui se déploieront dans le courant des années 1990 et chercheront à mieux caractériser les services de santé mentale sur des territoires

[16] Giel R., Hannibal J. U., Henderson J. H., 1986, Mental health services in pilot study areas., Copenhague, World Health Organization

données, notamment par le biais de classifications et nomenclatures de services standardisées.

De façon générale, dans le champ assez vaste de la recherche sur les services de santé mentale, les travaux sur les classifications et nomenclatures de services visent une caractérisation pour ainsi dire structurale de l'offre de soin disponible dans une zone géographique donnée. Il ne s'agit ainsi pas tant de caractériser les interventions disponibles pour tel patient dans tel territoire que de donner une vision d'ensemble des services mettant en œuvre ces interventions. L'objectif est moins de mettre en évidence des dynamiques d'allocation des ressources à l'intérieur du système que de décrire à plat les composants de ce système, à charge d'autres travaux de décrire les articulations entre eux. L'enjeu n'est pas non plus d'évaluer la qualité des soins mais plutôt de rendre compte de la couverture d'un ensemble de besoins définis a priori. D'un autre côté la démarche mise en œuvre est taxinomique : il s'agit de caractériser les services de façon univoque en les situant de façon dans un schème ou une classification. Pour mettre en œuvre cette démarche, la recherche applique des méthodologies issues de la recherche sur les classifications des maladies mentales : définition de catégories à partir de critères opérationnels qui découlent eux-mêmes d'approches conceptuelles ; tests de terrain sur la fiabilité interjuge et la validité de l'outil. A l'intérieur de ce cadre général on peut distinguer deux approches opposées selon que l'insistance est mise sur les pratiques d'intervention ou sur la morphologie des services.

La première approche cherche à caractériser les services de santé mentale à partir des interventions qu'ils mettent en œuvre au profit des populations. La nomenclature porte sur alors sur des types d'interventions, et l'enquête doit permettre dans un second temps de caractériser des profils de services en fonction des interventions qu'ils délivrent. Le principal instrument correspondant à cette approche est issu des travaux des chercheurs du centre collaborateur de l'OMS à l'Université de Groningue dans le prolongement de la recherche sur l'équipement des zones pilotes de l'OMS dans les années 1980[17]. L'*International Classification of Mental Health Care* (ICMHC) repose sur trois niveaux de description. A un premier niveau, les « modalités de soin » décrivent les tâches concrètes mises en œuvre par les services considérés. Pour caractériser ces modalités, la nomenclature propose 10 catégories telles que « établir et maintenir une relation professionnelle », « prendre en charge des activités quotidienne », « Intervention psychopharmacologique et autres interventions somatiques », ou encore « intervention en direction des familles ». Au

[17] de Jong A., 2000, Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC), Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement, 405, 8-13.

second niveau les « soins disponibles » regroupent l'ensemble des modalités de soins effectivement dispensés. Le troisième niveau, enfin, celui des modules des soins, est un découpage des services en modules correspondant à des unités organisationnelles et qui seront l'objet de la classification. En pratique la démarche des enquêteurs est supposée commencer par la délimitation des modules présents dans un service ou établissement, pour ensuite caractériser les soins qui y sont disponibles en termes de modalités de soin, et arriver ainsi à un tableau d'ensemble.

L'ICMHC se présente ainsi comme un instrument purement descriptif, susceptible d'être appliqué dans une diversité de contextes à une diversité de services. De fait son intérêt est de ne pas poser la question de la forme institutionnelle des services considérés au moment de les caractériser et de permettre ainsi de mettre au jour des proximités entre des services de nature potentiellement très différente. L'outil présente cependant plusieurs limites. La première concerne la délimitation des interventions couvertes par l'outil, et précisément la nature des « soins » décrits dans la nomenclature. Les chercheurs ont pensé dans un premier temps distinguer entre « soins curatifs » et « soins de réhabilitation » auxquels seraient consacrés deux outils différents, mais ils sont revenus dans un second temps sur cette distinction face à la nécessité de prendre en compte le fait que les deux types d'intervention coexistent le plus souvent dans des services. Ces deux grandes catégories d'interventions organisent cependant les modalités de soins de la nomenclature. Une seconde question concerne la place accordée aux aspects informels du fonctionnement institutionnel dans la caractérisation des services. L'ICMHC repose clairement sur la prise en compte exclusive des dimensions formelles des organisations considérées. Elle exclut de son périmètre les fonctions latentes remplies par les services et ne permet pas de caractériser les philosophies qui animent les acteurs.

Ce point rejoint une troisième critique adressée à l'outil, qui est également le revers de ce que nous lui reconnaissions plus haut comme qualité : son incapacité à caractériser les conditions de délivrance des interventions et plus largement à rendre compte de la façon dont les caractéristiques proprement institutionnelles des services rejaillissent sur les interventions. Une difficulté importante de l'outil réside en effet dans la liberté qu'il laisse à l'observateur de décider du bon découpage en modules pour l'analyse. On peut imaginer que deux observateurs caractérisent un même service en des termes assez différents selon la nature et le nombre de modules qu'ils auront choisis. Plus largement les mêmes interventions peuvent ne pas avoir le même sens selon le module où elles seront situées : une intervention de réhabilitation délivrée à partir d'une unité fermée ou d'un centre de

jour, par exemple. Au final *l'International Classification of Mental Health Care* paraît avoir peu été utilisée. D'autres outils reposant sur une philosophie proche comme le *Mannheim Service Recording Sheet* ont eu un retentissement local mais peu de diffusion internationale[18].

La deuxième approche inverse la démarche de l'ICMHC et propose d'abord une caractérisation des services en tant qu'institutions pour dans un second temps seulement en décrire les composants. L'une des approches les plus influents est la « matrice des services de santé mentale » de Thornicroft et Tansella, qui propose un modèle pour conceptualiser les services de santé mentale en les situant dans une matrice à deux dimensions[19] : une dimension géographique ou spatiale qui permet d'analyser le fonctionnement des services à trois niveaux, du niveau local des pratiques au niveau national ; et une dimension temporelle qui prête attention à la durée et la continuité ou discontinuité des interventions. Plus qu'un instrument d'analyse et de description, la matrice de Thornicroft et Tansella est cependant un modèle qui vise moins à situer des services de santé mentale les uns par rapport aux autres qu'à stimuler la réflexion des professionnels, administrateurs et politiques sur les fonctions qu'ils remplissent et plus largement sur le sens d'une politique d'équipement en matière de santé mentale.

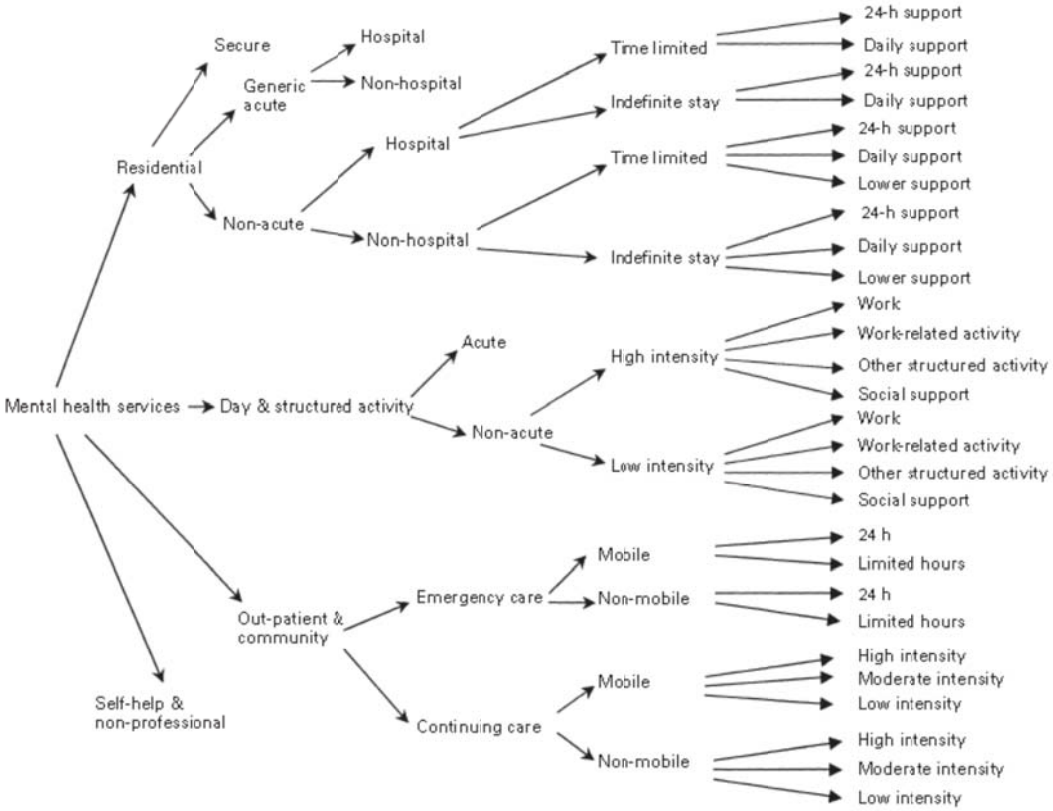
Par contraste un certain nombre d'instruments relevant de cette approche ont une visée plus directement descriptive. Le principal est sans doute le *European Service Mapping Schedule* (ESMS) développé par une équipe internationale réunissant notamment des chercheurs britanniques, néerlandais – dont l'équipe de Groningue – espagnols et italiens à la fin des années 1990[20]. L'enjeu pour les promoteurs de l'ESMS est de proposer une taxinomie couvrant l'ensemble des services de santé mentale existant sur le continent européen. Plus qu'une classification, l'ESMS est un référentiel utilisable dans les contextes nationaux les plus divers pour caractériser des services eux-mêmes divers concourant à la prise en charge de la santé mentale. Le cœur de l'instrument est un arbre décisionnel permettant de classer les services de façon logique en répondant à une série de questions simples correspondant à quelques dimensions clefs : résidentiel ou non résidentiel ; hospitalier ou non hospitalier ; limité dans le temps ou non, etc. A l'issue de la procédure

[18] Pour des revues de littérature voir Johnson S., Salvador-Carulla L., 1998, Description and classification of mental health services: a European perspective, European Psychiatry, 13, 7, 333-341 ; Lloyd-Evans B., Johnson S., Slade M., 2007, Assessing the content of mental health services: a review of measures, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 8, 673-682.

[19] Thornicroft G., Tansella M., 1999, The mental health matrix : a manual to improve services, Cambridge, UK ; New York, NY, Cambridge University Press

[20] Johnson S., Kuhlmann R., 2000, The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services, Acta Psychiatr Scand Suppl, 405, 14-23.

les institutions sont situées sur une ou plusieurs branches de l'arbre selon qu'elles hébergent un ou plusieurs services.



Dans un second temps les enquêteurs sont invités à caractériser plus précisément le niveau d'utilisation des services pour 100 000 habitants à partir des statistiques fournies par les gestionnaires de service. Enfin une dernière section de l'instrument permet de caractériser les services par une série de questions ouvertes portant sur leur encadrement professionnel, les buts recherchés, le profil des patients ou encore le nombre de contacts moyens avec le service.

L'ESMS est certainement le plus ambitieux des instruments examinés jusqu'à présent, à la fois par le spectre des institutions qu'il cherche à caractériser et par la richesse de la caractérisation qu'il vise à en proposer. Sa systématicité et son degré élevé d'abstraction en font sans aucun doute un instrument séduisant pour les chercheurs et les administrations et il a du reste inspiré d'autres outils visant à décrire les services de soins de long terme en direction d'autres populations[21]. L'une de ses grandes forces découle de ce qu'il évite de soulever la question de la philosophie mise en œuvre par les services : aux

[21] Salvador-Carulla L., Poole M., Gonzalez-Caballero J. L., Romero C., Salinas J. A., Lagares-Franco C. M., 2006, *Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE)*, Acta Psychiatr Scand Suppl, 432, 19-28; Salvador-Carulla L., Alvarez-Galvez J., Romero C., Gutierrez-Colosia M. R., Weber G., McDaid D., Dimitrov H., Sprah L., Kalseth B., Tibaldi G., Salinas-Perez J. A., Lagares-Franco C., Roma-Ferri M. T., Johnson S., 2013, *Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study*, BMC Health Serv Res, 13, 218.

yeux de ses promoteurs, savoir quelles visions de la maladie mentale et du travail psychiatrique organisent les interventions est au fond secondaire par rapport à la question de savoir s'il s'agit d'une structure hospitalière ou non, d'hébergement ou d'accueil de jour. En cela, l'ESMS prend à rebours une idée communément admise tant chez les professionnels de la santé mentale que parmi le personnel politique et administratif en France et que nous avions relevée dans notre analyse du FINESS : au fond les politiques de santé mentale – et plus largement les politiques médico-sociales – françaises sont dominées par l'idée que les institutions sont d'abord déterminées par leur statut sanitaire, social ou médico-social, avant même que se pose la question de la nature des interventions concernées.

C'est ce qui fait cependant une limite de l'instrument pour l'analyse des services de santé mentale en France mais également à l'étranger. Si en effet l'ESMS permet de caractériser sans doute utilement des taux et des profils d'équipement à l'échelle de territoires, il se révèle moins pertinent s'il s'agit de rendre compte finement de l'activité de services ou établissements donnés. Pour ne prendre qu'un seul exemple il n'est pas évident de savoir où situer, dans l'arbre des services, les appartements accompagnés de notre étude : dans la mesure où les personnes habitent chez elles, mais en sous-location, faut-il les classer en services résidentiel ou non ? Dans la mesure où ce sont souvent des équipes hospitalières à l'origine de la structure, faut-il mettre en avant leur caractère hospitalier ou non ? Profondément, on le verra, c'est en fait l'ambiguïté de la réponse à ces questions qui définit ces services : c'est parce que les services se situent quelque part entre structure d'hébergement et accompagnement à domicile que les équipes peuvent ouvrir un espace où travailler la dimension processuelle de l'accompagnement. La logique taxinomique de l'ESMS s'accorde mal avec cette approche pourtant au cœur des visions professionnelles de ces institutions.

De façon plus générale l'une des caractéristiques de l'ESMS comme des différents outils que nous avons mentionnés dans cette section est qu'ils supposent des enquêteurs qu'ils soient en mesure de repérer et dresser une liste de l'ensemble des services contribuant à la prise en charge de la santé mentale sur les territoires considérés. Pour limiter les difficultés les promoteurs de ces outils font le choix de les cantonner à l'analyse des services spécialisés dans le champ : les concepteurs de l'ESMS écartent ainsi explicitement de son champ d'application tant les services relevant du droit commun que les structures de soins de santé primaire qui accueillent des personnes souffrant de troubles mentaux – par exemple des foyers sociaux qui accueilleraient des malades psychiques. Or une difficulté de

l'analyse de l'offre de services en direction des personnes souffrant de troubles mentaux est précisément de prendre en compte la part prise et le rôle joué par les ressources non spécifiquement psychiatriques des environnements dans lesquelles évoluent les personnes : cela peut aller d'hôtels de nuits particulièrement accueillant pour ces personnes, à des consultations médicales non psychiatriques quasiment spécialisées dans leur prise en charge. Ce point est d'autant plus significatif que, animées à la fois par la volonté de déstigmatiser les prises en charge et de promouvoir *l'empowerment* des personnes, les politiques actuelles s'orientent vers la promotion de solutions non spécifiquement psychiatriques à leurs difficultés. Les approches du type « Un chez soi d'abord » s'inscrivent dans cette logique qui vise à favoriser la capacité de choix des personnes, en particulier vis-à-vis de leurs traitements. Sans doute ces approches ne sont-elles pas sans tension quand elles reviennent à recréer des structures psychiatriques qui ne disent pas leur nom, mais comme les appartements accompagnés plus haut on peut faire l'argument que c'est dans cette tension que quelque chose de productif se joue pour les personnes. Quoi qu'il en soit, ces remarques posent profondément la question de la nature et de l'extension des services et établissements à prendre en compte dans une analyse des institutions participant à la prise en charge de la santé mentale.

Supported housing **: modéliser le logement adapté en santé mentale**

Ces dernières remarques sont bien illustrées par le dernier ensemble de catégories que nous examinerons dans ce chapitre. Si elles ne constituent pas à proprement parler une classification de services, ces catégories, qui s'organisent autour des modèles du *supported* et *supportive housing*, sont néanmoins mobilisées par leurs promoteurs pour caractériser une série d'organisations plus ou moins complexes reposant sur des coopérations entre divers services et visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiatriques à habiter un logement. La littérature qui leur est consacrée est ainsi animée par des questionnements différents de ceux qui organisent tant le FINESS que les classifications internationales des services de santé mentale : par rapport au premier il ne s'agit pas ici d'apporter un cadre à des pratiques dans un contexte institutionnel, politique et économique national, mais plutôt de mettre en évidence des critères mobilisables pour penser des dispositifs institutionnels dans des contextes divers ; par rapport aux seconds, l'enjeu est moins de caractériser le type de prestation fournie et les besoins couverts par telle ou telle structure que de poser la question de la façon dont on peut garantir la délivrance d'une prestation répondant à des critères éthiques et pratiques dans des contextes institutionnels variés. Si en cela les

modèles du *supported* et *supportive housing* cherchent à échapper aux approches institutionnelles qui organisent tant le FINESS que les classifications internationales des services de santé mentale, on verra cependant que ces modèles se heurtent à la difficulté de faire totalement abstraction de la question des conditions institutionnelles de leur mise en œuvre.

L'origine des modèles de *supported* ou *supportive housing* se situe dans les évolutions du débat nord-américain sur la désinstitutionnalisation au cours des quarante dernières années. Précisément, leur première formulation à la fin des années 1980 traduit une prise de conscience de l'insuffisance des réponses à la question de l'hébergement ou du logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. Depuis les années 1960 la désinstitutionnalisation avait conduit au développement un peu anarchique d'un grand nombre d'alternatives à l'hospitalisation de type foyers (*nursing home*), maisons de transition (*halfway houses*) ou appartements supervisés. Plus souvent encore, les personnes avaient été renvoyées chez elles ou dans leur famille et un grand nombre d'entre elles avaient constitué une nouvelle population de personnes sans domicile fixe. Si quelques travaux émettaient des recommandations sur la façon d'accompagner la transition des prises en charge de l'hôpital vers la communauté, dans l'ensemble la littérature se caractérisait par une incapacité à penser le nouveau paysage institutionnel né sur les décombres de l'hôpital : cette incapacité était liée à la fois à l'absence de planification et à la place prise par les initiatives privées dans le développement de ce nouveau paysage institutionnel ; et par ailleurs à la difficulté à reconnaître et aborder le caractère durable et jusqu'à un certain point irréductible d'un certain nombre de difficultés des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, notamment face à l'habitat. Les institutions, services, établissements et dispositifs qui se mettaient en place reposaient sur l'idée qu'ils jouaient un rôle transitionnel dans des trajectoires de guérison ou de rétablissement, mais ils se heurtaient à la réalité de la chronicité de la maladie mentale, dont on prenait conscience qu'elle n'était pas seulement une conséquence de l'hospitalisation mais qu'elle était bien un trait de la maladie.

Face à ces difficultés le modèle du *supported housing* met en avant plusieurs principes qui paraissent introduire des éléments de rupture par rapport aux pratiques en vigueurs, au point que les premiers articles n'hésitent pas à parler d'un « changement de paradigme » dans l'accueil résidentiel des personnes[22]. Le premier et le principal est l'idée de mettre au

[22] Ridgway P., Zipple A. M., 1990, The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11-21; Hogan M. F., Carling P. J., 1992, Normal housing: a key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities, *Community*

centre des accompagnements le droit au logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves au même titre que toute autre personne. En conséquence les accompagnements devraient être construits autour et à partir d'une situation de logement plutôt que l'inverse comme c'est le cas dans les institutions où le type de prise en charge détermine le mode d'hébergement. Ce principe conduit également à offrir la possibilité aux personnes d'habiter dans des logements individuels insérés dans les communautés et non pas seulement dans de grandes structures résidentielles de type foyer. L'enjeu est en effet de leur permettre de développer le sens d'un « chez soi » en milieu ordinaire avec les soutiens appropriés dans l'environnement. Le second principe est celui du choix par les personnes de leur logement et non pas leur assignation à tel ou tel hébergement par une instance quelconque, qu'il s'agisse d'un professionnel de santé ou du social, ou d'une commission émanant d'une instance administrative ou politique. Le troisième principe est la séparation de la gestion du logement et de l'accompagnement et du soin, confiés à des équipes différentes. Ce principe vise également à favoriser la délivrance de prestations d'accompagnement en fonction des besoins et de la demande des personnes et non pas dans le cadre d'un programme standardisé offert de façon uniforme à l'ensemble des usagers d'un lieu de vie. Enfin le modèle insiste sur la mobilisation de soutiens dans l'environnement ordinaire des personnes plutôt que le recours exclusif à des services spécialisés.

Les promoteurs du *supported housing* tendent à l'opposer à une vision qu'ils qualifient de séquentielle ou linéaire des filières de prise en charge et qui aurait dominé selon eux les approches de l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves dans la période précédente[23] : vision linéaire parce qu'elle serait organisée autour de l'idée de faire graduellement passer les personnes de l'hôpital au logement indépendant en les accueillant successivement dans des services qui leur permettent d'acquérir des niveaux d'autonomie à chaque fois supérieurs. Si cette vision séquentielle a probablement eu moins de substance que le supposent ces auteurs, de fait cette observation pointe l'ambition du modèle : définir une approche de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves qui mette en son centre non pas des formes de travail institutionnel mais des pratiques d'intervention construites de façon ad hoc sur des bases diverses pour répondre aux problèmes des personnes. C'est en ce sens que le modèle peut être conçu comme antiinstitutionnel : l'enjeu en est une forme de désinstitutionnalisation de l'aide

Mental Health Journal, 28, 3, 215-226, Fakhoury W. K., Murray A., Shepherd G., Priebe S., 2002, *Research in supported housing, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 7, 301-315

[23] Ridgway et Zipple, The paradigm shift, *art. cit.*

dans le logement qui permette à la capacité d'habiter des personnes de s'exprimer d'une certaine façon d'elle-même. A cet égard il ne faudrait pas essayer de placer le *supported housing* dans l'arbre des services de l'ESMS ou le FINESS mais bien plutôt le situer comme une approche différente de la question institutionnelle en psychiatrie.

Le *supported housing* a rapidement rencontré un succès considérable dans les pays anglo-saxons et depuis quelques années dans les pays francophones – le Québec jouant comme souvent un rôle de passerelle. L'expérimentation « Un chez soi d'abord » a été – et reste – des deux côtés de l'Atlantique l'un des relais les plus influents de ce modèle mais il a été mobilisé pour penser et décrire le travail mis en œuvre dans des organismes aux orientations et objectifs divers. Aux Etats-Unis et en Grande Bretagne le modèle organise actuellement entièrement les politiques d'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, mais aussi des personnes âgées et des personnes handicapés, et il est mis en œuvre dans une diversité de services, de l'aide à domicile à des structures offrant des hébergements temporaires. En France l'influence du modèle se fait sentir dans l'insistance relativement nouvelle parmi les professionnels de l'accompagnement, qu'ils viennent de la psychiatrie ou du travail social, sur leur volonté de mettre au centre des interventions les projets résidentiels des personnes plutôt que leurs besoins de soins de quelque nature que ce soit. Les appartements accompagnés de ce rapport sont l'un des terrains d'élection de ces perspectives.

Ce succès est aussi une des raisons des limites du modèle. La multiplicité des approches et des expériences a de toute évidence conduit à sa dilution. Certains services s'en réclamant paraissent n'appliquer que de façon très lointaine les principes que l'on a rappelés plus haut[24]. Des publications n'hésitent ainsi pas à mobiliser le terme de *supported housing* pour qualifier des structures résidentielles de type foyer. Certains auteurs ont également cherché à introduire des nuances dans le modèle en le déclinant selon différentes approches. On a ainsi proposé de distinguer *supported* et *supportive housing*[25] : le premier correspondrait à des structures insistant sur la liberté de choix des personnes et sur la promotion de leur capacité d'agir ; le second désignerait des structures davantage orientées vers le traitement où le logement et les prises en charge seraient davantage intriqués que dans le *supported housing*, et dont l'esprit serait proche du modèle linéaire. Certains tenants de cette distinction en font la base d'une classification des services d'accompagnement dans le

[24] Fakhoury et coll. Research in supported housing, *art. cit.*; Tabol C., Drebing C., Rosenheck R., 2010, Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement, *Evaluation and Program Planning*, 33, 4, 446-456.

[25] Lipton F. R., Siegel C., Hannigan A., Samuels J., Baker S., 2000, Tenure in supportive housing for homeless persons with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 51, 4, 479-486.

logement qui permettrait de décrire une offre adapté à des besoins et des capacités d'autonomie différentes dans les populations de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves[26]. Les revues de littérature ont cependant pointé les limites de cette distinction que la plupart des travaux et expériences ne respectent pas[27]. Plus largement malgré les tentatives de définir des critères opérationnels qui traduisent les principes au fondement du modèle, les revues de littérature sont obligées de constater la difficulté d'identifier les services correspondant véritablement au modèle.

L'une des difficultés essentielles de l'évaluation du modèle est à cet égard qu'il repose avant tout sur la mise en avant d'une série de valeurs. Pour ne prendre qu'un exemple parmi les dimensions centrales du modèle, le principe du respect du choix de leur logement par les personnes repose ainsi sur l'appréciation que font les équipes des situations de choix offertes aux personnes. Il s'agit là d'un jugement normatif dans la mesure où celles-ci doivent évaluer à la fois les options disponibles – propose-t-on un réel choix en laissant les personnes décider entre telle et telle offre de logement ? - et le degré de latitude des personnes face à ces différentes options – le choix qu'elles font est-il bien le leur ? Peu de services ou d'établissements proposent des critères procéduraux permettant garantir que ces évaluations sont bien menées. A défaut on peut penser que les professionnels s'appuient sur la mise en œuvre de routines institutionnelles.

Une autre difficulté du modèle concerne la séparation du bail et de l'accompagnement. L'une des tensions profonde qui traverse le *supported housing* tient à ce qu'il suppose des personnes qu'elles manifestent une autonomie dont elles sont jusqu'à un certain point, par définition, incapables : si les personnes sont accueillies dans ces services c'est précisément parce qu'elles souffrent de difficultés qui rendent nécessaire un accompagnement. Le paradoxe du *supported housing* est qu'il vise à promouvoir des accueils qui répondent aux difficultés éprouvées par les personnes tout en maintenant celles-ci à distance. Le modèle repose en quelque sorte sur un exercice de pensée impossible : il suppose que l'on puisse imaginer la vie autonome que mèneraient des personnes qui par définition ne peuvent mener une vie autonome. De façon plus pragmatique, on peut penser que la mise en œuvre du modèle repose sur une série d'accompagnements minimaux qui permettent simplement de mettre en place les baux et de garantir la gestion du logement. Or ces accompagnements posent profondément la question de la définition

[26] Dorvil H., Morrin P. L., Beaulieu A., Robert D., 2002, Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales, *Déviance et Société*, 26, 497-515.
[27] Tabol et coll. Studies of "supported" and "supportive" housing , *art. cit.*;Rog D. J., Marshall T., Dougherty R. H., George P., Daniels A. S., Ghose S. S., Delphin-Rittmon M. E., 2014, Permanent supportive housing: assessing the evidence, *Psychiatric Services*, 65, 3, 287-294.

de ce qui ressort du soin et de l'accompagnement et de leur articulation : jusqu'à quel point peut-on effectivement concevoir des formes d'accompagnement social de personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ne passent pas par une forme de prise en compte de la dimension proprement pathologique de leur situation. On reviendra plus longuement sur ce point plus loin dans ce rapport.

Les modèles du *supported* ou *supportive housing* font ainsi bien la promotion d'une autre conception des institutions dans le champ de l'accompagnement dans le logement. Leur séduction, en tant que modèle, est à la hauteur des espoirs qu'ils incarnent pour les acteurs. Plus profondément, leur succès tient à leur congruence avec une série d'idéaux qui remodèlent profondément les mondes de la santé mentale. Au fond c'est parce qu'ils correspondent à une vision normative de ce qu'est être malade qu'ils sont efficaces. Leurs limites comme catégorie d'analyse découlent précisément de ce point.

Conclusion

Les classifications, nomenclatures, instruments et modèles que nous avons évoqués dans ce chapitre soulèvent ainsi globalement la question de la nature des institutions en psychiatrie et plus largement dans les soins de long terme : comment aborder, planifier et organiser les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales ? Comment rendre compte de leur mission ? Quelles catégories mobiliser pour les décrire ? Les trois types de catégories que nous avons examinés apportent trois réponses différentes à ces questions. Le FINESS est sans doute l'approche qui prend le plus au sérieux la dimension proprement institutionnelle des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux : celle-ci constitue en effet l'armature de sa nomenclature, qui l'érige en une sorte de qualité transcendante informant les services et établissements ; la référence à une règle empruntée à une loi supérieure paraît entièrement organiser les pratiques des acteurs que d'une certaine façon elle surplombe.

Les classifications internationales des services de santé mentale opèrent par contraste une sorte de réduction de la question institutionnelle à celle des interventions que les services proposent aux personnes : l'institution est conçue comme un cadre à un ensemble de pratiques qu'elle contribue à définir ; elle est une infrastructure sur laquelle les acteurs s'appuient pour développer leurs interventions. Enfin les modèles du *supported housing* cherchent quant à eux une sorte de dissolution des institutions dans des modèles d'accompagnement transversaux et abordés indépendamment des infrastructures et des statuts juridiques. On l'a vu la limite de ces modèles est cependant leur incapacité de

s'affranchir totalement des institutions : la difficulté à concevoir et surtout mettre en œuvre des critères univoques permettant d'identifier les approches et organisations relevant effectivement du *supported housing* témoigne à bien des égards de l'incapacité des promoteurs de ces modèles de s'affranchir du poids des institutions.

Au-delà de ces différences, les classifications et nomenclatures que nous avons examinées dans ce chapitre ont en commun de mettre au cœur de leur approche la question de la distinction entre soin et accompagnement, entre ce qui relève de la thérapie et du social. Toutes reposent profondément sur une distinction entre interventions médicales et sociales, entre ce que les britanniques appelleraient le soin social (*social care*) et le soin médical (*medical care*). Dans le cas du fichier FINESS cette distinction organise entièrement la réglementation, à commencer par la distinction entre les établissements et services relevant du *Code de la Santé Publique* et du *Code de l'Action Sociale et des Familles*, entre les établissements relevant de financement par la sécurité sociale et par les conseils départementaux. Par une sorte de syllogisme élémentaire, la sécurité sociale ayant en principe pour mission de financer les soins médicaux, les institutions médicales sont dans l'ensemble des structures de soin et d'accompagnement, au sens large, celles financées par la sécurité sociale. La logique souffre ou a souffert d'un certain nombre d'exceptions, par exemple pour des opérations de prévention financées sur les budgets départementaux et néanmoins classés dans les structures médicales, comme la PMI. Mais elle est au fond le principe fondamental qui organise toute la nomenclature.

Si les classifications des services de santé mentale que l'on a examinées dans ce chapitre paraissent accorder moins de place à cette distinction, celle-ci organise néanmoins profondément ses catégories. On la retrouve dans l'opposition entre soins curatifs et soins de réhabilitation que l'on a évoquée à propos de l'ICMHC ; on la retrouve également dans le cas de l'ESMS dans la place accordée dans la détermination des catégories à la nature hospitalière ou non des interventions. Enfin l'opposition structure entièrement les modèles de *supported housing*, qui font on l'a vu de la possibilité de penser des accompagnements dans le logement indépendants des soins le pivot de leur approche. Le caractère fondamental de cette opposition pose cependant la question de sa mise en œuvre dans les services et institutions et profondément de la définition des interventions.

Au final, ce chapitre nous a permis de développer une réflexion large sur le sens des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales et la nature des critères ou des dimensions à mettre en œuvre dans leur analyse. Ces questions n'ont pas de réponse simple dans la littérature et c'est une attention portée aux dynamiques institutionnelles et pratiques,

matérielles et morales, temporelles et spatiales à l'œuvre dans le façonnement des organisations et du travail qui paraît de nature à jeter une lumière sur des services comme les appartements accompagnés. On peut maintenant entrer dans le vif de cette analyse.

II. Le regard historique

3. La fabrique d'un dispositif, ou les appartements accompagnés entre bricolage, mouvement social et ambition

Ce chapitre analyse l'essor, le développement et les évolutions des appartements accompagnés dans les différents territoires de notre recherche. Il examine les origines du dispositif dans les années 1970, les questions auxquelles il visait à répondre et les motivations de ses initiateurs, ainsi que ses évolutions au cours des années suivantes. L'histoire des appartements accompagnés est en effet intimement liée à celle de la psychiatrie publique de ces quarante dernières années. Au moment où ils sont créés dans le courant des années 1970, ces services participent des tentatives de renouveler les pratiques psychiatriques dans le cadre d'une psychiatrie de secteur qui s'invente en même temps qu'elle est généralisée sur le terrain. Pour les professionnels qui s'engagent dans leur création, ils sont à la fois un débouché à une nouvelle forme d'engagement qui conçoit l'exercice de la psychiatrie comme une pratique militante, et une solution pour faire sortir des patients de l'hospitalisation et inscrire la psychiatrie au sein des communautés et notamment dans le tissu urbain. Les appartements accompagnés sont alors un dispositif extrêmement plastique qui sur le terrain s'incarne dans des montages et des pratiques d'une grande variété.

Les années 1980 et 1990 voient le dispositif rencontrer un succès considérable et s'implanter sur tout le territoire. Dans le même temps un effort de standardisation est mis en œuvre par les acteurs eux-mêmes et le ministère de la Santé, qui aboutit notamment à l'arrêté du 14 mars 1986 définissant les appartements thérapeutiques. L'année 2000 paraît marquer l'apogée du dispositif avant un relatif déclin et surtout une série de mutations sous

l'effet conjoint de l'essor du médico-social et d'une transformation des visions des métiers de la psychiatrie. Nous tâchons de proposer quelques pistes de compréhension de ces évolutions en même temps que de saisir les nouveaux modèles et perspectives qui ont émergé depuis une dizaine d'années.

Les analyses que nous proposons dans cette partie sont partielles et elles ne sauraient constituer une histoire d'ensemble du mouvement des appartements associatifs à visée thérapeutique et plus largement des appartements accompagnés. Faire cette histoire n'entrait pas dans les objectifs de notre recherche et nous n'avons pas cherché systématiquement à rassembler une documentation archivistique exhaustive sur les associations que nous étudiions, ni à rencontrer leurs acteurs historiques quand ils étaient encore en vie. Mais, on le verra, l'histoire des appartements associatifs couvre une trentaine d'années et dans de nombreux lieux leurs fondateurs étaient encore des acteurs importants si ce n'est les principaux acteurs de ces services quand nous avons mené nos entretiens, de sorte que nous avons recueilli un matériau riche pour nous aider à comprendre cette histoire, que nous avons complété par une recherche dans les publications professionnelles.

Revenir sur cette histoire nous est surtout apparu nécessaire pour comprendre plus précisément à la fois la cartographie actuelle et les défis auxquelles font face ces dispositifs. Un certain nombre de tensions originelles marquent encore aujourd'hui ces services qui découlent directement des conditions dans lesquelles ils ont été imaginés. A cet égard, si l'histoire n'apporte pas de solutions à ces tensions, elle permet de les éclairer et éventuellement d'aider à penser des pistes pour les résoudre.

Aux origines d'une pratique

La vie mode d'emploi : s'installer en appartement

La réflexion sur les appartements accompagnés en psychiatrie s'engage au cours de la seconde moitié des années 1970. Les structures les plus anciennes dont nous ayons entendu parler ouvrent en 1979 dans deux des quatre départements de notre étude et si les publications que nous avons consultées mentionnent des expériences remontant au début des années 1970 c'est à la fin de la décennie que l'on trouve les premières descriptions systématiques de ce qui apparaît d'emblée comme un modèle nouveau[28]. Les appartements

[28] La référence la plus ancienne que nous ayons trouvé est une expérience créée à Blois au début des années 1970 sous l'impulsion de la Société Croix Maine de Loir et Cher et citée par Gueguen M., Billion P., Pascal J.-C., Halmos P., 1981, Création d'une structure intermédiaire d'accueil, *Transitions*, 8, 135-143. Une autre expérience est ouverte à Romans en 1977 dans une association affiliée également aux Croix Marines. Sur

accompagnés sont alors l'initiative d'une petite poignée de soignants, psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, engagés dans le développement la psychiatrie de secteur et qui cherchent des solutions nouvelles pour les malades de leurs services. Au moins quatre services de notre échantillon participent de cette première vague.

La période est celle de la seconde génération des expériences de secteur après celle des pionniers qui en collaboration avec l'administration centrale du ministère de la Santé avaient inventé la sectorisation, lui avaient donné un cadre politique et réglementaire, et avaient lancé les premières expériences sur le terrain entre la fin des années 1950 et le début des années 1970 (Fourquet et Murard, 1975 ; Henckes, 2005, 2007). En 1970, une série de textes et mesures budgétaires promulgués par le ministère de la santé a lancé la généralisation de la sectorisation et en a précisé le cadre, et en 1975 les lois sur le handicap et les institutions sociales et médico-sociales ont donné une série de moyens nouveaux, même si c'est, on y reviendra, de façon ambiguë, aux acteurs de la santé mentale pour créer des services à destination des patients. Parallèlement, la réforme de la formation des psychiatres en 1968 et les évolutions de celle des infirmiers, sans compter le succès croissant des métiers des champs psys et du social, ont mis sur le marché du travail un vivier nouveau de jeunes professionnels à qui l'ouverture d'un grand nombre de nouveaux services et établissements dans le cadre de la sectorisation conduit souvent à confier immédiatement des responsabilités importantes. Ces jeunes professionnels se saisissent pleinement des opportunités qui leur sont offertes par ce nouveau contexte politique, légal et réglementaire et ils s'investissent dans l'élaboration de pratiques qui font preuve d'une grande créativité.

Cette créativité est le plus souvent requise par les situations qu'ils rencontrent sur le terrain. Dans de nombreux territoires, la psychiatrie était à peu près absente jusque-là et tout est à créer avec des moyens souvent à la traîne : outre que les financements ne suivent pas toujours l'ouverture des secteurs, la création de structures bute sur la disponibilité des locaux et l'obtention des autorisations. Les secteurs qui sont créés à partir des hôpitaux généraux doivent par ailleurs faire avec des moyens souvent en retrait sur ceux que mettent à la disposition des leurs les établissements spécialisés. Les innovations institutionnelles de la fin des années 1970 et 1980, des appartements associatifs aux centres de crise en passant par les CATTP, portent profondément la marque de ce contexte.

Les appartements accompagnés sont l'un des dispositifs phares issus de ce mouvement. Contrairement à ce qui avait pu se passer une quinzaine d'années auparavant

---

celle-ci voir : Decraene B., 1980, Structures intermédiaires. Etat actuel en 1980, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris, Université de Paris VI

pour les premières institutions de secteur, dont la circulaire de 1960 donnait une liste qui précédait leur expérimentation sur le terrain, il n'existe alors aucune réglementation ni modèle sur lesquels les acteurs peuvent s'appuyer. L'idée d'un dispositif permettant d'accueillir des patients dans des appartements de droit commun et non dans des établissements marque par ailleurs une rupture. Les premières expériences de soin hors de l'hôpital psychiatrique des années 1950 et 1960 avaient en effet reposé sur la création d'établissements dont les secteurs – hôpitaux ou association gestionnaires – étaient propriétaires ou au moins gestionnaires, et où les patients étaient le plus souvent accueillis à temps partiel : hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, foyers de post-cure, ateliers thérapeutiques et, du côté du médico-social, centre d'aide par le travail et foyers d'hébergement divers. Architecturalement, ces établissements étaient adaptés à leur fonction d'accueil collectif de personnes malades ou handicapées, et leur ouverture était de ce fait soumise à l'autorisation des services techniques du ministère ou des départements. Par contraste l'installation d'un appartement ne nécessite pas l'adaptation du bâti ni même dans la plupart des expériences d'autorisation. Les personnes sont accueillies dans des appartements loués dans le parc HLM ou privé, à l'intérieur desquels les équipes psychiatriques leur rendent visite sans y être présent, la plupart du temps, de façon continue. Plus largement si les structures de secteur créées jusqu'au début des années 1970 étaient encore identifiables comme des institutions psychiatriques, les appartements accompagnés se fondent littéralement dans le tissu urbain : en cela ils paraissent réaliser pleinement le modèle d'une psychiatrie intégrée à la communauté.

> Les petites institutions psychiatriques dispersées dans la ville ont fait disparaître l'image même du mur, du lieu à part. Ainsi l'appartement thérapeutique est un espace social que rien ne repère dans sa différence. Il fait partie d'une HLM où il se fonde dans l'uniformité des appartements voisins.[29]

L'absence de modèle explique que, quand ouvrent les premiers appartements, les formes, tant juridiques qu'organisationnelles, en sont très variées et que la terminologie mobilisée par les acteurs diffère d'une expérience à l'autre. En particulier la distinction et la standardisation relative de la notion d'appartement thérapeutique ne viendra qu'avec la parution de l'arrêté de 1986, et encore, on l'a mentionné, cette clarification restera-t-elle partielle. On reviendra longuement sur ce point dans la mesure où cette diversité originelle s'est perpétuée jusqu'à aujourd'hui. Il est difficile par ailleurs de donner la mesure exacte de cette diversité dans la mesure où nos informations sur ces premières expérimentations sont

[29] Aubin B., Lopez A., Monier M., Fontugne A., 1984, Un nouveau lieu de soin: l'appartement thérapeutique, *Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale*, 2, 5-8, ici p. 6.

limitées par nos sources. Certaines expériences proposent un accompagnement quotidien aux personnes et leurs promoteurs considèrent pratiquement les appartements comme des prolongements des services hospitaliers dont ils dépendent, quand dans d'autres services les professionnels insistent sur l'appropriation par les personnes du logement qu'elles habitent. Si dans certaines expériences l'établissement hospitalier est locataire ou parfois même propriétaire des locaux qu'il loue ou sous-loue aux personnes, dans d'autres structures une association préexistante ou créée pour l'occasion joue ce rôle d'intermédiaire, ce qui n'empêche pas les équipes d'utiliser le même qualificatif d'appartement thérapeutique dans les deux cas. D'autres équipes encore ont recours à des partenariats pour gérer les appartements. Ces différentes options sont le résultat de bricolages institutionnels et pratiques qui correspondent à des logiques locales, fonction des projets des professionnels, de leur vision du travail, des besoins qu'ils identifient et stabilisent chez les patients auxquels ils destinent le dispositif, des opportunités qui leur sont offertes et de l'implication ou non d'autres acteurs.

La plupart de ces premières expériences se rejoignent cependant sur un point : l'enjeu est avant tout de faire sortir de l'hôpital psychiatrique des patients qui y vivent pour certains depuis des décennies[30]. Les personnes accueillies dans ces appartements sont ainsi toutes des patients hospitalisés au long cours. A la fin des années 1970 les administrations n'ont pas encore fait de la réduction du nombre de lits psychiatriques un objectif et ce sont d'abord certaines équipes de soin qui cherchent à faire sortir des malades pour lutter contre la chronicité hospitalière. Dans certains territoires la question s'impose d'elle-même à des équipes qui disposent de peu de lits. C'est le cas en particulier de certains secteurs créés dans des hôpitaux généraux qui ne disposent pas antérieurement de lits psychiatriques et auxquels il est demandé de prendre en charge les patients du territoire hospitalisés dans d'autres établissements.

> *Q : Et le profil des gens qui étaient hébergés, logés … ?*
>
> R : C'était des gens, des psychotiques chroniques venant… Par exemple dans le cadre de la sectorisation, on a récupéré plein de patients qui étaient de longue date en asile, en hôpital psy sur [Ville], au nom de la sectorisation, dès que j'ai ouvert, les collègues m'ont dit « Tu devrais prendre, tu devrais prendre, tu devrais prendre. » Donc on les a pris, et ils avaient des habitudes déjà bien établies, à peu près stabilisés mais toujours avec des symptômes résiduels, et donc c'est avec ceux-là

[30] Quelques expériences rapportées dans les publications suggèrent cependant dès le début des années 1980 une autre logique : introduire un dispositif intermédiaire entre la famille et l'hôpital qui permette de préparer l'autonomie. voir Fievet J.-P., Halmos P., Pascal J.-C., 1987, De la tutelle à l'autonomie: un projet d'appartement relais thérapeutique, *Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale*, 3, 26-30

> qu'on a commencé les appartements associatifs. Parce qu'en plus on avait besoin de place dans les lits. [Psychiatre, appartements de secteur, #14]

Dans cette autre expérience de sectorisation ouverte sans lit au début des années 1970, un accord a été passé avec l'hôpital psychiatrique départemental pour que l'équipe puisse continuer à y disposer de quelques lits, dont certains sont affectés à des patients au long cours. Mais la réflexion menée au sein de l'équipe sur la chronicité amène à poser la question du devenir de ces patients :

> Or si ce travail de secteur s'est développé, il n'en reste pas moins qu'il y a des patients qui sont originaires de communes proches de [Ville], qui sont bel et bien à [l'hôpital départemental] et qui y sont pour certains depuis longtemps […]. Donc on s'est dit qu'il fallait faire quelque chose pour ces personnes […], on se dit qu'on ne peut pas ne pas faire plus que ça attention à ces patients qui sont, au nom de la chronicité, installés dans la très longue durée des hôpitaux psychiatriques, qu'on va commencer à faire dès l'internat des allers et retours à l'hôpital de [Ville] pour rencontrer ces patients hospitalisés et en imaginant de créer une association qui permettrait de louer des appartements – au début c'est du collectif – que l'on proposerait à ces personnes qu'elles sous-loueraient et où elles pourraient vivre avec le soutien des soignants du secteur, et puis surtout le soutien, puisqu'on fait appel à la population, d'autres gens de la cité. C'est donc pour ça qu'en 1979 ont créé avec quelqu'un qui s'appelle [Nom de Psychiatre], l'association [Nom], qui va ouvrir deux appartements collectifs. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

Ces préoccupations concernent également des équipes en hôpital psychiatrique qui cherchent à faire bouger l'institution en introduisant du mouvement dans ses populations et par là à en réduire le nombre de lits. Dans tous les cas, les patients admis dans ces nouveaux services sont en petit nombre mais ils correspondent à des profils marqués par la sévérité et la longue durée de la symptomatologie. Un deuxième psychiatre impliqué dans la création de l'expérience mentionnée ci-dessus se souvient d'un petit groupe de 16 patients dont les durées d'hospitalisation allaient de 3 à 35 ans. Un certain nombre d'entre eux paraissent trop invalidés par la maladie ou disposer de ressources insuffisantes pour être capables de vivre en dehors de l'hôpital, et la sortie en appartement est proposée à 10 d'entre eux, dont 8 acceptent : « C'était des patients psychotiques, patient lourds psychotiques, certains qui étaient hospitalisés depuis 20 ou 30 ans qui ne savaient même plus le prix d'un steak ou d'une boîte de conserve, ils ne savaient plus rien faire. » [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

Rétrospectivement l'ouverture des appartements a pour la plupart de nos interlocuteurs un caractère d'évidence : les appartements accompagnés participaient d'un mouvement d'ouverture institutionnelle dont l'heure était venue ; ils étaient une solution

naturelle aux problèmes posés par l'accompagnement de ces malades. Si certains professionnels se rappellent les doutes et questionnements qu'ils ont pu éprouver au moment de l'ouverture des premières places, ceux-ci paraissent avoir été rapidement balayés par le succès du dispositif. La lecture des documents de l'époque et certains témoignages que nous avons recueillis soulignent cependant le chemin parcouru par les pionniers de ces structures avant leur ouverture. D'un côté, dans toutes les expériences, une phase d'installation dans la communauté précède les premières initiatives. Cela passe par l'ouverture de consultations dans des lieux non psychiatriques, l'animation de conférences ou encore des actions en direction de certains publics cibles, notamment les écoles ou les services sociaux. Les équipes développent également ce qu'on pourrait qualifier d'un travail de confiance à destination des municipalités et des bailleurs, qui jouent un rôle déterminant dans ces premières expériences : il s'agit d'en faire des alliés susceptibles d'apporter des financements, de donner accès à des appartements, et de soutenir professionnels et malades dans leurs relations pas toujours simples avec le voisinage. D'un autre côté les équipes explorent généralement une diversité d'options avant d'en venir à l'idée de créer des appartements : foyers ou maisons communautaires notamment, qui, on l'a vu, font partie des équipements recommandés par les textes sur le secteur des années 1960.

Pour certaines équipes l'idée d'installer des personnes dans des appartements de droit commun paraît s'être imposée d'elle-même dans le cours de ce cheminement. Pour ces équipes, l'enjeu est de sortir les personnes de la psychiatrie en leur donnant les moyens d'habiter des lieux de vie ordinaires dans leur communauté d'origine :

> (…) et nous ce que l'on avait vraiment initié à [Ville] c'était de mettre les gens dans un statut de droit commun. C'est-à-dire que ça n'était pas des structures sanitaires au fond. Ils étaient dans des appartements et après ils signaient un contrat comme quoi ils se soignaient, donc après il y avait les soignants qui passaient. Mais leur statut est un statut de droit commun. C'était ça qui était assez particulier. [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

Plus souvent, cependant, la création d'appartements accompagnés paraît avoir été une solution de repli face aux difficultés rencontrées à faire aboutir un projet d'établissement sanitaire, social ou médico-social. Dans l'une des quatre expériences les plus anciennes de notre enquête le projet est d'abord de créer un CHRS dans des locaux acquis grâce à une subvention européenne. La vétusté de ces locaux conduit finalement l'équipe à renoncer au projet et à négocier avec un organisme HLM la mise à disposition d'appartements pour créer une expérience originale de CHRS éclaté. L'établissement est géré par une association à laquelle participent, outre l'équipe psychiatrique, les municipalités

du secteur, qui jouent un rôle actif dans la sélection des candidats. L'expérience est ainsi considérée comme du logement social avec un accompagnement psychiatrique. Le projet prévoit par ailleurs que les baux glissent de l'association aux personnes après quelques années. Ce sont les difficultés de la mise en œuvre de cette disposition qui, une décennie après l'ouverture du CHRS, conduisent l'association à s'impliquer davantage et à reprendre la gestion directe des appartements.

Au-delà de ce cas particulier, les appartements accompagnés apparaissent globalement comme une façon de faire face à l'absence de solution collective aux problèmes d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques au long cours, alors que celles-ci ont manifestement des difficultés à accéder au logement de droit commun. Ce psychiatre, figure du mouvement de l'hébergement thérapeutique et à l'origine d'une expérience à Paris dans les années 1980 se souvient ainsi :

> À l'époque, dans les années 1980, 1970-1980, il n'y avait pas de foyer, il n'y avait pas de foyer médical, y avait pas de foyer de vie, pas de foyer FAM, enfin, tous ces foyers qui existent maintenant pour les gens qui sont dépendants et qui ne peuvent pas être ailleurs. Il n'y avait même pas de maison de retraite pour les vieux. Maintenant il y a beaucoup plus de possibilités de vie pour les gens qui sont dépendants dans le médico-social, à l'époque il n'y en avait pas. Il n'y en a toujours pas beaucoup pour les malades mentaux, surtout pour des gens qui ne sont pas trop malades. Alors, la problématique à cette époque-là c'était de trouver des logements, ensuite on le gérait nous-mêmes. [Psychiatre, appartements de secteur, #54]

Cette dernière phrase est suggestive de l'esprit dans lequel s'ouvrent bon nombre d'expériences : des professionnels du soin directement aux manettes, qui n'hésitent pas à occuper un espace et prendre un rôle laissé vacant même si cela implique de sortir de leur stricte mission de soin. Plus que la plupart des autres institutions du champ sanitaire et social, la création des appartements accompagnés relève du bricolage et de la négociation informelle entre des acteurs décidés à remettre en cause les cadres des pratiques psychiatriques et notamment les normes professionnelles.

> Donc il fallait bricoler, donc on a bricolé des appartements. Les premiers bricolages c'était des appartements directs. On demandait aux sociétés HLM d'accepter de loger des patients qu'on suivait mais on avait un accord comme ça plus ou moins tacite qu'on allait continuer… [Psychiatre, appartements de secteur, #14]

La dimension de bricolage est accentuée par les budgets limités avec lesquels fonctionnent les premières expériences. Ceux-ci sont abondés par des subventions d'origine extrêmement diverse : municipalités, conseils généraux, caisses d'assurance maladie, familles. Certaines équipes demandent, et pour certaines obtiennent, une

accréditation comme structure d'hébergement aux Commission Régionales des Institutions Sanitaires et Sociales[31]. Plus souvent les souvenirs et les témoignages publiés soulignent les difficultés à convaincre et à rassembler les fonds. Bon nombre d'équipes se contentent de subventions de l'hôpital et de la disponibilité, de l'engagement et de la bonne volonté de leurs collègues.

Une caractéristique de ces premières expériences est également le recours quasi systématique à des appartements collectifs permettant de loger jusqu'à trois ou quatre personnes. Les publications et nos entretiens justifient ce choix par la préoccupation de lutter contre la solitude et la tendance à l'isolement des personnes. Certains de nos entretiens suggèrent aussi l'intérêt thérapeutique du soutien que des locataires d'un même appartement ont pu s'apporter mutuellement : si la mention en 2017 de cette dimension tient peut-être au succès et à l'influence des programmes de pair aidant, et plus généralement à la valorisation des notions de rétablissement ou de *care*, elle traduit également une sensibilité largement présente au tournant des années 1980 pour les dynamiques institutionnelles et collectives à l'œuvre dans les institutions psychiatriques. D'un autre côté le choix des appartements collectifs vise également plus simplement à maintenir les relations communautaires créées entre patients par les longs séjours psychiatriques. Les premiers patients des appartements créés dans les années 1970 se connaissent généralement avant l'installation en appartement pour avoir passé du temps dans les mêmes services d'hospitalisation. Dans l'une des expériences de notre étude le choix d'ouvrir un appartement collectif est semble-t-il dicté par les personnes elles-mêmes qui insistent pour rester ensemble :

> Ils se connaissaient depuis quinze ou vingt ans dans le même service et bon ils avaient assez d'autonomie pour vivre dans un appartement ou tout au moins une maison, donc ils demandaient à être ensemble encore. […] Donc ils vivaient ensemble et ils continuent à vivre ensemble. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Au-delà de cet intérêt pour les dynamiques collectives à l'œuvre entre locataires d'un même appartement, le choix d'ouvrir des appartements collectifs reflète cependant peut-être plus profondément la prégnance chez les professionnels d'une vision institutionnelle des prises en charge. Les publications suggèrent que les premiers appartements sont conçus comme des unités de soins en milieu ouvert plutôt que comme des lieux de vie accompagnés. En témoigne dans la plupart des structures ouvertes au

[31] Par exemple : Aubin B., et coll., Un nouveau lieu de soin: l'appartement thérapeutique, *art. cit.* voir note 25 ; ou Fievet J.-P., et coll., De la tutelle à l'autonomie, *art. cit.* note 26.

tournant des années 1980 la forte présence soignante sur des plages temporelles larges. Une expérience d' « appartement thérapeutique » créée dans un cadre associatif par une équipe de secteur en 1981 prévoit la présence continue d'un « résident », employé du conseil général, qui est logé dans l'appartement même. Dans une seconde expérience l'association sous-loue des appartements collectifs dans lesquels elle se réserve une place dont elle assume loyer et charges[32]. Plus que les appartements individuels qui se développeront ultérieurement, les appartements collectifs qui ouvrent dans le courant des années 1980 sont d'abord conçus par les professionnels comme des lieux de soin, qui visent moins l'accès à un logement indépendant qu'ils ne sont conçus comme des alternatives à l'hospitalisation. C'est dans le cours des années 1990 et 2000 qu'une insistance nouvelle sur les problématiques de l'habitat et du chez soi amèneront un glissement de perspective sans toutefois que l'ambiguïté entourant les appartements accompagnés, entre lieu de soin et lieu de vie, soit totalement levée – on y reviendra.

La plupart des publications des années 1980 soulignent par ailleurs la conscience qu'ont les équipes de la spécificité du travail effectué dans les appartements par rapport à celui mené dans les secteurs depuis les CMP. Si les appartements sont généralement créés par les équipes de secteur elles-mêmes, leur ouverture s'accompagne souvent de la mise en place d'équipes dédiées, parfois, comme dans le cas du professionnel « résident » mentionné plus haut, avec un financement spécifique de l'hôpital ou du département. Le rôle de ces équipes dédiées est alors de permettre aux personnes d'habiter les appartements, mais aussi idéalement de leur faire gagner les compétences qui leur permettront à terme de se passer des accompagnements. Le terme le plus utilisé au début des années 1980 est celui de réinsertion, auquel se substitueront ceux de réadaptation et de réhabilitation dans le courant des années 1990. La réinsertion repose sur l'assistance dans les gestes du quotidien, avec la perspective que les personnes assimilent ces gestes et finissent par être en mesure de les réaliser seul, et surtout sur l'intégration au groupe des résidents, qui est supposée permettre à terme une forme de resocialisation : c'est à cette fin que les réunions d'appartements organisées régulièrement dans toutes les expériences jouent un rôle important. Les témoignages donnent souvent peu d'indication sur la durée d'accueil prévue. Certaines expériences paraissent manifestement proposer un accueil de long terme quand d'autres – dont on trouve surtout la trace dans les publications – mentionnent des durées de séjour limitées à quelques mois ou années[33].

[32] Fievet J.-P., et coll., De la tutelle à l'autonomie, *art. cit.* note 26.
[33] Ibid.

Quel que soit l'encadrement fourni par les équipes de soin, la plupart des témoignages soulignent les tâtonnements des premières années, les doutes et dans certains cas les échecs d'expériences mises en œuvre dans des conditions mal assurées ou que l'épreuve de la réalité met rapidement en difficulté. Ces échecs se traduisent par des réhospitalisations ou des réaménagements du service, dans certain cas par la fermeture des appartements. Rétrospectivement ces doutes et échecs sont pour nos interlocuteurs la marque du caractère profondément nouveau si ce n'est transgressif des expériences qu'ils mettent en place :

> *Q : Et vous vous avez eu des formes de doute, de… Vous avez eu peur de faire ce que vous faisiez ?*
>
> R : Au début oui, oui. Est-ce qu'on ne prend pas trop de risque par rapport au suicide, des trucs comme ça, est-ce que, et aussi par rapport à la clinique psychiatrique, est-ce qu'on soigne bien les gens comme ça, est-ce qu'on n'est pas… Est-ce qu'on ne les met pas dans des positions trop précaires, trop difficiles. […] Alors l'expérience me montre que non, non ! Ca m'a rassuré, mais c'est vrai qu'au début je me posais des questions sur : qu'est-ce qu'on fait cliniquement. [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

Ce sentiment de tenter quelque chose non seulement d'innovant mais d'audacieux voire de risqué, d'expérimenter non seulement des pratiques mais plus profondément des formes de vie, participe d'un ethos militant revendiqué par les cadres de la profession : *La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale* s'intitule ainsi l'un des ouvrages de référence paru en 1980 sur la nouvelle psychiatrie qui se met en place dans les secteurs[34]. La référence au militantisme est pour ces soignants, psychiatres, infirmiers ou professionnels du social, une façon de penser un projet professionnel qui remette en cause et se déploie en dehors des cadres institutionnels hérités de l'histoire et reproduits par le cadre légal et réglementaire. Elle traduit une revendication d'autonomie professionnelle dans la détermination du cadre pertinent des pratiques de soin.

Les appartements accompagnés sont un terrain d'élection pour cet ethos. Dans les appartements les équipes n'inventent pas seulement de nouvelles procédures de soin ou de nouvelles approches de l'accompagnement mais elles agissent littéralement la transgression des cadres lorsqu'elles transforment des lieux ordinaires en lieu de soin ou qu'elles se réinventent elles-mêmes en bailleurs ou corésident. Le sur-engagement des équipes auprès des patients dont témoignent de nombreux entretiens ou publications, qui les conduit à se rendre disponible en dehors de leur temps de travail ou pour des tâches sortant

[34] Audisio, Michel. *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale.* Toulouse: Privat, 1980.

manifestement de leur mandat de soignant – réparations, bricolage ou déménagement –, est une autre traduction profonde de cet ethos :

> On ne comptait pas les heures, quand il fallait revenir le week-end pour un appartement on revenait le week-end, quand il fallait être là le soir on était là. [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

Les appartements accompagnés sont ainsi, au moment de leur invention au tournant des années 1980, à la fois une solution pragmatique à un problème nouveau posé aux équipes de secteur et l'une des nouvelles façons de faire et de mettre en question les cadres institués de la psychiatrie qui s'inventent sous des formes diverses dans de nombreux lieux. Le recours à des associations pour porter les expériences est une autre traduction des mêmes dynamiques.

Les associations : entre militantisme professionnel, animation locale, patronage et opportunisme

Le recours à des associations pour porter les appartements est de fait un choix quasi naturel pour la plupart des professionnels – un choix en tous les cas surdéterminé, pour utiliser un terme sociologique, par le contexte social, politique et professionnel de la seconde moitié des années 1970. Les années Giscard d'Estaing marquent en effet un tournant dans la conception des rôles respectifs de l'Etat et des initiatives privées dans la protection sociale. Si les présidences De Gaulle et Pompidou avaient affirmé, notamment à travers la planification, la volonté de constituer un pilotage national de la protection sociale appuyé sur un service public assuré par des agents de l'Etat, la seconde moitié des années 1970 voit s'imposer l'idée que ce dernier n'a pas vocation à prendre en charge et assurer tous les secours. Ce tournant est notamment au cœur de la politique du handicap et des mesures prises en 1975 pour fonder le champ des institutions sociales et médicosociales. Les deux lois de 1975 affirment en effet le rôle des associations - et derrière elles, souvent, des familles, même si un grand nombre d'entre elles n'existeraient pas sans des professionnels militants – qu'il s'agit certes d'encadrer mais dont il ne faut pas brider la créativité et les énergies parce que l'Etat n'a pas fondamentalement vocation à s'y substituer. La procédure de planification dans le champ médico-social et social créée par la loi de 1975 vise ainsi davantage à veiller sur le système et limiter d'éventuels excès qu'à organiser véritablement les initiatives. Plus largement cette politique marque une première reconnaissance du rôle des usagers dans l'animation des questions de protection sociale 25 ans avant les grandes lois des années 2000 qui approfondiront ce processus. La création du

Comité consultatif des personnes handicapées par la loi de 1975 sanctionne ainsi la reconnaissance de leur rôle dans l'élaboration de la politique du handicap.

Dans le champ de la santé mentale, ces orientations suscitent pourtant des réactions contradictoires. D'un côté, la loi sur le handicap provoque un vif mouvement de contestation parmi les psychiatres qui lui reprochent en substance de remettre en cause leurs approches de la maladie mentale, de démédicaliser les prises en charge et d'assigner aux personnes une identité figée de personne handicapée. La contestation est d'autant plus violente que les psychiatres avaient formé dans la période précédente l'un des segments de la médecine les plus sensibles aux approches issues de la réadaptation. Cette contestation a surtout pour effet de vider de leur substance les dispositions de la loi sur le handicap prévues spécifiquement en direction des personnes souffrant de troubles psychiques et, à moyen terme, de limiter les initiatives en leur direction dans le champ médico-social (Henckes, 2012). Si quelques associations animées par des professionnels ou créées à l'initiative des familles sont à l'origine d'expériences pionnières d'accompagnement hors des secteurs dès le début des années 1980, dont, on y a fait allusion, quelques expériences d'appartements associatifs, il faudra attendre les années 1990 et 2000 pour que s'installe véritablement un secteur associatif médico-social spécifiquement destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques – on y reviendra.

D'un autre côté les textes réglementaires qui relancent la politique de sectorisation au début des années 1970 reconnaissent aux associations un rôle central dans l'animation du système de santé mentale. Le secteur n'est plus conçu comme dans la circulaire du 15 mars 1960 comme une superstructure en charge de l'administration de la santé mentale d'un territoire mais plutôt comme une plate-forme de coordination entre psychiatres publics et initiatives privées au bénéfice des populations locales. L'arrêté et la circulaire du 14 mars 1972 qui instituent le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, véritable règlement de copropriété des secteurs et cadre à leur déploiement tout au long des années 1970, prévoient ainsi explicitement la possibilité de passer des conventions avec des « institutions privées » œuvrant dans les secteurs, et les deux textes insistent sur la nécessité de prendre en compte dans la rédaction des règlements « ce qui existe déjà et qui, souvent, à côté de l'hôpital et des dispensaires comprend des organismes privés à but non lucratif et comporte le concours de médecins d'exercice libéral, de psychologues et rééducateurs rémunérés à la vacation »[35].

[35] Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, *Journal Officiel de la République Française,* 21 avril 1972, 4207-4208

Ces nouvelles orientations marquent la reconnaissance que le service public ne peut pas tout et qu'il faut compter avec des structures créées aux côtés des établissements publics, souvent avec l'aide des psychiatres de ces établissements, avec lesquels ces derniers sont appelés à contractualiser. Le mouvement associatif suscite de fait un intérêt particulier parmi les professionnels de la psychiatrie, dont témoigne l'expansion du mouvement des Croix marines au cours de lé période et le succès de ses journées annuelles. Si une frange des psychiatres des hôpitaux se distinguent par leur attachement au service public et critiquent ces orientations, les associations paraissent à bon nombre d'entre eux une façon de faire avancer la psychiatrie de secteur au service de l'intérêt général. Outre qu'elles permettent de créer sur le terrain des projets difficiles à faire entrer dans les cadres réglementaires et administratifs, les associations paraissent en mesure de susciter et soutenir des formes de mobilisation collectives qui expriment l'ethos militant de la profession que l'on évoqué plus haut.

> Les moyens mis au service du développement de ces structures de soins psychiatriques ne sont pas la hauteur des besoins. Le secteur aurait pu être le creux où des expériences se seraient formées, le propagandiste de l'innovation. Il n'en a rien été. Pour pallier à cette insuffisance, il a fallu imaginer, découvrir des solutions de remplacement originales. Le recours au domaine associatif s'est révélé être la voie la plus commode pour créer une structure intermédiaire[36].

A cet égard, l'intérêt des psychiatres pour le mouvement associatif est en réalité ancien. S'il puise dans leur participation au mouvement philanthropique et d'assistance publique de la fin du XIXe siècle, il a surtout été ravivé depuis le début des années 1950 par l'invention et la diffusion rapide des pratiques de psychothérapie institutionnelle, qui en quelques années sont devenues une référence obligée pour penser l'organisation sociale et thérapeutique des services de psychiatrie dans la plupart des établissements. Ces pratiques reposent on le sait sur l'implication des malades et des soignants dans des activités de socio- et d'ergothérapie qui visent à créer une atmosphère thérapeutique nouvelle dans les établissements. Or le financement de ces activités pose problème à la comptabilité des établissements lorsque le personnel de direction et comptable n'est pas prêt à en aménager le cadre réglementaire. Créer une association permet d'ouvrir un compte financier placé sous la responsabilité des équipes soignantes pour payer le matériel et gérer les bénéfices dégagés de la vente des produits de l'activité des malades. D'un autre côté ces associations permettent également, en impliquant les patients dans leur gestion, de les associer aux décisions, de les impliquer de façon formelle dans la vie du collectif hospitalier, de les

[36] Aubin B., et coll., Un nouveau lieu de soin: l'appartement thérapeutique, *art. cit.* note 25.

intéresser aux bénéfices des activités d'ergo- et de sociothérapie et par là de participer à leur resocialisation. La reconnaissance des associations hospitalières par la circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques[37] est une sorte de consécration, et la circulaire servira également de référence et de cadre réglementaire à de nombreuses structures associatives créées après les années 1970 pour gérer les appartements accompagnés.

Dans un grand nombre de services psychiatriques, des associations existent ainsi avant l'ouverture des appartements accompagnés et ceux-ci sont alors une façon de faire vivre le projet associatif. Dans l'un des secteurs de notre enquête, une association Croix-Marine a été créée en 1966, avant même l'ouverture du secteur, pour promouvoir la psychiatrie dans ce « territoire vierge de tout équipement », pour reprendre une expression de l'époque[38]. L'association se contente toutefois d'une activité réduite de réunions d'information jusqu'à la nomination comme chef de service du psychiatre que nous avons interrogé. Celui-ci est alors chargé de créer un dispositif de secteur rattaché à un centre hospitalier général et se lance rapidement dans l'ouverture d'appartements :

> C'était même conseillé à l'époque par la circulaire des années 1958, la réforme du règlement, la création de la Fédération Croix Marine, tout ça c'était le même système. Donc l'autorité ministérielle demandait aux directeurs et aux médecins de créer des associations pour gérer la vie sociale. On a été, par contre, je pense que j'ai été dans les premiers à avoir une association comme celle-là, qui a investi dans l'extra-hospitalier. C'est-à-dire que l'association qui existait, elle existait sur [Ville], elle était liée au CMP, mais elle avait pas d'activités, elle avait un vague projet. Comme activités, ils avaient les réunions de temps en temps pour parler de la psychiatrie et quand je suis arrivé ce n'était vraiment pas grand-chose quoi. Et donc nous on a investi cette association comme outil de travail pour nos appartements en fait [Psychiatre, appartements de secteur, #14].

Outre des appartements accompagnés, qui seront en fait créés dans un second temps, l'association ouvre une structure d'hébergement collectif qui permet de prendre en charge les patients du secteur hospitalisés dans l'un ou l'autre des hôpitaux psychiatriques du département. Dans un esprit différent, dans l'expérience du CHRS éclaté mentionnée plus haut, l'association gestionnaire a en fait d'abord pour mission de réunir les acteurs locaux du territoire pour promouvoir les questions de santé mentale et changer les

---

[37] http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_4fevrier1958.pdf, consulté le 18 janvier 2016

[38] Bonnafé, Lucien, Jacquelin, Hubert Mignot, A. Régis, and Paul Sivadon. "Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvue de toute formation spécialisée." *Information Psychiatrique* 33, no. 6 (fëvrier 1957): 299-311.

mentalités sur l'hôpital psychiatrique. C'est dans un second temps que les responsables associatifs s'engagent dans la mise en place d'actions, dont le CHRS.

Par contraste, dans d'autres secteurs les associations sont créées spécifiquement pour créer et gérer des services ou établissements, qu'il s'agisse d'emblée d'appartements accompagnés ou que les équipes expérimentent également d'autres structures. Dans quelques expériences les équipes soignantes développent des partenariats avec des associations qu'ils n'ont pas créées, comme dans cette expérience d'appartements accompagnés créée à l'initiative de familles de l'Unafam dans le cadre d'une association « Espoir » en collaboration avec une équipe de psychiatres[39].

Que les associations aient été créée pour la gestion des appartements ou que l'ouverture de ces derniers soient un redéploiement du travail associatif, les expériences se distinguent par ailleurs selon que leur encadrement promeut et entretient ou non une vie associative. Si un certain nombre d'associations sont manifestement uniquement des instruments au service de la gestion des appartements et n'ont pas de vie propre, de nombreuses expériences font de l'association le lieu d'activités spécifiques et d'une vie collective dont on espère un bénéfice pour les malades. Quatre approches paraissent pouvoir être distingués dans les expériences rapportées par nos interlocuteurs ou dans la littérature :

- la première se situe dans la continuité directe des comités hospitaliers de la circulaire de 1958. L'association sert à drainer et gérer des fonds et à impliquer les patients dans une forme d'activité socialisée qui participe de leur réhabilitation. Elle permet également de créer un espace à l'intérieur duquel pourra être instauré un style de relations entre soignants et patients différent de celui de l'hôpital ou du CMP. Ainsi, telle association, créée en 1982, vise comme l'indique sa raison sociale la réadaptation et l'insertion sociale des patients du secteur. Pour l'équipe d'encadrement, l'adhésion à l'association est en elle-même une étape dans ce processus. Celle-ci est par ailleurs nécessaire pour accéder à un certain nombre de

[39] L'Unafam étant une association nationale et ses sections locales n'ayant pas de personnalité juridique, les familles de l'association qui se sont lancé dans la création de services ou d'établissements ont dû créer des associations gestionnaires. Le nom générique utilisé par ces familles était celui d'espoir ou espérance, souvent suivi du numéro du département. L'Unafam a entretenu des relations parfois complexes avec ces associations qui ont fini par se rassembler dans la fédération Agapsy, aujourd'hui fusionnée avec la fédération des Croix Marines dans la fédération Santé Mentale France. Voir : Henckes N., 2011, *La politique du handicap psychique. Familles, psychiatres et Etat face à la chronicité des maladies mentales, des années 1960 aux années 1980*. Rapport de recherche dans le cadre du programme Handicap psychique, autonomie, vie sociale, DREES-MiRe/CNSA, Villejuif, CERMES3

prestations, dont des places en appartement, dont le bénéfice est réservé à ses membres[40] ;

- la seconde approche est une variante de la première dans laquelle l'enjeu est moins de susciter l'adhésion et de mobiliser les patients que l'équipe soignante, à qui le travail associatif doit permettre de développer dans un cadre stimulant des activités qui échappent ainsi à la contrainte des règlements et de la hiérarchie hospitalière. Comme dans le cas précédent, l'association vise aussi à créer des relations moins verticales entre soignants et encadrement, même si de nombreuses associations sont de fait présidées par le chef de service ;
- la troisième approche est celle des associations communautaires créées avec les acteurs locaux, élus, professionnels du social ou de l'animation, ou encore représentants associatifs et militants, pour promouvoir les questions de santé mentale et faire avancer les projets. Si dans les approches précédentes l'enjeu était de créer une communauté ou une petite société parmi les adhérents au projet associatif, ici l'objectif est d'organiser des réseaux d'influence et d'information. Dans l'expérience du CHRS éclaté que nous avons mentionnée précédemment, l'équipe commence par déployer un travail de recrutement des communes du secteur qui sont invitées à rejoindre en tant que personnes morales l'association aux côté de l'hôpital, des soignants et de personnalités locales. Les animateurs de l'association développent ensuite une importante activité d'information et d'éducation en direction des populations locales : « Il y avait pas mal d'éducateurs, de directeurs de structures et d'habitants, beaucoup d'habitants à l'époque qui manifestaient pour une autre psychiatrie. On a fait pas mal d'actions dans les villes, on a passé des films, on a fait des sensibilisations dans les paroisses, partout. » [Psychiatre, appartements de secteur, #27] De même, dans tel autre secteur, l'association créée pour gérer les appartements capitalise le travail de réseau déployé en direction des élus communistes de la municipalité locale par les premiers promoteurs de la sectorisation localement. Dans ces différents exemple l'association permet de mener à bien une série de projets avec les acteurs locaux et les appartements apparaissent comme un élément dans une stratégie plus large de socialisation voire d'urbanisation de la psychiatrie.

[40] Olive A., 1989, Observations sur la pratique des appartements thérapeutiques associatifs, *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 4, 11-15.

- la quatrième approche enfin pourrait être qualifiée de patronage, sur le modèle des sociétés de patronage du XIXe siècle. L'association crée une relation d'encadrement avec les bénéficiaires des appartements qui permet aux équipes de veiller sur eux en dehors d'une relation proprement thérapeutique. Sans qu'une expérience spécifique donne un exemple achevé de ce type d'association ce modèle est en filigrane de nombreuses expériences.

Quel que soit le modèle mobilisé par les équipes, les associations gestionnaires d'appartements se retrouvent souvent au centre d'un réseau de structures associatives qui échangent des services et des savoir-faire, et parfois montent des projets communs. Une partie de ce réseau se déploie à l'intérieur du monde psychiatrique sous l'impulsion des mêmes responsables, qui multiplient les initiatives jusqu'à parfois créer plusieurs associations en parallèle. Dans tel secteur, les animateurs des appartements accompagnés s'engagent dans d'autres projets touchant au travail et à l'art, et rapidement créent deux nouvelles associations pour gérer ces activités. Dans ce cas, des facilités de gestion expliquent la différenciation des associations mais dans d'autres expériences des associations sont créées parallèlement pour porter des projets gérés par des collectifs professionnels différents même au sein d'un même service. Plus largement, les associations de secteur baignent dans un milieu d'associations à caractère social qui sont à la fois un stimulant, un modèle et des partenaires pour les équipes psychiatriques. Dans certains départements, comme le Nord, la richesse de la vie associative locale est une dimension importante de l'implication des équipes dans ces pratiques.

Au tournant des années 1980 les associations de secteur sont ainsi un mouvement en plein essor dont les appartements accompagnés sont l'un des débouchés importants. Si ce mouvement n'explique pas à lui seul l'origine de ces services, il en est une condition essentielle. Son expansion tout au long des deux décennies qui suivent explique également le succès du dispositif qui s'impose rapidement comme une dimension importante des pratiques de secteur et plus largement de l'accompagnement des malades psychiatriques au long cours.

Les années 1980 et 1990 : entre succès et normalisation des pratiques

Les années 1980 et 1990 voient en effet les appartements accompagnés gagner en popularité parmi les équipes de secteurs et essaimer dans l'ensemble des territoires. Des appartements sont ouverts dans tous les établissements hospitaliers des départements dans

lesquels nous avons mené notre étude et, souvent, dans tous les secteurs rattachés à ces établissements. Un certain nombre d'expériences sont également créées à l'initiative de familles ou d'acteurs du médico-social. Outre la multiplication des structures, la plupart d'entre elles connaissent une croissance plus ou moins rapide de sorte que l'ensemble des appartements accompagnés constitue à la fin des années 1990 une contribution significative à l'hébergement et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques au long cours. Le succès des pratiques est plus largement politique et culturel. Si les professionnels de la santé mentale sont les premiers à reconnaître l'utilité de ces services, les appartements accompagnés suscitent aussi l'intérêt de la part du grand public et des pouvoirs publics, qui en font au tournant des années 1990 une pièce importante de la politique de santé mentale. Parallèlement le modèle se diffuse en dehors de la santé mentale dans d'autres segments de la politique de santé.

Les réseaux locaux

Ces succès sont avant tout nourris par des échanges et circulations entre expériences, qui passent par des rencontres, des visites, l'organisation de journées d'études et plus généralement la création d'espaces de discussion et de réflexion. Ces échanges permettent la comparaison des pratiques, l'élaboration de modèles voire de doctrines, la formalisation et la transmissions de savoir-faire voire de techniques ou encore la dissémination d'innovations organisationnelles, juridiques ou pratiques. Il est encore une fois difficile de reconstituer très précisément la dynamique de ces échanges. Localement, des effets d'entraînement ou éventuellement d'émulation poussent semble-t-il les équipes de secteurs proches à s'engager en même temps dans la création de structures et expliquent la généralisation des expériences à l'échelle d'établissements entiers. Les médecins jouent un rôle déterminant dans le lancement des expériences mais celles-ci reposent sur l'implication de l'ensemble des équipes soignantes qui peuvent contribuer mettre en place une structure.

Nos entretiens nous donnent par ailleurs une idée de la circulation des professionnels, médecins comme infirmiers voire travailleurs sociaux, entre établissements sur les territoires au fil des postes occupés au cours de leur carrière. Ces circulations sont toutefois le plus souvent limitées à un périmètre régional. Peu d'entre nos interlocuteurs ont eu des expériences de travail en dehors de leur région d'origine. Si l'abonnement à des revues, la participation à des réunions, conférences ou associations au niveau national ou encore des visites rendues à des services dans d'autres régions permettent une

dissémination des modèles, les réseaux d'interconnaissance s'organisent ainsi essentiellement à un niveau local. La structuration de ces derniers repose finalement aussi sur la participation à des instances consultatives ou décisionnelles, sur des pratiques de collaboration dans le cadre de prises en charge, sur la participation à des cercles de réflexion, voire sur l'échange de services. Tel psychiatre président d'une association de secteur mentionne ainsi un appartement « récupéré d'une autre association » qui n'en avait plus l'usage [Psychiatre, appartements de secteur, #21].

Il est difficile de préciser le rôle des directions hospitalières et des pouvoirs locaux dans la création des expériences et le soutien à leur développement. Rétrospectivement la plupart de nos interlocuteurs se souviennent de l'ouverture d'esprit et, sinon des encouragements, du moins de la liberté laissée par les directions tout au long des années 1980 et 1990, mais il est difficile de dire s'il s'agit là d'autre chose que d'une reconstruction idéalisée par contraste avec une situation actuelle marquée par un sentiment de défiance. Les autorités locales, politiques ou administratives, paraissent en tous les cas n'avoir pas été à l'origine des projets et si leur action a pu participer ou aider à la création d'expériences c'est plutôt de façon indirecte, notamment lorsqu'au moment d'engager des politiques actives de réduction du nombre de lits elles s'impliquent également dans la mise sur pied d'alternatives pour les patients les plus vulnérables. Au-delà, les difficultés rapportées dans de nombreux témoignages montrent sinon les réticences d'un certain nombre de directions et administrations à s'engager dans le soutien de projets innovants posant à leurs yeux un certain nombre de difficultés – en termes de responsabilité financière et civile -, du moins les limites de leur soutien. Par ailleurs les différences importantes qui subsistent aujourd'hui encore entre certaines expériences voisines issues d'un même établissement, y compris dans les modalités et l'ampleur du soutien apporté par l'établissement lui-même, suggèrent que leurs directions jouent au mieux un rôle d'accompagnement des professionnels. Si la plupart des établissements paraissent avoir mis en place une doctrine concernant leurs relations aux associations, qui cela dit a pu évoluer d'une équipe de direction à l'autre, et qui se traduit par certaines pratiques uniformes – mise à disposition ou non de moyens ou de personnel, formalisation ou non de conventions –, l'ampleur des moyens accordés dépendent manifestement de négociations menées de façon bilatérale avec les professionnels.

Le rôle des mouvements nationaux

Au niveau national, une réflexion riche est animée par une série de collectifs actifs jusque dans les années 1990. Si les grandes associations historiques comme les Croix-Marines ou les organisations professionnelles comme la Société de l'Information Psychiatrique y consacrent des sessions de leur congrès, commandent ou accueillent des rapports, publient dans leurs revues des comptes rendus d'expérience et des enquêtes, jouant ainsi un rôle important dans la mise en forme et la promotion des pratiques, c'est surtout une série de nouveaux espaces de débats et d'échanges qui assurent une forme de mobilisation des acteurs. Le plus influent d'entre eux est sans doute l'Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires ou ASEPSI créée en 1978 par Jean-François Reverzy à la suite d'une communication au congrès de la psychiatrie publique de Deauville et qui joue tout au long des années 1980 un rôle important pour structurer les initiatives et animer un vaste réseau d'acteurs du sanitaire et du médico-social naissant aux marges de la psychiatrie publique. Disons deux mots de cette association.

L'ASEPSI définit les structures intermédiaires comme « toute création d'un ensemble communautaire, à petite échelle inséré au maximum dans la vie sociale et permettant un séjour transitoire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci que ces situations procèdent d'un déracinement originaire, d'un séjour prolongé en institution ou d'une crise transitoire. »[41] Si Reverzy en revendique la création, le terme est en fait utilisé dès 1964 par les psychiatres Louis Le Guillant, Lucien Bonnafé et Hubert Mignot dans un rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française de Marseille sur « les problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques »[42]. Pour ces trois auteurs le terme permet de penser, au sein des secteurs, un dispositif de prise en charge diversifié autour d'institutions proposant des milieux intermédiaires entre l'hôpital et la vie en société, distribuant des soins à la fois adaptés à l'état pathologique des personnes et susceptible de mobiliser leur potentiel évolutif. Si le terme d'« intermédiaire » renvoie alors à la position des structures dans un *système* que la politique de secteur vise à rationaliser, quinze ans plus tard, par contraste, l'ASEPSI donne au concept une dimension moins organisée et plus interstitielle. Les structures intermédiaires sont pour l'association avant tout un type nouveau d'institutions psychiatriques qui marquent une rupture voire un

[41] CCI, 1981, *Les structures intermédiaires. Aspect de l'innovation psychiatrique et social en France*, Paris, Centre National d'Art et de Culture Georges Pompidou, CCI, p. 8

[42] Le Guillant L., Bonnafé L., Mignot H., 1964, Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. Rapport d'assistance, In: Warot P., ed. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. LXIIe session. Marseille 7-12 septembre 1964. Comptes rendus. Tome II.* Paris, Masson et Cie éditeurs, pp. 1335-1711.

nouvel âge historique par rapport à l'hôpital. Elles doivent être le vecteur d'un nouvel « esprit de convivialité inséré dans le quotidien, la vie normale, le quartier » et le foyer de relations différentes, plus horizontales, entre encadrement et personnes, relations marquées par l'ouverture, l'accueil, et la contractualisation[43].

Les appartements accompagnés sont à cet égard l'une des principales institutions promues par l'association aux côtés de foyers alternatifs ou d'accueils de jours. Si le mouvement s'inscrit par certains aspects dans la contre-culture communautaire des années 1970 il est aussi influencé par la psychanalyse lacanienne autant que par les antipsychiatries britanniques et italiennes. En particulier, et bien que le mouvement soit principalement animé par des psychiatres, il véhicule une critique de la psychiatrie hospitalière et promeut une série de dispositifs sortant du périmètre de la psychiatrie, portés par des acteurs non professionnels de la santé mentale et à destination de personnes dont les difficultés ne sont pas d'abord problématisées en termes psychiatriques, qui met les animateurs de l'associations en porte-à-faux par rapport à une partie de la psychiatrie publique. Plus largement, la promotion que fait le mouvement des initiatives privées lui attire au sein du syndicat des psychiatres des hôpitaux les foudres des défenseurs d'un service public centralisé sous la responsabilité de l'Etat.

En dépit de ces critiques le mouvement remporte un succès considérable parmi les cadres de la psychiatrie et au-delà. L'ASEPSI est la principale influence ou inspiration mentionnée par les responsables que nous avons rencontrés. Plusieurs d'entre eux se souviennent de l'atmosphère « géniale » de ses réunions et soulignent le rôle de celles-ci dans leur formation. Les publications évoquent un chiffre de 800 participants au premier colloque du mouvement organisé à Orsay en 1979, quelques mois seulement après son lancement, et 1000 aux quatrièmes journées de Paris en 1982. Outre un congrès national, l'association organise au début des années 1980 des réunions à Paris et dans certaines villes de province. Elle publie également une revue, *Transitions*, qui connaît publie trois à quatre numéros par ans jusqu'à la fin des années 1990, et qui s'impose comme un lieu de théorisation et d'échanges autour d'expériences locales et diffuse également des comptes rendus d'expériences étrangères. L'association se lance notamment dès la fin des années 1970 dans un travail de repérage des structures françaises qui aboutit à la publication d'un annuaire, lequel connaît plusieurs éditions jusqu'en 1990. Au début des années 1980 les animateurs du mouvement développent également une série de contacts internationaux et

[43] Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires, Centre de recherche d'études et de documentation pour inadaptés mentaux, Centre d'information sur les innovations économiques et sociales, 1983, *Annuaire des structures intermédiaires 1983-1984*, Charolles, Association pour l'étude et la promotion ds structures intermédiaires, p. 6

des journées sont organisées dans des pays francophones au cours de la seconde moitié des années 1980, notamment au Québec. Malgré cet enthousiasme l'ASEPSI connaît une période de difficultés au milieu des années 1980 après que ses fondateurs eurent quitté la métropole – Reverzy s'installe à la Réunion, d'autres responsables partent au Québec – et ses activités connaissent un repli progressif à partir de la fin des années 1980.

Si l'ASEPSI fait la promotion d'un large spectre d'expérimentations, au-delà des appartements accompagnés, à partir de la seconde moitié des années 1980 d'autres espaces de réflexion consacrés spécifiquement à l'hébergement thérapeutique ou même aux appartements accompagnés s'organisent à partir de la région parisienne. Le Groupe d'études et de recherches sur les appartements relais thérapeutiques (GERART) est ainsi fondé en 1986 par les animateurs d'une expérience à Puteaux. L'association paraît avoir une existence relativement confidentielle même si elle organise une enquête et participera à des journées à la fin de la décennie. L'Association Française de Foyers et Appartements et Logement Thérapeutique et Associatif, animée notamment par Gilles Vidon et Michel Goutal, est, elle, créée en 1989 et a un rayonnement plus important jusqu'au milieu des années 1990 (Vidon et Goutal, 1990 ; Vidon et al., 1992)

Les appartements accompagnés font leur entrée dans le Code de la Santé Publique

Dès le milieu des années 1980 le succès des appartements accompagnés amène le ministère de la santé à reconnaître leur rôle dans la politique de sectorisation en les incluant dans la liste qu'il publie le 14 mars 1986 des « équipements et services de lutte contre les maladies mentales » que les équipes peuvent créer dans les secteurs. Cette consécration marque également un tournant pour les conditions dans lesquelles les expériences se mettront en place et plus largement pour le sens même du travail des acteurs. On le sait les textes promulgués par le ministère de la santé au milieu des années 1980 sont non seulement au sens propre une légalisation de la sectorisation mais aussi une clarification de son financement et de son organisation. La loi du 30 décembre 1985, premier texte législatif à mentionner le secteur psychiatrique, comme les textes d'application qui suivent dans le courant de l'année 1986, opèrent à la fois une reprise en main du secteur par l'administration et son recentrement sur l'hôpital. C'est en particulier à ce dernier qu'est confiée la gestion des structures extrahospitalières dont le financement était assuré dans la période précédente par les départements sur les budgets de la prévention, qui passent désormais sur des budgets sécurité sociale. Le budget global adopté en 1982 doit en

principe permettre les redéploiements et éviter l'hospitalo-centrisme mais de fait les évaluations publiées tout au long de la décennie 1990 pointeront le rôle de ce montage dans le faible développement de l'extrahospitalier dans de trop nombreuses régions.

Les textes de la seconde moitié des années 1980 mettent par ailleurs en question la contribution des associations à la création, la gestion et l'animation de la psychiatrie de secteur. Pour être exact ils évitent de soulever le problème : aucune mention ou presque n'est faite de leur rôle dans la nouvelle organisation qui se met en place. Ce silence contraste avec la place qui leur était faite par les réglementations publiées au long de années 1970 et le rôle que de facto elles ont joué dans la mise en place des expériences locales, dont les appartements ont particulièrement bénéficié. En 1986, en dépit des assurances du ministre de la santé, Edmond Hervé[44], les décrets d'application de la loi de 1985 restent muets sur la question et quelques années plus tard la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, véritable déclaration de politique générale en matière de santé mentale, ne cite que de façon marginale les associations sans mentionner spécifiquement les associations de secteur. La situation paraît suffisamment équivoque pour que la Fédération Croix Marine se sente obligée dans une lettre circulaire adressée en 1986 à ses adhérents de rappeler que : « Les mesures nouvelles relatives à la sectorisation psychiatrique (…) ne remettent pas en question le rôle des associations et leur liaison avec les équipes de secteur dans le cadre des commodités offertes par les conventions ».[45]

Ces développements ont deux conséquences importantes pour les appartements accompagnés. D'un côté si la réforme conduit à une reconnaissance des appartements, le modèle proposé par le ministère dans son arrêté du 14 mars 1986 apparaît en décalage avec un grand nombre de pratiques des acteurs de terrain. Les « appartements thérapeutiques », selon l'arrêté, sont en effet définis comme « des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mises à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ». Si cette description, qui fait des appartements thérapeutiques un dispositif très médicalisé, correspond à certaines

[44] « De la même manière je ne souhaite pas que le secteur associatif participant à la lutte contre les maladies mentales ne trouve plus sa place dans le nouveau dispositif. Il faut au contraire permettre à ce secteur de conserver son dynamisme actuel et sa capacité d'innovation dans les protocoles de soin et de réinsertion qu'il met en œuvre. » Discours de M. Edmond Hervé, 34ème journées nationales de la Fédération des Associations Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale. Angers 23, 24 et 26 septembre 1985. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'Hygiène mentale*,1985, 4, p. 11

[45] *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'Hygiène mentale*, 1986, 2, p. 45. La lettre réaffirme par ailleurs que : « Les associations doivent conserver la place qu'elles détiennent dans la gestion des structures sanitaires et a fortiori sociales et doivent pouvoir être à même de promouvoir la création de nouveaux dispositifs » et qu'elles « ne sauraient être exclues des actions profondément thérapeutiques dans ce qu'elles ont de plus central, de plus inséré dans la vie communautaire, par l'intermédiaire de petites unités répondant mieux ainsi à la demande des usagers ». La publication de la lettre est suivie de celle d'un échange de courriers avec un directeur de CHS remettant en cause l'association de son établissement.

expériences ouvertes depuis les années 1970, elle laisse en dehors de son périmètre un grand nombre de pratiques notamment associatives qui se caractérisent soit par des durées de séjour non limitées dans le temps, soit par l'autonomie laissée aux patients. Surtout l'arrêté limite de facto l'usage du qualificatif thérapeutique à ce type d'expériences, gérées par les établissements hospitaliers et fonctionnant avec un prix de journée, même si certaines structures associatives continueront d'utiliser cette dénomination jusqu'à aujourd'hui encore. D'un autre côté ni l'arrêté ni aucun autre texte ne propose de cadre pour les structures associatives qui se retrouvent du même coup, et par contraste avec les expériences hospitalières, sans qualification. L'expression de « visée thérapeutique » qui sera mobilisée pour caractériser ces expériences cherchera précisément à combler ce vide, avec succès dans un premier temps. Une des justifications ce silence tient à ce que la direction de la santé cherche à préserver en dehors du code de la santé publique des services qui visent d'abord dans l'esprit de leurs promoteurs à fournir un logement aux personnes et qui ne doivent pas pour cette raison être réglementées comme des institutions sanitaires[46].

Au-delà de l'enjeu de la reconnaissance et de la valorisation des pratiques associatives, les textes de 1985 et 1986 posent le problème de la place des structures à caractère social et médico-social dans la politique de secteur et des collaborations que les équipes psychiatriques peuvent et doivent avoir avec celles-ci. Si la réglementation de la période précédente pouvait laisser ce point ambigu, permettant ainsi aux pratiques de se développer de façon souple, les nouveaux textes donnent un cadre plus restrictif aux secteurs : leurs équipements, et parmi eux les appartements thérapeutiques, sont versés dans le champ sanitaire et peu d'espace est laissé à des pratiques qui sortent de ce cadre. Or bon nombre d'expériences d'appartements accompagnés reposent sur des montages complexes qui passent notamment par la mobilisation d'acteurs pour certains associatifs avec lesquels des partenariats plus ou moins formels sont mis en place. Si rien n'empêche les équipes des établissements psychiatriques de participer à ce type d'actions, celles-ci supposent toutefois que leur hiérarchie leur en laisse l'opportunité. On le verra ce sera une source de difficultés ultérieures.

Ces différentes tensions sont reflétées dans les discussions du tournant des années 1990 sur la distinction entre « lieux de vie » et « lieux de soins ».[47] Ces discussions prolongent en fait le débat sur le sens de l'hospitalisation psychiatrique engagé depuis le

[46] Nous devons cette remarque à Martine Barrès qui travaille en 1986 au bureau des maladies mentales de la DGS.

[47] Voir en particulier : Kapsambelis V., Bonnet C., 2002, Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37295-E10. Vidon G., Goutal M., 1995, Lieux de vie-Lieux de soins, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 97930-A-70.

début du siècle. Depuis les années 1950 l'une des revendications importantes des promoteurs de la psychiatrie de secteur était de recentrer l'hôpital psychiatrique sur ses missions de soin et d'éviter qu'il redevienne un lieu d'asile favorisant la chronicisation des patients. Le débat sur ce point évolue significativement dans le courant des années 1980 sous le coup notamment de la création du secteur médico-social et social. Dans une perspective de rationalisation des prises en charge la spécialisation des lieux de vie et des lieux de soins devient une dimension majeure de la politique de santé mentale à laquelle s'oppose une frange de la psychiatrie. Pour cette dernière l'idée d'un « hébergement thérapeutique », c'est-à-dire d'un lieu de vie qui soit aussi un lieu de soin, si elle ne va pas de soi, doit permettre de composer les prises en charge pour combler l'espace entre institutions sanitaires et champ social tout en évitant la confusion des fonctions. Ces tensions iront en s'exacerbant dans la période suivante.

Quantifier le succès

Quantifier l'expansion des appartements accompagnés au cours des années 1980 et 1990 n'est pas simple. Aucune statistique officielle ne rend compte de façon même partielle du phénomène. Les enquêtes menées par les associations professionnelles, rares, sont le plus souvent limitées et revendiquent la sélection des informations. Quand elles prétendent à l'exhaustivité elles butent manifestement sur la difficulté du recueil et de l'exploitation des données. Dans les années 1980 l'ASEPSI publie ainsi une série d'enquêtes et annuaires qui recensent et décrivent plus ou moins précisément un certain nombre d'expériences mais en laisse manifestement un grand nombre de côté[48]. En 1980 l'association mentionne par exemple 311 structures intermédiaires parmi lesquelles, dans le champ de la psychiatrie adulte, un certain nombre d'appartements accompagnés, sans cependant donner de chiffre précis[49]. L'annuaire publié par l'association en 1984 recense 36 expériences d'appartements en psychiatrie adulte, celui de 1990 une trentaine. De façon significative 10 expériences recensées dans l'annuaire de 1984 sont portées par des adhérents de l'Unafam. Ces chiffres paraissent très en retrait sur l'existant. Un document du GERART publié en 1986 mentionne ainsi le chiffre plausible de 300 expériences environ. Les travaux de la DREES

[48] L'association réalise une première enquête en 1978, puis une seconde en 1980. Cf. Decraene, *Structures intermédiaires*, *op. cit.* note 24 ; CCI, *Les structures intermédiaires. op. cit.* note 35. A partir de 1980 l'ASEPSI publie régulièrement un annuaire jusqu'à la fin des années 1980, la dernière version se trouvant dans le dernier numéro de la revue du mouvement, *Transitions*, n° 29-30, en 1990. L'enquête de 1980 repose sur un fichier constitué à partir des réponses à l'enquête précédente et des contacts pris dans les réunions de l'association. cf. Decraene, *Id.*

[49] CCI, *Les structures intermédiaires op. cit.* note 35.

publiés au début des années 2000 indiquent que 56% des secteurs ont alors recours à des appartements associatifs (Coldéfy, 2007).

Au-delà de la dimension quantitative, les appartements accompagnés sont une vitrine de la dynamique d'innovation qui caractérise la psychiatrie de secteur tout au long des années 1980 et 1990. Les appartements figurent ainsi en bonne place dans le *Guide des innovations* que publie en 1996 la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, avec 5 exemples sur un total de 46 expériences rapportées par les auteurs[50]. Plus largement, les comptes rendus d'expériences publiés dans les revues ou les actes de journées autant que les descriptions succinctes données dans les annuaires, s'ils ne permettent pas toujours de se faire une idée de la nature précise des organisations et des pratiques, sont néanmoins suggestives de la diversité des approches et de l'inventivité qui anime les professionnels. Les uns et les autres reflètent surtout profondément la nature éminemment locale des expériences. Si les réseaux que l'on a décrits permettent de faire circuler des idées et si quelques standards sont progressivement mis en place au niveau local ou national, les appartements accompagnés restent des structures qui émergent d'une dynamique de mobilisation localisée et ne peuvent pas être réduites à un kit qu'il suffirait de monter en appliquant un mode d'emploi standardisé.

Ce constat peut être interprété comme un reflet de la balkanisation des pratiques de secteur diagnostiquée par la plupart des rapports depuis trente ans. Il traduit surtout le rapport spécifique des équipes de secteur à leurs pratiques et institutions. Pour ces dernières l'efficacité et la justesse des expériences doit être rapportée à leurs contextes d'implantation. Si des modèles peuvent circuler d'un secteur à l'autre, les bonnes pratiques doivent être négociées localement et ne peuvent être imposées de l'extérieur en référence à une norme transcendante. Cela implique que les équipes ne puissent se satisfaire du transfert en masse de pratiques et de techniques d'un site à un autre. La création des institutions de secteur est, profondément, un travail d'invention local qui repose sur la mobilisation des collectifs professionnels et des forces vives locales. Ces attitudes sont de toute évidence une conséquence des conditions institutionnelles et matérielles dans lesquelles les acteurs travaillent, qui les obligent, on l'a souligné plus haut, à composer avec des environnements locaux plus ou moins ouverts et favorables à leurs pratiques. Mais elles traduisent également une vision du métier encouragée au plus haut niveau par les textes encadrant le secteur, qui depuis les années 1970 insistent tous sur la nécessité de laisser libre cours à l'innovation et de se méfier de la standardisation. Si ces perspectives

[50] Mission nationale d'appui en santé mentale, 1996, *Soins psychiatriques: Guide des innovations*, Thoiry, Heures de France.

permettront, en positif, le développement d'un grand nombre de structures originales dans des conditions pourtant parfois peu favorables, elles auront des conséquences importantes pour la capacité des équipes faire vivre certaines expériences après le départ de leurs initiateurs. Ce point aura une influence déterminante sur le devenir du mouvement des appartements accompagnés.

Au-delà, si cet esprit s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui dans la psychiatrie – et qu'il reste encouragé dans les textes officiels organisant le champ de la santé mentale[51] - il se déploie dans un contexte profondément renouvelé par les transformations survenues dans le courant des années 1990 et 2000 tant du côté de la psychiatrie que de celui du secteur social et médico-social et de la société en général.

Le tournant des années 2000 (1). Contraintes et mutations de la psychiatrie de secteur

La période qui s'ouvre avec le nouveau siècle est en effet pour les appartements accompagnés comme pour la psychiatrie dans son ensemble une période de profonde mutation, marquée à la fois par la remise en cause d'un certain nombre de pratiques, institutions et modèles qui avaient dominé la période précédente et par le développement d'un nouveau champ d'expériences pour partie à l'extérieur des cadres dans lesquels la santé mentale était abordée jusque-là. Pour ce qui concerne spécifiquement les appartements accompagnés, deux séries de phénomènes parallèles et partiellement liés contribuent à ce tournant.

Les premiers correspondent à l'épuisement de la dynamique qui avait porté l'essor et le développement des expériences d'appartements accompagnés dans les secteurs depuis la fin des années 1980 : le modèle des appartements associatifs à visée thérapeutique de secteur paraît sinon refluer du moins susciter moins d'intérêt chez les professionnels. Si encore une fois on dispose de peu de données pour objectiver ce phénomène, nos entretiens suggèrent que le tournant des années 2000 marque bien en effet l'apogée du modèle. Le bilan numérique que nous essayons de dresser plus loin est évocateur à défaut d'être très précis. Sans doute un grand nombre de structures associatives créées avant les années 2000 se maintiennent-elles, et sans doute également ces dernières années ont-elles vu un certain nombre d'équipes de secteur lancer de nouvelles expériences. Mais dans un certain nombre de cas ces expériences explorent d'autres modèles que celui des

[51] Notamment, de façon très significative, dans le rapport remis en septembre 2016 à la ministre de la Santé par Michel Laforcade : Laforcade M., 2016, *Rapport relatif à la santé mentale*, Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé

appartements associatifs de la période précédente, qui pour leur part paraissent rencontrer partout des difficultés importantes. Surtout c'est l'esprit dans lequel travaillent les équipes qui paraît avoir changé. Les responsables de services que nous avons rencontrés soulignent l'émoussement de l'engagement de leurs collègues pour le travail associatif. S'ils suggèrent le rôle de nouvelles contraintes pesant sur le travail de secteur dans cette évolution, ils évoquent également l'émergence de nouvelles représentations et valeurs chez les nouvelles générations. Cette section est consacrée à l'analyse de ces phénomènes.

Ces processus internes à la psychiatrie s'expliquent par ailleurs aussi en partie par d'autres processus sur laquelle nous revenons plus précisément dans la prochaine section : l'émergence et la structuration d'un ensemble de services et d'établissements relevant du social ou du médico-social se présentant comme une alternative à la psychiatrie de secteur pour la prise en charge d'une partie des personnes ou de leurs problèmes. Cette dynamique traduit la visibilité nouvelle donnée à la notion de handicap psychique et le soutien apporté à une série de services et établissements destinés à répondre aux problèmes qu'il soulève après la promulgation de la loi de 2005 sur le handicap, mais aussi plus largement d'une série de reconfigurations des politiques sociales notamment concernant le logement. S'ils nourrissent le désengagement des équipes de secteur d'un certain nombre d'expériences d'accompagnement, ces processus contribuent également à l'émergence d'un certain nombre de nouvelles expériences d'appartements accompagnés associant le plus souvent ces équipes mais revendiquant des approches et des modèles nouveaux.

L'épuisement d'un modèle

S'il ne fait aucun doute que les appartements associatifs à visée thérapeutique créés par les secteurs depuis les années 1980 ont connu de profondes mutations depuis les années 2000, il est encore une fois difficile de quantifier très précisément le phénomène. L'absence de données nationales interdit toute généralisation et les chiffres que nous pouvons inférer de nos entretiens sont à la fois trop partiels et partiaux pour que nous puissions en déduire une image globale des pratiques des acteurs. Si nous avons essayé de reconstituer les évolutions des volumes de places dans les départements de notre enquête et si nous avons par ailleurs tenté de retrouver la trace des structures fermées au cours des dernières années en interrogeant systématiquement des figures locales, ces données sont cependant fragiles. D'un côté, en effet, la plupart des associations de secteur ont eu un fonctionnement extrêmement informel et ont peu produit de documents susceptibles d'informer leur histoire. A l'absence d'archives s'ajoute par ailleurs l'imprécision des

mémoires individuelles et collectives lorsqu'elles sont sollicitées pour rappeler des événements ou des données antérieures à quelques années. D'un autre côté si, on l'a dit en introduction, obtenir une information précise sur les structures accueillant actuellement des patients s'est révélé parfois compliqué, retrouver la trace de structures ayant existé par le passé et aujourd'hui fermées était une gageure. Cela supposait de contacter d'anciens responsables associatifs en mesure de nous renseigner et de nous fier à leur mémoire avec là encore les limites que l'on a mentionnées plus haut.

En dépit de ces difficultés plusieurs constats peuvent être relevés. Le premier est le faible nombre de créations récentes parmi les structures de notre échantillon : sur 20 services d'appartements accompagnés animés par des équipes de secteur recensés sur les territoires de notre enquête, trois ont été créés depuis 2000 et un seul depuis 2010. On peut ajouter à ces chiffres le cas d'une association recréée au début des années 2000 à partir de statuts déposés une vingtaine d'année auparavant par un chef de service précédent. Nous avons par ailleurs eu connaissance de deux projets en cours de développement : dans un cas il s'agit en fait de l'ouverture par une équipe de secteur d'un appartement dans le giron d'une association créée par un secteur voisin du même établissement.

Le deuxième constat est celui sinon du recul du moins des limites atteintes par un grand nombre d'associations de secteur les plus anciennes. Si les plus importantes d'entre elles conservent un nombre de place proche de ce qu'il pouvait être à son maximum, plusieurs associations paraissent être actuellement en net déclin. La moitié des associations de secteur de notre échantillon n'ont ouvert aucun appartement nouveau ou bien ont même régressé depuis le début des années 2010. Tel service n'accueille plus de nouveaux patients même lorsque des appartements se libèrent, et adresse les patients candidats à un logement accompagné à d'autres services. La majorité des associations animées par des équipes de secteur paraissent avoir atteint les limites de leurs capacités et leurs responsables se contentent de gérer les stocks sinon de patients du moins d'appartements. Leurs responsables soulignent par ailleurs pratiquement tous les difficultés à seulement maintenir le dispositif. Si les plus grosses associations effectivement portées par les équipes de secteur ne sont pas menacées, un certain nombre de structures de petites dimensions ont été fermées au cours des dernières années. Ce phénomène est particulièrement visible dans les établissements où les appartements associatifs ne se sont jamais réellement implantés. Le seul centre hospitalier spécialisé de nos territoires dont les équipes ne gèrent aucun appartement associatif paraît avoir accueilli à une époque quelques structures qui ont été fermé depuis des années – l'établissement gère cependant un appartement thérapeutique

dont le médecin responsable prépare par ailleurs un projet d'appartements accompagnés en coopération avec une association extérieure. La situation est la même dans un autre établissement spécialisé présentant un faible nombre d'appartements : si les psychiatres les plus anciens de l'hôpital décrivent un dispositif d'appartement constitué dans les années 1980 pour faire face aux fermetures de lits, celui-ci n'a jamais connu une extension considérable et il a été progressivement fermé à mesure que les équipes n'en ressentaient plus la nécessité, pour aujourd'hui être réduit à une petite dizaine de places.

Si en dépit de ces remarques le dispositif paraît se maintenir dans de nombreux établissements, c'est qu'il y repose en fait dans un certain nombre de cas sur une professionnalisation des équipes d'encadrement rendu nécessaire par le désengagement des équipes de secteur. C'est notre troisième constat. Si les associations elles-mêmes ne sont peut-être pas menacées, le modèle des associations portées par les équipes de secteur paraît en déclin dans un grand nombre d'établissements où tendent à être mise en place des structures intersectorielles gérées par des personnels spécifiquement engagés pour cette mission. Dans six des huit établissements spécialisés de nos territoires où l'on trouve encore des appartements associatifs, une seule association gère des appartements pour plusieurs secteurs - correspondant à un pôle ou à l'ensemble de l'établissement. Si dans trois cas le dispositif reste pour l'instant encore aux mains des soignants des secteurs, dans les trois autres ces restructurations ont été accompagnées par la mise en place d'une équipe gestionnaire. Le modèle des associations sectorisées se maintient ainsi dans une minorité de secteurs le plus souvent rattachés à des centres hospitaliers généraux. Encore ces associations ne correspondent-elles pas toujours à proprement parler à un projet de service. On reviendra sur ce point.

Ces constats, s'ils sont suggestifs, ne reflètent cependant que partiellement le sentiment massivement exprimé par les équipes associatives de secteur de faire face à des difficultés considérables dans leur travail au quotidien et pour mener à bien leurs projets. La plupart d'entre elles soulignent en effet les fragilités des services face à un ensemble de contraintes nouvelles qui pèsent sur les équipes. Si certains entretiens suggèrent des situations alarmantes pratiquement tous évoquent des tensions nombreuses vécues au quotidien par les équipes. Face à des demandes toujours importantes parmi les patients, celles-ci disposeraient de moyens à la fois humains et financiers insuffisants et manqueraient de soutien de la part de leurs hiérarchies quand leur action ne serait pas entravée par un ensemble de contraintes toujours plus pesantes. Cet extrait d'un entretien avec la présidente actuelle d'une association de secteur créée à la fin des années 1970, par

ailleurs psychologue, illustre un discours que nous avons entendu à de nombreuses reprises sous des formes proches chez un grand nombre de nos interlocuteurs :

> Quand je suis arrivée en 2010, il fallait qu'on arrête, parce que ça devenait trop. C'est-à-dire qu'après on a ouvert un ou deux appartement de plus. Quand je suis arrivée on était à 22, on est peut-être monté à 25 des fois, mais on a baissé. Là on est à 24. Alors [il y a] plusieurs raisons. De toute façon un groupe, à un moment, quand il devient trop gros, ce n'est plus la même échelle de travail de groupe. Après ça devient autre chose. Et puis, il faut qu'on suive derrière avec le travail d'accompagnement, c'est-à-dire que là c'est limité par le nombre de soignants parce qu'il y a une baisse du temps soignant dans tous les hôpitaux psychiatriques. Donc, dans les gens qui sont à [Association], il y a des gens qui ont besoin de très peu d'accompagnement, et il y a des gens qui en ont besoin de beaucoup. Donc, le temps d'accompagnement il faut qu'il suive derrière, et puis le temps administratif aussi. La France adore les normes, les nouveaux papiers, les protocoles qui changent, la CAF. Donc tout ça, ça demande un sacré travail de paperasse. Donc 24 logements, 35 personnes on s'est dit stop, alors oui on a eu aussi il y avait des secrétaires du service qui aidaient beaucoup pour ça, dont [Nom d'une collègue] qui est secrétaire, et qui est trésorière et ce temps-là était aussi réduit par l'hôpital, tous les postes sont réduits. Donc on a arrêté notre croissance pour 3 raisons : le temps de paperasse, le temps d'accompagnement et aussi masse critique du groupe. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

Accumulation des tâches administratives, manque de personnel, surcharge des équipes : les difficultés rapportées par cette psychologue concernent la possibilité même pour les équipes d'accomplir leur rôle professionnel dans un contexte où celles-ci auraient perdu la maîtrise de leur temps. Au-delà du cas des appartements associatifs, ce diagnostic sera familier aux observateurs des mondes de l'hôpital. Il est en effet celui que font de nombreux acteurs et observateurs de la dégradation des conditions de travail dans les institutions psychiatriques et plus largement de soin. L'introduction de nouvelles techniques de gestion issues du nouveau management public, l'emprise de la rationalité économique dans les choix d'allocation budgétaire, quand ce ne sont pas les coupes claires dans les budgets et la nécessité imposée de ce fait aux établissements de fonctionner en flux tendu imposeraient aux équipes un rythme simplement impossible à suivre. Nos entretiens sont du reste nombreux qui rapportent les tensions auxquelles font face les appartements associatifs à celles de la psychiatrie de secteur dans son ensemble dont elles ne seraient qu'un aspect ou une conséquence : les difficultés voire les fermetures de structures ne seraient qu'une facette de celle affectant généralement les pratiques de secteur. Profondément, c'est la psychiatrie publique dans son ensemble qui serait remise en cause.

Ce diagnostic est là encore difficile à quantifier en l'absence d'enquêtes longitudinales sur les conditions de travail dans les secteurs. Si l'on se fie aux données concernant l'équipement des secteurs, la remise en cause anticipée sinon crainte par les équipes depuis une vingtaine d'années paraît ne pas avoir eu lieu. Si le nombre de lits psychiatriques a connu une baisse continue depuis les années 1980, le volume de place en structures extrahospitalières paraît plutôt stagner depuis les années 2000 après une phase de croissance mesurée dans la période précédente. Le personnel affecté à ces services serait quant à lui en légère augmentation : les médecins psychiatres exerçant dans les établissements publics sont passés de 7370 en 2004 à près de 8600 en 2014 ; le nombre de personnels soignant non médecin affectés à la psychiatrie a augmenté de 6% de 2006 à 2014 pour atteindre un peu plus de 119000 équivalents temps plein à cette date. Ces chiffres sont cependant à mettre en regard de l'augmentation spectaculaire des files actives : en psychiatrie ambulatoire le nombre de patients traités dans l'année est passée d'un peu plus de 1,1 millions en 2003 à près de 2 millions en 2000. Cette augmentation poursuit en fait une tendance à l'œuvre depuis le début des années 1990 : de 1991 à 2003 la file active suivi en ambulatoire avait déjà augmenté de plus de 70%. La pression vécue par les équipes s'exprime dans le nombre de postes vacants et les taux d'absentéisme, bien que ceux-ci semblent être dans la norme si on les compare à ceux dans d'autres segments de la médecine.

Au-delà des données quantitatives, cependant, les difficultés ressenties par les équipes reflètent le décalage entre le déploiement actuel du dispositif et les attentes exprimées par les rapports publics comme par les cadres de la profession depuis les années 1990. Si la psychiatrie de secteur a été depuis son origine une utopie dont la réalisation a toujours été problématique, son bilan sur les vingt dernières années souligne le caractère inabouti d'une politique qui n'est pas parvenue à accompagner dans l'ensemble des territoires le basculement du système de santé mentale vers l'ambulatoire. Les inégalités d'équipement dans des secteurs pourtant voisin, la balkanisation des pratiques et les difficultés à introduire le changement dans certaines organisations sont quelques aspects de ce constat. Le sentiment de régression exprimé par les équipes pourrait s'expliquer ainsi en partie par l'écart entre leurs aspirations et des conditions sur le terrain nécessairement en deçà de celles-ci. Ce sentiment pourrait par ailleurs être exacerbé par la mise en place de nouvelles organisations à la suite de la création des pôles puis, plus récemment, des groupements hospitaliers de territoire.

Les contraintes de l'environnement normatif

Les appartements associatifs pourraient être cependant plus vulnérables que d'autres pratiques de secteur à une conjoncture généralement plus difficile pour les institutions de soin. Au-delà des contraintes gestionnaires et financières pesant de façon générale sur les secteurs, les équipes décrivent en effet des directions d'hôpitaux et plus largement des tutelles moins favorables aux associations et aux montages parfois complexes mis en place par les équipes pour gérer leurs appartements. Nous n'avons pas systématiquement interrogé les directeurs des établissements des départements de notre enquête et il serait de toute façon difficile de tirer de nos entretiens des conclusions générales. Mais nos entretiens comme la lecture de la littérature grise suggèrent de fait sinon les réticences du moins la perplexité ou l'embarras de directions face à des dispositifs qui leur paraissent échapper à leurs cadres d'action. Deux raisons au moins y concourent.

La première tient au sentiment que peuvent avoir les équipes administratives que, les appartements associatifs assurant une fonction de logement, ils sortent des missions des équipes de secteur, lesquelles devraient se concentrer sur leur rôle soignant, et que, dès lors, leurs établissements ne devraient pas participer au financement de ces services. Ce sentiment est au demeurant partagé par de nombreux professionnels et notamment psychiatres que nous avons rencontrés y compris parmi ceux à l'origine de dispositifs d'appartement accompagnés :

> Elle [l'aide au logement] doit être absolument soutenue par le secteur, le secteur doit mettre en place des systèmes d'aide aux personnes à domicile. On doit créer des équipes mobiles, à la fois des équipes pour les urgences et les cas aigus et pour les cas au long cours. Et pour être là, pour être en aide aux populations. Mais le logement en tant que tel, les psychiatres ne sont pas des maçons hein ? [Psychiatre, appartements de secteur, #27]

> Le problème du logement c'est que ça ne relève pas de la psychiatrie à proprement parler. La psychiatrie c'est une spécialité médicale comme les autres, comme la cardio, je ne pense pas que les cardiologues cherchent forcément des logements ou se préoccupent du logement de leurs patients, par contre en termes de santé et de santé mentale en termes de logement il est évident que si on n'a pas de logement on est en moins bonne santé que si on a un logement. C'est aussi simple que ça. [Psychiatre, appartements de secteur, #56]

Disons, immédiatement après ces citations, que toutes les équipes que nous avons rencontrées ne partagent pas ces appréciations et qu'elles ont des façons différentes d'aborder le sens de leur travail dans les appartements. Non seulement toutes les équipes

n'estiment pas que les appartements associatifs ont d'abord une mission de logement, mais même celles qui adhèrent à cette perspective ne négocient pas de la même façon leur engagement vis-à-vis de ces structures : si certaines équipes peuvent estimer leur engagement dans des projets d'appartement comme une nécessité face aux difficultés rencontrées par les patients voire comme un pis-aller en l'absence d'une politique de logement adapté, d'autres équipes soulignent que tout en ressortissant d'abord à une autre mission que le soin, les appartements peuvent être le lieu d'un travail psychiatrique authentique. On reviendra plus précisément dans la deuxième partie de ce rapport sur ces points. Soulignons pour l'instant que ces remarques concernent également les équipes directoriales qui peuvent se faire une opinion différente des équipes de soin de leurs établissements sur ces questions en fonction de leur expérience propre et de leur appréciation de la situation de leur établissement. Ces citations et ces observations reflètent en tous les cas l'évolution des perspectives sur les appartements accompagnés depuis leur création à la fin des années 1970 : si le travail en appartement et sur les appartements était pour les pionniers du dispositif une autre façon de faire de la psychiatrie, c'est bien la possibilité même qu'il s'agisse là de psychiatrie qui est remise en cause.

Cet enjeu n'est cependant probablement pas le plus décisif. Une raison plus spécifique des réticences de certaines directions face aux appartements associatifs tient de fait aux difficultés que leur pose la gestion associative. De façon générale les personnels de direction des hôpitaux et plus largement des administrations de la santé partagent une volonté de clarification de la gestion des moyens hospitaliers et notamment ceux alloués aux associations. La crainte que la comptabilité des établissements puisse être soupçonnée de gestion de fait parce que les associations assurent de fait une mission de l'hôpital est l'un des principaux arguments que nous avons entendus contre le soutien apporté par les établissements aux appartements associatifs. Certains de nos interlocuteurs soulignent par ailleurs à côté de ces enjeux de responsabilité financière la question de la responsabilité civile de l'hôpital qui serait engagée en cas d'accident dans les appartements, alors que ceux-ci ne présenteraient pas les mêmes garanties de sécurité que les structures gérées directement par les établissements. Ces arguments ont d'autant plus de force que la faiblesse de la réglementation sur les associations conduit à des interprétations extrêmement divergentes de ce qu'elle permet ou pas. Si de l'avis de l'administration centrale du ministère de la Santé comme d'un certain nombre de juristes, en l'état de la réglementation rien n'empêche les équipes de secteurs de créer des associations, et rien ne les empêche dans le cadre de ces associations d'ouvrir des appartements, de fait il est

difficile pour les équipes de passer outre l'avis de directions hospitalières qui s'opposeraient à des projets jugés trop risqués, coûteux, ou sortant des missions de leur établissement, ne serait-ce que celles-ci sont le plus souvent la principale si ce n'est la seule source de revenus.

En un sens les difficultés actuelles des structures associatives de secteur ne sont que le prolongement de la situation ouverte par les textes du milieu des années 1980 que l'on a mentionnés plus haut, situation vraisemblablement exacerbée par des cadres budgétaires plus contraints depuis les années 2000. Le flou réglementaire environnant le statut et l'encadrement des associations de secteur a surtout pour conséquence des pratiques extrêmement variables d'un établissement à l'autre. De fait c'est l'arbitraire qui paraît dominer les relations entre associations et établissements : non que chaque équipe directoriale impose une volonté qui ne reposerait que sur son bon vouloir, mais en l'absence de standards juridiques ou réglementaires chaque établissement paraît avoir mis en place une culture propre constituée progressivement au fil du temps, reposant sur une interprétation héritée d'arrangements passés et modifiée de façon incrémentale par les personnalités et projets des nouveaux arrivants.

Si les relations entre équipes associatives et équipes de direction sont ainsi déterminées par une part de contingence, nos entretiens soulignent cependant de façon convergente le contrôle accru exercé sur le travail associatif par les hiérarchies. Certains de nos interlocuteurs contrastent la situation actuelle avec le caractère informel des relations entretenues par le passé avec les directions même lorsque les associations recevaient des subventions significatives. Ce contrôle passe notamment par la mise en place de conventions encadrant strictement les relations entre établissements et associations. D'autres équipes soulignent une surveillance nouvelle exercée sur la comptabilité associative et en particulier la nécessité imposée par certaines directions de produire des bilans financiers reprenant les catégories de la comptabilité publique. Dans quelques établissements ce mouvement de reprise en main est allé, on l'a évoqué plus haut, jusqu'à la réorganisation du tissu associatif : fusion des associations de l'établissement, mise en place de nouvelles équipes de direction nommée par le directeur de l'hôpital. Si ces réorganisations sont parfois liées à des difficultés reconnues pas les responsables associatifs, dans deux cas au moins dans notre échantillon, elles émanent de directions soucieuses de clarifier la relation avec les associations de leur établissement et ne vont pas sans tension avec les équipes.

Une dimension importante de ce contrôle porte par ailleurs sur le temps de travail dégagé par les professionnels pour le travail associatif. A cet égard si les équipes peuvent sentir leur autonomie menacée lorsque les directions leur imposent un cadre conventionnel qui limite leurs capacités d'initiatives, à l'inverse le flou entourant le statut des pratiques associatives dans de nombreux services est également l'origine de difficultés pour les équipes au moment de les défendre face aux administrations. Dans un hôpital psychiatrique, le président de l'association issue de la fusion des associations de secteur de l'un des pôles de l'établissement, par ailleurs cadre infirmier, signale ainsi la volonté de sa hiérarchie que le temps associatif soit pris sur du temps hors travail, ce à quoi lui-même s'oppose, menaçant de fermer l'association. D'autres responsables associatifs soulignent le travail de conviction à mener auprès de l'encadrement :

> Là où on a beaucoup de mal, c'est que justement l'encadrement a du mal à comprendre que ce n'est pas [Association] qui mange le temps de travail au détriment.... Parce que, finalement, ils amalgament notre suivi soignant auprès du patient comme un temps [Association]. Mais non! Pas du tout. Et donc, c'est toute la difficulté d'expliquer à l'hôpital que finalement, [Association] prend peu de temps. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Les tensions rapportées par cette responsable associatif découlent des difficultés à déterminer la frontière entre travail associatif et travail de secteur, entre travail d'accompagnement dans les appartements et travail de soin, et elles s'inscrivent en creux dans les tensions que nous avons mentionnées au début de cette analyse sur la qualification du travail dans les appartements accompagnés. Au-delà de la politique des établissements à l'égard des associations, la vulnérabilité du travail associatif découle ainsi également de sa nature de travail à côté, à la fois dépendant et en dehors du travail de secteur, impensable sans lui mais nécessairement distinct. C'est également ce qui rend ce travail sensible à des formes d'encadrement plus strictes du travail hospitalier et de secteur. Au-delà des interventions directes des administrations dans la gestion et le travail associatifs, certains de nos interlocuteurs suggèrent ainsi le poids accru de la protocolisation des pratiques, qui briderait l'engagement des équipes. Cela passerait par la nécessité de rendre compte des pratiques à la hiérarchie, autant que par le respect de certaines mesures. Cette responsable associative contraste la situation actuelle avec le bricolage de la période antérieure :

> Il y avait un peu plus de débrouille, c'est-à-dire que c'était plus rigolo aussi parce que il y avait un côté débrouille, un côté un peu voilà. Là maintenant on doit faire gaffe parce que il y a des protocoles, il y a des machins, il y a des, là dans le domaine médicosocial ils ont les mêmes contraintes. Faut à la fois être un bon gestionnaire, il faut faire les paperasses des fois des paperasses idiotes mais il faut les faire pour

> qu'ils nous foutent la paix et en dessous on travail, c'est un peu l'idée. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

C'est cependant la surcharge de travail à laquelle font face les équipes hospitalières qui serait la menace la plus grande pour les pratiques associatives, même lorsque celles-ci ne seraient pas explicitement remises en cause par les directions d'établissements. D'un côté les baisses de personnels amèneraient dans de nombreux établissements des redéploiements de personnel vers les services hospitaliers au détriment du secteur :

> Au début il y avait d'une part beaucoup plus de soignants qu'il n'y en a aujourd'hui. Les équipes n'ont pas cessé d'être réduites. Et quand les services hospitaliers ont été ouverts ça s'est fait aussi un peu au détriment du secteur.[52] Là par exemple, je crois que l'équipe actuelle a diminué quasiment de moitié par rapport à 10-12 ans. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

Même dans les secteurs où les équipes extrahospitalières restent importantes l'augmentation des files actives rendrait plus difficile pour elles de dégager du temps pour des accompagnements à domicile qui paraissent moins prioritaires. D'un autre côté l'augmentation de la charge de travail des équipes de secteur minerait également la capacité d'engagement des équipes dans des activités bénévoles pour certaines en dehors du temps de travail. Le psychiatre que nous citions plus haut souligne ainsi la difficulté de mobiliser des collègues moins nombreux qui se retrouvent dès lors plus facilement en première ligne :

> C'est-à-dire que quand il y a eu la réduction du personnel un des projets qui était l'ouverture d'un autre appartement collectif, ça ne pourra pas se faire car là les soignants vont y passer leurs week-end. Ce qui se faisait facilement on était plus nombreux, maintenant. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

Un nouvel esprit de la psychiatrie de secteur

A côté de ces difficultés, les équipes associatives constatent également une désaffection de leurs jeunes collègues pour les projets associatifs qui ne s'explique pas uniquement par l'accumulation des contraintes auxquelles ils font face. Si on l'a souligné bon nombre d'associations paraissent avoir mobilisé largement les équipes des secteurs d'où elles étaient issues au moment de leur création, dans la quasi-totalité des expériences que nous avons rencontrées c'est aujourd'hui un petit noyau de volontaires qui assument les fonctions de gestion associative tandis que certaines s'appuient sur des permanents

[52] Dans ce secteur rattaché à un hôpital général, les appartements accompagnés ont été ouverts avant les lits hospitaliers à un moment où les malades étaient accueillis dans l'hôpital psychiatrique du département.

semi-professionnalisés. S'il est difficile là encore d'objectiver ce point, nos entretiens suggèrent qu'un petit nombre seulement d'associations mobilisent largement les équipes de secteur que ce soit dans le travail quotidien ou même dans les assemblées générales. A cet égard les conditions dans lesquelles nous avons mené nos entretiens sont souvent révélatrices .Dans telle association l'entretien se déroule dans le CMP au milieu d'un va et vient constant des soignants qui entrent et sortent, rendant même compliquée la discussion ; dans tel autre service une réunion logement à laquelle nous sommes invités à assister réunit l'ensemble des membres de l'équipe présents ce jour-là ; par contraste dans la plupart des services seule une ou deux personnes sont en mesure de nous rencontrer et l'organisation qu'elles décrivent paraît largement reposer sur leurs forces.

Au-delà de l'épuisement des cadres, nos interlocuteurs expliquent cette désaffection pour le travail associatif par une évolution des cultures professionnelles chez leurs collègues plus jeunes. Ceux-ci seraient, on l'a évoqué plus haut, moins disposés à s'intéresser aux problèmes de logement auxquels font face leurs patients, mais également moins engagés pour l'institution, et moins enclins à s'engager dans les associations.

> Par exemple la génération d'avant comme il y avait beaucoup de postes, il y a des gens qui avaient la moitié de leur temps c'était associatif. Un changement de génération, moi je veux bien que ça me prenne un peu de temps mais je veux faire de la clinique, j'ai des psychodrames, j'ai de la thérapie familiale avec Paul, je fais des consultations, je veux que j'ai mon temps de psychologue, je ne veux pas que ça me prenne tout. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

> Oui, on a de moins en moins, justement, de médecins, parce que justement, ce n'est plus les mêmes courants. Et donc ça, c'est vraiment un souci. Et donc on ne sait pas quel sera l'avenir de [l'association] par rapport à ça, parce que justement, ce n'est plus dans l'air du temps, dans l'esprit du secteur, on a de plus en plus du mal, du coup à trouver des candidats pour nos appartements associatifs. À côté de ça, on a plein de personnes qui n'ont pas de logement. C'était d'ailleurs- la réflexion du mois dernier, c'est : comment se fait-il qu'on a autant de personnes qui n'ont pas de logement, des personnes démunies, qui ont pas de logement... Et nous, nous n'arrive pas à remplir notre structure! [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Les raisons de ce désengagement sont moins évidentes qu'il pourrait y paraître. D'un côté certains de nos interlocuteurs évoquent de nouvelles générations de soignants moins disposées à s'engager pleinement dans la vocation comme le faisaient leurs aînés. S'il est encore une fois difficile d'objectiver cette observation, elle est cohérente avec des enquêtes qui pointent la fin d'un esprit de sacerdoce chez les jeunes professionnels de santé et notamment dans le corps médical. Cette évolution expliquerait notamment qu'il soit plus

difficile de mobiliser les soignants en dehors de leur temps de travail. L'un des facteurs importants de cette évolution est la féminisation des métiers de la santé en général et de la psychiatrie en particulier, qui aurait par ailleurs des conséquences pour la capacité des équipes à assumer certaines tâches – l'une de nos interlocutrices mentionne ainsi la difficulté de trouver des compétences dans des équipes féminisées pour assurer les réparations et le bricolage nécessaires pour maintenir en état les appartements.

D'un autre côté les soignants arrivés dans les équipes de secteur dans les années 2000 exprimeraient également des attentes nouvelles à l'égard du contenu du travail lui-même. La première citation ci-dessus est à cet égard révélatrice : si dans les années 1970 un certain nombre de pionniers de la psychiatrie de secteur cherchaient à ouvrir un cadre nouveau pour leurs pratiques, c'est à préserver le cadre de leurs pratiques qu'aspirent de nombreux professionnels aujourd'hui. L'affirmation de la centralité du travail clinique dans la définition des métiers soignants participe de cette dynamique. Plus largement c'est la conception même du professionnalisme chez les jeunes générations qui est en cause. Si celui-ci s'exprimait dans les années 1970, avec l'idée d'une « psychiatrie militante », dans la recherche d'une pratique toujours en mouvement à travers la création de projets innovants, une attention à l'informel ou encore la valorisation de l'engagement associatif, c'est aujourd'hui à un ancrage des pratiques dans des savoirs et des savoir-faire formalisés et sanctionnés par la profession qu'aspireraient les professionnels.

Si ces phénomènes concernent l'ensemble des personnels soignants, la façon dont ils touchent le corps médical affecte particulièrement les associations de secteur. Sans que, là encore, on dispose de données précises faute de statistiques, on peut estimer que les médecins chefs de secteur étaient traditionnellement à la fois une force d'entraînement et d'innovation pour les projets de secteurs. Par contraste, bon nombre d'associations de secteur reposent aujourd'hui sur l'engagement de soignants non médecins qui portent littéralement les projets : si la diversité des organisations rend difficile d'objectiver ce chiffre on peut estimer que près de la moitié des associations de secteur de notre échantillon, soit neuf sur vingt, sont actuellement animées par des équipes soignantes ne comportant pas de médecin, par quoi nous entendons que ce sont des soignants non médecins qui prennent effectivement en charge la vie de l'association. Si dans un certain nombre de cas le transfert des responsabilités associatives aux soignants signifie une forme de professionnalisation de l'encadrement associatif lorsqu'une équipe dédiée est créée pour gérer le service, et si par ailleurs cela n'empêche pas dans ces configurations une collaboration étroite des chefs de services avec les associations, dans d'autres secteurs où la gestion associative est restée à

l'intérieur de l'équipe soignante le désengagement des médecins signifie pour les équipes associatives la perte d'un soutien essentiel.

Au-delà des transformations de leurs conditions de travail, les équipes associatives soulignent également la nécessité pour leurs services de s'adapter à une évolution des problématiques des personnes accueillies. La fin des très longues hospitalisations psychiatriques qui caractérisaient, on l'a vu, les premières clientèles des appartements, a progressivement amené les appartements associatifs à s'ouvrir à d'autres profils, avec d'autres problèmes, d'autres besoins et d'autres demandes.

> Par la suite, on a proposé ces logement à d'autres patients qui n'étaient pas hospitalisés dont certains qui effectivement dans leur famille mais qui vivaient très mal dans leur famille, les familles le vivaient mal et les patients aussi, ça se passait très mal. [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

> Alors, après je pense qu'il y a aujourd'hui un basculement dans le sens où jusqu'à présent les personnes qui étaient en logement associatif y a encore quelques années c'étaient beaucoup de personnes qui sortaient de très longues années d'hospitalisation. C'est les personnes qui sont arrivées au tout début des logements associatifs, qui avaient donc un passé d'hospitalisation très lourd et très long. […] on a eu une vague assez importante soit de départ en maison de retraite soit de décès. Donc y a encore des gens-là qui vivent en logement associatif, mais il y a aussi toute une nouvelle population on va dire qui accède en logement associatif qui sont des gens plus jeunes avec pour certains quand même de façon importante des problématiques d'addiction. C'est des personnes qui conçoivent plutôt pour une part d'entre elles le logement associatif comme un tremplin et il y a aussi ces personnes parmi lesquelles (hésitation) qui auront probablement des difficultés à accéder à un logement autonome. Et donc qui non seulement cumulent des difficultés, à savoir des troubles importants et parfois des addictions. [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

> Parce qu'après ce premier temps consistant à permettre à une personne dans l'hôpital de revenir vers la ville, très vite sont apparues des demandes venant du secteur lui-même. Par exemple des jeunes gens qui ont eu du mal à quitter leur famille et qui sont venus dans le secteur trouver un logement, la famille étant à côté donc c'était déjà ça, et une famille rassurée car ils n'étaient pas livrés à eux-mêmes… Donc des jeunes gens mais aussi des gens de tous âges. Et avec cette transformation progressive, l'association a aujourd'hui, je crois, 35 patients qui sont dans le système [Association] et il y a 3 appartements collectifs. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

Si nos interlocuteurs ne proposent pas tous les mêmes caractérisations de ces nouveaux profils de patients, tous décrivent des trajectoires complexes, faites d'aller et retour entre les institutions, n'opposant plus de façon polaire institutionnalisation et vie

autonome. Si l'hospitalisation longue reste encore une dimension constitutive de l'expérience de la maladie mentale pour bon nombre des personnes concernées, et si elle est aussi ce qui distingue la psychiatrie des autres disciplines médicales, cette longue durée signifie aujourd'hui quelques semaines, au plus quelques mois, et non plus plusieurs années comme c'était le cas dans les années 1980 encore. L'hospitalisation n'est ainsi plus comme elle pouvait l'être alors une phase de socialisation à la maladie et au rôle de malade, mais elle peut constituer un tournant dans une trajectoire de long cours lorsque, suscitée par une crise, elle est également l'occasion de mettre en place un nouvel arrangement de vie, autour notamment de l'admission dans un établissement médico-social ou la mise en place d'un accompagnement. Dans de nombreux cas une réorganisation des accompagnements mis en place autour des personnes est provoquée en dehors de toute hospitalisation par les personnes elles-mêmes, leurs familles ou les équipes de soins et d'accompagnement. Dans ce nouveau contexte les appartements associatifs jouent ainsi moins le rôle d'une alternative à l'hospitalisation, dans l'esprit des institutions intermédiaires, qu'ils ne sont conçus comme un palier dans une trajectoire de moyen terme. Dans un certain nombre de services ces évolutions aboutissent à remettre en cause les fondements mêmes des appartements associatifs. Plusieurs équipes de notre échantillon justifient ainsi la fermeture de leurs appartements par l'absence de demande. A de nouveaux besoins correspondraient, localement au moins, la nécessité de services originaux que seraient incapables d'accomplir les appartements associatifs.

Les observations qui précèdent suggèrent toutes ensemble une interprétation de l'évolution des appartements associatifs de secteur depuis le début des années 2000 : s'ils apparaissent aujourd'hui plus vulnérables dans un contexte social, politique et psychiatrique nouveau, ce pourrait être moins en raison de ce qu'ils ont fait leur temps et de ce qu'ils seraient désormais inadaptés à ce contexte qu'à cause de l'ambiguïté ou du flou qui entoure leur définition et celle des pratiques qu'ils accueillent. Nos entretiens révèlent en effet l'ampleur du questionnement des équipes associatives sur le sens de la thérapie et sur la dimension thérapeutique de leur travail dans les appartements. Ce questionnement reflète sans aucun doute les incertitudes des équipes psychiatriques actuelles face à un monde en transformation. L'un des arguments de ce rapport est cependant qu'il est également une dimension des pratiques d'accompagnement médico-sociales telles qu'elles sont socialement pensées et organisées aujourd'hui : on l'a souligné dans l'introduction à ce rapport, l'interrogation sur les limites de la médecine est une dimension constitutive du secteur médico-social depuis son origine. En d'autres termes si le questionnement des

équipes de secteur sur le sens de certaines de leurs pratiques a son origine dans l'évolution des cultures professionnelles autant que dans une transformation générale du rapport de notre société à la thérapie, il s'impose aussi à elles en raison des évolutions des politiques d'accompagnement des personnes dans le champ social et médico-social. Or, si ces interrogations ont peu d'incidence sur les dispositifs d'accompagnement qui se développent à l'intérieur de niches institutionnelles, elles ont davantage de conséquence lorsque ceux-ci doivent affirmer et défendre leur existence dans un champ moins balisé. Le caractère par définition peu institutionnalisé des appartements associatifs de secteur les rend ainsi particulièrement vulnérables à ces dynamiques.

Le tournant des années 2000 (2). L'émergence de nouvelles pratiques entre social, médico-social et psychiatrie

De fait si nos interlocuteurs des secteurs ne les mentionnent que rarement, les transformations de l'environnement dans lequel ils construisent leurs pratiques et abordent leurs institutions donne tout son sens aux dynamiques internes à la psychiatrie de secteur que nous venons d'analyser. Ces transformations sont d'abord liées à celles que connaissent depuis la fin des années 1990 les politiques d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Précisément, la période voit s'imposer une nouvelle problématisation des difficultés de ces personnes qui les sort du giron strictement sanitaire pour en faire des questions intéressant aussi les politiques sociales et médico-sociales. De façon complexe, pour reprendre une terminologie empruntée à l'analyse des politiques publiques, la santé mentale devient un objet intersectoriel, dont la définition repose sur l'existence d'un noyau politique situé dans le giron des politiques de santé, mais dont la prise en charge implique désormais des acteurs, des outils, des répertoires d'action, des circuits et plus largement des référentiels ressortissant à d'autres secteurs de l'action publique. Au sein de ces derniers la santé mentale fait alors l'objet d'une spécialisation de certains acteurs pour constituer un sous-secteur situé à l'interface avec le secteur sanitaire.

Le principal mouvement nourrissant cette dynamique est la redéfinition par la notion de « handicap psychique » des difficultés de certaines catégories de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. L'évolution des politiques du logement et, précisément, la problématisation des questions de logement et d'hébergement dans le cadre du droit opposable au logement contribue aussi à ces déplacements. Avant d'examiner les conséquences de ces mouvements pour les appartements accompagnés de notre étude, il vaut la peine de revenir dessus pour en proposer une cartographie plus générale. Pour cela

nous partons d'une lecture des rapports et des plans consacrés à la santé mentale depuis les années 1990. L'objectif de cette lecture n'est pas tant de proposer une analyse d'ensemble des réseaux d'acteurs et des logiques d'action dans la politique de santé mentale mais d'identifier les répertoires discursifs et les référentiels mobilisés pour donner un sens à l'action publique.

Une nouvelle problématisation de l'action publique en santé mentale

Une lecture rapide de ces documents permet en effet d'identifier un tournant dans le traitement politique des questions de santé mentale au début des années 2000. Les rapports des années 1990 se concentraient sur l'organisation du système psychiatrique et la délivrance des soins par les équipes psychiatriques. Le principal enjeu de la période est le constat que, une trentaine d'années après le début de la sectorisation psychiatrique, l'hospitalisation psychiatrique joue encore un rôle trop important dans les prises en charge. Les deux grands rapports de la décennie, celui de Gérard Massé en 1992 et le rapport dirigé par Philippe Cléry-Melin en 1998, s'ils développent une rhétorique différente – pensée systémique pour le rapport Massé, approche plus institutionnelle pour celui de Cléry-Melin – partagent au fond une même perspective : c'est le système de santé mentale, entendu comme le dispositif de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans les secteurs et les autres structures sanitaires, qu'il faut soigner. Dans ce contexte, dans la lignée des textes organisant le secteur depuis les années 1960, les structures extrahospitalières des secteurs ou relevant du médico-social sont évoquées à titre d'alternatives à l'hospitalisation, susceptible d'en prendre le relais pour en limiter l'emprise.

Le tournant des années 2000 voit s'imposer une rhétorique nouvelle : c'est moins un système qu'il faut transformer que les droits des personnes qu'il faut assurer. Deux grands rapports inaugurent cette façon de renouveler la politique de santé mentale dans un contexte marqué par ailleurs par une série d'initiatives gouvernementales en faveur de la démocratie sanitaire, dont, de façon marquante, la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Le premier est le rapport que les psychiatres Eric Piel et Jean-Luc Roelandt remettent au ministre de la santé en 2001[53]. Intitulé de façon explicite *De la psychiatrie à la santé mentale*, le rapport suscite de vives et abondantes réactions parmi les acteurs de la psychiatrie qui y voient l'annonce d'une dépossession : c'est en effet un déplacement d'ensemble des politiques d'accompagnement des personnes qu'orchestre le texte. Tranchant avec ses prédécesseurs, le rapport situe les

[53] Piel E., Roelandt J.-L., 2001, *De la psychiatrie à la santé mentale. Rapport de mission*, Paris, Ministère de la santé.

soins médicaux dans un champ de pratiques larges allant des accompagnements informels aux grandes politiques sociales. L'une des propositions provoquantes du rapport est ainsi de repenser la territorialisation du dispositif de santé mentale autour d'une nouvelle organisation, le service territorial de la psychiatrie lui-même inséré dans un réseau territorial de la santé mentale.

Par ailleurs le rapport innove également dans sa forme : organisé en quatre grands chapitres centrés sur les attentes et le rôle de quatre grandes catégories d'acteurs impliqués dans la santé mentale, le rapport décline pour chacun d'entre eux leurs principales attentes et la traduction de ces attentes en termes politiques et institutionnels. Les acteurs, plutôt que les institutions, sont ainsi au centre de l'écriture. En particulier le rapport s'ouvre par une série d'analyses sur « les usagers et les familles » dont le premier constat est que « les usagers réclament le respect de leurs droits » : s'il s'agit ici du respect des droits des personnes face à la psychiatrie, le rapport comporte plus loin l'affirmation que « Les droits de l'homme comprennent le droit au logement pour tous »[54]. Le rapport impose ainsi une nouvelle rhétorique des droits pour organiser l'ensemble de ses propositions. Par ailleurs s'il ne consacre pas de chapitre spécifique au logement, celui-ci est au centre de la discussion du chapitre sur « les acteurs sociaux », dont le principal constat est « la dispersion des structures et des organisations sociales ». L'une des propositions importantes du rapport est ainsi de soutenir le développement des appartements associatifs et thérapeutiques par les équipes de secteur et par ailleurs d'encourager la création de conventions et de formes d'accompagnement pour aider les personnes à acquérir un logement dans le parc social.

Le second rapport est, en 2002, celui que le député Michel Charzat remet à la ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées sous le titre *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Consacrant la mise à l'agenda du handicap psychique et annonçant les mesures qui seront prises en sa faveur dans la suite de la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », le rapport a d'abord pour objectif de sortir de l'invisibilité un ensemble de problèmes mal pris en compte par le système. Le document se présente ainsi sous la forme d'un diagnostic et d'un ensemble de propositions : après une définition du handicap psychique et des populations concernées, documentée à partir notamment de l'enquête de l'Insee sur Handicap Incapacité Dépendance, le texte passe en revue les

[54] Ibid., p. 74

difficultés qu'entraîne leur condition pour les personnes : stigmatisation, souffrance, vulnérabilité, isolement, variabilité et imprévisibilité de leur état, durabilité, poids des traitements, ou encore fardeau familial. Chacune de ces difficultés est analysée pour ses répercussions dans toutes les dimensions de la vie des personnes, et le rapport donne également une série de pistes pour traduire ce constat en réponses. Dans le champ du logement, le rapport suggère ainsi de mobiliser « toute une palette de solutions » pour loger les personnes et il fait mention spécifique des logements accompagnés :

> Est également à rechercher une grande variété de formules de logements individuels ou collectifs, loués directement ou indirectement par les personnes, avec au minimum une vigilance, et autant que de besoin, un accompagnement à la vie quotidienne des personnes qui y vivent : familles gouvernantes, pensions de famille, appartements partagés par plusieurs personnes handicapées psychiques mais aussi parfois par d'autres personnes, étudiants par exemple.[55]

Après 2002 dans la ligne de ces deux rapports, l'action publique sur la santé mentale telle qu'elle est mise en scène dans la littérature grise se caractérise par deux mouvements parallèles. Le premier est un élargissement du référentiel des politiques de santé mentale : celles-ci ne sont plus centrées sur les fonctions de soin du système de santé mentale à proprement parler, mais elles incluent désormais une série de problématiques ressortissant à différentes formes d'accompagnement social et médico-social ; ces accompagnements sont pensés non plus comme des alternatives à la prise en charge psychiatrique mais comme des objectifs en soi. La politique de santé mentale se présente ainsi comme une politique globale au service des personnes, de même que pouvait l'être dès les années 1970 la politique du handicap.

Cette évolution est particulièrement sensible dans les plans santé mentale promulgués par le ministère au long des années 2000 et 2010. Le principe même de ces plans – dont la parution est contemporaine d'autres plans en direction d'autres problèmes de santé publique – reflète du reste la volonté de l'administration centrale de repenser de façon globale l'action publique dans ce secteur pour donner une cohérence à des mesures éventuellement distribuées entre des acteurs et des logiques d'action différentes. Le recours à un plan – plutôt qu'à une loi d'orientation ou même une circulaire - marque par ailleurs la reconnaissance de l'autonomie des acteurs qui doivent se saisir du plan mais dont on laisse libre champ à l'initiative : le plan est un référentiel ou un ensemble de recommandations, il doit mettre les acteurs en mouvement et les stimuler mais ne leur impose pas de moyens.

[55] Charzat M., 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport à Madame Ségolène Royal ministre déléguée à la Famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Paris, p. 44

La principale critique adressée par les évaluations aux trois plans publiés santé mentale par le ministère entre 2001 et 2015 sera du reste leur faible effectivité en l'absence d'incitation ou de sanction financière.

En dépit de ces remarques et de son titre, le premier plan « Santé mentale » publié en 2001 avec pour sous-titre « l'usager au centre d'un système à rénover » se présente en fait pour l'essentiel comme un plan psychiatrie, centré sur l'organisation des soins psychiatriques. Dans la ligne du rapport Piel Roelandt, le plan s'ouvre sur le constat de la permanence de la stigmatisation des personnes et du manque de reconnaissance de leurs droits, mais c'est pour ne considérer ces derniers pour l'essentiel que sous l'angle de l'accès aux soins, l'inadaptation du système psychiatrique aux besoins des personnes, et notamment le manque d'alternatives à l'hospitalisation, justifiant sa réforme. Le plan ne consacre, dans son 6e axe, que deux pages – sur un total d'une quarantaine pour l'ensemble du plan – à « l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées du fait de troubles psychiques » qui se contentent d'appeler à un diagnostic des besoins, renvoyant notamment à la mission en cours de Michel Charzat. En particulier les questions de logement ne sont abordées nulle part dans le plan et le terme même en est quasiment absent.

Le deuxième plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 marque une évolution significative. Le préambule s'ouvre sur le constat d'un nécessaire décloisonnement des questions de santé mentale : « Le champ de la santé mentale est donc particulièrement étendu. Plus que tout autre domaine de la santé, il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeures. La maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. » Face à ce constat le plan se propose de donner « un nouvel élan » à la psychiatrie et la santé mentale à travers une « approche visant à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, et prenant en compte les besoins multiples sanitaires et sociétaux de la personne ». On reviendra longuement dans le chapitre 7 sur les questions soulevées par l'évaluation des besoins. Il suffit de noter pour l'instant que, dans la ligne de ce constat, le premier axe du plan intitulé « une prise en charge décloisonnée » vise à l'amélioration des prises en charge dans l'ensemble de leurs dimensions : les trois sections de l'axe sont ainsi consacrées successivement à la prévention, aux soins psychiatriques et aux accompagnements à caractère social et médico-social. Tout au long du plan l'accent est par ailleurs mis sur la nécessité de coordonner accompagnement psychiatrique et social ou médico-social. Enfin la question du logement est l'objet d'une section entière intitulée « favoriser l'accès à un

logement ou un hébergement adapté » qui développe une large palette de mesures : développement des appartements associatifs à visée thérapeutique, dont il propose d'augmenter le nombre de 500 par an, augmentation du nombre de places en MAS et FAM, et par ailleurs promotion des coopérations avec les bailleurs ou encouragement à l'accès aux maisons relais et foyers logements.

A l'issue de ce second plan, au tournant des années 2010, l'idée paraît acquise que les accompagnements médico-sociaux et sociaux sont une composante à part entière de l'action publique dans le champ de la santé mentale. Dans son évaluation du plan 2005-2008 Le Haut Conseil à la Santé Publique note ainsi à propos du logement que si c'est là « un point noir du volet social du PPSM », « [c]ependant une dynamique semble s'être enclenchée et l'accès au logement et à l'hébergement apparait maintenant comme un élément incontournable de la continuité de la prise en charge. » Surtout l'évaluation affirme comme un principe fondateur le fait que : « L'accès et le maintien en hébergement ou dans le logement constituent un préalable indispensable pour mener une vie sociale. » Les autres domaines de l'accompagnement social et médico-social sont traités de façon similaire. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 prolonge ces perspectives. Son introduction note ainsi que le plan « affirme ainsi tout à la fois le besoin de soins de qualité pour tous et la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. Logement, emploi sont ainsi des parties intégrantes du plan ; objectif des soins, la participation à la vie sociale participe à son efficacité et dans une certaine mesure à la prévention des troubles. » Les accompagnements médico-sociaux et sociaux apparaissent ainsi à la fois comme une finalité en soi et en tant qu'ils permettent de potentialiser les soins psychiatrique. On y reviendra longuement, ces deux idées sont au cœur des façons dont les équipes des appartements accompagnés de notre étude abordent le sens de leur action.

Plus largement, l'ensemble du plan est organisé autour de l'idée qu'il faut « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques », le terme de rupture renvoyant à une diversité de phénomènes organisés en quatre axes : le premier axe concerne notamment les « ruptures au cours de la vie de la personne » et vise à améliorer l'accès à divers services, dont le logement. Sur ce plan les propositions se situent en fait dans le prolongement de celles du plan précédent. Les trois autres axes du plan concernent la réduction des inégalités territoriales, l'image de la psychiatrie dans le public et finalement la recherche.

Entre le début des années 2000 et le milieu des années 2010 la politique de santé mentale a ainsi basculé d'une politique sectorielle à une politique globale dont l'impulsion reste cependant au sein de l'administration de la santé. Sur un plan conceptuel la santé mentale intègre une diversité de problèmes dont la résolution est à la fois une fin en soi et un moyen au service des soins psychiatriques. Le fondement de l'approche est la reconnaissance des droits et besoins des personnes autour desquels doivent être construits les services et les actions. La complémentarité et la coordination entre ces dernières sont rendues nécessaires pour éviter les ruptures dans l'accompagnement ou les prises en charge. A rebours de cette perspective intégratrice, cependant, la santé mentale connaît au cours de la même période un second mouvement parallèle que l'on pourrait qualifier de désintégrateur avec la constitution progressive d'une série d'actions consacrant des approches sectorielles des problèmes de santé mentale en concurrence avec la politique de santé mentale à proprement parler.

La première et la principale correspond l'ensemble des actions en faveur du handicap psychique lancées après la loi de 2005 sur le handicap. On reviendra plus précisément plus loin sur ces mesures. Malgré les appels notamment des associations de familles et d'usagers, ces actions ne donnent lieu à aucun « plan handicap psychique » à proprement parler, même si le terme est parfois utilisé dans certains documents pour qualifier l'action du ministère en faveur de ces questions. De fait le handicap psychique gagne au cours de la période une autonomie relative en tant qu'objet de l'action publique, à la fois à distance de la politique de santé mentale et enclavé dans celle du handicap. Cette action est portée par un bureau de la direction de la cohésion sociale et est appuyée par une série de rapports, notamment celui de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2011[56], et elle s'appuie par ailleurs sur une série de réseaux d'acteurs qui sont également actifs dans le champ de la santé mentale mais qui se déploient, dans le champ du handicap psychique, sous une forme différente : ainsi les familles et les usagers occupent-ils une place prééminente dans l'action en faveur du handicap psychique qu'ils n'ont que dans une moindre mesure dans le champ large de la santé mentale, dominée par le corps psychiatrique. Dans la ligne du rapport Charzat, l'enjeu de cette politique est de garantir l'accès des personnes à leur droit et de mettre en place les moyens de compensation. Le champ du logement est l'un des secteurs importants de cette action même s'il faut attendre le milieu des années 2010 pour qu'une stratégie soit mise en place autour du « logement inclusif ».

[56] Inspection Générale des Affaires Sociales. *La prise en charge du handicap psychique.* Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011.

A côté du handicap psychique la santé mentale donne lieu à une série d'actions dans le cadre d'autres politiques notamment dans le champ du logement ou de la grande précarité. Prolongeant les actions d'accompagnements organisées dans le cadre du dispositif RMI, la question de la santé mentale est au cœur du dispositif Droit au Logement Opposable, qui prévoit un certain nombre de mesures spécifiques pour des publics présentant des troubles psychiatriques ou plus largement des problèmes de santé mentale limitant leur accès à des logements dans le parc social. De même, dans le champ de la grande précarité, la question de l'accès au soin donne lieu à un certain nombre d'initiatives d'équipes mobiles ou de permanences d'accès aux soins de santé qui sont structurées sous l'impulsion de la direction de la cohésion sociale.

Au milieu des années 2010, ces différents mouvements on non seulement contribué à élargir significativement le champ de la politique de santé mentale mais aussi à en déplacer les lignes de front. Sur un certain nombre de questions on a affaire désormais une diversité d'acteurs agissant à partir de catégories et dans des cadres différents, et qui se retrouvent de facto en concurrence. Ainsi l'action en faveur de la santé mentale et celle en faveur du handicap psychique se retrouvent-elles de fait à promouvoir en direction des mêmes populations – les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves – des réponses proches – notamment en termes d'accompagnement ou même de soin – tout en défendant chacune leur spécificité et en refusant de reconnaître leurs convergences. Le mouvement conduit à un certain degré de confusion dont une traduction est la multiplication des groupes de travail organisé autour de ces différents enjeux, réunissant les mêmes acteurs qui y développent les mêmes discours mais dans des cadres différents. Le logement est un cas d'école de ces conflits. Nous pouvons maintenant examiner la façon dont ces dynamiques se traduisent dans les transformations du dispositif des appartements accompagnés au cours de la période.

Les appartements accompagnés dans la politique du handicap psychique

Localement, les années 2000 voient de fait un nouveau monde d'expériences, d'institutions et de pratiques revendiquant une approche sociale ou médico-sociale des problèmes de santé mentale se développer sous l'impulsion de nouveaux acteurs, professionnels, chercheurs, administrateurs, entrepreneurs associatifs et parfois élus. Pour ce qui nous intéresse plus spécifiquement, la création d'appartements accompagnés à l'initiative de travailleurs sociaux et dans le giron d'associations œuvrant dans les secteurs

social et médico-social, participe de ce mouvement. Si ces expériences sont souvent abordées et pensées comme une alternative globale aux approches issues de la psychiatrie, la plupart d'entre elles supposent en fait des collaborations et des arrangements formels ou informels avec des professionnels de la santé mentale, et souvent avec des équipes de secteur, pour simplement exister. Du point de vue de ces dernières, ces nouveaux dispositifs, services, plus généralement acteurs et financements sociaux et médico-sociaux sont par ailleurs également une ressource pour construire des projets se situant institutionnellement soit pleinement dans le champ médico-social, soit au croisement de celui-ci et des mondes sanitaires, dans des montages parfois complexes. Là encore, certaines expériences d'appartements accompagnés sont de bons exemples de cette dynamique. Ces nouvelles expériences sont enfin surtout une ressource pour les personnes concernées qui n'hésitent pas à les mobiliser dans des arrangements là aussi parfois complexes aux côtés des services psychiatriques auxquels ils s'adressent.

Les nouveaux mondes de la psychiatrie, du social et du médico-social qui émergent de ces transformations se caractérisent ainsi par leur intrication et les dynamiques complexes d'échange, de collaboration, de mutualisation des projets qui lient leurs acteurs. Il serait vain de vouloir proposer une analyse des dispositifs sociaux et médico-sociaux à destination des malades souffrant de troubles psychiatriques sans les situer dans une écologie d'ensemble incluant aussi les acteurs de la psychiatrie. C'est ce qui rend particulièrement difficile la tâche de qui voudrait les cartographier. Les appartements accompagnés sont un cas d'école. Un certain nombre de services peuvent être identifiés à partir des structures associatives qui les portent, mais d'autres expériences nées de collaborations entre professionnels du secteur social et/ou médico-social et équipes psychiatriques nécessitent pour être caractérisées que l'on décrive précisément la nature et l'extension de ces collaborations. D'un autre côté si certaines associations ont une identité affirmée dont découle la philosophie des professionnels, la plupart œuvrent au croisement de plusieurs problématiques et proposent des services sur mesure et parfois peu problématisés aux personnes. En première analyse on peut néanmoins distinguer deux ensembles parmi ces services : le premier est un ensemble de services s'inscrivant dans le champ du handicap psychique que nous décrivons dans cette section ; le second correspond à des structures se positionnant davantage sur le terrain du logement, sur lesquelles nous revenons dans la prochaine section. Si cette distinction comporte une part d'arbitraire elle correspond de fait à deux ensembles de service développant des

philosophies différentes avec des moyens différents et dans des relations elles aussi différentes avec les équipes de secteur.

Le premier ensemble de services d'appartements accompagnés correspond ainsi à des expériences portées par des associations œuvrant pour la plupart d'entre elles exclusivement dans le champ du handicap psychique et n'impliquant pas de façon formelle des équipes psychiatriques dans leur organisation. Ces services mobilisent le plus souvent des financements MDPH et supposent donc que les personnes obtiennent de celle-ci une reconnaissance de leur handicap et l'orientation correspondante. Si leurs clientèles leur parviennent par des canaux divers, elles correspondent souvent à des profils de personnes ayant de longues histoires psychiatriques derrière elles et ayant déjà bénéficié d'accompagnements médico-sociaux. Ces services sont en petit nombre et ils ont le plus souvent été créés comme des alternatives à l'hébergement en foyer pour proposer des formes de logement plus indépendantes aux personnes. A cet égard, le développement de ces services s'inscrit dans la dynamique de constitution progressive du champ du handicap psychique depuis les années 1970. Sans retracer ici cette histoire dans le détail, il faut en donner quelques éléments pour comprendre leur situation actuelle.

On le sait, loin d'avoir été oubliés dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, les handicaps des personnes souffrant de troubles psychiques y sont directement abordés par plusieurs articles prévoyant la création de dispositifs d'hébergement à leur destination et à l'initiative notamment des familles de l'Unafam (Henckes, 2012). Ces propositions suscitent cependant un intense mouvement de défiance dans la communauté psychiatrique qui refuse qu'échappe à sa juridiction la prise en charge de personnes qu'elle considère avant tout comme ses patients. Dans l'immédiat cette contestation a pour conséquence d'empêcher la publication ou de limiter la portée des décrets d'application des articles de la loi. A moyen terme elle aboutit à rendre impensable la notion de handicap psychique, qui était largement diffusée dans la période précédente, au point qu'il faudra la réinventer pour l'imposer dans la loi de 2005.

Cette contestation et ses conséquences n'empêchent pas les malades de bénéficier de certaines prestations de la loi sur le handicap, et notamment l'AAH qui s'impose pour un grand nombre d'entre eux comme la principale source de revenus leur permettant de vivre en dehors de l'hospitalisation. Cependant, au moment où se met en place et se développe un monde d'institutions sociales et médico-sociales pour couvrir les besoins d'autres populations – handicapés moteur, retard mental, personnes âgées, grande précarité – l'absence d'un cadre réglementaire explicite est un obstacle à la création de services ou

établissements à destination des malades psychiques. Si un certain nombre de projets sont lancés le plus souvent sous l'impulsion des familles et pour certains dans le prolongement d'initiatives remontant aux années 1960, ceux-ci rencontrent de nombreuses difficultés au moment de trouver des financements. Pour leurs promoteurs, il faut convaincre les décideurs et notamment les départements de la pertinence d'une approche non psychiatrique des problèmes des personnes concernées en l'absence de concepts pour nommer et qualifier ces problèmes. A la fin des années 1990, ces efforts ont cependant contribué à la création d'un tissu modeste d'établissements gérés par des associations réunies pour certaines dans la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marines et pour d'autres gravitant autour de l'Unafam. On l'a signalé plus haut, un certain nombre d'expériences d'appartements accompagnés participent déjà à ce mouvement même si on peut penser qu'ils représentent un volume de place minime par rapport aux appartements associatifs de secteur.

La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » rebat profondément les cartes. Le débat qui entoure la préparation de la loi voit en effet, sous l'impulsion d'une mobilisation réunissant associations de familles et de malades, ainsi que professionnels, la mise sur l'agenda des problèmes spécifiques que soulèvent les handicaps d'origine psychique, qui sont évoqués nommément dans le texte final. Si le handicap psychique obtient ainsi une visibilité nouvelle dans le débat public et parmi les professionnels et les acteurs du social et du médico-social, la loi et ses textes d'application permettent surtout leur meilleure prise en compte par les organismes du handicap, notamment à travers une meilleure reconnaissance dans les outils d'évaluation. Les promoteurs de la catégorie obtiennent par ailleurs la reconnaissance dans la loi d'un dispositif de compensation original à destination des personnes, les groupes d'entraide mutuelle.

Au-delà de ces évolutions réglementaires, la période qui s'ouvre après le vote de la loi de 2005 voit se mettre en place une série de financements à l'initiative des administrations centrales, des fondations et des administrations locales visant à favoriser la structuration d'un milieu. Une partie de ces financements vont à des équipes de recherche qui doivent apporter un éclairage sur une notion jugée mal connue et difficile à objectiver. Localement des appels à projets lancés par des fondations ou par les instances régionales permettent l'ouverture d'un certain nombre de services et d'établissements pour répondre à des besoins d'autant plus prioritaires qu'ils paraissent n'avoir pas été pris en compte dans la période précédente. Pour les professionnels, familles et usagers engagés dans ce

mouvement, la période est marquée à la fois par le soulagement apporté par la reconnaissance du handicap psychique et par un sentiment d'urgence face au retard qui paraît avoir été accumulé dans l'accompagnement et les prises en charge. Si la place et les données nous manquent pour quantifier ces créations à l'échelle nationale, nos entretiens suggèrent l'ampleur du mouvement. Sur un plan institutionnel celui-ci se traduit par la création d'un certain nombre de nouvelles associations, la croissance de celles créées dans la période précédente et la structuration du milieu autour de la Fédération des Croix-Marines et d'une nouvelle Fédération créée en 2008, Agapsy. Au milieu des années 2010 le secteur du handicap psychique est balisé par un ensemble d'association de tailles moyennes, comprenant pour certaines d'entre elles plusieurs centaine de salariés, pour bon nombre d'entre elles spécialisées dans ces questions.

Au-delà du secteur spécifique du handicap psychique, la loi de 2005 et ses textes d'application constituent un effort de rationalisation du tissu institutionnel du handicap qui s'inscrit dans le prolongement de la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale ». Si celle-ci avait apporté un certain nombre de définitions et réformé les procédures de planification et d'autorisation, les textes de 2005 et des années suivantes réorganisent profondément la nomenclature des services et établissements médico-sociaux et sociaux : d'un côté un certain nombre de nouveaux services sont créés pour répondre à des besoins identifiés dans les débats, dont, outre les GEM cités plus haut – qui ne sont pas formellement des services sociaux ou médico-sociaux -, les services d'aide à domicile tels que les SAVS et les SAMSAH ; de l'autre certains services sont renommés et redéfinis, comme les ESAT qui remplacent les centres d'aide par le travail, ou certains foyers. On l'a suggéré dans le chapitre précédent, ce travail n'aboutit certes pas à la création d'une nomenclature compréhensive et synthétique, mais il contribue à une restructuration des pratiques locales. Ces différentes évolutions réglementaires accompagnent par ailleurs une professionnalisation du secteur : codification des approches professionnelles, mises en place des démarches qualité et d'évaluation sous l'impulsion de nouvelles agences, généralisation de la démarche de contractualisation avec les personnes aidées.

Ce mouvement a cependant peu d'impact, en première analyse, sur les appartements accompagnés. Malgré leur succès dans le champ sanitaire, le dispositif n'est pas évoqué dans ces débats et, on l'a dit, ils ne figurent pas dans la nouvelle nomenclature de services et d'établissements issue de la période, qui inclut d'un côté des structures d'hébergement et de l'autre des services d'aide dans le logement, mais aucun dispositif d'accès à un logement individuel accompagné. Sans nécessairement chercher une

explication surdéterminant un état de fait en grande partie contingent – après tout pourquoi faudrait-il que la politique du handicap psychique encourage et encadre une forme d'appartement accompagnés ? – on peut néanmoins tenter d'expliquer cette lacune par les limites des approches du problème du logement dans les politiques du handicap.

De façon générale les questions de l'habitat et du logement des personnes handicapées apparaissent en effet peu et mal problématisée par ces dernières. Si la loi de 1975 consacre un chapitre entier à la question du travail, les aides et services concernant le logement sont distribuées dans les sections du texte concernant les prestations sociales auxquelles donne droit la reconnaissance du handicap d'une part et les dispositions visant à « favoriser la vie sociale des personnes handicapées », où elles concernent à la fois l'aménagement des locaux d'habitation et l'accès aux allocations de logement. La situation du logement n'est pas meilleure dans la loi de 2005 qui consacre un chapitre à l'accessibilité de la scolarité, un autre à celle de l'emploi et du travail, mais aborde l'accessibilité du logement par le seul biais de celle du bâti. Dans l'ensemble, le logement est ainsi abordé sous deux angles dans les deux lois et la réglementation qu'elles inspirent : d'un côté organiser l'accueil des personnes dans des structures d'hébergement accessibles financièrement et adaptées à leurs besoins en termes de soins ; de l'autre imposer une série de normes pour garantir l'accessibilité physique des logements et financer les adaptations nécessaires de logements individuels. La première approche se traduit par la mise en place d'un certain nombre de prestations sociales et par ailleurs la création d'une série de référentiels pour les établissements concernés. La seconde par l'édiction de recommandations à destination des architectes. Si la première approche permet effectivement le développement d'un secteur institutionnel riche – même si son adaptation aux besoins reste discutée -, les bilans existant sur l'accessibilité physique de l'habitat comme des espaces publics en soulignent les limites. Dans ces conditions il n'est pas surprenant que soient mal reconnus des dispositifs portant précisément sur l'accès au logement.

Ces limites n'empêchent pas la montée progressive d'une préoccupation dans les structures d'hébergement pour personnes souffrant d'un handicap et plus largement dans le champ du médico-social pour la question de l'habitat ou de l'habiter. Dès les années 1970 des expériences pionnières de foyers proposent à leurs résidents des studios voire de petits appartements qui leur permettent de disposer d'un espace privé qu'elles peuvent investir comme un logement personnel, tout en bénéficiant de services collectifs (Roussel et Sanchez, 2008). Ces premières initiatives sont contemporaines du programme

d'« humanisation » des établissements de soin lancé par le ministère de la santé. Celui-ci promeut une série de normes visant notamment à moderniser les conditions d'hébergement dans ces établissements, dont la généralisation des chambres individuelles dans les hôpitaux et les hospices, mais il ne va pas cependant au bout de la réflexion sur le point précis de l'habitat. S'il s'agit en effet d'améliorer les conditions d'accueil collectif des personnes institutionnalisées, il n'est pas encore question de penser comme des lieux d'habitat les lieux de vie: la froide neutralité de cette expression, qui se généralise au tournant des années 1980, traduit le chemin à parcourir sur ce point. Les lieux de vie sont moins pensés comme les lieux d'une vie sociale que communautaire quand ce n'est pas biologique lorsque la réflexion des établissements se concentre sur la satisfaction de besoins élémentaires de leurs résidents. Pour partie, cette conception traduit la permanence d'une vision des structures d'hébergement comme des lieux refuge si ce n'est d'asile.

A cet égard les années 2000 voient se développer et se généraliser une préoccupation nouvelle pour la création de services et d'établissements permettant effectivement aux personnes d'exercer une capacité à habiter l'espace de leur logement. Le développement d'une abondante littérature grise sur le logement et l'habitat des personnes en situation de handicap constitue une série de standards qui imprègnent profondément les pratiques. D'un autre côté, si, on l'a dit, la réglementation accumulée dans le cadre des réformes de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales et sur le handicap reste peu diserte sur ce point précis, l'esprit qui inspire ces réformes, qui insistent sur la nécessité de mettre les personnes en situation d'acteurs de leur vie sociale, favorise certainement ces perspectives. La période voit ainsi la multiplication des expériences d'habitats collectifs proposant aux personnes des formes d'hébergement ou de logement dans des structures collectives à la fois mieux insérées dans le tissu social et comprenant davantage d'espaces privés. C'est d'une part le développement des établissements de type maison-relais qui proposent des accueils des personnes dans appartements situés dans des immeubles où sont par ailleurs proposés une série de services collectifs, dont une surveillance minimale : issues du champ des personnes âgées – dont les institutions sont nettement en avance sur celles du champ du handicaps sur ces questions -, les maisons relais se diffusent dans le champ des personnes handicapées, y compris psychiques, à partir des années 2010. D'autre part, des opérations de rénovation conduites dans un certain nombre de foyer permettent d'en adapter les infrastructures pour en faire des lieux d'habitation. L'aboutissement du mouvement est la création d'un plan autonome en faveur de l'habitat inclusif dans la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre sociale et médico-sociale prise en 2016.

C'est dans ce mouvement que sont créées après 2000 les expériences d'appartements accompagnés s'inscrivant dans le champ du handicap psychique que nous avons rencontrées sur nos terrains. Pour leurs promoteurs il s'agit soit de créer des alternatives aux types d'hébergement proposés dans les foyers sociaux et médico-sociaux, soit d'organiser des services qui permettent d'accompagner la transition de certaines personnes de ces hébergements vers des logements indépendants. Dans telle association, l'expérimentation part du constat de l'existence d'une demande, chez certaines personnes hébergées dans d'autres structures de l'association, de formes d'habitat communautaires qui préservent leur liberté :

> [Le président de l'association] est parti d'un constat en fait assez simple : c'est une personne qui est venue voir mon directeur et qui lui disait « moi j'aime bien ma liberté mais je ne veux pas vivre seul ». Comment trouver un compromis en fonction de ça, du repérage des besoins, que ce soit de professionnels de la psychiatrie ou de professionnels des établissements médico-sociaux, des nombreuses ruptures de parcours qu'on notait dans les parcours résidentiels des personnes qu'on accompagne ? Et bien c'était de trouver en fait un système qui serait hors les murs, aucune institution, sur la base du droit commun, avec un esprit de vie communautaire, on a pas inventé le fil à couper. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

L'association gère à ce moment-là des places de résidence service et un SAVS, de sorte que les appartements accompagnés apparaissent comme une extension naturelle de ce travail en direction d'un petit volant de personnes qui ont d'autres besoins d'accompagnement. Celles-ci sont sous-locataires du service qui met à leur disposition un accompagnement financé par la Prestation de Compensation du Handicap, laquelle leur est attribuée par la MDPH dans le cadre d'un accord avec l'association. Dans ce cas, les promoteurs du service ont conscience d'inscrire leur travail dans les pas des expériences d'appartements associatifs de secteur, dont ils estiment revitaliser le modèle qu'ils perçoivent comme déclinant. Une expérience de foyer éclaté, installé dans des appartements loué à un office d'HLM s'inscrit dans la même perspective.

Par contraste une autre expérience de notre échantillon s'adresse aux personnes sortant d'un foyer résidentiel géré par l'association gestionnaire du service. L'ouverture des appartements découle dans ce cas d'une prise de conscience de la nécessité de créer un sas avant l'entrée, idéalement, dans un logement indépendant. Le séjour est limité à quelques mois qui doivent permettre à la personne et à l'équipe d'accompagnement de tester sa capacité à habiter.

Plus encore que les appartements associatifs à visée thérapeutique des secteurs, ces services mettent en œuvre un esprit d'expérimentation qui doit permettre d'explorer d'autres standards de prise en charge dans le cadre de la politique du handicap. Au total ces expériences issues du monde du handicap psychique représentent un petit nombre d'initiatives qui sans remettre en cause les pratiques et dispositifs de ce monde reflètent un intérêt pour de nouvelles façon d'accompagner les personnes. Ils témoignent néanmoins de l'influence de nouvelles problématisations qui sont susceptibles de faire évoluer en masse les référentiels de ce secteur.

L'entrée par la question du logement

Au côté de ces expériences issues du monde du handicap psychique un deuxième ensemble d'appartements accompagnés sont créés à l'initiative d'associations œuvrant dans le champ de l'accompagnement de certaines catégories de populations vulnérables ou précaires, et qui s'engagent dans la création de solutions innovantes en faveur de personnes souffrant de troubles psychiques issues de leurs clientèles ou à leurs frontières, souvent en collaboration avec des psychiatres, parfois à l'initiative de ces derniers. Si certaines de ces associations sont actives dans des secteurs de l'action sociale visant l'accompagnement des personnes, comme la gestion des tutelles pour les UDAF, à l'origine d'une expérimentation importante d'appartements gouvernés dans plusieurs départements français dont les Bouches du Rhône, la plupart des associations ont leur cœur d'activité dans le champ de l'hébergement ou plus largement de l'accompagnement dans le logement des populations précaires. Par contraste avec les services que l'on a évoqués dans la section précédente et qui s'inscrivent dans les transformations des politiques du handicap, ceux-ci reflètent ainsi avant tout les évolutions des problématisations politiques du logement au cours de la période récente.

Comme de nombreux observateurs l'ont constaté, les quarante dernières années ont vu s'opérer un rapprochement des politiques du logement d'une part, des politiques de lutte contre l'exclusion de l'autre et de la politique de santé mentale enfin (Dietrich-Ragon, 2011 ; Driant, 2015). Jusqu'aux années 1970 la politique du logement visait à produire en masse des logements de façon à résorber une crise du logement à la fois aigue et endémique depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Au tournant des années 1980, la construction des grands ensembles et les aides à la pierre paraissent avoir eu raison de cette crise, de sorte que les gouvernements font opérer un virage à la politique des années précédentes en mettant fin aux programmes de soutien à la construction. Rapidement,

cependant, la crise reprend le dessus provoquant dès les années 1990 une série de mobilisations parmi les acteurs associatifs et de nouveaux collectifs. En dépit de l'amélioration globale de la situation du logement de la population française, à la fois quantitativement et qualitativement, les acteurs et analystes pointent la persistance de poches de mal logement pour des franges importantes de la population tandis que la question des sans domicile s'impose à l'agenda. Profondément, la mal mesure des besoins de logements a provoqué un décalage entre l'offre et la demande. Une autre difficulté vient aussi des coûts renchéris de logements dont la qualité globale a augmenté significativement depuis la fin des années 1970 mais qui deviennent de ce fait inaccessible à une frange nouvelle de personnes disposant de petits revenus.

Face à cette nouvelle crise les gouvernants réagissent par la création d'une nouvelle politique sectorielle qui passe non plus par le soutien à la construction, mais par le ciblage d'actions vers les publics défavorisés. Outre des aides en direction des plus pauvres, la période voit la multiplication des dispositifs d'accompagnement en direction de publics segmentés. Comme dans d'autres secteurs des politiques sociales, c'est ainsi une nouvelle logique catégorielle qui s'impose, alimentée par les mobilisations de mal logés, l'hétérogénéité des formes de mal logement et des populations concernées paraissant justifier des programmes à chaque fois constitués sur mesure. D'un autre côté, outre des compensations financières, ces politiques stimulent la création une série nouvelles de pratiques d'accompagnement assurées par une masse d'associations de taille aux logiques d'interventions extrêmement diverses. Globalement on peut identifier dans cet ensemble trois pôles.

Le premier est celui de l'accès au logement. Celui-ci s'organise notamment à partir de la fin des années 1990 dans le prolongement l'institutionnalisation du Droit au Logement Opposable avec la création des commissions de relogement et la mise en place de nouvelles filières d'accompagnement. En particulier les années 2000 voient se développer, sous l'impulsion de programmes nationaux, l'intermédiation locative, qui suscite la création d'un nouveau tissu de petites associations locales dont certaines étendent leurs activités à des programmes spécifiquement destinés à des malades psychiques.

Le second pôle est celui de l'Urgence sociale constitué autour des foyers d'hébergement, qui est redoublé dans le courant des années 1990 et 2000 par un volant d'équipes mobiles chargées « d'aller vers » les personnes et surtout de les orienter dans le dispositif. Les premières de ces équipes ont une vocation universaliste et non spécifiquement psychiatrique, mais rapidement sont créés des dispositifs mêlant

professionnels de la santé mentale et travailleurs sociaux destinées plus spécifiquement à des publics présentant d'importants problèmes psychiatriques, dont les difficultés psychiatriques et la précarité sont alors traités ensemble. A partir des années 2000, par ailleurs, un mouvement porté à la fois par des acteurs associatifs et l'administration plaide pour un rapprochement de ces interventions avec celle de l'accès au logement à travers la promotion de la logique logement d'abord : l'idée est ici que plutôt que de chercher à stabiliser progressivement les difficultés des personnes en les faisant passer par des hébergements temporaires qui doivent leur donner les moyens dans un second temps d'accéder à un logement permanent, mieux vaut leur donner d'emblée les clefs d'un logement ou d'un hébergement pérenne.

Enfin un troisième pôle concerne le maintien dans le logement de populations dont les difficultés sociales ou psychiques mettent en danger la capacité à habiter. Ces programmes sont portés à la fois par les municipalités et par les sociétés de HLM en première ligne dans la gestion des conflits de voisinage. Au début des années 2000 le programme 10 000 logements accompagnés porté par l'Union Sociale de l'Habitat est l'une des actions phares dans cette direction. Par ailleurs ces questions sont l'un des sujets de discussion majeur et l'une des justifications de la création des conseils locaux de santé mentale qui se multiplient à partir des années 2000.

Au final, on le voit, ces interventions suscitent la création tout azimut de dispositifs locaux innovants, peu cadrés, financés par une diversité de sources et qui visent à répondre à une demande mal identifiée en dehors de toute planification. Si un certain nombre de grands acteurs associatifs, notamment dans le champ de l'hébergement, occupent une place importante dans ces trois pôles, le secteur est aussi animé par un ensemble éclaté de petites structures à la visibilité limitée. Dans le courant des années 2000 une série de tentatives de rationnaliser ce tissu est impulsé par l'Etat avec l'obligation faite aux départements de créer des Plans d'Actions pour le Logement et l'Hébergement unifiés dans la loi du 24 mars 2014 pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové, mais cet effort d'organisation et de rationalisation peine à structurer le champ.

Les appartements accompagnés de notre échantillon s'inscrivent pleinement dans ces dynamiques qu'ils illustrent également. Deux exemples particulièrement significatifs méritent d'être évoqués rapidement.

Le premier est l'expérimentation « Un chez soi d'abord » lancée au début des années 2000 par des acteurs de la psychiatrie marseillaise avec le soutien de l'Etat. L'expérimentation débute sous l'impulsion d'un entrepreneur local de la psychiatrie, actif

dans le champ de la grande précarité, responsable d'une équipe mobile psychiatrie précarité, qui se lance dans la promotion d'approches innovantes pour aborder ensemble les problèmes dans le logement et ceux de santé mentale des sans domicile fixe. Une rencontre avec la ministre de la Santé permet à cet entrepreneur de la gagner à sa cause et, dans un rapport publié 2010, il lance officiellement la proposition de lancer en France une expérimentation inspirée du programme canadien Chez soi : le principe est, dans la logique logement d'abord, de permettre à des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et durablement à la rue d'accéder directement à des logements en intermédiation locative, dans lesquels leur est par ailleurs proposé un accompagnement qui doit permettre l'orientation vers les soins.

Le programme est lancé l'année suivante dans le cadre d'une expérimentation contrôlée supposée permettre d'en mesurer les bénéfices : les promoteurs du programme proposent un protocole randomisé dans lequel les personnes recrutées sont orientées au hasard vers le dispositif ou vers un accompagnement « comme d'habitude » à la rue par l'équipe mobile. Trois métropoles sont choisies pour son implantation, Marseille, Lille et Paris, où le dispositif doit avoir le même format : 100 places sont ouvertes à chaque fois, tandis qu'un montage similaire est organisé entre une équipe mobile chargées d'orienter les personnes vers le dispositif et une association gestionnaire en charge de l'accompagnement dans le logement. Parallèlement une équipe de recherche est montée mêlant psychiatres, chercheurs en santé publique et sociologues pour mener une double évaluation qualitative et quantitative de l'expérimentation.

Pour recruter l'association gestionnaire, un appel d'offre est lancé par les porteurs du projet : dans les trois cas l'association retenue est une association gestionnaire oeuvrant dans l'hébergement des populations précaires et disposant d'une expérience antérieure dans la gestion de structures s'adressant à des publics en grande précarité présentant par ailleurs des difficultés de santé. L'une des trois associations, par exemple, créée dans le courant des années 1980 est d'abord active dans le logement et l'hébergement à travers la gestion de CHRS. C'est la prise de conscience de la prégnance des questions de santé mentale dans une partie des populations qu'elle est amenée à accueillir en même temps que des difficultés spécifiques que posent ces situations pour l'accompagnement qui la conduit à créer d'abord des maisons de relais, puis des appartements de coordination thérapeutique, dont certains ne visent pas exclusivement des problèmes de santé mentale. L'ouverture des appartements un chez soi d'abord vient ainsi compléter une palette de services en ouvrant un programme nouveau pour un segment spécifique de populations.

Au sein de l'Etat le programme suscite un investissement important d'une administration dont c'est le programme phare, la DIHAL. Localement il amène à l'ouverture d'un nombre considérable de places qui apportent des solutions y compris pour des équipes de secteur qui orientent certains de leurs patients à la rue. Le dispositif est pérennisé par arrêté ministériel à la fin de l'année 2016 sous le terme d'appartements de coordination thérapeutique un chez soi d'abord, et a vocation à être généralisé dans 16 grandes villes selon les mêmes principes directeurs mis en œuvre dans les premières expérimentations.

Le second exemple est une expérience d'intermédiation locative à destination de personnes souffrant de troubles psychiques créée à l'initiative d'une des municipalités de notre échantillon à la fin des années 2000. Dans cette ville présentant de fort taux de pauvreté et de précarité sociale, la question des difficultés de logement d'une frange de la population présentant des troubles psychiques est à l'agenda depuis le début de la décennie : création d'ateliers santé ville, d'un conseil local de santé mentale, mobilisations d'une frange de la psychiatrie publique locale et de certains acteurs associatifs. Cette mobilisation aboutit au milieu des années 2000 à la constitution d'un réseau d'acteurs constitué d'élus, de chargés de mission de la municipalité, de psychiatres et de quelques acteurs du logement, qui portent cette question à la fois dans leurs établissements ou administrations d'origine et dans l'arène politique locale. L'un des projets discutés par ces acteurs est alors un dispositif d'intermédiation locative, dont un projet est présenté sans succès à la DASS. C'est, dans la suite de la loi DALO, le lancement par l'Etat un appel à projet pour le dispositif Solibail qui ouvre une fenêtre d'opportunité pour faire aboutir le projet : Solibail prévoit la création à titre expérimental dans un certain nombre de départements de places en intermédiation locative. Les chargés de mission de la municipalité ont alors l'idée de réserver une partie de ces logements à « un public santé mentale », selon leurs termes. Le service ouvre en 2009 à destination de personnes soignées dans deux secteurs de la ville et orientées par les équipes psychiatriques. Les personnes sont alors adressées à une association chargée de la captation des logements et de la gestion de l'intermédiation locative. Un chargé de mission de la municipalité assure concrètement le fonctionnement du service et la collaboration des différents intervenants, jouant l'intermédiaire entre l'équipe psychiatrique et l'association d'intermédiation locative. De même une autre expérience de notre échantillon a été créée dans le cadre du programme 10 000 logements accompagnés de l'USH.

Au total, on le voit, ces expériences constituent un ensemble peu coordonné, profitant de niches financières et institutionnelles ouvertes par des programmes locaux ou nationaux, qui permettent à des acteurs ou des réseaux d'acteurs mobilisés de faire aboutir des projets, soit que ceux-ci sont suscités par ces opportunités, soit que ces dernières permettent à des projets antérieurs de trouver un aboutissement. Cette dynamique explique à la fois la visibilité de ces expériences, qui sont soumis à des évaluations multiples dans le cadre des programmes qui les portent, en même temps que la précarité des montages financiers dont ils dépendent, qui sont limités à la durée des appels d'offre. Ces caractéristiques expliquent la façon dont leurs acteurs vivent leur travail dans ces projets comme une forme de militantisme, chaque nouvelle étape dans l'élaboration des projets et la recherche de financement constituant une mise à l'épreuve de leur engagement. A cet égard ces expériences donnent à voir de façon exacerbée des tendances également présentes dans les autres services de notre enquête sur lesquelles on reviendra longuement.

Les perspectives actuelles

Ces dernières années ont ainsi vu la création d'un certain nombre d'organisations originales qui pourraient être les prémisses d'une reconfiguration d'ensemble du champ des appartements accompagnés. Il n'est peut-être pas abusif de parler d'un renouveau du dispositif tant les expériences récentes paraissent être porteuses à la fois d'orientations nouvelles et de développements susceptibles de bouleverser profondément le tissu des services d'accompagnement dans le logement. En témoigne en particulier le succès de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » et son impact sur les milieux où elle s'est implantée, à la fois en termes d'offre de places et sur les débats et la programmation des services. Cette reconfiguration repose à la fois sur le renouvellement des acteurs, la constitution de nouvelles organisations portant les projets et un renouveau idéologique. Sur ce dernier plan un trait marquant des expérimentations actuelles est la mise en avant de la relation contractuelle avec les malades, la dimension d'insertion sociale et urbaine des pratiques et la volonté d'inscrire les dispositifs dans le droit commun du logement accompagné.

Au-delà de ces considérations générales, nos observations sur les différents territoires de notre enquête nous conduisent à souligner quatre tendances à l'œuvre dans la structuration du tissu des services sur nos terrains. Les trois premières concernent le devenir des appartements associatifs issus des secteurs, la quatrième le rôle des initiatives issues du secteur social et médico-social.

La première est le maintien d'un certain nombre d'associations de secteur, qui continuent leurs pratiques dans l'esprit dans lequel elles travaillaient dans les années précédentes. Ces associations sont, dans les territoires de notre enquête, pour la plupart d'entre elles issues de secteurs rattachés à des hôpitaux généraux. Elles gèrent généralement un petit nombre de places, majoritairement dans des appartements individuels : si deux associations, qui sont par ailleurs des modèles historiques, accompagnent de façon exceptionnelle plus de 30 patients, quatre d'entre elles accueillent entre 10 et 15 patients, et quatre autres entre 1 et 9. En regard des contraintes qui pèsent sur les associations de secteur, le maintien des associations issues de secteurs rattachés à des hôpitaux généraux peut surprendre. On peut risquer cependant une hypothèse : l'isolement de la psychiatrie dans ces établissements qui hébergent un petit nombre de services psychiatriques et la petite taille des associations de secteur permet en fait aux équipes de maintenir une activité à couvert.

Dans les associations issues de secteurs rattachés à des hôpitaux psychiatriques, une seconde tendance est l'autonomisation d'un certain nombre d'associations par rapport aux secteurs dont elles sont issues. Ce processus paraît une tendance lourde puisqu'il concerne la quasi-totalité des centres hospitaliers spécialisés des territoires de notre enquête. On en a évoqué les raisons plus haut : volonté des équipes directoriales des établissements psychiatriques de limiter le nombre d'associations de leur établissement et de n'avoir plus qu'un interlocuteur, voire de limiter l'autonomie des associations en les coupant de leurs services d'origine ; évolution des équipes de secteur qui se désinvestissent du travail associatif ; ou dans certains établissements effet conjoint de ces deux phénomènes. Ces regroupements sont par ailleurs de toute évidence favorisés par les réorganisations des établissements en pôles et la dilution dans un certain nombre de lieu de la dynamique de secteur. Ces restructurations permettent dans certains cas aux associations de développer des projets en propre voire de s'inscrire institutionnellement dans le champ des institutions médico-sociales en recherchant des financements des ARS ou un agrément. Dans tel hôpital, la direction a ainsi forcé à la création d'une association indépendante animée par des bénévoles qui du même coup ont insufflé un esprit nouveau dans l'association en y admettant notamment des usagers. Un responsable d'une autre association dans une situation similaire commente ainsi la relation d'autonomie acquise par rapport à l'hôpital en dépit même de sa dépendance financière, la quasi-totalité des finances de l'association venant de celui-ci :

> Ici on a une chance extraordinaire, c'est que la direction elle nous favorise aussi, on est incontournable, on s'est mis une fonction incontournable au niveau du fonctionnement de l'hôpital, on doit faire partie du projet de soin de l'hôpital. Donc c'est quand même important, ça veut dire qu'on tient les rênes, on ne lâche pas les choses, on fait pas n'importe quoi. Et ça ils le savent bien. On rend compte à l'hôpital, je les invite aux réunions, j'ai des relations avec la direction on leur disant que je veux mon autonomie de fonctionnement, ça c'est aussi important. Je ne suis pas sur la dépendance de l'établissement ! [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

. Une troisième tendance est, pour un certain nombre d'équipes de secteur qui continue de s'investir dans l'accompagnement dans le logement, l'externalisation de la fonction d'intermédiation locative qui est alors pris en charge par une association à caractère le plus souvent social intervenant comme un prestataire de service auprès des équipes de secteurs et des personnes. Dans ce cas l'accompagnement reste géré en interne par l'équipe qui organise l'orientation des personnes vers l'association prestataire et les accompagnent dans toutes leurs démarche auprès d'elle. Dans certains cas cette fonction d'accompagnement est identifiée dans l'organisation du service mais dans d'autres elle en vient à être distribuée dans l'équipe de secteur et est en quelque sorte diluée dans le travail de secteur. D'un autre côté ces équipes organisent aussi différemment la division du travail avec l'organisme partenaire : dans le cas qu'on a évoqué plus de l'intermédiation locative animée par la municipalité, celle-ci assure on l'a vu par l'intermédiaire d'un chargé de mission un vrai travail d'accompagnement ; dans un autre cas, par contraste, l'équipe psychiatrique reste fortement impliquée et conserve l'initiative dans l'accompagnement des projets des personnes.

. Une dernière tendance correspond à la création que nous avons analysée dans la section précédente de services sous l'impulsion d'acteurs associatifs qui prennent à leur compte l'accompagnement des personnes. Dans ces expériences les services ont diversifié leur recrutement qui ne dépend pas, en principe, d'une seule ou d'un petit nombre d'équipes psychiatriques avec qui est organisée une coopération formelle. De leur côté les équipes psychiatriques continuent de jouer un rôle essentiel auprès des personnes et elles partagent le plus souvent une fonction d'accompagnement avec l'association gestionnaire du service.

Souvent, par ailleurs, et sans qu'il soit possible de généraliser les cas particuliers dont nous avons connaissance, les équipes psychiatriques impliquées dans des services impliquant des associations issues du secteur social et médico-social cumulent les initiatives : créant elles-mêmes un service de logement accompagné par exemple sous la

forme d'une association tout en adressant des patients à des services gérées par des associations sociales ou médico-sociales. Certains de nos interlocuteurs suggèrent qu'au fond l'opposition ne se situe pas entre les équipes impliquées dans la gestion de services d'appartements accompagnés et les autres, mais plutôt entre les équipes ayant un intérêt pour le logement et les autres. La limite de ces analyses tient aussi à l'observation que la question du logement s'impose dans bon nombre de secteurs aux équipes qui font face à des personnes qui cumulent les handicaps psychiques et sociaux.

Ces différentes tendances aboutissent quoi qu'il en soit à remodeler profondément le tissu des services. On reviendra plus longuement dans la troisième partie de ce rapport sur les façons dont ces reconfigurations se déploient sur les territoires de notre enquête et sur quelques-unes des leçons qui peuvent en être tirées. Un certain nombre d'associations de secteur continuent certes de travailler selon des modes opératoires proches de ceux constitués dans les années 1980. Mais, de plus en plus, les expérimentations reposent des logiques partenariales complexes impliquant une multiplicité d'acteurs. De façons diverses ces initiatives proposent de nouvelles façons de travailler entre sanitaire, médico-social et social, entre psychiatrie de secteur et associations.

Conclusion : les dynamiques d'un dispositif

Les appartements accompagnés ont ainsi été au cœur des transformations du système de santé mentale au cours des quarante dernières années. Institutions centrales de la politique de secteur du tournant des années 1980, ils sont, aujourd'hui, l'un des terrains où se réorganise l'intrication des pratiques sanitaires, sociales et médico-sociales d'accompagnement en psychiatrie pour constituer un nouveau terreau institutionnel. Plus largement les appartements accompagnés ont été au cœur de la métamorphose de l'esprit de la santé mentale dans le sens de l'ouverture vers les communautés et la mobilisation des capacités des personnes. Si, on le verra avec les volumes de places en jeu, ils continuent de jouer un rôle significatif dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques au long cours, ils se trouvent cependant aujourd'hui à un tournant. Les réorganisations en cours dans de nombreux établissements et les nouvelles expériences créées depuis quelques années sont suggestives des orientations à venir dans un contexte où par ailleurs de nombreuses structures pour certaines anciennes apparaissent fragilisées.

Les appartements accompagnés ont été surtout depuis les années 1970, on l'a vu, un foyer d'innovation et d'expérimentation thérapeutique et sociale. Ce qui a caractérisé, localement, leur implantation et leur développement est l'absence de standards pour guider

les pratiques et surtout de volonté planificatrice pour les organiser sur le terrain et les mettre à disposition des personnes. L'innovation était en un sens requise par un cadre réglementaire et plus largement normatif qui interdisait de penser la reproductibilité et la généralisation des pratiques. Ces dernières années ont probablement encore accentué la part jouée par ces dynamiques. Si l'innovation s'inscrivait, aux origines du secteur, dans le cadre d'une politique de santé mentale animée par un groupe professionnel au sein duquel existait un relatif consensus sur les enjeux et les objets du travail psychiatrique, les expérimentations récentes relèvent désormais de montages qui parce qu'ils s'inscrivent au croisement de mondes professionnels, institutionnels, et pratiques divers reposent de façon essentielle sur la transgression des modèles et le brassage des normes. Surtout ils sont déployés actuellement au croisement de plusieurs politiques – logement, handicap, santé mentale –dans un cadre marqué par un affaiblissement de la volonté planificatrice.

La nature même des appartements accompagnés en tant qu'expérience pour l'ensemble de leurs protagonistes a été et reste profondément marquée par ces dynamiques : institutionnellement les expérimentations bénéficient pour la plupart d'entre elles de financements temporaires sur des crédits de financement de l'innovation ; sur le plan des pratiques, l'absence de modèles conduit localement les acteurs, professionnels, usagers et militants associatifs, à déployer des logiques de bricolage, au sens figuré mais souvent aussi au sens propre du terme, mobilisant les ressources disponibles en fonction de savoir-faire acquis éventuellement dans d'autres arènes, créant les objets de leur travail à partir des matériaux disponibles ; sur un plan moral enfin, les acteurs de ces expérimentations sont animés par un esprit de questionnement les portant à interroger constamment leurs pratiques. Pour ces derniers, cette dynamique est marquée du sceau d'un pragmatisme qui paraît prendre la relève des grands projets idéologiques des années 1960. Cette citation d'un psychiatre dans les années 1980 nous paraît refléter un état d'esprit encore présent aujourd'hui :

> Alors que depuis près de 10 ans la démarche pragmatique en psychiatrie a pris progressivement la relève des positions plus idéologiques, le développement des appartements thérapeutiques en est un exemple des plus intéressants. Ni nouveau gadget thérapeutique, ni panacée en matière de soins et d'assistance aux malades mentaux, l'appartement thérapeutique revendique là encore une position intermédiaire qui nous semble spécifique.[57]

Pour autant cette dynamique d'innovation se déploie actuellement dans un cadre et sur des objets fondamentalement différents de ceux avec lesquels travaillaient les pionniers

[57] Fievet J.-P., et coll., De la tutelle à l'autonomie, *art. cit.* note 26.

à l'œuvre dans les premières expérimentations des années 1970. On peut résumer les choses ainsi : une logique d'innovation sociale s'est substituée à une dynamique de créativité institutionnelle. S'il s'agissait de faire quelque chose avec un collectif – les services psychiatriques, les collectifs de soignants et malades – aujourd'hui l'enjeu est d'inventer des pratiques pour répondre à des besoins identifiés. La réflexion institutionnelle qui animait les premières expérimentations paraît avoir reflué au profit d'une dimension d'ingénierie sociale au cœur des pratiques actuelles.

D'un autre côté, réduire le dispositif des appartements accompagnés au bricolage et à l'invention des acteurs serait trompeur. L'essor et le développement des appartements accompagnés a été porté tout au long de son histoire par une série de mouvements sociaux et professionnels plus ou moins structurés qui ont stimulé les échanges entre leurs participants et assuré, collectivement, la promotion d'une série d'idéaux, d'idées, de savoir-faire et de modèles. Surtout, bricolage et invention ont été profondément au cœur d'une certaine vision promue par ces mouvements de l'invention des pratiques comme de la mise en forme des expériences vécues : en un sens ils ont été une philosophie du travail. Ce sont, dans les années 1980, les mouvements des structures intermédiaires et de l'hébergement thérapeutique, et plus largement celui de la psychiatrie de secteur et des mouvements associatifs en santé mentale. C'est plus récemment le proto-mouvement social qui tend à se structurer depuis quelques années autour des acteurs, pratiques et concepts du rétablissement : si ce mouvement n'est pour l'heure porté par une organisation formelle et qu'il ne dispose que d'un corpus idéologique extrêmement lâche, le rôle joué par certains leaders charismatiques et certaines tentatives d'organiser un forum du rétablissement conduisent de fait à l'identification d'un milieu agrégeant les acteurs et s'exprimant sur un grand nombre de sujets par l'intermédiaire d'un petit nombre de voix.

Profondément ce sont les tensions entre ces deux dynamiques – la dynamique d'innovation et de bricolage d'une part, celle de mutualisation et de collectivisation des pratiques portée par les mouvements professionnels et sociaux d'autre part – qui marquent toute l'histoire des appartements accompagnés. D'un côté ces tensions se traduisent dans des formes d'institutionnalisation partielle des expériences dont une conséquence est la multiplication de modèles locaux en concurrence dont les acteurs sont incapables de penser tant la généralité que les convergences. D'un autre côté, elles ont pour expression le bricolage normatif auquel procèdent les acteurs au jour le jour pour penser leurs pratiques et proposer des théorisations, mobilisant des références agrégés au fil de leurs expériences et de leurs rencontres relevant de corpus philosophiques et idéologiques différents et

parfois apparemment peu compatibles. Ces formes de syncrétismes idéels traduisent probablement moins un brouillage des valeurs et des normes que, paradoxalement, à l'inverse, la nécessité pour les acteurs de retrouver des fondements normatifs à leurs pratiques en dépit des contradictions dans lesquelles ils évoluent. Ces tensions sont au cœur des analyses qui suivent, qui peuvent se tourner maintenant vers la matière même du travail des acteurs.

III. Les dimensions du travail d'accompagnement

Comment rendre compte de la diversité des missions remplies par les appartements accompagnés en général et associatifs en particulier ? Comment analyser la variété des organisations créées pour assurer ces missions ? Pour répondre à ces questions cette partie propose une analyse approfondie du travail d'accompagnement dans les services que nous avons rencontrés sur les quatre territoires de notre enquête.

Pour comprendre l'enjeu de cette analyse il est utile de rappeler et préciser la caractérisation volontairement vague que nous avons donnée initialement : nous voyons les appartements accompagnés comme des organisations assurant l'accès et le maintien de personnes souffrant de troubles psychiatriques ou d'un handicap psychique dans des appartements dont elles sont alors locataires, leur bailleur étant directement l'organisme qui assure également l'accompagnement des personnes ou bien celui-ci jouant le rôle d'intermédiaire avec un bailleur public ou privé. Les trois termes importants de cette définition sont la situation de maladie ou de handicap psychique dans laquelle se trouve la personne concernée, le soutien dans l'accès et le maintien dans le logement réalisé par le service d'accompagnement, et la relation contractuelle entre la personne et l'organisme gestionnaire du service. La situation de maladie est forcément diagnostiquée par un service de santé mentale mais les personnes ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance de leur handicap psychique par les services d'une maison départementale des personnes handicapées. L'organisme gestionnaire du service peut être une association qui assure l'intermédiation locative et qui par ailleurs propose une aide aux personnes

comme dans le cas des appartements associatifs à visée thérapeutique de secteur, ou bien ces deux fonctions sont distribuées entre deux ou plusieurs structures associatives. L'équipe d'accompagnement peut-être issue d'un secteur ou non. Dans quelques rares cas le service est entièrement pris en charge par un établissement public de santé, qui est le bailleur et dont les personnels sont à la fois en charge des soins et de l'accompagnement.

Cette définition correspond ainsi à une grande diversité d'organisations et de façons de faire, et même en se restreignant aux appartements associatifs à visée thérapeutique issus des secteurs, les services que nous avons étudiés sont loin de se résumer à un modèle unique ou même à un petit nombre de modèles. Certains services proposent l'accueil dans des appartements collectifs quand d'autres privilégient les appartements individuels. Dans certaines organisations les appartements sont installés à proximité immédiate et parfois dans le même immeuble que ce que l'on peut caractériser comme un centre ressource, à partir duquel est assuré la gestion et l'animation de l'organisation en même temps qu'il offre des espaces collectifs où peuvent être réunis les patients ou bien où leur sont proposés des services. D'autres recherchent au contraire la dispersion des logements et leur intégration dans le tissu urbain et/ou n'ont pas de locaux en propre. Certains services proposent à leurs usagers des programmes d'activités thérapeutiques, sociales et culturelles, certains mettant même en place des formes d'accompagnement vers le travail, quand d'autres assurent une aide quotidienne pour la préparation des repas, l'hygiène ou le ménage du logement. Certaines organisations fonctionnent avec des équipes dédiées dont le temps de travail est strictement comptabilisé voire rémunéré, quand d'autres ont des fonctionnements plus informels et sont animées par des bénévoles. Ces différentes options correspondent parfois à des choix revendiqués par les services quand d'autres fois elles découlent des contraintes qui pèsent localement sur eux.

Comment organiser cette diversité ? Comment rendre compte dans leur richesse des pratiques des acteurs tout en y dégageant des caractéristiques communes et des lignes de différenciation qui nous permettent de réduire la complexité du tableau ?

L'analyse des classifications d'établissements et de services que nous avons développées dans le chapitre 2 ci-dessus nous permet d'identifier trois principes pour répondre à ces questions.

Le premier est de sortir, précisément, d'un cadre classificatoire. Une propriété des appartements accompagnés est leur plasticité, qui explique que des acteurs différents ou les mêmes acteurs à des moments différents peuvent avoir des perspectives différentes sur le travail qu'ils y accomplissent ou dont ils sont l'objet. C'est cette propriété que nous avons

cherché à capter avec le recours à la notion de dispositif. Une conséquence en est profondément la difficulté des classifications de services et établissements sociaux et médico-sociaux ou de santé mentale à rendre compte dans sa richesse du monde qu'ils cherchent à décrire. Plutôt qu'en termes de typologie des services nous proposons donc de penser notre analyse à partir d'une série de dimensions du travail d'accompagnement communes à l'ensemble de nos services et le long desquelles on peut situer les expériences concrètes que nous avons observées ou, plus souvent, qui ne sont décrites.

Le deuxième principe conduit à mettre au centre de l'analyse la relation entre les conceptions du travail d'accompagnement mis en œuvre par les services et le travail lui-même. Le monde des appartements accompagnés est aujourd'hui le site d'une pluralité de philosophies opératoires qui reflètent des conceptions distinctes de la psychiatrie, de son objet ou encore de sa relation à la question sociale. Si ces philosophies sont exprimées parfois par les acteurs à l'aide d'emprunts à des corpus idéologiques identifiés – tels que la « psychothérapie institutionnelle » ou le « rétablissement » - elles traduisent le plus souvent des visions larges et on l'a soulignée syncrétiques du travail psychiatrique. On l'a vu, les classifications de services prennent mal en compte la relation entre ces philosophies opératoires et le travail lui-même : soit qu'elles ramènent la description des services à une vision normative de leur fonction dans le cas du FINESS ou des conceptions du *supportive housing*, soit au contraire qu'elles écrasent les philosophies des acteurs en limitant la description aux dimensions formelles du travail. Celles-ci ont pourtant un impact direct sur le travail des acteurs à travers la façon dont ces derniers pensent leurs organisations ou planifient leur action. D'un autre côté la façon dont les équipes abordent l'écart entre ce que prescrivent les philosophies opératoires dont ils se réclament et la façon dont elles accomplissent le travail reflète une dimension de plus ou moins grande plasticité normative qui nous paraît constituer une dimension clef de l'analyse. Pour creuser ce point nous proposons de prêter particulièrement attention aux projections des acteurs et aux façons ils les gèrent dans le cours du travail.

Enfin le troisième principe est la nécessité de rendre compte de la façon dont les appartements accompagnés s'insèrent dans des environnements offrant des ressources formelles et informelles susceptibles d'être mobilisées par les personnes ou les équipes et qui sont une partie intégrante du dispositif d'accompagnement. Il faut dire deux mots sur la portée de cette remarque.

Une des caractéristiques des services d'accompagnement de caractère médico-social est le fait que le travail se déploie nécessairement aux côtés des soins psychiatriques : par

définition les appartements accompagnés s'adressent 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. 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 appartements accompagnés et le travail concret déployé par leurs personnels peuvent correspondre à une ligne de travail nouvelle ou reprendre une action entamée par le service de soin qui lui a passé la main. D'autres acteurs entrent également en jeu : le travail des services 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 des appartements accompagnés pris 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.

Ces différents principes organisent les analyses qui suivent. Nous mobilisons pour la mettre en œuvre les outils empruntés à la sociologie du travail et particulièrement aux approches développées par Anselm Strauss notamment dans son analyse du travail médical (Strauss et al., 1985 ; Strauss, 1993) : ces approches ont l'intérêt ici de situer l'analyse au niveau des tâches concrètes accompli par les acteurs sans déterminer celle-ci par la qualité de ces acteurs. Elle nous permettra en particulier d'identifier les différents constituants de l'accompagnement sans nous laisser enfermer dans une distinction entre ce qui ressort du « médical », du « médico-social » ou du « social ». D'un autre côté l'analyse prête particulièrement attention aux façons dont des groupes de tâches sont organisées par les acteurs pour donner lieu à des lignes de travail autour d'une trajectoire d'accompagnement donné. Un enjeu crucial pour les acteurs est en particulier le travail d'articulation rendu nécessaire tout au long d'une trajectoire en raison des multiples contingences liées à la maladie, aux événements de vie des personnes, aux traitements, ou encore aux difficultés de la coopération entre les acteurs.

Le premier chapitre de cette partie se penche sur les conceptions de l'accompagnement dans les services d'appartements accompagnés. Il aborde en particulier

la façon dont les services conçoivent les finalités des accompagnements pour les personnes et travaillent avec les projets de ces dernières. Le deuxième chapitre examine l'organisation de la relation entre équipes des appartements accompagnés et équipes psychiatriques. Il analyse les façons dont les équipes abordent leur division du travail et met en évidence les conceptions concrètes des organisations mises en œuvre pour gérer celle-ci. Le troisième chapitre propose enfin une discussion des contrats passés entre les services et les personnes.

4. Les dynamiques d'accompagnement

Le travail d'accompagnement

Le terme d'accompagnement est le plus utilisé par les équipes que nous avons rencontrées pour qualifier et décrire leur travail auprès des résidents des appartements. On sait combien ce terme polysémique s'est imposé depuis une vingtaine d'années dans les monde du sanitaire, du médico-social et du social pour caractériser des formes spécifiques de travail auprès et avec les personnes en situation de difficulté sociale, de handicap ou de maladie. Absent des deux lois du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et relative aux institutions sociales et médico-sociales, il est ainsi introduit dans la loi du 4 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale pour caractériser l'une des missions de cette dernière à côté des actions plus traditionnelles « d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soin ». Comme l'ont relevé un certain nombre d'observateurs, l'accompagnement caractérise des formes d'intervention que des institutions mettent en œuvre aux marges de leur mandat en instituant un autre type de relation avec leurs clientèles (Paul, 2004). A l'école l'accompagnement concerne ainsi les devoirs en dehors du temps scolaire, à l'hôpital il est adressé aux proches ou aux personnes en fin de vie, dans le champ du handicap il vise à permettre aux personnes d'accéder à certaines fonctions sociales comme le travail ou, donc, le logement. L'accompagnement est ainsi, dans les institutions, la part du travail qui peut le plus facilement être déléguée à des tiers parce qu'elle ne constitue pas le cœur de la mission des professionnels. Il s'adresse à une personne considérée dans sa globalité, sujet intellectuel et émotionnel, par définition

capable d'aller vers une autonomie : c'est ce chemin que l'accompagnement vise précisément à faire parcourir.

Au-delà de ces perspectives générales, la notion d'accompagnement se caractérise par sa grande plasticité. La matière de l'accompagnement, ce que l'on accompagne et où l'on accompagne, est éminemment variable d'un service à l'autre. Les acteurs que nous avons interrogés mettent spontanément derrière ce terme une diversité de tâches accomplies dans le logement ou à distance par les équipes. Tous les services mettent en œuvre ce travail à partir d'un lieu où sont également reçues les personnes pour la mise en place de la sous-location ou la signature du bail. Si toutes ajoutent à ce travail accompli au siège de la structure des activités au domicile des personnes, la nature et la fréquence des visites varie considérablement d'un service à l'autre et souvent également aussi au sein d'un même service d'un patient à l'autre. Certaines équipes visitent les patients une fois dans l'année pour vérifier la tenue de l'appartement, d'autres proposent aux personnes un service quotidien. Dans un certain nombre de services l'accompagnement consiste effectivement à accompagner les personnes, au sens propre, dans la réalisation de gestes du quotidien ou de démarches diverses. D'autres encore mettent en place des formes de sous-traitance par exemple en embauchant un service d'aide-ménagère ou en demandant aux secteurs d'ouvrir l'accès à certains services, par exemple une visite quotidienne d'infirmières libérales, dont les interventions ne seront alors pas inclues dans ce qui relève directement de l'accompagnement.

Si le travail concret des équipes impliquées auprès des personnes hébergées dans les appartements accompagnés varie ainsi considérablement d'un service à l'autre, une série de dimensions importantes présentes dans la plupart des expériences concernent la prise des médicaments et les rendez-vous médicaux, la tenue du budget, le paiement des factures et la réalisation des formalités administratives, la capacité à tenir l'appartement et à accomplir les gestes du quotidien notamment la préparation des repas, la lutte contre l'isolement et les relations avec le voisinage. Cette citation illustre particulièrement bien l'intrication de ces différents enjeux :

> Donc on va travailler à son autonomie dans le logement et puis, vous le savez très bien, ce n'est pas facile d'habiter seul. C'est le gros problème de la réinsertion de nos patients, c'est qu'à un moment donné tout est plié, ils sont dans un appartement, mais ils sont seuls. Malgré la présence des équipes à proximité à un moment donné ils sont seuls. Vous avez beau leur apprendre à faire à manger, à cuisiner etc., quand vous avez un kebab en face de chez vous, c'est plus facile d'aller manger un kebab (*Rires*). Donc tout ça c'est aussi du travail qu'on va faire, qu'on va continuer à faire avec les patients. Parce que vous savez, si vous mangez un kebab

> deux fois par jour, vous n'allez pas tenir le choc. C'est peut-être ça le gros problème actuellement, c'est qu'il faut s'occuper de nos patients qui souffrent, à un moment donné ils ont beau être psychotiques, ils souffrent un petit peu de la solitude. Et puis vous savez, j'en parlais tout à l'heure, on continue à discriminer beaucoup les patients. Qu'on le veuille ou non, ils sont bien intégrés parmi les voisins etc., mais ça reste quand même estampillé hein. Ca c'est la réalité, on ne peut pas, on ne peut pas… donc il faut les aider aussi à supporter tous ces trucs-là. [Infirmier, appartements de secteur, #42]

Dans chacune de ces dimensions le travail des équipes peut comprendre des tâches de différente nature pour s'assurer qu'un certain nombre d'actions seront accomplies. Schématiquement on peut relever trois grands types d'interventions :

- prévention : mettre en place des organisations ou des routines pour s'assurer que telle ou telle tâche sera effectivement accomplie ;
- supervision du travail des personnes : être présent au moment de la réalisation de certaines tâches comme la préparation des repas, les courses, ou encore la prise de rendez-vous ;
- rectification : reprendre une tâche qui n'a pas été faite ou a été mal faite.

La gestion des repas peut illustrer ces propositions. Selon les services et, dans un service donné, selon les personnes, les interventions des équipes sont plus ou moins régulières. La quasi-totalité de nos interlocuteurs soulignent cependant que la capacité des personnes même minimale à préparer leurs repas est une condition de l'accès aux services : une première forme de travail de prévention est ainsi la vérification en amont de l'admission de ce point avec les services. Dans certains cas cela peut passer par la mise en œuvre avec les personnes d'un programme visant à leur apprendre à faire les courses. Lorsqu'une personne a été admise, une autre forme de prévention est la préparation avec elle des menus de la semaine de sorte qu'elle n'aura plus qu'à appliquer, littéralement la recette. Une supervision peut être mise en place sous la forme d'un accompagnement pour certaines ou pour la totalité des courses. Dans certains services, par ailleurs, une aide à domicile assiste les personnes chaque jour ou certains jours dans la préparation des repas. Enfin les équipes mettent en œuvre une forme de rectification lorsqu'elles s'enquièrent auprès des personnes si elles ont effectivement mangé comme il le faut ou qu'elles vérifient l'état de leur frigidaire.

La négociation de ces différentes tâches se fait dans les différents services entre la mise en place de routine ou de règles et une négociation au cas par cas :

> [L]es professionnelles du quotidien pour aider la personne sont au nombre de quatre. Donc elles sont vraiment là, ils sont vraiment là puisqu'il y a un monsieur, pour aider les personnes dans leur quotidien à faire les tâches qui ne sont pas forcément évidentes à faire, en fonction de la variation et en fonction des tâches en elles-mêmes. Donc dans une logique de faire avec et d'apprentissage, avec une vision différente de l'un à l'autre, puisqu'on sait- on ne sait pas parce qu'on ne sait jamais (rires), mais on se doute que les personnes, pour la moitié d'entre elles, resteront ici. D'autres personnes vont bouger et faire d'autres choses. Donc on a, elles ont une vision, ça c'est moi qui leur insuffle aussi chez elles, une vision différente du travail. Elles vont savoir que pour quelqu'un il va falloir pousser l'apprentissage pour que ce geste il soit maîtrisé du début à la fin, que pour d'autres bien évidemment ils seront toujours dans une logique de faire avec mais pas dans une logique, dans une idée d'un après ailleurs, tout seul ou peu importe, dans un degré supérieur d'autonomie. Donc c'est à elle, à base de son expérience sur le terrain d'évaluer ça aussi, de savoir comment accompagner les personnes, les personnes qu'on accompagne ici. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

Si le travail des équipes repose nécessairement sur une standardisation minimale qui traduit ce qu'elles savent, veulent ou peuvent faire autant que leurs visions du métier et les moyens dont elles disposent, et qui trouve sa traduction dans l'organisation du travail qu'elles ont collectivement mise en place, l'accompagnement est toujours jusqu'à un certain point aussi un travail situé et négocié. Il se nourrit du quotidien des personnes mais ne concerne pas tout ce quotidien : il est au fond une négociation continue dans le quotidien. Si les équipes indiquent souvent que l'objet de leur intervention est la capacité des personnes à simplement vivre dans les appartements, la caractérisation de cette compétence n'est pas absolue. Au contraire, elle traduit la manière dont les équipes font émerger ou non certains problèmes comme des objets et des enjeux du travail d'accompagnement.

Entre maintenir dans le logement et émanciper les personnes

Au-delà des tâches concrètes qu'elle est susceptible de recouvrir, la notion d'accompagnement renvoie à deux dimensions du travail des professionnels auprès des personnes à la fois complémentaires et mises en tension par les situations de vie et de maladie. La première de ces dimensions est qu'il convient d'éviter au maximum l'hospitalisation voire, plus généralement, l'admission en établissement. Non seulement les équipes considèrent que l'accès à un logement le plus indépendant possible, inséré dans le tissu social, est une chance pour les personnes, mais de surcroît les places en institution, qu'elles soient sanitaire ou médico-sociales, manquent de toute façon pour accueillir dans la

durée les personnes. Faire accéder celles-ci à des appartements et les y maintenir est ainsi un objectif en soi.

> Donc les objectifs c'est toujours les mêmes, c'est-à-dire limiter la durée d'hospitalisation, quelqu'un qui a des problèmes de réinsertion, souvent, il est resté très longtemps à l'hôpital, avec tout ce que ça implique comme, on va dire, désinsertion, dans le sens où vous n'êtes plus confronté à la vie quotidienne, à la vie sociale etc. Pour un certain nombre de patients psychotiques, même si on s'occupe bien d'eux dans l'institution, la réalité c'est quand même qu'ils puissent habiter une maison, côtoyer d'autres personnes, vivre au plus près de leur famille, au plus près des soignants qui sont dans les CMP, dans les CATTP etc. L'hôpital c'est quand même vite – comment dire ? – contraignant pour le patient. [Infirmier, appartements de secteur, #42]

> Donc voilà, moi je suis plutôt content qu'on n'ait pas trop... qu'on ne se soit pas trop agrandis, parce que, voilà, on peut continuer à s'occuper à peu près correctement, en tout cas comme nous on le souhaite, des patients qu'on a en charge, des logements, de la question du maintien [dans le logement], qui est pas négligeable, loin de là, bien au-delà de la question de l'accès qui est importante, mais qui n'est pas le... c'est probablement ce dont on s'est rendu compte aussi u fil du temps, c'est que ce n'est peut-être pas le plus important la question de l'accès... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

La seconde dimension de l'accompagnement est que dans la durée il peut amener la personne à une plus grande autonomie qui pourra éventuellement lui permettre dans une phase ultérieure d'accéder à un logement plus indépendant, ou de se maintenir avec une aide réduite dans l'appartement qu'elle occupe. La plupart des équipes ont ainsi une vision que l'on pourrait dire systémique des appartements accompagnés qu'ils situent au sein d'une gamme de services au profit des projets de logement des personnes, le système qu'ils décrivent s'apparentant parfois à une chaîne de services constituant de fait une sorte de modèle séquentiel comme celui critiqué par les modèles du *supportive housing*. L'un de nos interlocuteurs propose ainsi une classification particulièrement détaillée des différents appartements dont il a la responsabilité, au sein d'un hôpital, en appartements thérapeutiques, appartements protégés, appartements associatifs de secteurs et appartements accompagnés, chaque type d'appartements se distinguant du précédent par le plus grand degré d'autonomie laissé aux personnes. Plus souvent cette vision systémique s'exprime dans le fait que le passage en appartements est vu comme une étape vers l'autonomie, qui peut venir après un passage dans un appartement thérapeutique et avant un logement autonome ou, en cas d'échec, l'admission dans un foyer. C'est cependant l'indétermination qui caractérise cette perspective : il est non seulement difficile pour les

équipes de préciser quel degré d'autonomie les personnes seront susceptibles d'acquérir à terme, mais la temporalité de ce processus est également hautement indéfinie, à la fois parce que les processus psychopathologiques sont difficiles à prédire et anticiper, et parce que l'environnement sur lequel pourra être bâtie l'autonomie de la personne est lui-même évolutif.

D'un côté, les équipes sont rarement en mesure de donner des critères précis et si certaines mentionnent l'intérêt de formaliser les évaluations seules quelques-unes travaillent avec des échelles. L'autonomie acquise par les personnes apparaît ainsi comme une qualité éprouvée en situation. Les équipes soulignent pratiquement toutes le caractère expérimental de l'admission dans les appartements qui est la seule façon de tester, en fin de compte, si la personne peut y vivre effectivement. A l'issue des prises en charge, le constat de l'autonomie retrouvée des personnes est moins le résultat d'une mise à l'épreuve qui permettrait de constater qu'un certain nombre d'objectifs ont été atteints que la reconnaissance de ce qu'au fond les personnes peuvent faire sans les équipes dans le quotidien. Pour les équipes ces observations sont par ailleurs façonnées par la conception qu'elles ont de leur travail en même temps que par les contraintes qui pèsent sur elles. L'évolution des personnes vers un autre dispositif s'apparente ainsi à un processus d'émancipation, pratiquement au sens juridique du terme, les équipes les affranchissant d'une protection qu'elles ne considèrent plus nécessaire à leur bien-être. On reviendra sur ces points plus longuement dans le chapitre 7 de ce rapport sur les évaluations dans le travail d'accomapgnement.

Dans cette analyse, l'autonomie n'est pas une qualité attachée à la personne mais elle est une compétence exercée en fonction d'un environnement et de ressources disponibles. Ce psychiatre exprime bien ce point :

> L'autonomie c'est ce dont quelqu'un se saisit. La liberté ça ne se donne pas, ça se prend. Bien sûr il y a des conditions qui favorisent la prise d'autonomie mais il y a des conditions qui contrarient la prise d'autonomie. Certaines personnes ne sont pas en condition de lâcher les dépendances dans lesquelles elles se trouvent. Il ne faut pas conforter cette dépendance, l'entretenir, parce que ça nous mettrait en position de pouvoir par rapport à elles, mais il n'y a pas non plus à les secouer comme des pruniers pour qu'elles avancent. Penser à établir les conditions permettant à quelqu'un de prendre son autonomie, oui. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

D'un autre côté la plupart des équipes sont incapables de donner une indication du temps nécessaire pour que quelque chose se passe. Au moment de l'admission la quasi-

totalité des services n'impose pas de terme à l'accompagnement qu'elles proposent aux personnes. Certaines revendiquent explicitement ne pas fixer d'horizon à l'accueil :

> Il n'y a pas de durée préétablie, y a aucune durée préétablie, on est dans des projets de vie, vous mettez une durée dans la vie, on ne présage pas du projet de vie des personnes. [Kinésithérapeute appartements médico-sociaux #15]

Seul un des responsables que nous avons rencontré souligne avec fermeté l'importance du terme indiqué aux personnes :

> On essaie que les gens n'y restent pas trop longtemps là on en a un qui marque un peu le pas, ça fait un an et demi deux qu'il y est alors que nous on se fixe comme objectif qu'ils ne dépassent pas 6 mois à un an. [Psychiatre, appartements de secteur, #56]

Un autre psychiatre regrette a contrario que son association, dont il a pris récemment la présidence peu de temps après sa mutation dans ce secteur, n'impose pas de terme à ses résidents, nous indiquant ainsi ce qu'il changerait s'il le pouvait à le règlement du service :

> Je mettrais une durée, ce n'est pas : on rentre comme ça et on attend que ça se passe – je mettrais une durée. On va forcément la dépasser mais mettre une durée, cela veut dire que quand le patient entre on fait une demande d'appartement, on relance, il y a un suivi un peu pour aider le patient à aller de l'avant et permettre à d'autres de rentrer. [Psychiatre, appartements de secteur, #39]

Comme le suggère cette dernière citation, l'indétermination des durées d'accueil ne découle pas seulement de la longue durée de la maladie et du processus thérapeutique, mais plus encore du sentiment que par nature cette durée échappe nécessairement aux professionnels. Beaucoup de nos interlocuteurs soulignent que c'est dans l'étirement du temps que quelque chose peut bouger et que les personnes font un chemin qui les amènera vers l'autonomisation. Cette perspective et l'idée d'un temps immaîtrisable reflète le fait que la durée de la maladie mentale outrepasse celle des carrières des professionnels accompagnant les personnes et souvent même aussi des institutions : la maladie mentale est avec les personnes toute leur vie d'adulte. Elle traduit également chez de nombreux professionnels une vision du processus thérapeutique marquée par l'idée psychanalytique de la « guérison de surcroît », d'une guérison qui ne peut advenir que si on ne la recherche pas activement.

> L'hôpital il n'est pas thérapeutique en un an ou deux ans, l'appartement thérapeutique il n'est pas thérapeutique en un an ou deux ans, il est thérapeutique sur le long terme. Parfois, moi j'ai eu des gens qui sont restés dix ans, quinze ans en

> appartement. Je parle pas de tous, il y en a qui restent quelques années seulement, mais ça n'a aucune importance parce que l'idée c'est de créer autant de place en appartement thérapeutique qu'il faut pour les patients : j'ai 50 patients je ferai 50 places, j'ai 100 patients je créerai 100 places ! [Psychiatre, ancien responsable associatif, #58]

Ces indéterminations sont ce qui met en tension le maintien dans les appartements. Dans la mesure où les équipes espèrent que les personnes parviendront à une plus grande autonomie, elles ont tendance à anticiper un mouvement qui ne vient pas toujours. Les organisations qui sont conçues en fonction de cette anticipation doivent alors faire face à des situations dont la complexité ou la lourdeur excèdent leurs capacités. Deux écueils guettent en effet les accompagnements : le premier, on l'a vu en creux dans la citation plus haut, est que les personnes s'installent, littéralement, dans l'accompagnement sans aucune perspective d'en bouger ; le second qu'elles ne s'y maintiennent qu'au prix d'efforts au-delà du raisonnable de la part des équipes et dans des conditions insatisfaisantes pour celles-ci. Si dans les deux cas la situation dure au-delà de ce que les équipes semblent accepter, dans le premier cas elle se prolonge parce qu'elle est d'une certaine façon trop confortable et qu'elle n'est pas questionnée par les acteurs et en particulier les personnes alors qu'au contraire, dans la seconde, c'est parce qu'elle met en question le dispositif qu'elle n'est plus tenable. Les deux situations ont en commun de remettre en cause le sens de l'action des professionnels.

Le premier écueil est fréquemment mentionné par nos interlocuteurs. L'étirement des accompagnements dans bon nombre de services tient à ce que la possibilité de passer la main y reste théorique, soit que les protagonistes, professionnels et personnes, n'aient pas l'envie de faire évoluer la situation, soit qu'elle paraisse impossible à faire évoluer.

> On a tout un lot de vieux patients qui ont en effet des années, dizaine d'années en hôpital psychiatrique. Un jour, certains ont fait le pari d'essayer de les mettre dehors, et donc, de les mettre en appartement associatif. Ce qui fait que… le fait que ce soit appartement associatif les sécurise, leur donne un cadre qui leur permet d'y être depuis, pour certains, 20 ans, et ils en partiront quand ils auront un minimum de retraite. Grosso modo. […] Donc, on en a quelques un, encore, voilà comme ça, parce qu'on est arrivé au bout de ce qu'on pouvait proposer, mais c'est déjà énorme, parce que du coup, ils vivent dehors. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Plusieurs facteurs concourent à ces situations : dans certains cas, comme dans cette citation, le constat que des personnes que l'on pensait peu autonomes parviennent à vivre dans les appartements avec un accompagnement minimal paraît en soi un résultat à

préserver et empêche de penser que l'on pourrait faire évoluer l'accompagnement et que la personne pourrait quitter le service. Dans d'autres cas les équipes suggèrent que les personnes résistent à cette perspective parce que la situation est confortable pour elle ou qu'elle correspond à leurs aspirations :

> [En réponse à une question sur un résident habitant un studio sous-loué par l'association :] C'est un homme qui est bien stabilisé, qui est quand même très ritualisé sur un environnement déterminé, ça fait quatre-cinq ans qu'il est là, il n'arrive pas à partir, parce qu'on aimerait bien quand même qu'il y ait un turn-over, pour qu'il y ait d'autres patients qui en profitent, donc lui il est un peu scotché à cet environnement, il est en ESAT, lui, dans un atelier protégé, il est à [Ville A] donc bon, il fait l'aller-retour quand même c'est loin, [Ville A-Ville B, distantes de 15 km]. Bon il a sa petite vie comme ça, donc, on lui a dit qu'il fallait partir, il a dit, « je veux bien qu'on parte, je veux bien partir, mais si vous me trouvez un appartement dans la même résidence », ce qui est quand même galère. Donc on a un peu des problèmes à faire partir les gens, parce que c'est compliqué de, parce que si vous voulez, moi je n'en sais rien, je suis président, mais, si vous voulez, on n'a pas trop filtré à l'entrée, pour les admissions, on a pris des patients assez lourds, ce qui fait que bon, l'autonomie est difficile, vous voyez, même dans l'appartement ce n'est pas très facile, donc passer de, parce que le but, c'est de passer de l'appartement à un logement individuel, donc c'est quand même assez difficile. [Psychiatre, appartements de secteur, #39]

Dans d'autres cas encore ce sont les relais qui paraissent manquer : c'est notamment la situation que décrivent un grand nombre d'équipes qui ont prévu de faire opérer à leurs résidents une transition en douceur en leur faisant glisser leur bail et qui se heurte au refus des bailleurs d'avoir à faire directement aux personnes et de perdre la possibilité de se reposer sur l'équipe d'accompagnement.

Ainsi, si la plupart des professionnels que nous avons rencontrés conçoivent l'accompagnement comme limité dans le temps il n'en est aucun qui ne laisse ouverte la possibilité que les personnes s'installent durablement dans les appartements. Cette tension met cependant les équipes mal à l'aise parce qu'elle paraît mettre en danger la dimension thérapeutique ou réadaptatrice des appartements, qui risquent de se transformer en lieux d'asile. Ce dilemme est particulièrement illustré par cette réflexion d'une équipe dans les années 1980 :

> - Quel devenir pour ces patients trop « guéris » pour ne pas sortir de l'hôpital mais insuffisamment pour vivre de manière indépendante ?
>
> - Comment éviter que ne se recréent des appartements de « chroniques » qui ne soient qu'une réplique, en miniature, de la structure asilaire ?

> - A l'inverse, ne serait-il pas opportun d'envisager la création de structures d'hébergement au long cours, sans notion de relais ni projet réadaptatif, centrés surtout sur la recherche d'une plus grande autogestion des occupants ?[58]

La perspective que les personnes s'installent sans terme possible dans les appartements paraît ainsi problématique pour plusieurs raisons. La première est, dans la lignée de la réflexion de cette équipe, que l'installation des personnes dans ces logements change la nature de l'accueil qui leur est fait dans les appartements : d'un accompagnement à un refuge. Ce psychiatre justifie ainsi l'interdiction faite aux personnes de vivre avec quelqu'un dans leur appartement au nom de la nécessité de préserver le projet thérapeutique de l'accueil :

> Si vous avez une copine [qui vit avec vous dans l'appartement], après vous ne partez plus, ça fait [de l'appartement] un lieu de vie, ce n'est pas fait pour vous voyez, c'est le principe. [Psychiatre, appartements de secteur, #39]

La seconde raison avancée par les équipes tient à ce qu'elles considèrent que vivre sous la protection d'une association dans un appartement accompagné n'est pas une forme de vie souhaitable pour les personnes. L'argument est ici moral et il tient aux représentations que les soignants se font d'une bonne vie :

> Absolument, la perspective [de vivre] dans un appartement comme ça, ce n'est pas la vie ça. Ceci dit - voilà, ça va mieux, [la pathologie a évolué], eh bien, que je puisse avoir [un logement] en mon nom, payer mon loyer et quitter l'associatif. On est encore sous la tutelle de l'association quand on est en appartement associatif. Le désengagement de l'association c'est très important ! Il faut travailler ça. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

La troisième raison, enfin, tient à la volonté des équipes de faire tourner le dispositif pour accueillir de nouveaux patients alors qu'elles ne peuvent leur offrir qu'un nombre limité de places. La difficulté est particulièrement vive pour les équipes issues des secteurs qui doivent faire face, dans leur travail de secteur, à des demandes d'accompagnement qui en viennent à excéder l'offre de services que leurs moyens leur paraissent pouvoir mettre à disposition. L'un de nos interlocuteurs analyse plus largement l'étirement des durées de séjour comme une source de difficulté pour le dispositif dans son ensemble qui en vient à perdre le sens de sa mission :

> Si je dois donner mon point de vue sur le déclin de l'associatif, c'est ça. L'appartement associatif était devenu une fin en soi alors que plus il y a de turnover mieux c'est. Donc il y a dans certains appartements associatifs du secteur [numéro],

[58] Fievet J.-P., et coll., De la tutelle à l'autonomie, *art. cit.* note 26.

> des patients qui sont là depuis 20 ans, donc ils sont heureux, ils sont bien, ils sont pris en charge, mais au fond c'est quoi le travail de l'infirmier ? C'est maintenir les gens à domicile ? Alors que bon, ce n'est papas vraiment ça, c'est les rendre plus heureux, les faire avancer un peu dans la vie. Pour certains ils sont jeunes, il faut les aider. Donc en même temps qu'on les réinsère au niveau du logement, il faut les aider à l'insertion professionnelle, par des formations etc. Donc tout ça c'est aussi le travail des équipes qui sont sur place, qui n'a pas été toujours fait par l'associatif, si je peux me permettre. Ce n'est pas de la critique, c'est un constat. [Infirmier, appartements de secteur, #42]

Le second écueil, le sentiment d'un épuisement suscité par certains accompagnements aux limites des capacités des équipes en raison de leur lourdeur, s'il est moins cité, pèse néanmoins davantage sur celles-ci. L'anthropologue Paul Brodwin a finement décrit le sentiment de « futilité » éprouvé par les équipes de psychiatrie communautaire américaine face aux difficultés dans lesquelles le système de santé mentale mettait certains patients (Brodwin, 2011, 2013). Le terme anglais de *futility* est également celui mobilisé par la bioéthique pour caractériser les situations d'acharnement thérapeutique où des personnes sont maintenues en vie par des technologies qui empiètent sur leur dignité. Sa mobilisation dans le contexte de la santé mentale renvoie à l'idée que les efforts déployés par les équipes pourraient n'aboutir qu'à maintenir les personnes dans des formes de vie dégradées et finalement à les mettre en danger. En l'occurrence, dans le contexte de pauvreté et de violence urbaine décrit par Paul Brodwin aux Etats-Unis, le risque bien réel est que les personnes se retrouvent la proie des trafics de drogue et du banditisme. C'est ainsi l'accompagnement lui-même qui aboutit à mettre en danger les personnes parce qu'il les met dans des situations dans lesquelles il est incapable de les protéger. Ces situations sont une remise en cause du sens même des interventions et du professionnalisme des acteurs parce qu'elles paraissent contredire le principe hippocratique de ne pas porter atteinte à l'intégrité physique et psychique des patients - « do no harm ».

Aucune des équipes françaises que nous avons rencontrées n'exprime ce risque de cette façon : aucune ne paraît douter du bien-fondé de ses interventions, même si certaines expriment un découragement face au travail qu'appelle le maintien des personnes dans des conditions de vie dignes. Tel infirmier, président d'une association de secteur, rappelle ainsi le sentiment de débordement sinon de désespoir suscité en lui par la nécessité de nettoyer un appartement littéralement ravagé par la crasse après le départ d'un patient incurique, et d'avoir eu le sentiment dans cette situation d'atteindre ses limites et celles du travail associatif : parce que malgré ses efforts et ceux de ces collègues l'appartement n'a pas pu être remis dans un état de propreté acceptable avant d'en rendre les clefs, et plus

généralement parce que l'équipe n'avait pas su anticiper la situation et mettre un terme à la sous-location.

Le fait que les situations observées aux Etats-Unis ne se retrouvent pas en France ne tient pas seulement à ce que la violence urbaine ne s'y exprime pas au même degré – encore que celle-ci n'épargne pas certains quartiers des métropoles où nous avons mené cette étude. Il découle aussi de ce que l'accompagnement des personnes n'y repose pas sur une seule équipe qui se retrouve ainsi littéralement seule sur le front de l'intervention, mais sur un réseau d'acteurs qui eux-mêmes s'appuient sur des institutions : encore une fois l'admission en appartement accompagné suppose que les personnes aient au moins une prise en charge psychiatrique. Plus généralement le système de protection sociale français offre aux populations a priori les plus vulnérables des ressources qui les mettent de fait dans des situations plus favorables que d'autres populations disposant de davantage de moyens pour aborder les difficultés de la vie.

Nos entretiens et les quelques observations de réunion d'équipe que nous avons pu faire suggèrent cependant la fréquence des situations faisant courir un risque au professionnalisme des acteurs : devoir intervenir en dehors des horaires du service, devoir faire face à une situation tendue dans un appartement sans le filet de l'institution, devoir accompagner une personne dans des soins ou des démarches ne relevant pas du rôle professionnel. Les équipes théorisent leur action dans ces situations en appelant à d'autres principes normatifs, tels que le militantisme ou la subjectivité. De fait ces situations excèdent rarement leurs ressources. Les plus risquées d'entre elles, pour nos interlocuteurs, sont plutôt celles où des résidents détournent le dispositif dans des comportements déviants aboutissant à la fois à une mise en danger personnelle, à celle du travail d'accompagnement et finalement de l'association elle-même, dont le travail pourrait être remis en cause, qui risque de perdre un appartement, ou encore d'avoir à faire face à des dettes qu'elle n'aurait pas les moyens d'éponger. Le plus fréquemment, nos interlocuteurs mentionnent à l'origine de ces situations des consommations excessives de produits toxiques, l'ouverture de l'appartement à tout vent, les personnes en venant à se faire littéralement occuper par des relations dont la bienveillance n'est pas certaine. Ces situations sont les seules cas mentionnés par nos interlocuteurs en réponse à nos questions sur les motifs éventuels d'éviction de leurs usagers.

Profondément, les tensions et dilemmes que nous avons évoqués dans cette section découlent de l'ambiguïté du logement accompagné : si dans les appartements les personnes sont chez elles, elles sont logées par les équipes soignantes qui, pour reprendre un terme

mobilisé par certains de nos interlocuteurs, exercent sur elles une tutelle qui pour être plus ou moins distante est toujours présente ; cette tutelle est pour les personnes une limite à la jouissance de leur logement dont elles ne peuvent faire ce qu'elles veulent et dont la porte est toujours dans une certaine mesure ouverte, parfois littéralement, au regard professionnel. De fait les personnes sont dans les appartements dans un entre deux, à la fois déjà chez elle et en attente d'un chez soi qui n'est accessible que par cette tutelle. On reviendra en détail plus loin sur la signification de cette relation.

Face à ces écueils, la question des limites est souvent formulée par la question : jusqu'où ? – jusqu'où les équipes peuvent-elles intervenir ? C'est cependant davantage en termes temporels que la question se pose aux professionnels : quand, à quel moment intervenir dans des situations qui peuvent éventuellement aboutir à des crises ou se résoudre ? Quand intervenir, d'un autre côté, dans des emplois du temps contraints comme le sont ceux des équipes ? Faut-il intervenir en urgence ou bien l'urgence doit-elle être renvoyée à d'autres intervenants ? Faut-il intervenir avant la crise ou après l'avoir laissé advenir pour en tirer les leçons et donner éventuellement un tournant nouveau à l'accompagnement ? Profondément la tension se situe pour les professionnels entre la possibilité d'intervenir à tout moment dans le cadre d'un mandat portant sur la vie des personnes dans l'ensemble de ses dimensions et la nécessité de leur laisser un espace à elles qui leur permette d'exercer leur autonomie.

Les dynamiques de projet

Dans ces méandres, comment les équipes construisent-elles le sens des accompagnements pour elles-mêmes et pour les personnes ? Comment en conçoivent-elles les finalités ? L'air du temps voudrait que les accompagnements s'organisent autour des projets des personnes. Les projets sont en effet devenus un rouage essentiel du système de santé mentale dans l'ensemble de ses composantes sanitaire, médico-sociale et sociale, à la fois instruments du gouvernement de ce système et moyen d'impliquer et de donner une prise aux personnes sur leur accompagnement. Dans le secteur social et médico-social, la loi du 2 janvier 2002 fait une double obligation aux services et établissements : d'une part ces derniers doivent élaborer un projet de vie et un projet de soin institutionnels qui énoncent les valeurs du service et indiquent les grandes lignes d'évolution du service à échéance de quelques années ; d'autre part ils doivent également élaborer des projets de vie individuels pour et avec leurs usagers, qui indiquent tant les perspectives de l'accompagnement et les moyens mis en œuvre à son service. Ces projets permettent en

théorie d'assurer que l'équipe proposera un accompagnement respectueux des personnes, de leurs besoins et de leurs aspirations. Plus largement ils permettent de fixer un horizon aux accompagnements et d'assurer que ceux-ci serviront effectivement leur finalité. Leur existence est de ce fait un critère important de l'évaluation à laquelle les services sont réglementairement soumis. Du côté du sanitaire la loi n'évoque que les projets d'établissements et de service. De nombreuses structures requièrent cependant des équipes et des personnes qu'elles élaborent conjointement un projet individuel pour définir les objectifs des prises en charge. La fixation d'objectifs est par ailleurs de façon informelle une dimension importante du travail thérapeutique.

Les observateurs – sociologues, chercheurs ou acteurs professionnels – qui se sont penchés sur ces projets ont souligné combien ils participaient d'une vision des rapports sociaux caractéristique de nos sociétés individualistes. Parce qu'ils obligent les acteurs à mettre en forme des objectifs qu'ils les mettent aussi en devoir d'atteindre, les projets sont une expression privilégié des idéaux d'autonomie. Certains observateurs en ont également souligné les paradoxes, avec des arguments remarquablement parallèles qu'il s'agisse des projets institutionnels ou individualisés. L'injonction faite aux institutions comme aux personnes de se projeter dans des pratiques entre ainsi en tension avec les limitations à leur autonomie qui découlent, du côté des institutions, de la prise limitée dont celles-ci disposent sur leurs budgets, et du côté des personnes, des troubles ou des handicaps dont elles sont affectées. D'autres observateurs encore ont souligné que les projets d'accompagnement rédigés par les professionnels du médico-social tendaient à construire des personnes abstraites toutes entières contenues et façonnées par les dossiers administratifs, à distance des personnes réelles dont elles sont supposés émaner, même si dans un second temps celles-ci en viennent à les reprendre à leur compte dans un mouvement d'assimilation. (Bertrand et al., 2012)

Notre perspective est sensiblement différente. La question qui nous intéresse ici est de savoir comment les équipes mobilisent les projets dans la façon dont elles abordent et construisent les accompagnements. A cet égard si, on l'a vu et on reviendra sur ce point, les contraintes qui pèsent sur les équipes dans l'élaboration de leurs projets institutionnels sont au cœur de nombreux entretiens, ces derniers reflètent peu ces tensions lorsqu'il s'agit des projets personnalisés. Nos interlocuteurs décrivent en effet des usages à la fois pragmatiques et réflexifs des projets rédigés par les personnes. Ces derniers sont moins des objectifs à tenir que des façons pour les services de construire leur relation avec elles. Les équipes ne sont pas dupes de la valeur des projets et de l'investissement qu'y mettent les

personnes. Plusieurs de nos interlocuteurs indiquent ainsi que la procédure d'admission dans leur service repose sur la rédaction par les personnes d'une lettre mais que celle-ci est avant tout une formalité :

> Et dans ce dossier de préadmission on aura le projet du patient. Le projet du patient ça peut être « Moi je veux habiter une maison avec un jardin » ; bon alors, ou bien « j'ai envie d'habiter une maison pour me marier, pour avoir des enfants etc. » Donc à un moment donné il va être confronté à la réalité, on ne peut pas tout avoir en même temps (*Rires*), c'est déjà pas mal d'avoir un logement. [Infirmier, appartements de secteur, #42]

> On leur demande [aux futurs résidents] une petite lettre de motivation dans le dossier candidature, alors pas forcément rédigée de leur main et pas des mille et des cents, mais quelque chose où on sente qu'ils aient bien compris et qu'ils aient envie d'intégrer le dispositif. Finalement c'est plus pour les prévenir eux d'un projet qui serait monté sans eux. [Travailleur social, appartements sociaux, #47]

> Le résident, on lui présente le projet, ce qu'est un appartement associatif. On lui demande de nous rédiger un truc, mais alors très basique. Je leur dis toujours, mettez juste : « Je souhaite intégrer ou rentrer – c'est en fonction de la capacité du vocabulaire – dans un appartement associatif. » Point, je signe. C'est tout, il faut juste mettre un engagement. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Au-delà de l'admission, ces lettres de motivation ou plus largement projets sont mobilisés par les équipes pour marquer des moments dans l'accompagnement et par là de rythmer les prises en charge. L'association X est peut-être dans notre échantillon le service dont le responsable décrit l'usage le plus systématique d'un « plan de rétablissement » rédigé conjointement avec la personne. S'il est toujours un document écrit, celui-ci peut prendre des formes différentes d'une personne à l'autre :

> Pour certains vous allez avoir un petit carnet, parce qu'ils ont besoin que ça soit matérialisé, sur un petit carnet (…). Vous allez en avoir d'autres, ils s'en fichent totalement, donc c'est vous qui allez le faire et puis vous allez le rentrer dans le dossier sur une matrice lambda. Vous en avez d'autres avec qui on va le faire sur une forme de schéma plutôt wrap, ça va être encore différent. Vous avez d'autres personnes, ça va se faire seulement lors de synthèse avec l'hôpital ou autre, alors là on va être encore sur un autre format parce que ça va être le compte rendu de synthèse voilà. Et puis il y en certains, ce n'est qu'un titre, le titre du plan de rétablissement c'est : je ne sais pas vivre dans un quartier calme, voilà, vu que c'est basé sur le choix de la personne. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

A la question de savoir si c'est un document important dans la prise en charge, ce responsable répond clairement : « Non, on discute de l'objectif chaque année, au moment de la synthèse, au moment où ils le demandent, mais pas forcément, enfin en tous les cas

on n'est pas encore arrivé à en faire la pièce maîtresse de l'accompagnement. » Et de poursuivre :

> Ca rassurerait tout le monde [que le projet devienne la pièce maîtresse de l'accompagnement], et en même temps des fois je me dis que si ça n'existe pas, c'est aussi parce que la personne elle n'en est pas là. Il y a des gens qui en sont à peine à habiter la relation, à habiter avec les moyens qu'ils ont. C'est [Jean] Furtos qui disait qu'une relation peut être squattée aussi. Il y a des gens qui en sont à peine là. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

Le projet sert ainsi surtout à marquer le rythme de l'accompagnement et à cet égard il est mobilisé à certains moments vécus comme des tournants, où l'équipe fait alors une synthèse avec la personne et lui signifie le sens de ce qui vient de se passer :

> Après, c'est des gens comme tout le monde, il y a des étapes dans la vie. Il va y avoir des étapes fortes : j'ai trouvé un travail, j'ai retrouvé mes enfants, j'ai déménagé, je me suis acheté une nouvelle télé, je me suis inscrit à l'atelier photo, j'ai repris un soin, je vais à l'hôpital de jour. Ces étapes là ce sont des occasions de faire le point. Pourquoi ? Pour mettre en exergue déjà cette étape, pour qu'elle ait un sens et qu'elle serve un peu comme les trucs de l'échelle. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

Le projet ou plan de rétablissement est alors à la fois une archive et un outil symbolique pour marquer une étape, il permet à la fois d'enregistrer et d'inscrire une progression et de garder à l'esprit une direction :

> Donc là vous avez dans le plan de rétablissement, si on le compare à une échelle ou un rail sur un chemin, vous mettez donc une traverse de plus ou un barreau de plus. on se sert en fait de ce qui arrive aux gens et de leur vie. donc vous allez avoir des gens qui vont avoir 3 4 réunions de synthèse en 6 mois parce que c'est comme ça et tant qu'ils en n'ont pas eu de trois ans et après pour ceux qui en ont jamais on a quand même une vielle c'est-à-dire on va quand même en provoquer une, provoquer quelque chose pour être sûr qu'on a bien tout vu et qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose et voilà. mais vous allez avoir des gens qui vont arriver à faire des chsoes en 6 mois d'autres qui vont arriver à le faire en 3 ans et puis d'autes qui le feront toujours pas et c'est pas grave quoi c'est comme chez Monsieur tout le monde, il y a pas tout le monde qui se marie à 20 ans qui travaille à 25 qui a des enfants à 26 qui a acheté sa maison à 30. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

Au-delà du plan de rétablissement lui-même, les objectifs fixés pour chaque personne sont dans ce service notés sur un tableau affiché dans la salle de réunion du service. Ils sont ainsi en permanence sous le regard de l'équipe, dont cette salle est le lieu de travail où tout le monde converge entre les interventions à domicile, et sont de facto

rappelés au cours de la réunion organisée quotidiennement et qui passe systématiquement en revue l'actualité de toutes les personnes.

Plusieurs remarques s'imposent ici. Si ce service fait un usage à la fois riche et intensif des projets, les services qui ont recours à des projets formels paraissent être en fait une minorité. Une seule équipe de notre échantillon, issue d'un secteur, utilise un outil formalisé construit dans le service et qui vise à construire avec la personne un bilan pour servir de base à un projet. D'autres équipes se servent comme l'équipe ci-dessus d'un dossier usager dans lequel le projet peut être plus ou moins détaillé. Cependant toutes les équipes ne partagent pas nécessairement la position de cet infirmier de secteur :

> Il faut toujours travailler avec un projet. Quelqu'un qui n'a pas de projet n'avance pas. [Infirmier, appartements de secteur, #42]

D'un autre côté au-delà, des projets formels, un certain nombre de nos interlocuteurs mettent au centre de leur description des projets informels. Les projets des patients paraissent être dans ces services des perspectives négociées entre les patients et les professionnels oralement, qui peuvent être inscrites dans des dossiers mais qui ne donnent pas lieu forcément à un écrit . Ces projets donnent un horizon au travail des professionnels comme aux projections biographiques des personnes. Ils reposent à la fois sur un travail d'imagination et sur une forme d'identification biographique.

A partir de ces remarques on peut distinguer deux grandes façons pour nos interlocuteurs de construire les accompagnements. Un premier ensemble d'entre eux mettent au centre de leur description un travail autour des projets des personnes. Tout l'enjeu est pour ces professionnels de faire émerger ces projets et de les mettre en forme de sorte que l'expérience des personnes dans le logement s'inscrive effectivement dans une trajectoire biographique. Ici le logement accompagné est un réceptacle à l'élaboration et la mise en œuvre de projets personnels.

Ce service d'appartements associatifs de secteur illustre de cette approche. Son responsable décrit en détail les tentatives et les efforts mis en œuvre par l'équipe d'accompagnement pour trouver un logement qui correspondent à un projet formulé avec précision par les personnes :

> C'est le principal de notre action avant de trouver le logement, c'est de vraiment détailler le plus possible le projet avec la personne, voilà, d'essayer de savoir comment elle voit les choses, de s'y projeter, et puis éventuellement de l'amener à changer d'avis si c'est compliqué, enfin etc. C'est ce qui nous permet d'avoir des projets très différents : on a un patient par exemple qui habite [à nom de quartier], qui habite dans le centre-ville, à côté de [monument], [sous-entendu : à distance du

> secteur de rattachement de l'équipe d'accompagnement], mais parce que ça avait du sens pour lui, on ne l'aurait jamais fait si ça n'avait pas de sens, on ne lui aurait jamais dit, c'est ça ou rien, non, ça a beaucoup de sens pour lui, il est ravi d'habiter là-bas. Voilà, pour d'autres patients, le projet, ça va être à côté du CMP ; donc, il va falloir à tout prix qu'on trouve quelque chose à côté du CMP. [A un collègue participant aussi à l'entretien :] L'appartement dont tu parlais, c'était un projet très particulier, parce que c'était un patient qui voulait un appartement grand pour pouvoir recevoir ses enfants, donc il a fallu, on a attendu puisqu'en fonction des budgets etc., on ne pouvait pas trop aller dans le privé, donc on a attendu en effet qu'une autre association libère un logement de quatre pièces – c'est ça, c'est un logement T4 – mais du coup on s'est dit qu'on allait le proposer au patient, parce que ça faisait des années qu'il souhaitait changer de logement pour avoir quelque-chose de grand, pour recevoir ses enfants, qu'ils aient chacun une chambre, etc. C'est vraiment- on tente des projets le plus personnalisé possible, alors ça complique les choses, parce que voilà, c'est pas : dès qu'on trouve un logement, on le propose à quelqu'un ; et puis ça fait des appartements à droite à gauche, voilà, mais on essaie vraiment de faire comme ça. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Dans cette autre expérimentation, la responsable du service décrit son rôle comme celui de faire émerger et aboutir les projets des personnes :

> En fait moi, disons que moi je me positionne en tant que facilitateur, il n'y a pas de pré-projet personnalisé, individualisé y a pas de formalisation de tout ça, néanmoins les personnes qui arrivent ici elles ont quand même des envies, des besoins qu'elles expriment, qu'on repère, qu'on suggère aussi mais qui sont pas imposés, quoi. Moi je me fais comme objectif de répondre à ces besoins, qu'ils soient exprimés ou repérés en tout cas mon objectif c'est d'y répondre, si je juge que je ne suis pas dans la capacité de répondre correctement je fais appelle à des services annexes, par exemple là bientôt pour un monsieur il va y avoir un SAMSAH qui va se mettre en route. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

Ce service organise une gamme d'activité à destination des personnes en fonction des compétences des intervenants, de la disponibilité d'autres interventions et des possibilités financières : accompagnement dans des activités régulières, sorties de loisir. Au-delà de l'organisation dans les moindres détails du quotidien des personnes, c'est cependant la façon dont la responsable du service décrit un travail d'accompagnement en prise avec l'expérience des personnes qui caractérise ce service :

> Il y a le monsieur là au troisième étage qui me dit « [Prénom], tu sais, je veux rester ici toute ma vie », mais oui ! Mais oui, bien sûr. Et d'autres qui vont dire « bah, moi tu sais [Ville A, où est implanté le service] j'aime pas trop », un autre monsieur « [Ville A], mon projet n'est pas ici. Je repartirai sur [Ville B] quand j'aurai fini ma formation ». Çà c'est drôle quand même, une formation [Nom du service] (rires).

> Enfin bon, donc moi j'aurais envie de dire à tout, à tout on peut, tout est possible, je pars de ce postulat-là. Voilà, permettons à la personne de vivre ici toute sa vie, on peut même envisager qu'il y ait des hospitalisations à domicile, hein ? Pour les cas les plus lourds, s'il y avait des maladies somatiques qui se déclaraient et si tout le monde était d'accord, pourquoi pas ? Pour épauler, pour vivre ça ensemble ? On peut le supposer. Et d'autres, on a un couple ici, ils veulent partir, ça va faire trois ans qu'ils sont là
>
> *Q : Ils étaient déjà en couple avant ?*
>
> Non, ils se sont connus ici. Et on voit que ça va. Je vais dire, enfin, il y a évidemment des partenaires extérieurs qui y sont, la protection maternelle et infantile ou la gynécologue, enfin, des trucs pour sécuriser, pour les accompagner dans leur vie de couple, dans leur vie de parents peut-être. Parce qu'ils ont quand même cette envie-là à un moment donné. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

L'accompagnement est dans cette citation une façon d'adapter le logement à l'expérience de la personne, de faire du moment passé dans ce logement une expérience pour la personne qu'elle assimilera dans une trajectoire biographique. Cette façon de construire l'accompagnement ne signifie pas que le service développe nécessairement son accompagnement dans toutes les dimensions de la vie des personnes. Dans l'association de secteur citée ci-dessus, le responsable souligne ainsi que l'accompagnement ne se prolonge pas au-delà du logement faute de moyens :

> L'accompagnement, pour des infirmiers du CMP, ça prend beaucoup, beaucoup de temps. Les visites à domicile, déjà, prennent beaucoup de temps. Enfin, il me semble qu'on n'a pas le temps de faire plus d'accompagnement que ça. Après, on délègue, en fait... En termes d'accompagnement, on va déléguer à des structures type SAMSAH, SAVS, avec lesquelles on va être en lien, mais ce n'est pas nous qui allons assurer l'accompagnement... Je pense qu'on n'a plus le temps de faire ça, en fait. Ce n'est pas une question de volonté... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Par contraste, les pratiques d'accompagnement décrites dans le second groupe de services se caractérisent par le fait qu'elles mobilisent peu les projets des personnes. Cela ne signifie pas que les équipes ne soient pas à l'écoute des visions exprimées par les personnes, éventuellement avec l'aide de soignants ou de proches, de ce qu'elles souhaitent pour elles-mêmes. L'intégration d'un appartement accompagné est conçue en général par ces professionnels comme la réalisation d'un projet formulé par la personne en amont, dont le séjour permettra ensuite éventuellement de construire un nouveau projet dans un logement autonome ou une autre structure. Mais le séjour lui-même n'est pas constitué en tant que

tel en expérience dont il s'agirait de travailler le sens dans la biographie de la personne. Dans ces services, tels que les décrivent les professionnels, l'accompagnement vise d'abord à assurer les conditions pour que les personnes puissent effectivement habiter l'appartement et faire en sorte qu'elles acquièrent les compétences nécessaires pour s'y maintenir. En d'autres termes c'est le logement lui-même qui est conçu comme le projet des personnes et c'est aux personnes de constituer une expérience à partir de ce qu'elles vivent dans les appartements. Ces perspectives organisent la façon dont ces équipes conçoivent les différentes phases de la trajectoire d'accompagnement depuis l'intégration à un appartement jusqu'à la terminaison de l'accompagnement et le départ des personnes pour une autre structure ou un logement indépendant.

Lorsque les personnes sont dans les logements, la description que font les équipes de l'accompagnement se concentre sur les dimensions de sécurisation de la situation. Les responsables de ces associations insistent sur le travail déployé pour s'assurer que les personnes pourront effectivement habiter l'appartement et s'acquitter des charges qui en découlent. Cela ne signifie pas que l'accompagnement ne soit pas conçu de façon dynamique et évolutive, et que ces équipes ne proposent pas d'horizon aux personnes. L'objectif n'est pas seulement d'installer la personne dans un appartement. Le travail avec la personne est cependant conçu dans une perspective éducative centrée sur l'acquisition de certains gestes ou habitudes que le logement requiert des personnes.

Par ailleurs les responsables de ces associations mettent des limites à ce qu'elles conçoivent comme étant de leur ressort. Les personnes peuvent avoir des projets mais ce n'est pas nécessairement au service de construire un accompagnement à partir de ceux-ci :

> Après, je crois qu'il y a des personnes qui n'ont pas beaucoup d'activités dans leurs semaines. Est-ce parce qu'elles le veulent, est-ce parce qu'elles subissent un peu ça, parce qu'elles savent pas trop comment faire, parce qu'il y a des moments où elles aimeraient bien, quand elles vont bien et du coup ça se fait et puis quand elles vont pas bien y a tout qui est un peu lâché et que du coup c'est un peu compliqué après de reprendre, voilà c'est pas qu'elles n'ont pas envie, elle le font pas quoi. Je pense qu'il y a tous les cas de figure mais c'est pas des gens actifs au sens commun du terme quoi. Il y aurait certainement pas mal de choses à imaginer, hein ?! Mais je pense pas que ce soit le job de l'association. (…) Après c'est peut-être susceptible d'évolution mais je crois que si des projets comme ça devaient émerger, moi je l'imaginerais plus comme l'idée de on va peut-être recenser vos besoins et voir peut-être comment est-ce que, on ne va pas proposer quelque chose qui émerge de l'association, mais comment l'association peut aider ces personnes à aller voir ce qui leur ferait du bien quoi. [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

Au final les différents services de notre enquête se distinguent selon que leurs équipes font des projets un moteur ou un cadre au travail d'accompagnement. Dans le premier cas les projets émergent dans le cours du travail, qui vise à les faire aboutir. Dans le second cas, ils organisent et donnent un sens au travail parce qu'ils le précèdent toujours. L'opposition que nous décrivons dans cette partie peut être comparée aux analyses classiques que Bloor et collègues ont proposé des communautés thérapeutiques anglaises et à la distinction qu'ils faisaient entre deux types d'établissements, les uns traitant les personnes en créant une réalité autour d'elle, les autres en organisant leur confrontation avec la réalité (Bloor et Fonkert, 1982 ; Bloor et al., 1988). Une différence importante est cependant que les appartements thérapeutiques n'interviennent pas seuls dans la prise en charge des personnes. Les façons de construire les accompagnements dans les services ne prennent vraiment sens que dans le système des relations d'adressage et de coopération qui s'établit entre ceux-ci, un service psychiatrique et d'éventuels autres intervenants. Ce point fera l'objet du prochain chapitre.

Plus largement nous avons montré dans ce chapitre la part d'indétermination qui marque les projections que font les acteurs – et probablement aussi les personnes – dans le travail d'accompagnement et les incertitudes qui en découlent pour les services eux-mêmes. Cette indétermination tient à la fois aux processus pathologiques en jeu dans la maladie mentale, aux nombreux aléas que rencontrent les personnes dans leur vie, comme aux contingences propres des organisations assurant les soins ou les accompagnements. Nous avons suggéré que si les projets sont bien la façon pour les équipes de gérer ces indéterminations, pour autant ces derniers ont moins pour fonction de réduire ces indéterminations que d'en négocier la forme. Dans un cas les projets donnent forme à ces indéterminations quand dans le second ils en sont le cadre.

5. Loger, soigner

Les analyses qui précèdent abordaient les accompagnements mis en œuvre par les appartements accompagnés pour eux-mêmes. Or, on l'a souligné, il est difficile d'analyser le travail des structures médico-sociales sans prendre en compte leur insertion dans une écologie de services et d'établissements concourant à répondre ensemble aux difficultés des personnes. A cet égard on ne peut qu'être frappé par la complexité des organisations formelles ou informelles mises en place au service du traitement, de la prise en charge et/ou de l'accompagnement de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiatriques en France aujourd'hui. Pour nous limiter aux situations au centre de ce rapport, les personnes accueillies en appartement accompagné bénéficient au moins d'un double accompagnement, celui de l'équipe des appartements et celui de leur psychiatre traitant. Le plus souvent ce dernier est un psychiatre de secteur et les personnes sont en fait suivies par une équipe pluridisciplinaire. Le suivi de secteur peut ainsi comprendre des consultations médicales, des suivis par des psychologues, des visites à domiciles et éventuellement différents groupes ou activités. Au sein du secteur, les personnes bénéficient par ailleurs souvent d'autres prises en charge tel qu'un hôpital de jour ou un CATTP. L'accès à des services médico-sociaux et sociaux peut également avoir été mis en place : travail protégé et tutelle notamment. A cette liste il convient enfin d'ajouter la participation à des groupes d'entraide mutuelle ou d'auto-support et les aides informelles que les personnes peuvent mobiliser auprès de leurs proches.

Les personnes se retrouvent ainsi fréquemment au milieu de véritable réseaux de prise en charge constitués par elles, avec elles ou pour elles, selon les situations, et qu'il faut faire tenir. Les intervenants sont parfois tellement nombreux que les personnes se

retrouvent à passer leur temps entre les rendez-vous, leurs journées étant totalement occupées par des activités organisées à leur profit par les divers services chargés de s'occuper d'eux. Les équipes expliquent d'ailleurs parfois les ratés de certains accompagnements par le seul nombre de ces intervenants, qui « sollicitent trop » les patients.[59]

Sociologiquement, la question que posent ces situations est celle de la division du travail entre services et de leur coopération dans la gestion des trajectoires de maladie. Comment différents services se répartissent-ils les tâches de prise en charge ou d'accompagnement ? Jusqu'à quel point cette division du travail est-elle négociée par les équipes et dans quelle mesure est-elle structurée par les organisations formelles et les juridictions professionnelles ? Comment s'organise dans le déploiement même du travail la juxtaposition des tâches des uns et des autres ? Lorsqu'un patient se retrouve au centre d'accompagnements multiples mis en œuvre par des acteurs divers, qui maîtrise la direction d'ensemble du travail et comment s'articule le travail des uns et des autres ? Ce chapitre est consacré à ces questions. Avant d'aborder nos analyses il convient toutefois de revenir sur les réponses qui leur sont couramment données dans la littérature et par les professionnels.

Les limites des « parcours coordonnés »

La réponse de la réglementation et de la littérature grise à cette question, comme celle donnée par les professionnels, est que services psychiatriques et structures sociales et médico-sociale ont des missions distinctes qui s'adressent à deux sphères de phénomènes elles aussi distinctes : les premiers viseraient la pathologie des personnes, tandis que les accompagnements sociaux et médico-sociaux s'intéresseraient à leur vie sociale. Plus précisément cette littérature aborde les questions de la division du travail de prise en charge et d'accompagnement et de la gestion des trajectoires de maladie à travers les deux notions de « parcours de soins » et de « parcours de vie ». Ces deux notions, qui sont peut-être aujourd'hui les deux concepts cardinaux des discussions et de la réflexion sur le système de santé et médico-social en France, cherchent à capter une vision à la fois intégrée et directionnelle des étapes par lesquelles passent les personnes dans la gestion de leurs difficultés : intégrée parce qu'elles donnent l'image d'un arc que le parcours fait, précisément, parcourir à la personne ; directionnelle en ce qu'elles renvoient à la fois à la

[59] « Il est très sollicité » a été entendu au cours d'une des réunions de service auxquelles nous avons assisté, à propos d'un patient qui avait tendance à ne pas venir à ses rendez-vous. Une autre responsable associative souligne que son service n'attend pas des personnes accueillies qu'elles aient la PCH et n'en fait pas la demande quand elles le pourraient afin d'« éviter qu'il y ait trop d'interventions ».

cumulativité des expériences – dans le parcours il n'y a pas de retour en arrière : un chemin peut certes passer deux fois par la même étape mais dans son parcours une personne vivra nécessairement différemment le deuxième passage – et surtout à l'impulsion orientée que les acteurs des trajectoires de maladie donnent à leur travail sur celles-ci – aider au parcours, c'est aider dans le sens d'un mieux. Les parcours peuvent être chaotiques mais l'idée est qu'en fin de compte un sens s'en dégagera. Au-delà, ces notions reposent sur deux présupposés.

Le premier est, comme on vient de le signaler, que les personnes évoluent dans deux espaces distincts relevant de deux ensembles de compétences elles aussi distinctes : les soins et la vie sociale. Le parcours de soin est du ressort de la psychiatrie tandis que le parcours de vie concerne le social et le médico-social. La littérature reconnaît cependant que ces espaces ne sont pas complètement cloisonnés mais qu'au contraire ils ont de nombreuses incidences l'un sur l'autre : les parcours de soin ont un impact sur les parcours de vie parce que la maladie et les nécessités des traitements empêchent les personnes d'effectuer toutes les tâches qui appartiennent à leur rôle social, voire mettent en danger leur insertion sociale ; réciproquement les aléas des parcours de vie peuvent en retour rejaillir sur les soins lorsque par exemple la perte d'un logement ou le décès d'un proche conduit à une aggravation des troubles. Mais ces incidences sont en quelque sorte des accidents et dans un monde idéal les deux parcours se déploieraient sans entrechocs.

Le deuxième présupposé est que les parcours devraient être les plus continus possibles. Pour les promoteurs de cette littérature le principal danger est en effet que survienne une rupture dans des parcours qui n'en seraient alors plus vraiment. Le terme de « rupture » est utilisé de façon souvent assez vague – et un peu incantatoire – par les auteurs mais il renvoie globalement au risque qu'une personne malade ne bénéficie pas du traitement, de la prise en charge ou de l'accompagnement dont elle paraît avoir besoin dans la suite d'un premier traitement, d'une prise en charge ou d'un accompagnement. L'idée derrière ce terme est qu'un système efficient devrait être en mesure d'apporter à chacun les services rendus nécessaires par son état de santé et le plein exercice de ses droits. Les ruptures de parcours sont d'autant plus regrettables qu'au contraire du non recours – autre cas où des services ne sont pas apportés aux personnes qui en ont besoin – il s'agit de personnes aux besoins en principe identifiés par les services de santé, médico-sociaux ou sociaux et que l'on n'a pas su maintenir dans les mailles de la protection sociale.

Dans la réflexion sur le système médico-social un risque particulier est que des ruptures de parcours soient la conséquence des incidences du parcours de vie sur le

parcours de soin ou réciproquement. Dans le champ de la santé mentale c'est par exemple le cas lorsqu'un accompagnement médico-social n'est pas mis en place au sortir d'une prise hospitalisation, ou encore lorsque le suivi en CMP cesse alors qu'une personne est accueillie dans un établissement médico-social et qu'elle change de secteur. Pour répondre à cette difficulté, la réglementation comme la littérature grise font la promotion de l'idée d'une « coordination » des parcours : mieux assurée par les acteurs, celle-ci permettrait que les relais soient effectivement passés quand ils doivent l'être. Un grand nombre de rapports ont été publiés ces dernières années sur ce point qui est peut-être actuellement le problème numéro un de la politique de santé mentale en France. Ces rapports tendent à promouvoir l'idée que la coordination devrait être une fonction en soi des organisations de soin. Cependant ces textes indiquent rarement précisément quelle est la nature exacte de cette fonction ni a fortiori comment cette fonction devrait être effectivement assurée.

La difficulté profonde est que la notion de coordination est excessivement peu définie et recouvre manifestement des procédures et pratiques extrêmement variées en fonction des contextes. La lecture de l'ouvrage compréhensif publié sur la question par Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut en 2014 donne à cet égard le tournis (Bloch et Hénaut, 2014) : la recension qu'elles proposent des modes de coordination des parcours recouvre à la fois des métiers, des organisations, des pratiques ou encore des techniques. Il est difficile dans ce contexte de penser la coordination comme un problème univoque ou même comme une série de problèmes bien identifiés. Le problème de la coordination des parcours pourrait être bien plutôt l'expression donnée au sentiment diffus que les organisations ne fonctionnent pas comme elles le devraient.

A cet égard s'il peut paraître comme le mal nouveau d'un système de santé et particulièrement de santé mentale devenu à la fois pléthorique et d'une complexité effroyable, le problème de la coordination a en fait une histoire aussi ancienne que le champ de l'action sociale et médico-sociale et il y joue un rôle tel qu'on peut suggérer qu'il en est tout au long du vingtième siècle une sorte de fil rouge. Lorsque ce champ se structure dans les années 1930 le problème auquel il vise à répondre est celui de maladies que l'on qualifie alors de sociales parce qu'elles affectent les personnes dans toutes les dimensions de leur vie et qu'elles mettent en danger la cohésion de la société – le second terme employé à l'époque est celui de fléau social. La tuberculose, le cancer, l'alcoolisme voire les maladies mentales ne sont en effet pas seulement des dangers pour des personnes individuelles mais ils doivent être pris en charge pour le retentissement qu'ils ont sur l'ensemble de la cellule sociale à laquelle celles-ci appartiennent : la tuberculose empêche un

père de travailler et de ramener les revenus nécessaires à la vie de la famille, une mère d'assurer son rôle de mère et de tenir ses enfants propres et en bonne santé, elle conduit par ailleurs à mettre en œuvre des mesures d'isolement qui mettent en danger la cohésion familiale, et elle oblige à des mesures de surveillance en direction d'ilots d'habitation qui peuvent se révéler des foyers de contagion. L'enjeu face à ces maladies est de faire coopérer, ou se coordonner, services d'hygiène publique, services médicaux et dispositifs d'assistance publique au profit des malades et de la population afin de limiter l'impact des difficultés dont elles font l'expérience. La coordination a dans ce contexte une double connotation pratique et politique. L'enjeu est à la fois de résoudre les difficultés auxquelles font face les professionnels au profit de personnes données et de concevoir une action publique qui permettra d'assurer effectivement des formes de coopérations mieux intégrées. Le concept s'applique ainsi autant aux services de l'Etat au plus haut niveau que localement dans l'organisation du système local. A tous les niveaux, il s'agit de créer des organisations de type nouveau, intégrant cliniciens, hygiénistes, urbanistes, travailleurs sociaux – dont les métiers émergent à ce moment-là –, au profit de la santé des personnes et des populations.

Après la seconde guerre mondiale la notion de coordination se charge de deux préoccupations nouvelles alors que les questions médico-sociales se déplacent des fléaux sociaux aux maladies chroniques et au handicap. Dans un premier temps, la modernisation du système de santé est comprise par les gouvernants comme une demande de techniques alors que par ailleurs ce qui apparaît comme une série de « révolutions thérapeutiques » touche l'ensemble de la médecine et semble de nature à apporter une réponse aux grands fléaux sociaux des années 1930 : antibiotiques pour la tuberculose, neuroleptiques pour les maladies mentales, chimiothérapies du cancer, mais aussi chirurgie pour un certain nombre de handicaps. Dans ce contexte les modes de pensée qui avaient marqué l'action sociale et médico-sociale des années d'avant-guerre connaissent un net reflux, sauf dans quelques segments – dont de façon remarquable la santé mentale, pourtant au cœur de la révolution neuroleptique. Pour autant un certain nombre de questions soulevées autour de la coordination dans la période précédente continuent d'être posées par certains segments du corps social, portées par un constat des limites d'une réponse purement technique à la maladie. Elles sont aussi sensiblement déplacées : à la préoccupation sociale sinon socialiste des pionniers de l'action médico-sociale dans l'entre deux guerre s'est substituée une demande humaniste portée par des courants philosophiques proches de l'existentialisme ou du personnalisme. Dès les années 1960 un certain nombre de voix expriment le risque que

la technicisation de l'hôpital conduise à une déshumanisation des soins alors que par ailleurs l'effort de rénovation des hôpitaux n'a pas porté tous ses fruits et que de nombreux établissements conservent des conditions d'accueil indignes. La politique d'humanisation de l'hôpital des années 1970 et l'idée-slogan de mettre le patient au centre du système sont l'aboutissement de cette mobilisation.

C'est cependant dans le champ de la santé mentale, avec la politique de secteur, que ces questions ont le plus d'influence. Les problèmes de la continuité et de la proximité des soins sont au cœur de la politique de secteur qui y voit l'enjeu clef d'une approche anthropologique de la folie. Le secteur apporte à ces problèmes une réponse d'une efficacité redoutable mais que rétrospectivement on peut juger limitée : la continuité des prises en charge sera assurée dans la mesure où une seule équipe, certes « médico-sociale », aura en charge le patient au long de sa prise en charge. En particulier cette réponse repose sur l'idée que l'ensemble des services dont ont besoin les personnes seront fournies par les secteurs et de fait la circulaire de mars 1960 prévoit que ceux-ci s'équipent de solutions d'hébergement et de travail adaptées pour apporter une réponse globale aux besoins des personnes malades.

La relance de l'action sociale et médico-sociale à partir des années 1970 et notamment des textes du 30 juin 1975 conduit à remettre la question de la coordination à l'ordre du jour tout en l'infléchissant une nouvelle fois. La question est désormais de faire travailler ensemble les professionnels de ce que l'on considère comme deux secteurs d'activité distincts au profit de personnes dont les problèmes ne peuvent pas être compartimentés en social et médical. Outre ce déplacement d'échelle, la coordination se charge également d'une préoccupation de nature radicalement nouvelle liée à une préoccupation renforcée pour la maîtrise des dépenses sociales qui repose elle-même sur l'essor de l'expertise médico-économique. Alors que le constat s'impose d'une augmentation apparemment irrésistible des dépenses de santé, l'enjeu central de la politique de santé devient de rationaliser la délivrance des secours avec l'espoir d'améliorer l'efficience du système. Il ne s'agit alors plus seulement d'intégrer des services dans la perspective d'améliorer la réponse à ce qui paraît une question sociale ou pour satisfaire une vision humaniste de la santé, mais d'optimiser les filières de soin dans une perspective de rationalisation économique. A cet égard on peut entendre dans la notion de parcours l'idée que les services devraient intervenir selon des séquences d'actes balisées dont tous l'enjeu est de les emboîter les unes sur les autres.

Malgré ces déplacements, la coordination des années 2000 partage ainsi avec les problématisations antérieures de ce terme la conscience d'une tension entre la dimension proprement technique des soins médicaux et les incidences sociales de la maladie et de sa prise en charge. La littérature actuelle sur ces questions comme ses devancières paraissent cependant faire face à plusieurs limites. La première est qu'elles supposent une frontière nette et parfaitement identifiée entre ce qui relèverait de la médecine technique et d'un social non technique. Or la sociologie des techniques insiste sur le fait que la technique est d'emblée sociale, que le social infuse la technique : à la fois parce que les choix techniques reflètent des rapports sociaux et parce que les techniques ne sont rien sans les contextes sociaux dans lesquelles elles sont mises en œuvre. Dans le cas de la santé mentale où une partie importante de la thérapie ressortit à la psychothérapie, donc à une technique relationnelle, cette frontière est plus difficile à tenir encore : un entretien psychothérapeutique et un entretien social partagent au fond les mêmes outils – la parole et le face à face – d'autant plus que, comme le font observer un certain nombre de sociologues, dans le contexte actuel le travail social vise de plus en plus la subjectivation des bénéficiaires. De fait, on y reviendra longuement, la définition même de cette frontière est un enjeu du travail des acteurs.

La seconde limite découle de ces remarques et concerne le niveau auquel devrait être déployée la coordination. L'essentiel de la littérature fait comme si l'enjeu était de coller ensemble des arcs de prise en charge dont la cohérence interne serait assurée par le fait qu'ils sont pris en charge par un service ou une unité sous la responsabilité d'un professionnel identifié. Or les travaux en sociologie de la médecine sur les trajectoires de maladie suggèrent que c'est du déploiement même du travail de prise en charge ou d'accompagnement que naissent les problèmes de désarticulation, par exemple lorsque la mise en place d'un traitement médical met en danger un équilibre antérieur et nécessite de construire un environnement social autour de la personne pour que le traitement puisse simplement être délivré. Le travail d'articulation doit ainsi être mis en place dans le cours du travail par chacun des acteurs.

Pour dépasser ces écueils, l'analyse en termes de travail centrée sur les tâches concrètes accomplies par les services que nous avons commencé à mettre en œuvre dans la partie précédente permet d'insister sur les multiples façons dont le travail des uns et des autres est susceptible de s'ajuster. La mise en place d'un accompagnement dans le cours d'une prise en charge correspond à l'ouverture d'une nouvelle ligne de travail dans la gestion des difficultés d'une personne. Celle-ci peut être totalement indépendante du travail

des équipes psychiatriques, notamment lorsque c'est la personne elle-même qui ont mis en place ces accompagnements et qu'elle se déploie dans une sphère distincte de celle des soins psychiatriques, mais ce cas se présente rarement : la plupart des équipes psychiatriques estiment en effet que leur travail est en prise avec la vie de leurs patients dans toutes ses dimensions, soit qu'elles considèrent que celle-ci fournit nécessairement matière au travail thérapeutique, soit qu'ils conçoivent comme relevant de leur mandat de mettre en œuvre ce qu'ils peuvent pour assurer le bien-être des personnes dans ses aspects également sociaux. Le plus souvent le travail des services d'accompagnement médico-sociaux amène ainsi les équipes psychiatriques à réorganiser leur travail. Les formes de collaborations entre services peuvent alors être nombreuses : substitution d'un service à l'autre dans l'accomplissement de certaines tâches, délégation de certaines tâches, supervision du travail d'un service par l'autre ou coopération dans l'accomplissement de certaines actions. Au-delà de ces remarques générales, on peut déployer cette analyse à partir de trois séries d'observations qui seront l'objet des trois prochaines sections.

Entre le médical et le social

La première de nos observations est que les acteurs des appartements accompagnés ont des conceptions variées de la relation entre le travail d'accompagnement réalisé dans les appartements et le travail de soin du ressort en principe des équipes psychiatriques. Globalement on peut distinguer deux positions opposées dans notre échantillon. Pour la première, l'accompagnement dans les appartements est d'une autre nature que le travail de soin : le soin s'adresse à une personne malade et vise à l'amener à la guérison ou du moins à mettre sous contrôle sa pathologie, quand l'accompagnement dans les appartements vise avant tout à permettre aux personnes de disposer et d'habiter un logement. L'accompagnement dans les appartements est ainsi abordé par ces professionnels comme une mission de service social que l'on pourrait presque qualifier d'humanitaire :

> C'est une aide parce qu'on n'arrive pas à trouver des logements sociaux, pour éviter qu'ils restent trop longtemps hospitalisés et qu'il y ait une action délétère d'une hospitalisation trop longue. Voilà. Et donc pour leur permettre d'attendre la recherche d'un appartement. Parce qu'autrement, simplement les rééduquer à la vie autonome, on peut le faire aussi s'ils ont un logement. C'est en activité de secteur ça. Donc c'est de la visite à domicile, donc qu'on le fasse sur notre appartement à nous ou qu'on le fasse sur un autre, c'est la même chose. [Psychiatre, appartements de secteur, #56]

La position inverse, selon laquelle l'accompagnement dans les appartements relève de la thérapie, est moins présente dans nos entretiens mais elle peut être relevée chez certains de nos interlocuteurs qui soulignent le potentiel thérapeutique propre du logement accompagné. « Les murs soignent » [Infirmier, appartements médico-sociaux, #5] indique ainsi de manière particulièrement ramassée un chef de service qui considère que le logement, parce qu'il permet l'isolement des personnes et un accompagnement en soi thérapeutique, a une dimension intrinsèquement thérapeutique. Un autre ancien responsable d'une association de secteur, lui-même psychiatre, évoque une mission de « thérapie sociale » à propos de la mission d'accompagnement sociale prise en charge par son association. Ces responsables reconnaissent que cette dimension thérapeutique est certes d'une autre nature et qu'elle vient à côté de celle mise en œuvre par les équipes de secteur, mais ils insistent sur la contribution propre au processus thérapeutique de ce travail.

Ces deux positions extrêmes sont cependant minoritaires et la plupart des acteurs ont une position intermédiaire du rôle que les appartements accompagnés jouent vis-à-vis de la thérapie et que capte la notion de visée thérapeutique : les appartements, en soi, ne sont pas thérapeutiques, mais ils peuvent concourir à l'action thérapeutique des services. Leur action est thérapeutique en seconde intention.

> *Q : Donc vous pensez que le travail que vous développez à partir de l'association porte un effet thérapeutique ou pas ?*
>
> Ah, oui, oui. On est une association à visée thérapeutique !
>
> *Q : Et quelles sont, selon vous, les visées ou la visée thérapeutique ?*
>
> Alors c'est d'abord redonner une dimension citoyenne à la personne, ça c'est une visée thérapeutique hein ? Ça veut dire, voilà, vous avez un appartement, vous allez vivre des choses différentes, il y aura pas le soutien continuel de l'infirmier, vous avez une forme d'autonomie – car pour moi l'autonomie c'est le jour quand il y aura plus d'infirmier qui va viendra le voir ou seulement de temps en temps, ou il ira au consultations dans un CATTP, où sont appartement sera à son nom, qu'il payera son loyer, qu'il se fera à manger comme ils le font, etc. Nous on est là, on est un « déclic» à la limite, hein ? [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Le terme de « déclic » employé par ce responsable associatif dans cette dernière citation décrit bien le processus en jeu : les appartements accompagnés permettent que s'enclenche quelque chose dans l'ordre de la thérapie qui se déploiera dans une autre sphère que l'accompagnement dans le logement à proprement parler, et sans pour autant que ce dernier organise ce quelque chose ni même en soit le moteur. Parmi l'ensemble de nos

interlocuteurs, c'est peut-être le psychiatre que nous citions en introduction de ce rapport à propos de la nature sociale ou médicale des appartements accompagnés qui développe la perspective le plus élaboré sur les mécanismes exacts mis en jeu dans ce processus. [Psychiatre, appartements de secteur, #21] Les appartements, nous disait-il, sont une façon pour une équipe psychiatrique de faire du social pour dans un second temps revenir vers le soin. Dans la suite de l'entretien il donnait trois pistes pour comprendre la façon dont s'opère ce va et vient et les processus sur lesquels il repose. Premièrement, avoir un logement facilite l'engagement dans le soin parce que, dans la ligne des citations d'autres responsables associatifs plus haut, le logement installe un nouveau rapport au monde et en particulier aux soins. Avoir un logement à soi permettrait aux personnes de se consacrer aux soins ne serait-ce que parce qu'elles sont libérées du besoin peut-être plus existentiel encore de trouver un toit.

> La question de l'habiter, de l'habiter quelque-part d'un patient suivi en psychiatrie a des répercussions sur ce qu'on peut lui proposer en termes de soins, et beaucoup plus globalement, sur sa trajectoire de vie, en fait... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

En second lieu le fait que ce logement soit proposé par l'équipe psychiatrique dans le cas des appartements associatifs permet d'approfondir ce processus parce que cela contribue à créer ou renforcer l'alliance thérapeutique : l'implication des soignants dans la gestion du logement, du bail et de son maintien en ordre, permet des interactions d'une autre nature avec le patient qui en retour facilitent celles relevant du soin à proprement parler.

> *Q : Le logement participe de ça, pérenniser quelque-chose qui soit hors de la famille ?*
>
> Oui. Quelque-chose qui soit de l'ordre de l'appropriation, je dirais, à la fois du logement, de l'habitat et des soins. C'est-à-dire que l'idée, c'est ça, quand même, quand ça fonctionne, c'est que le patient s'approprie son logement, et que comme le logement finalement a à voir avec l'équipe soignante, quand même, parce que c'est l'association... il y a quelque chose qui est gagné en quelque sorte sur l'appropriation des soins. La personne va plus facilement se soigner. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Enfin, à un troisième niveau, le logement participe des soins parce que dans la vision que cette équipe a de la psychiatrie, tout ce qui touche à la vie des patients a potentiellement un effet sur sa situation de maladie. Pouvoir avoir des interactions avec les patients à propos de leur insertion dans le logement permet ainsi de mettre au jour un matériau nouveau susceptible d'être mobilisé dans le travail thérapeutique.

> *Q : Et dans l'ensemble, les références du service, vous les caractériseriez de psychanalytiques, psycho-thérapeutiques ?*
>
> Psychothérapie institutionnelle. Clairement, oui. Et psychanalytiques. Mais, psychothérapie institutionnelle. C'est ce qui fait voilà... c'est ce qui explique quand même qu'on soit, à mon avis, engagé dans ce type d'actions [les appartements associatifs]. Enfin, moi, en tout cas, c'est ce qui me parle. C'est l'idée que le social, ça compte, que l'engagement au côté d'un patient, il est global, en fait. Et qu'on peut difficilement dire, en regardant une situation clinique : ça, ça ne me regarde pas. Même si ce n'est pas de la psychiatrie pure et dure, ça nous regarde, à partir du moment où ça regarde le patient, où ça influe sur sa vie, et sur son état, ça nous regarde. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Cette dernière citation appelle un commentaire. On peut en effet entendre dans cette réflexion la position d'une équipe soucieuse de s'assurer un regard et la possibilité d'intervenir dans toutes les dimensions de la vie de patients qu'elle sait fragiles : en proposant un logement aux personnes les équipes psychiatriques se donnent les moyens de les avoir sous la main ; en intervenant dans leur logement elles contrôlent un environnement qui pourrait éventuellement jouer un rôle délétère. Cette formulation peut faire penser que les appartements accompagnés pourraient participer à une forme de surveillance et de contrôle des personnes. Notre interlocuteur, dans la suite immédiate de la citation précédente, s'en défend : le dispositif d'équipes dédiées et plus généralement la multiplication des intervenants permettent une neutralisation des regards et une forme de contrôle éthique sur les pratiques. Cette remarque pointe néanmoins toute l'ambiguïté de la question de l'accès aux soins et des moyens à mettre en œuvre pour le favoriser en psychiatrie : comment favoriser l'accès aux soins sans forcer la main des personnes ? On reviendra longuement sur ce point dans le prochain chapitre.

Les appartements accompagnés ne se situent donc pas dans la thérapie, mais pas entièrement en dehors non plus : l'accompagnement dans le logement est d'une nature autre que thérapeutique, sans lui être totalement étrangère. Les trois extraits ci-dessus reflètent finalement trois conceptions des positions de la thérapie par rapport à l'accompagnement : l'accompagnement conditionne la thérapie dans le premier cas, il le facilite dans le second – l'expression « faire passer la pilule » vient à l'esprit ici, dans un sens pratiquement littéral -, et il en est une dimension dans le troisième. Si ces trois positions peuvent être distinguées sur un plan théorique, les acteurs eux-mêmes sont cependant peu nombreux à les formuler aussi clairement, et de fait leurs réactions à nos questions sur la question de la thérapie soulignent qu'une forme d'indétermination voile la définition exacte de leur travail. De façon remarquable l'impulsion première de nombre de nos

interlocuteurs est en effet de nier que le travail d'accompagnement dans le logement puisse avoir une fonction thérapeutique, pour ensuite immédiatement amender cette position et poser la question de la nature de la thérapie :

> On peut dire qu'un appartement en soi n'est pas thérapeutique, on peut dire que ça fait partie, d'avoir un chez soi, à part pour des gens qui revendiqueraient l'errance comme mode d'être, mais c'est quand même une des conditions qui permettent à tout un chacun d'avoir une sorte d'équilibre dans l'existence, un territoire de repli, un lieu à investir, une projection de soi-même, et donc le fournir ça va dans le sens de la désinvalidation, ou c'est offrir un moyen supplémentaire dont une personne doit se saisir pour construire sa propre vie. Alors est-ce ça c'est thérapeutique ou pas thérapeutique, je ne sais pas si on peut le qualifier comme ça. Mais ça fait partie des nécessités de tout un chacun. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

> Oui, oui, c'est du travail, mais à côté... [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

> *Q : Et du coup, pour vous, c'est thérapeutique ou éducatif ? Le terme thérapeutique du coup…*

> … il n'a pas sa place, c'est éducatif. Mais maintenant expliquez-moi ce qui n'est pas thérapeutique ? Ça dépend de ce qu'on entend par thérapeutique, mais nous, on est éducatif, notre levier, il est éducatif. [Kinésithérapeute appartements médico-sociaux #15]

Ces citations expriment bien l'ambiguïté et les incertitudes de cette position d'entre-deux, entre la thérapie et l'accompagnement, entre le médical et le social, qui caractérise l'accompagnement dans le logement, et que reflète également une analyse du travail lui-même vers laquelle nous pouvons nous tourner maintenant.

La composition des interventions

Cette incertitude se retrouve en effet dans la texture même du travail des équipes. Au-delà de la vision explicitée par les acteurs sur la nature de leur travail, lorsque l'on porte le regard sur les façons concrètes dont les tâches qui compose celui-ci sont accomplies, la frontière entre travail de soin relevant de la psychiatrie et travail d'accompagnement du ressort des appartements accompagnés apparaît en effet à la fois mouvante et floue. C'est notre deuxième série d'observations. Précisément trois constats s'imposent à l'observateur qui se penche sur le travail des services : le premier est qu'il n'y a pas de frontière naturelle entre ce qui relèverait de la thérapie ou des soins psychiatriques et ce qui relèverait de l'accompagnement dans le logement mais que cette frontière repose sur un travail de démarcation mis en œuvre par les équipes ; deuxièmement la division du travail entre les

équipes de soin et d'accompagnement varie considérablement d'un service à l'autre ; enfin l'accompagnement dans les appartements comporte dans tous les services des tâches en lien direct avec les soins psychiatriques, y compris dans les services qui ont une vision strictement sociale de leur mission d'accompagnement.

Le travail de démarcation

L'absence de frontière naturelle entre travail thérapeutique et d'accompagnement se traduit avant tout par le fait que la division du travail entre équipes psychiatriques et équipes des appartements est dans de nombreux services un problème. Un certain nombre de nos interlocuteurs soulignent ainsi le travail que l'on pourrait dire de frontière ou de démarcation qu'ils doivent mettre en œuvre pour distinguer, pour les personnes et pour les équipes elles-mêmes, les tâches et le rôle de chacun. Ce travail vise à établir pour les équipes elles-mêmes, pour les personnes et pour les autres intervenants professionnels la nature de leur activité et leur légitimité à entreprendre ces activités. Il est ainsi une dimension du travail de définition même de ces services. Ce travail passe à la fois par un travail de théorisation mené à distance des pratiques dans des moments de réflexion et d'élaboration comme le sont par exemple les entretiens sociologiques ou l'élaboration d'un projet de service, et par la mise en place d'un certain nombre de routines dans le cours des actions.

Pour les équipes issues, des secteurs la question s'impose d'une certaine façon dans la mesure où les mêmes personnes occupent successivement des rôles – thérapeutiques et d'accompagnement – qu'elles conçoivent comme relevant de deux fonctions différentes et exclusives l'une de l'autre :

> On a pris le parti, et je ne le regrette pas, d'essayer dans la mesure du possible de bien distinguer l'activité associative, je parle pour les soignants, l'activité associative de l'activité soignante classique, on va dire, celle pour laquelle on est recruté dans le service. Alors, ce n'est pas toujours facile, évidemment, il y a des moments de confusion, de chevauchements, mais c'est quelque chose... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

> Alors, la VAD [Visite à Domicile] est faite par les équipes de soin. Nous on est pas là pour ça. Je crois qu'il faut bien cerner notre travail à nous, [sinon] ça va être le flou artistique, le malade il ne va plus se repérer. Il va trouver l'infirmière, déjà que, quand on va au boucher on ne va pas au boulanger, je pense que les choses doivent être réglées à ce niveau-là. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

> *Q : Question pratique, le référent infirmier individuel, ça doit être compliqué s'il est référent du même appartement ?*

> Ça arrive, ça arrive, comme dans toutes équipe de psychiatrie, alors on essaie d'éviter, on évite. Alors pour certains patients, c'est mieux, et pour d'autres ce n'est pas indiqué, c'est encore la clinique qui le dit. Pour certains patients c'est bien de bien séparer les choses et pour certains ce n'est pas plus mal. Comme par exemple, on se pose la question quand un patient est hospitalisé. Parce que sur l'extra-hospitalier que ça soit un psychiatre différent de l'intra ou le même, ça dépend des patients. Alors des fois c'est bien réfléchi et puis des fois on n'a que ça sous la main. Voilà, par exemple moi j'ai eu – ça c'est le problème des fonctions – j'ai eu un souci, j'avais eu une patiente d'un appartement collectif que je suivais en thérapie. Donc par exemple je n'allais pas, j'évitais d'aller trop en VAD, je faisais ma VAD de présidente une fois par an, c'est tout, je ne rentrais pas dans sa chambre alors que je rentre dans les chambres des autres. Et puis j'essayais, elle a bien pigé parce que au début elle me posait des questions dans notre rendez-vous thérapeutique, elle me posait des questions sur l'association, je disais non, je suis pas présidente de l'association, et après elle a bien pigé, « ah bon, bah je vous téléphonerai cette aprèm' ». *(Rires)* [Psychologue, appartements de secteur, #16]

Pour ces professionnels l'enjeu est avant tout que les différentes équipes signifient clairement aux patients le rôle de chacun. A défaut, le risque est que les personnes repèrent mal la position des différents intervenants, s'engagent dans des relations biaisées avec les uns et les autres et finalement mettent en danger à la fois le processus thérapeutique et le travail d'accompagnement.

> Après, il y a... justement ce qui pourrait être du côté de la confusion, il y a des patients pour lesquels ça ne va pas, ça va être très très compliqué, quand même, d'avoir affaire à des soignants qui sont dans l'association, mais qui ne sont pas... qui sont aussi des soignants du CMP, et il y a des patients pour lesquels ça va être trop compliqué en fait de faire la distinction, et on se rend compte que du coup, on rate quelque chose quand même, alors ce n'est pas très grave non plus, mais voilà, il y a quelque chose qui est raté dans cet outil-là qui est vraiment particulier. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Ce travail de démarcation vise cependant aussi l'entretien de bonnes relations avec les collègues qui pourraient se sentir en danger s'ils ou elles venaient à penser que les équipes d'accompagnement empiètent sur leur travail :

> Donc c'était difficile à mettre en place, il y a eu plein de fantasmes autour de ça, « oui, on vient surveiller notre travail ». Il a fallu bien définir notre rôle, notre travail, voilà. Et bien souvent les malades se confient à certains administrateurs [de l'association], des fois il y a des choses qui sont- alors moi j'ai déjà dit aux administrateurs s'ils vous confient des choses qui sont importantes il faut vraiment envoyer ça aux infirmiers, hein ? Parce qu'il ne faut pas laisser ça, vous n'avez pas à être les garants, même si le malade dit « euh, je te fais confiance », la confiance elle

> ne se situe pas là. Il faut se rappeler que, malgré tout, il y a des soins quelque part qui s'inscrivent. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Cette dernière citation évoque un risque de la part des équipes d'accompagnement de prendre en charge un rôle qu'elles n'ont pas auprès des patients : celui de développer une relation privilégiée avec des patients dont elles deviendraient des confidents. Pour ce responsable associatif l'enjeu est que le référent de la personne en psychiatrie dispose effectivement des informations importantes sur son patient et que, notamment, celui-ci ne se mette pas en danger. Les professionnels cités plus haut suggèrent une autre perspective : dans une vision psychodynamique du processus thérapeutique c'est parce que celui-ci passe par la relation avec un thérapeute, qui est elle-même thérapeutique, que tout ce qui peut interférer avec celle-ci risque de de mettre en danger son travail.

Dans cette perspective, une difficulté pour les équipes tient à ce que travail d'accompagnement et travail thérapeutique mobilisent le même outil et des compétences proches : au fond il s'agit pour les différents intervenants d'un travail sur la relation avec le patient ; l'un des enjeux du travail d'accompagnement comme celui du travail de soin est de mettre en place et de maintenir une relation avec les personnes. A l'intérieur de ce cadre général les remarques de nos interlocuteurs ci-dessus dessinent cependant en creux l'espace où se situe pour la plupart des équipes d'accompagnement la limite entre les différentes interventions auprès des patients. A nos questions sur ce qui différencie leur travail d'accompagnement de celui des équipes de secteur la plupart d'entre elles suggèrent en effet une opposition entre action sur le patient et action sur le logement : le travail de soin porterait sur la pathologie des personnes, quand le travail d'accompagnement s'intéresserait lui à ce qu'on pourrait appeler l'infrastructure du logement.

> Nous nous occupons des logements, pas des personnes ! [Educateur spécialisé, appartements de secteur, #40]

> C'est que justement il faut bien dissocier que le travail de suivi du patient même quand il est en appartement associatif, c'est ce qu'on appelle du travail de secteur. C'est un travail extrahospitalier. Et ce qui est propre à [l'Association], c'est le suivi du logement. Voilà, moi, j'appelle ça la bobologie du logement. (…) C'est quand il y a un truc qui ne marche plus, quelque chose qui a dérapé, un problème de serrure. Enfin, voilà, c'est quand l'appartement ne va pas bien et on soigne l'appartement. Donc, voilà, ça la bobologie du logement, c'est [l'Association], le financement, c'est [l'Association]. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

> Nous, on essaie de s'attacher au concret, vraiment à des choses très concrètes, et quand on va être un peu interpelé ou préoccupé par une situation, à ce moment-là, on va en parler avec les collègues : est-ce qu'au vu de l'état clinique, est-ce-que vous

> qu'il y a quelque-chose qui pourrait nous faire comprendre que c'est compliqué ? [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

> Au niveau de l'association on a plutôt une vue sur le logement, on ne va pas avoir la même vision en fait, et il y a des choses, voilà, les professionnels de santé mentale- si la plaque elle est posée sur une chaise ça va pas les choquer quoi, eux, ils passent là mais ils ne voient même plus quoi, je sais pas comment m'exprimer. [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

> Il faut qu'on soit clair, nous on est dans le registre un peu administratif on va dire comme ça. […] Les infirmiers ils ont des compétences relationnelles, effectivement, d'écoute, enfin. Nous aussi on les écoute, n'est-ce pas ? Ils nous confient plein de choses, il ne faut pas imaginer, moi j'en ai fait quelques unes, ils étaient contents de me voir, je ne suis pas là que pour ça, je suis là pour les écouter effectivement. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Le travail psychiatrique aurait ainsi pour objet les processus psychologiques et la biologie, un travail sur le symbolique et les symptômes ; l'accompagnement dans le logement serait lui en prise avec le concret et le réel, le matériel et l'administration. Cela ne signifie pas, pour ces professionnels, que les deux types d'intervention n'interagissent pas. Tous les professionnels soulignent ce qu'une attention portée aux conditions du logement et aux façons d'habiter peut apprendre de la pathologie du patient ; une observation du logement et plus largement des conditions de vie des personnes fournit ainsi un accès indirect à la pathologie. En sens inverse les psychiatres ou infirmiers engagés dans le travail d'accompagnement soulignent le déplacement du regard que ce travail leur fait opérer et la vision nouvelle gagnée sur la personne dans la perspective de leur travail de soin.

Au-delà de cet effort de théorisation, les équipes mettent en œuvre un certain nombre de procédures ou d'usages informels pour maintenir cette frontière. La plus fréquemment mentionnée par nos interlocuteurs est le fait de ne pas demander ni même consulter le dossier médical des personnes :

> Alors, on a séparé complètement les choses et oui, par exemple, un patient qui vient à Diagonales, on ne demande pas de dossier médical, zéro ! Eventuellement, on a eu une demande de son thérapeute qui nous a dit quelques mots, bon ! Et après on reçoit le patient directement… Mais on n'a pas le dossier médical. [Psychiatre, appartements de secteur, #6]

> Les personnes qui habitent dans les logements associatifs l'association n'a aucune idée de leurs pathologies. L'association elle n'est pas là pour ça. En fait si le pôle de santé mentale a pensé que la personne elle avait besoin d'un logement associatif parce qu'on est quand même d'accord sur l'utilité d'un logement associatif, on ne va pas contester qu'elle en ait besoin ou pas. Ce qu'on va regarder c'est plutôt est-ce

> que les conditions administratives sont réunies, est-ce que l'assurance est ok, est-ce que la façon dont elle vit dans le logement ça se passe bien, est-ce qu'elle a besoin d'une aide-ménagère ou pas, est-ce que les factures et le loyer sont bien payés, est-ce qu'avec les voisins et dans la colocation ça se passe bien ? [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

Dans le cours des interventions plusieurs de nos interlocuteurs indiquent par ailleurs les précautions prises pour identifier les interventions et faire en sorte que les personnes ne les confondent pas avec celles de l'équipe de secteur. Ces précautions concernent en particulier les visites à domicile des équipes d'accompagnement dont il s'agit d'établir clairement qu'elles n'émanent pas du service psychiatrique. Dans telle association de secteur les visites sont assurées par une commission dont l'existence est formellement identifiée dans les contrats de sous-location et dont le rôle est de dresser un état des lieux des appartements. Telle autre association de secteur, sans que ce soit institutionnalisé, met un cadre formel qui vise à bien permettre l'identification du sens de l'intervention :

> Alors [à l'Association] ce qu'on fait en plus c'est que, donc il y a une visite de toute façon, une fois par an, je fais le tour de tous les appartements, en tant que présidente des fois accompagnée d'un infirmier, des fois de Sylvie. Mais pour les patients c'est bien clair, c'est [l'Association], et en général on voit une date ensemble, ensuite j'envoie une petite lettre formalisant la confirmation du rendez-vous – vous voyez on formalise – ce qui fait que, à part deux personnes qui ne veulent pas de VAD, les gens n'y dérogent pas. C'est-à-dire qu'ils ont conscience que c'est très important symboliquement. C'est pour ça que je dis le formalisme ou le symbolique ça aide beaucoup, donc c'est la présidente qui vient voir l'appartement donc je peux m'autoriser à faire le tour de l'appartement, [l'Association] peut s'autoriser derrière cette visite aussi à dire : Madame Machin votre appartement ça ne va pas, il faudrait faire un nettoyage de printemps, ou il faudrait changer ça. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

Le repérage des fonctions des uns et des autres renvoie dans ces différentes citations à une préoccupation de nature morale sur les limites du regard clinique. Ce point rejoint notre remarque dans la section précédente. Pour ces équipes l'enjeu est de ne pas s'arroger et abuser d'un pouvoir exorbitant sur des personnes en situation de vulnérabilité. En distinguant et distribuant les rôles elles s'assurent d'une part de distribuer l'autorité et d'autre part que les intervenants s'opposeront les uns aux autres des limites. Au-delà de la mise en œuvre d'une forme d'autocontrôle à l'échelle du collectif de travail, il y va plus profondément pour ces professionnels de la possibilité même d'accomplir leur travail auprès de et avec les personnes. Les deux rôles appelleraient des relations différentes avec celles-ci, qui ne pourraient être tenues simultanément par les mêmes soignants : relation

thérapeutique et relation d'accompagnement seraient mutuellement exclusives. Cette citation souligne bien cet aspect :

> Je prends un exemple : il a pu m'arriver d'aider des patients à déménager leurs affaires, porter des sacs, il a pu m'arriver de faire des réparations dans un logement. Je ne me suis pas dit, j'aurai pu me dire, c'est de toutes façons une réflexion qu'on a eu : est-ce-que en tant que médecin, qu'est-ce-qui va se passer ? Qu'est-ce-que le patient va penser d'un médecin qui vient réparer le chauffage, ou qui vient lui porter ses sacs ? [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

La variabilité de la division du travail entre équipe

Ce dernier point est cependant à nuancer. Plusieurs constats soulignent en effet les limites d'une analyse qui verrait dans l'accompagnement un ensemble de tâches bien définies engageant un rôle différent de celui des équipes de soin. Le premier est que tous nos interlocuteurs ne partagent pas au même point que le psychiatre que nous venons de citer une préoccupation pour les risques de confusion qu'entretiendrait le cumul des rôles et des fonctions auprès des patients. Certains professionnels de la psychiatrie évoquent les tâches d'accompagnement dans le logement sans sembler penser qu'elles puissent interférer, si ce n'est en termes de temps de travail, avec leurs missions de soin ou même qu'elles soient d'une autre nature que les tâches qui se rattachent à ces dernières. Dans un certain nombre de cas il est possible que cette nuance tienne à la faible implication de notre interlocuteur dans le travail d'accompagnement au quotidien, dont il ne percevrait pas nécessairement tous les enjeux. Mais ces positions sont également le fait d'équipes où la fonction d'accompagnement dans le logement n'est pas isolée du travail de psychiatrie de secteur mais est concrètement distribuée parmi l'ensemble des intervenants de secteurs, et où les tâches dévolues à une équipe dédiée sont peu nombreuses et pensées comme relevant de la pure administration.

A cet égard le contraste que nous avons dressé entre activité sur la maladie et activité sur la réalité, s'il peut sembler aller de soi, s'inscrit de fait dans une longue filiation de théorisation et de débat sur la nature et les enjeux du travail psychiatrique hors de l'institution auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques inspirées de la psychanalyse. (Diatkine, 1954) Toutes les équipes ne partagent pas ces positionnements théoriques, soient qu'elles considèrent que la thérapie correspond à des procédures extrêmement circonscrites relevant de gestes médicaux techniques comme la prescription ou l'administration de certains traitements ou psychothérapies, soit à l'inverse que la thérapie est abordée comme un travail relationnel pouvant se développer dans un ensemble

de situations extrêmement diverses. Dans les deux cas des tâches relevant pour d'autres équipes de l'accompagnement dans le logement peuvent être prises en charge dans ces équipes par des personnels soignants, soient que ces derniers considèrent qu'elles sont extérieures au soin tout en relevant d'une mission de resocialisation ou de travail sur l'autonomie de leur ressort, soit au contraire qu'ils considère qu'elles font intégralement partie du soin.

Cette seconde position est celle dans notre échantillon d'une association de secteur dont ses responsables nous disent qu'elle mobilise l'ensemble de l'équipe du CMP sans que soit distingué le temps consacré à l'association ou au travail de secteur ni la fonction associative ou de secteur. De fait cet entretien est le seul dans lequel nous avons du mal à identifier nos interlocuteurs, l'entretien se déroulant dans une pièce du CMP où les membres de l'équipe entrent et s'installent, participent à un moment de la discussion puis ressortent, au total une dizaine de personnes contribuant à l'entretien. La discussion met en scène l'informel et la désorganisation, les membres de l'équipe parlant vite, passant du coq à l'âne, en rajoutant sur la complexité et soulignant l'indétermination et les limites de chaque fait qu'elles me présentent. L'association revendique une fonction de réinsertion sociale bien que ses activités se concentrent sur le l'accompagnement dans le logement. [Equipe de secteur, appartements de secteur, #22]

La première position est tenue à l'inverse par un chef de service président d'une association qui ne vise, pour lui, qu'à porter administrativement et financièrement la sous-location des appartements aux patients de son service, l'accompagnement à domicile ressortant pour lui du travail de secteur : « Après, parce que autrement simplement les rééduquer à la vie autonome, on peut le faire aussi s'ils ont un logement. C'est en activité de secteur ça. Donc c'est de la visite à domicile, donc qu'on le fasse sur notre appartement à nous ou qu'on le fasse sur un autre, c'est la même chose. A part qu'on n'a pas beaucoup de personnel aussi, bon. » [Psychiatre, appartements de secteur, #56]

Pour ces deux équipes accompagner les personnes dans les appartements fait donc partie des missions de secteur : porter des meubles, aider à nettoyer un appartement ou dans des réparations, accompagner dans des démarches administratives sont autant de tâches qui, quand il faut les accomplir, relèvent du travail de l'équipe psychiatrique. La différence entre les perspectives de ces deux équipes tient à la place de l'association comme instrument dans le travail de soin et d'accompagnement : la première considère en effet que l'association joue elle-même un rôle dans le processus de soin, d'où l'importance accordée à l'implication de l'ensemble du groupe soignant comme des patients dans des activités

clairement identifiées comme relevant de l'associatif ; lorsque pour le psychiatre que nous citions l'existence de l'association est quasiment transparente pour les professionnels comme les personnes. Pour les premiers l'association est un cadre à une forme de travail spécifique susceptible d'être mis en œuvre par l'ensemble de l'équipe alors que pour le second elle n'est qu'un outil qui concerne effectivement un petit nombre d'intervenants.

Ces exemples amènent l'observation suivante. Dans ces services les tâches prises en charge par une équipe dédiée sont limitées pour l'essentiel au secrétariat et à la comptabilité, et les tâches à domicile, quelle que soit leur qualification exacte – thérapie ou accompagnement -, relèvent dans l'ensemble du travail de secteur. Par contraste d'autres services développent une conception très extensive du rôle dévolu à l'accompagnement et, de façon plus générale, on ne peut que constater la très grande diversité des façons de mettre en œuvre la division du travail entre équipes de soin et d'accompagnement. Ainsi dans cette association hospitalière, l'installation dans le logement, c'est-à-dire à la fois la recherche et le choix du logement, l'achat éventuel de meubles et le déménagement, sont pris en charge par l'équipe de secteur, l'association se contentant d'assurer la gestion de la sous-location et de veiller au bon entretien du logement.

> C'est l'équipe qui va chercher l'appartement, c'est pas nous ! C'est pour ça que j'ai dit tout à l'heure qu'on n'est pas une agence immobilière ! Sauf quand on a un appartement sur le marché. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Les interventions de l'équipe d'accompagnement se limitent ici à répondre aux demandes des patients ou des équipes de soin en cas de problème dans le logement, à fournir un appui financier à certaines actions et à assurer une visite annuelle des appartements afin de vérifier qu'ils restent en bon état. Par contraste l'ensemble des tâches laissées dans cet arrangement à l'équipe de secteur est, dans telle autre association de secteur, pris en charge par une équipe dédiée composée de quatre personnes bien identifiées : monter le projet avec les personnes, trouver un appartement, mettre en place les contrats de sous-location, installer les personnes et leur rendre visite régulièrement pour veiller sur leur façon d'habiter.

De même, après l'ouverture du logement certaines équipes mettent en œuvre un accompagnement quotidien dans certaines tâches telles que la préparation des repas quand d'autres équipes considèrent qu'il s'agit là de tâches relevant du secteur si elles doivent être mises en œuvre. Certains services d'appartements accompagnés proposent à leurs bénéficiaires des activités culturelles, de loisir, voire de travail quand ces tâches relèvent encore une fois ailleurs des secteurs.

Cette variabilité est d'autant plus complexe à analyser qu'elle se nourrit à la fois de la labilité des pratiques, de la variabilité des tâches concernées et des acteurs impliqués. Premièrement, dans de nombreux services, et notamment parmi ceux issus des équipes de secteur, la définition des interventions se fait souvent dans le cours de l'action, de sorte que la qualification d'un acte comme relevant de l'accompagnement ou du soin ne peut souvent se faire qu'à l'issue de sa mise en œuvre. Ce point est bien souligné par cette citation de la responsable associative qui définissait son action comme relevant de « la bobologie » de l'appartement :

> *Q : Finalement aller changer une ampoule chez la personne qui ne sait pas le faire, enfin, qui ne peut pas le faire, peu importe pourquoi, c'est [l'Association] ou c'est...?*
>
> Eh bien, c'est [l'Association].
>
> *Q : Mais en même temps, si c'est parce qu'elle a peur de s'électrocuter. Et si vous deviez cocher une case pour dire ce que vous aviez fait....*
>
> Pour l'ampoule? Je mettrais [l'Association]. Alors, oui et non. Tout dépend. Tout dépend, parce que quand on va changer l'ampoule, on ne va pas que changer l'ampoule! On va quand même discuter avec le patient, le patient a des choses à nous dire. Donc, en fonction de ce que réellement, qu'est-ce qui va nous avoir mangé le plus de temps? Et qu'est-ce qu'on va vraiment avoir fait pour que je mette une case dans l'un ou une case dans l'autre. Si j'avais une case à mettre. Oui, si finalement mon temps a été plus de discuter avec le patient, d'aborder je ne sais quoi. Je vais considérer que c'est vraiment du temps de soignant. Si ça va vraiment juste être venir faire un dépannage et qu'on va juste se dire : «- Ça? - Ça. », ça va être de [l'Association]. Mais on ne calcule pas ça comme ça. Parce que globalement, c'est évident qu'on fait peu de temps purement [Association] sur notre travail. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

La protocolisation et la formalisation des pratiques qui tend à gagner pourrait induire chez les professionnels un rapport différent à leur travail, qui pourrait conduire à terme à nuancer jusqu'à un certain point ces analyses, mais dans les conditions de travail actuelles de la plupart des équipes de secteur il est difficile le plus souvent d'identifier a priori la nature du travail accompli auprès des personnes.

Deuxièmement, on l'a souligné au début du chapitre précédent, les équipes ont des conceptions et des approches plus ou moins extensives de ce qui fait la matière de l'accompagnement : certains services accompagnent les personnes dans la préparation des repas, l'organisation des rendez-vous médicaux, des démarches administratives, où organisent des réunions d'animation régulières avec les bénéficiaires du service, quand d'autres se contentent de les aider à maintenir en état leur appartement lorsque c'est

nécessaire et de gérer les relations avec le propriétaires, et que d'autres encore considèrent de leur mission de proposer d'autres services relevant de l'animation ou du loisir. Ces différences reflètent à la fois les différentes façons d'aborder et de penser l'accompagnement, de constituer les catégories prises en charge par les services autant que les moyens différents déployés par les équipes, y compris en ce qui concerne la nature des logements proposés aux personnes, sans qu'il soit forcément évident de savoir ce qui, dans ces trois éléments, détermine les pratiques mises en œuvre. Les services proposant un accompagnement dans la préparation des repas se donnent ainsi les moyens d'accueillir des personnes moins autonomes que d'autres qui laisseraient les personnes seules face à ces tâches, mais dans certains cas la mise en œuvre de ces actions relève d'un choix des équipes quand dans d'autres cas il leur semble imposé en dépit de leur projet par les besoins des personnes qu'elles accueillent. De même, la nature des logements proposés aux personnes influence l'extension des tâches d'accompagnement. La plupart des équipes proposant aux personnes des logements collectifs organisent ainsi des réunions régulières, souvent hebdomadaires, avec les membres des logements afin de régler les difficultés et conflits qui peuvent surgir entre eux et les aider à organiser les tâches intéressant l'ensemble du logement, tel que le ménage dans les parties communes.

Enfin, dans un certain nombre de service cette division du travail est rendue plus complexe par la mobilisation d'intervenants tiers pour prendre en charge certaines tâches. Cela peut concerner selon les services une diversité de fonctions, de la gestion locative aux soins corporels, à la préparation des repas et la préparation des piluliers. Il convient à cet égard de distinguer deux façons de déléguer des tâches. Dans le premier cas les équipes délèguent des tâches pensées comme des interventions isolées qui restent sous leur contrôle. Dans le second cas, elles prescrivent des ensembles de tâches conçues comme constituant un arc de travail autonome et laissé sous l'autorité du prestataire. Dans le premier cas le délégateur conserve la définition du travail délégué, dans le second cas le délégataire est à même de définir lui-même son travail. Cette distinction est à relativiser d'un point de vue analytique dans la mesure où dans le cas d'un travail de soin par définition non standardisable les acteurs du travail gardent toujours une marge de manœuvre dans la définition de leur travail. La délégation de ces tâches reflète là encore les conceptions du travail d'accompagnement et du soin des équipes autant que les populations concernées et les moyens mis en œuvre. Ces dernières remarques s'appliquent également aux relations entre services de soin et services d'accompagnement et nous reviendrons sur leur implication pour les conceptions des organisations de travail plus loin.

Avant de conclure il nous faut revenir sur un élément d'analyse resté implicite dans les observations précédentes : le rôle prééminent des services de soin dans la définition de la division du travail avec les équipes d'accompagnement. En première analyse, ce sont en effet les équipes psychiatriques qui organisent la division du travail avec les équipes d'accompagnement et qui déterminent l'extension du travail de ces dernières. En termes de sociologie des groupes professionnels ce point est lié à la position dominante que les psychiatres occupent dans le champ de la santé mentale. Précisément cette remarque se décline selon plusieurs dimensions : la première est le constat de la prééminence des savoirs psychiatriques sur celui des autres professions du soin et de l'accompagnement : ce sont les professionnels de la psychiatrie qui définissent non seulement le sens de la thérapie, mais plus généralement jusqu'à un certain point celui de l'accompagnement ; deuxièmement ce sont généralement les équipes de soin qui prescrivent le recours à un service d'accompagnement, de sorte qu'elles sont largement en position de définir l'extension du travail laissé à celles-ci ; enfin, dans le cas des appartements associatifs, c'est également des équipes de secteur qu'émanent les équipes d'accompagnement. La définition des tâches prises en charge par ces dernières est donc largement dépendante de l'espace que leur ouvrent les équipes de soin.

Cette analyse doit cependant être discutée et nuancée. L'autonomie prise par les équipes d'accompagnement leur permet en effet de négocier le sens et l'extension de leurs interventions et par ricochet d'influer sur le travail des équipes de soin. Si notre matériau ne nous permet pas forcément de documenter ce point on peut ainsi supposer que des relais s'organisent entre équipes dans l'accomplissement de certaines tâches dans de nombreuses situations sans que ces processus soient explicités par les acteurs : par exemple des équipes de soins peuvent espacer les visites à domicile parce qu'un accompagnement a été mis en place tout en conservant, de leur point de vue, la main sur le travail de resocialisation. Cette observation est plus vraie encore dans le cas de services d'accompagnement créés par des associations à caractère social et médico-social, qui disposent de leurs filières de recrutement et qui sont en mesure de choisir leur environnement et d'imposer jusqu'à un certain point leur définition de l'accompagnement. Pour autant il nous semble qu'il ne faut pas exagérer ce processus. La marge de manœuvre des équipes d'appartements accompagnés est probablement limitée en comparaison de celles d'autres services d'accompagnements plus institutionnalisés comme les SAVS : le caractère interstitiel et peu défini des structures, leur dépendance aux services de soin dont ils émanent est ainsi un obstacle à la formalisation de leur fonction ; au fond le travail d'accompagnement à

domicile tel qu'il est mis en œuvre par ces services dépend de façon déterminante du travail de secteur.

Au-delà de ces remarques générales les observations qui précèdent donnent peu d'explication à l'extrême variabilité observée sur le terrain. Il est difficile de reconstituer à partir de nos entretiens l'histoire des organisations et arrangements formels et informels mis en place sur chacun de nos terrains pour gérer la division du travail entre équipe et d'identifier les raisons qui expliquent la forme prise en fin de compte dans tel ou tel terrain. On peut cependant suggérer que les pratiques locales découlent des organisations de travail préexistant, des moyens disponibles et des visions du travail portée par les acteurs.

La gestion du processus thérapeutique

Pour conclure cette analyse il faut dire deux mots des tâches relevant plus proprement des traitements ou de la thérapie. Les observations précédentes ont surtout porté sur la prise en charge des tâches que l'on qualifierait plus volontiers d'accompagnement, dont le statut est on l'a dit plus incertain et dont on peut s'attendre dès lors qu'elles soient prises en charge différemment selon les équipes. Nous voulons souligner que les tâches relevant de la définition et la mise en œuvre des traitements n'échappent pas à l'analyse : comme les tâches d'accompagnement leur distribution entre les équipes est très variable.

Sans doute la prescription, l'acte de prescrire un traitement et de rédiger l'ordonnance correspondante, n'est-elle jamais dans les services de notre enquête pris en charge par les équipes d'accompagnement – encore faut-il nuancer ce point dans les structures de secteur qui n'ont pas identifié une équipe dédiée, aux tâches délimitées, en charge des accompagnements. Mais en dehors de ce point l'ensemble des tâches de gestion des traitements et de la thérapie peuvent être prises en charge par les équipes d'accompagnement : surveillance de la prise des traitements, surveillance de l'état symptomatique, organisation et gestion des rendez-vous, préparation des entretiens. Les équipes d'accompagnement ont ainsi toutes de leur ressort des tâches relevant strictement de la thérapie, même lorsque l'on comprend ce concept dans un sens étroit de traitement. Au minimum ces interventions découlent d'une préoccupation pour les conséquences d'éventuels épisodes de décompensation sur la capacité d'habiter des personnes et sur leur logement :

> Voilà, après (pour) l'association, la personne si elle prend son traitement ou pas on a pas moyen de savoir, c'est pas notre [problème], en revanche si ça a des

> conséquences sur le volet habitat, là ça devient une inquiétude… [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

Au-delà de cette forme minimale de veille intéressée, un certain nombre de services considèrent de leur ressort une surveillance du traitement et de l'état des patients au nom du bien être de ceux-ci. Cela va de la transmission de l'information aux équipes médicales lorsqu'un trouble du voisinage est signalé par un bailleur ou des voisins, à l'organisation plus systématique d'une surveillance par le biais de visites régulières, en passant par des enquêtes ponctuelles auprès du voisinage ou des proches lorsqu'une situation de logement semble se dégrader. Les équipes issues des secteurs revendiquent sans doute plus facilement ce rôle vis-à-vis de personnes qu'elles ont du mal à considérer autrement que comme des patients. Le rôle de l'accompagnement est alors difficile à isoler de celui de la prise en charge psychiatrique du patient. Dans de nombreux services l'installation des appartements à proximité du CMP traduit cette préoccupation.

Les services issus d'associations à caractère social et médico-social partagent cependant aussi cette préoccupation et un certain nombre revendiquent comme l'une de leur mission une forme de surveillance médicale. Celle-ci concerne la prise quotidienne des médicaments, la supervision des agendas ou la surveillance de l'état symptomatique. Sur ce dernier point certaines équipes revendiquent un regard propre sur la pathologie des patients qui leur permet de susciter ou d'orienter certaines interventions du psychiatre traitant. Certains services organisent ainsi la visite d'infirmiers libéraux chargés de veiller à la prise des médicaments et de surveiller des patients. Nos interlocuteurs soulignent aussi la capacité des intervenants non soignants à alerter les psychiatres traitants lorsqu'ils l'estiment nécessaire. L'efficacité de ces interventions repose alors sur la disponibilité de ces derniers autant que sur la confiance avec l'équipe d'accompagnement. Dans telle association proposant des hébergements collectifs aux personnes qui reçoivent la visite quotidienne de « gouvernantes » chargées de veiller sur la tenue de l'appartement, le responsable du service souligne ainsi que :

> Certains [psychiatres] sont très à l'écoute des gouvernantes, peuvent les appeler, prennent l'appel, ils entendent, voilà, du coup ils ajustent le traitement, ils avancent le rendez-vous, pour voir [la personne] plus tôt si nécessité. D'autres médecins restent plus dans leur case médicale, c'est comme partout. [Travailleur social, appartements sociaux, #47]

Si ce travail de veille médicale est sans doute plus abondant dans les équipes développant des contacts réguliers avec les patients, il est également revendiqué par celles offrant un accompagnement plus distant aux patients. Ainsi dans telle association dont les

responsables indiquent ne faire qu'une visite annuelle des appartements, notre interlocuteur souligne néanmoins le rôle de ces visites annuelles dans les décisions de sortie, dont la responsabilité revient pourtant en principe aux équipes médicales.

On pourrait être tenté de mobiliser les termes de coordination thérapeutique, coordination des soins voire coordination médicale pour caractériser le rôle des équipes d'accompagnement que nous avons évoqué dans cette section. Encore une fois, dans la ligne de nos remarques au début de ce chapitre, la difficulté est que ces différents termes restent peu définis dans la littérature et renvoient manifestement à une diversité de situations de travail. En fin de compte il semble plus fructueux de s'efforcer de décrire précisément les tâches mises en œuvre par les différentes équipse de soin et d'accompagnement. A cet égard non seulement on ne peut pas rabattre le travail d'accompagnement dans les appartements sur du « social » dans la mesure où il contient toujours une part médicale ; mais de surcroît le fait qu'on ne puisse définir a priori et de façon univoque ce qui ressortit à la thérapie et à l'accompagnement rend cette description fine plus nécessaire encore.

L'organisation du travail de soin et d'accompagnement

Si la distinction entre soin et accompagnement, entre parcours de soin et parcours de vie, ne permet pas de rendre compte des rôles respectifs joués par les équipes de secteur et des appartements accompagnés auprès des personnes, il faut mettre en place d'autres catégories d'analyse pour rendre compte des formes de coopération dans l'accomplissement des prises en charge. C'est le point de vue des organisations que nous adopterons dans cette dernière série d'observations. Schématiquement on peut repérer dans notre échantillon trois grandes orientations lorsque l'on s'intéresse aux façons dont les équipes d'appartements accompagnés mettent en œuvre le travail d'accompagnement aux côtés des équipes de soin, et en fonction de leur engagement dans la gestion des trajectoires de maladie : agence de moyens, prestataire d'un service ou gestionnaire des trajectoires de maladie. Les réflexions qui suivent explicitent les façons dont les équipes mettent en œuvre ces trois orientations.

Le premier groupe de services sont conçus par leurs acteurs comme des agences de moyen au service des équipes psychiatriques. Ces services proposent des prestations et des ressources financières ou éventuellement humaines au service de l'action mise en œuvre par les secteurs qui les mobilisent pour accomplir des missions délimitées et le plus souvent abordées comme relevant de la logistique. Si l'on adopte une analyse en termes de

trajectoire de prise en charge, dans ces services les intervenants ne prennent jamais la direction du travail de soin et d'accompagnement mais pensent toujours leurs interventions en réponse à une indication émise par un tiers, en l'occurrence un service psychiatrique. D'autre part les responsables de ces services n'estiment pas mettre en œuvre un accompagnement à proprement parler. Leur intervention se limite à leurs yeux à fournir des moyens – financiers, techniques, humains – aux équipes qui les sollicitent et qui mettront en œuvre l'accompagnement.

On peut identifier dans notre échantillon cinq services correspondant à ce modèle. Trois d'entre eux correspondent à des associations dépendantes de centres hospitaliers spécialisés et mises au service de plusieurs secteurs à l'égard desquels elles ont cependant une grande autonomie. Dans deux cas sur trois ces services sont issus de la réorganisation par la direction de l'hôpital ou par les équipes elles-mêmes des associations de secteurs de l'établissement. En prenant leur autonomie par rapport au travail de secteur elles n'ont pas développé une vision propre de l'accompagnement dans le logement et ont redéfini leur mission autour de la mise à disposition des moyens qui leur étaient confiés par l'hôpital. Telle association aborde ainsi son rôle comme celui d'une plate-forme de services à la disposition des équipes de secteur de l'hôpital qui l'héberge et la finance. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12] Née de la fusion des associations de secteur de l'hôpital, cette association accueille aujourd'hui des patients de l'ensemble de l'hôpital dans des appartements individuels ou collectifs situés sur le territoire desservi par l'établissement. Présidée de façon bénévole par un ancien infirmier de l'hôpital aujourd'hui à la retraite elle emploie par ailleurs à temps complet un technicien en disponibilité de l'hôpital. Ces deux intervenants sont les chevilles ouvrières d'un accompagnement qui se limite à jouer l'intermédiaire avec les bailleurs dans la gestion au quotidien de la location, et à assurer par le biais d'une permanence et d'une visite annuelle prévue dans le contrat passé avec les personnes que le logement reste en bon état. Le quotidien de l'accompagnement est laissé aux équipes de secteur qui déterminent également avec les personnes la nature et les conditions de leur logement. Les responsables de l'association se défendent ainsi d'un regard sur les capacités de la personne à habiter ou sur son état de santé en général. L'association dispose par ailleurs d'un budget conséquent de 300 000 euros, abondé par l'hôpital et le produit d'opérations ponctuelles – notamment un marché de Noël – ou régulières – cafétéria de l'hôpital -, qui permet de financer des activités initiées par les équipes de secteur ou proposées par une seconde association, par ailleurs présidée par la même personne.

Cette conception du travail associatif n'empêche cependant pas que ses responsables mettent en œuvre une activité de veille notamment lors des visites à domicile annuelles. Celles-ci sont ainsi le prétexte pour un travail plus informel de liaison avec les équipes de secteur et les autres professionnels engagés auprès de la personne tels les tuteurs, qui permet de prévenir la dégradation de son état de santé.

> C'est aussi le travail avec les mandataires judiciaires, c'est aussi la relation qu'ils ont avec le locataire et puis aussi cette demande qui est assez importante, il faut aussi qu'ils puissent se parler et pas simplement aller chercher de l'argent auprès des mandataires. C'est aussi un moment pour garder des liens entre les gens, parce que le mandataire a été mandaté pour s'occuper de la gestion économique de cette personne il faut qu'ils puissent discuter entre eux. C'est vrai que, et nous il faut qu'on discute avec eux également. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Ce travail de liaison n'est cependant pas abordé comme une mission en soi de l'équipe associative, mais comme une réponse informelle à la nécessité des situations rencontrées.

Le troisième service mettant en œuvre ce modèle tout en dépendant d'un centre hospitalier spécialisé est porté par une association créée dans les années 1960 pour gérer les fonds nécessaires aux ateliers et autres activités thérapeutiques de l'hôpital, au service de l'ensemble des secteurs de l'établissement, et qui a adjoint à ses missions premières la gestion comptable et administrative d'un volant d'appartements gérés, pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes, par les équipes de secteur elles-mêmes. Comme l'association ci-dessus son rôle est, selon ses responsables, strictement comptable et logistique. Si l'association reste gérée par des professionnels des secteurs de l'hôpital avec lesquels elle a donc des liens étroits, elle n'est cependant pas conçue par ses animateurs comme un espace à partir duquel mettre en place des interventions spécifiques si ce n'est des discussions avec les patients autour de l'utilisation de leur argent. Au contraire, pour ses responsables, son rôle est de suivre et d'aider les initiatives de l'hôpital : « Tout ce qui est activité, relevant vraiment du soin, c'est vraiment l'hôpital. [L'Association] ce n'est vraiment que le porte-monnaie. Quand il y a une histoire de financement d'un club. » [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Deux associations de notre échantillon correspondant à ce modèle sont issues de services psychiatriques rattachés à des hôpitaux généraux. Dans les deux cas ces associations gèrent la sous-location d'un petit nombre d'appartements dans lesquels les accompagnements sont pris en charge par les équipes de secteur qui considèrent ce travail comme de leur ressort. Comme dans les structures précédentes, l'association est conçue par

ses responsables comme un moyen pour gérer des fonds et agir en tant que personnalité juridique mais elle n'est pas l'espace d'un travail spécifique. Dans ces deux cas c'est la philosophie des équipes qui paraît avoir déterminé l'organisation mise en place : si l'accompagnement à domicile et la réadaptation est pour ces équipes une dimension du travail de secteur il ne nécessite pas pour autant une organisation spécifique parce qu'il ne pose pas de problème particulier aux équipes de soin.

Le second groupe de services abordent leur rôle comme celui de prestataires d'un service ou d'une intervention au profit des personnes et à la demande d'une équipe psychiatrique qui délègue l'intervention sur un segment de la trajectoire de maladie. Au contraire des services précédents, ceux-ci disposent d'équipes dédiées en charge d'un travail relevant d'une forme d'accompagnement, qui prennent alors à leur compte une ligne de travail à côté de celle des équipes médicales. Avec 15 services, ce groupe est le plus important dans notre échantillon. Il inclut en particulier une grande majorité des associations de secteur de notre enquête. Ces services sont ceux qui revendiquent le plus souvent le modèle que nous avons décrit plus haut d'une nécessaire démarcation du travail d'accompagnement à l'égard au travail de soin et c'est généralement cette raison qui justifie pour les professionnels l'organisation qu'ils ont mis en place. De fait, ces services travaillent avec des moyens plus ou moins importants et l'accompagnement qu'ils mettent en œuvre peut couvrir un spectre plus ou moins large d'activités mais il est toujours conçu comme une ligne de travail indépendante notamment de celui des équipes de secteur. Deux philosophies dominent les approches du travail d'accompagnement dans ces services.

La première est que le service propose un accompagnement de projet mis en œuvre sous le mode du militantisme. Telle association repose ainsi sur l'implication de six ou sept soignants de l'hôpital qui ont à la fois un rôle statutaire dans l'association et celui d'accompagner les personnes. [Psychiatre, appartements de secteur, #21] Ils conçoivent leur rôle comme celui d'accompagner le projet de logement des personnes. L'association se charge ainsi de trouver avec la personne un logement qui lui convienne, de mettre en place et de gérer au quotidien les difficultés que la personne peut rencontrer dans le paiement des charges et dans la gestion de son logement, notamment les travaux. Ce travail est conçu dans cette association comme un travail militant amenant les personnes à mettre en suspens leur identité professionnel. L'équipe revendique ainsi une interchangeabilité des rôles dans l'accompagnement au quotidien, les tâches à faire au jour le jour étant prises en charge par les uns ou les autres en fonction des disponibilités. L'ensemble repose sur une

organisation informelle fondée sur le bénévolat et la disponibilité des personnes même si de fait le travail est pris pour l'essentiel sur le temps professionnel.

Par contraste d'autres services développent une philosophie orientée vers l'accompagnement du quotidien à partir d'interventions pensées dans un cadre professionnel. Telle autre association repose ainsi sur une organisation formelle au service de missions d'accompagnement définies et quotidiennes. [Psychologue, appartements de secteur, #59] L'accueil des patients se fait lorsqu'une place se libère dans un petit nombre d'appartements meublés que l'association loue depuis plusieurs années de sorte que le travail de mise en place du logement est limité. L'accompagnement porte en revanche sur les tâches du quotidien et notamment la préparation des repas et la prise des traitements. L'équipe de l'association est constituée de quatre professionnels du secteur intervenant à titre bénévole, qui restent cependant à distance du travail d'accompagnement quotidien, lequel est pris en charge par deux salariées dont l'une est mise à disposition par l'hôpital. Ces dernières se répartissent, selon un planning de travail qui bouge peu au fil des semaines, des interventions quotidiennes pour aider les personnes dans la planification des repas, s'assurer que les courses auront été faites, superviser la préparation des menus et le réaliser avec les personnes une fois par semaine, et par ailleurs les accompagner pour réaliser des achats ou dans certaines sorties de loisir ou culturelles.

Dans ces deux exemples, ces arrangements organisationnels ne signifient pas que les équipes de secteurs s'abstiennent de faire des visites à domicile, ni qu'elles les laissent aux équipes d'accompagnement, ni encore que l'accompagnement vers le logement se limite aux patients des appartements accompagnés. Au contraire on peut penser que dans ces équipes de secteur la question du logement est une préoccupation plus prégnante que dans d'autres qui n'auraient pas créé d'appartements associatifs. Certains chefs de service sont de véritables militants de la cause du logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. D'autres considèrent que le logement est le lieu d'un travail spécifique avec les personnes qui est une contribution importante au processus de guérison. Plus généralement les équipes de secteur dont sont issues ces associations se caractérisent également par leur engagement pour et dans un travail de secteur qui se traduit par le fait qu'elles ont généralement une offre de structure très diversifiée en regard de la moyenne des secteurs français. Par ailleurs certains de nos entretiens laissent aussi entendre que ces équipes mobilisent également peut-être plus que d'autres les accompagnements médico-sociaux disponibles sur leur territoire. Les appartements accompagnés sont ainsi un service

proposé à certains patients quand d'autres se verront proposer d'autres accompagnements relevant du médico-social ou encore d'autres services mis en place par l'équipe de secteur.

Le troisième ensemble de services conçoivent leur travail comme celui de gestionnaires des trajectoires de maladie. Leur rôle est selon leurs responsables non plus de proposer un accompagnement dans une sphère limitée au logement, mais de superviser l'accompagnement des personnes dans toutes ses dimensions. Les professionnels de ces services utilisent souvent le terme de « coordination » pour décrire leur travail : il s'agit pour eux de mettre en place des lignes de travail et de s'assurer que celles-ci s'articulent sans heurts. Par rapport aux exemples précédents, les responsables de ces services conçoivent leur rôle dans une relation presque inversée aux équipes de soin : ce ne sont plus eux qui interviennent comme prestataire d'une équipe psychiatrique pour accomplir une mission d'accompagnement circonscrite, au contraire leur fonction est à leurs yeux d'assurer que les interventions médicales se font au bon moment, ou encore que les prescriptions médicales sont suivies d'effet. Ce n'est pas que les équipes soignantes interviennent à leur demande ou sous leur direction, mais dans la vision que les responsables de ces services ont de leur travail, le travail de soin ne pourrait se faire sans leur appui.

Les huit services que nous avons classés dans ce groupe sont tous sauf un issus d'associations sociales ou médico-sociales engagées dans l'hébergement ou l'accompagnement de personnes en situation de grande précarité sociale ou de handicap. Leur caractéristique est d'avoir été créés, au départ, indépendamment des services psychiatriques des territoires qu'ils desservent. A leur origine on trouve souvent l'identification dans des populations connues ou prises en charge par l'association mère d'un besoin pour un accompagnement différent dans des appartements. Les premières personnes accompagnées par le service ont ainsi été recrutées par ce canal. Dans certains cas des conventions formelles ou des partenariats informels ont ensuite été mis en place avec les équipes des secteurs d'implantation des appartements pour que les personnes bénéficient d'un suivi. Par la suite les plus anciennes et les plus importantes d'entre ces structures ont diversifié leur recrutement et ont pu accueillir des patients adressés par leurs partenaires ou par d'autres psychiatres. Mais ces services n'ont pas une filière de recrutement exclusive et certaines n'hésitent pas à accueillir des patients qui n'ont pas de suivi psychiatrique établi. Dans ce cas elles organisent le suivi de la personne avec l'équipe du secteur où est installé le logement de la personne.

Les services participant au dispositif « Un chez soi d'abord » sont une exception à cette description puisqu'à l'origine de sa création en France se trouve une équipe issue d'un

service hospitalo-universitaire, et que l'implantation des premières équipes participant à l'expérimentation nationale s'est faite dans une coordination étroite avec des équipes psychiatriques. Ces services ont cependant développé une philosophie de l'accompagnement qui le constitue en opposition si ce n'est en contradiction au travail de soin, qui leur permet de penser leurs interventions de façon indépendante du travail des équipes psychiatriques. On reviendra sur ce point.

Dans le cours des accompagnements, les équipes de ces services considèrent le plus souvent que leur travail est d'aider la personne dans la réalisation d'un projet qu'elles auront à construire avec elle. Ces services sont du reste dans notre échantillon ceux qui mettent le plus de moyens à disposition des personnes. Les accompagnements qu'ils mettent en œuvre couvrent une vaste gamme d'activités, des repas aux loisirs en passant pour le travail, et reposent souvent sur des contacts intensifs avec les personnes, au minimum hebdomadaire, souvent plurihebdomadaire. Pour autant cela ne signifie pas nécessairement un accompagnement dans les tâches du quotidien telles que les repas. On retrouve de fait dans ce groupe comme dans le groupe précédent deux types de services : les uns s'organisant autour d'un accompagnement de projet les autres d'un accompagnement au quotidien.

Les responsables de telle association conçoivent ainsi leur travail comme la mise en œuvre de projets de rétablissement élaborés dans une négociation quotidienne avec les personnes.

> Le plus proche si on avait à définir [notre travail] c'est la coordination mais moi ce que je préférerais c'est de dire l'accompagnement au parcours de rétablissement parce que ça va aller pour certaines personnes ça va juste être de travailler pour que les liens familiaux qui ont été repris tiennent, ca va être, c'est en fonction des besoins, il y a pas de profil type, il y a pas de plan de rétablissement type. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

L'association accueille une centaine de personnes dans des appartements dispersés sur l'ensemble du territoire urbain de la métropole qu'elle dessert. Les accompagnements reposent néanmoins dans ce service sur des contacts extrêmement régulier avec des personnes qui du fait de leur recrutement ont des besoins et présentent des difficultés importantes. Pour autant les interventions de l'équipe du service ne se répètent que rarement de jour en jour et elles ne concernent pas le quotidien même si quelques personnes peuvent bénéficier d'une prestation d'aide-ménagère ou d'un SAVS mis en place par le service pour les tâches relevant du ménage ou de la préparation des repas. Si certains patients bénéficient à certains moments d'un accompagnement ritualisé – une visite à telle

heure tel jour chaque semaine ou chaque jour pour maintenir un contact ou assurer une tâche déterminée – les interventions de l'équipe sont en fait organisées au jour le jour lors d'une réunion de synthèse quotidienne pour répondre aux situations qui se présentent. Elles concernent la réalisation de tâches administratives, la mise en place d'activités et, de façon importante, un travail de veille.

La philosophie de ce service est que le travail d'accompagnement repose sur une forme de dépassement par les membres de l'équipe de leur compétence professionnelle. Les responsables du service ont en effet théorisé un mode d'organisation des accompagnements reposant sur ce qu'ils qualifient de multiréférence : les personnes ne sont pas suivies par un ou deux professionnels référents, mais les interventions peuvent être prises en charge par n'importe quel membre de l'équipe en fonction de sa disponibilité, de la nature de la tâche à réaliser et de la compétence des uns et des autres. Si l'équipe est pluridisciplinaire – on y relevait au moment de nos entretiens une généraliste, un psychiatre, des infirmiers, des éducateurs spécialisés, des psychologues - cette organisation est possible d'une part parce que, selon les responsables, le travail d'équipe permet un transfert de compétence entre membre de l'équipe, de sorte qu'un éducateur parvient à se substituer à un médecin ou un psychologue; et d'autre part parce que les interventions sollicitent également d'autres compétences ne relevant pas de la sphère professionnelle et qui sont distribuées là encore de façon transprofessionnelle entre les membres de l'équipe : savoir conduire une moto, être en mesure de déplacer un meuble, savoir réparer une télévision.

Par contraste telle autre association propose un service à la limite entre accompagnement et hébergement. Créé au début des années 2010 et s'appuyant depuis sur un financement d'un budget soutien à l'innovation, le service accueille neuf personnes dans des appartements collectifs situés dans un immeuble dans lequel le service dispose également de bureaux et de salles communes. L'accompagnement s'inscrit dans une temporalité double. D'un côté les personnes bénéficient d'une aide pour l'ensemble des tâches du quotidien, du ménage à la préparation des repas. L'équipe en charge de cette aide, présente sur place tous les jours, samedi et dimanche compris, composée d'aides à la vie sociale, d'auxiliaire de vie et d'aides-soignantes, est salariée par un prestataire tiers sous la supervision d'une responsable de l'association présente tous les jours. Le rôle de cette dernière est de planifier et d'animer le travail d'équipe mais aussi de planifier et d'organiser, au-delà de ces tâches quotidiennes, les activités des personnes autant que d'assurer une liaison avec les professionnels extérieurs au service, médecins et tuteurs.

L'accompagnement des personnes se déploie ainsi également, d'un autre côté, dans une temporalité de moyen terme qui permet de construire avec le service un accompagnement de projet sous la responsabilité directe de la responsable du service, dont le poste est défini comme celui de « coordinatrice » du service.

> Et par rapport au parcours de soins, disons que je rencontre systématiquement tous les partenaires psychiatriques, que je fais lien, que je sais à qui interpeller en cas de besoin. En fait toute la coordination c'est moi, tout le travail qui peut être fait au niveau de la coordination, elle est faite à mon niveau, quoi. (…) [L]es deux partenaires principaux ici pour l'accompagnement des personnes c'est la psychiatrie et les tuteurs. C'est avec eux que je suis majoritairement en lien, pour la formalisation de leurs parcours, qui soit d'hébergement, de travail, de soins, bon bref, ça c'est les deux partenaires majeurs. Après j'ai d'autres partenaires qui sont annexes, il y a quelqu'un qui fait du diabète donc il y a la Maison du Diabète là, c'est notre partenaire pour son suivi santé, enfin. Voilà, ce n'est pas des partenaires qui ont un pouvoir décisionnel, c'est une autre chose. Mais les partenaires centraux ce sont les tuteurs et les psychiatres. Mais bon, les tuteurs sont plus en retrait du coup. Par la force des choses, leur métier et leur activité font qu'ils ont beaucoup de choses à faire avec beaucoup de monde et qu'ils ne peuvent pas tout faire du coup. Et du coup, eh bien, je facilite un peu les choses, je suis facilitateur au sens large je pense, que ce soit auprès des personnes ici mais si on crée des partenaires, je facilite la prévention, je facilite l'accès à des projets, voilà donc c'est ça en fait. Pour moi la coordination c'est ça. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

Dans ce service, le terme de coordination renvoie ainsi à la fois à un travail de planification et d'organisation des interventions des différents professionnels autour de la personne, et à cet égard ce service présente une situation extrême puisqu'il n'emploie directement qu'une seule personne assurant précisément cette fonction de coordination, l'ensemble des autres intervenants étant employés par d'autres structures ; et d'autre part à un travail sur le projet même de la personne visant à mettre en œuvre les accompagnements nécessaires et à assurer leur inscription dans une trajectoire d'accompagnement sous la direction de la coordinatrice.

Une association issue d'un secteur pourrait être classée dans ce groupe. Créée à la fin des années 1970 elle a cru considérablement au cours des années et acquis une position de quasi autonomie par rapport au secteur et l'hôpital dont elle est issue. [Psychologue, appartements de secteur, #16] Présidée actuellement par une psychologue, elle s'appuie sur le travail d'une petite équipe de professionnels du secteur qui ont fortement investi l'association. Elle gère aujourd'hui 24 appartements accueillant 35 personnes au point que ses responsables revendiquent d'être la plus grosse association rattachée à un secteur unique en France. Ces derniers décrivent son rôle comme celui d'un tampon entre les

personnes et leur environnement. L'une des dimensions de ce rôle est l'avance d'argent aux personnes lorsqu'un tuteur est défaillant ou qu'une personne se met en difficulté, que ce soit par des petits prêts, des avances sur certaines dépenses, ou encore par l'échelonnement des dettes. Les personnes accueillies se voient par ailleurs offrir l'accès à une diversité de services médico-sociaux et culturels. Le service assume ces rôles à la fois parce que ses interventions ne sont pas limitées par un cadre formel, que son moteur est l'engagement des professionnels, que ceux-ci ont acquis avec les personnes, du fait de leur engagement dans la durée, une relation d'extrême proximité, dans l'ensemble de leur vie et que le logement est pour celles-ci le principal poste de dépense.

Avant de conclure cette analyse il convient de faire quelques remarques. La première est que les dimensions que nous avons mises en évidence dans cette section sont globalement congruentes avec nos analyses du chapitre précédent : les services dont les responsables insistent sur leur rôle de gestionnaire de trajectoire sont aussi dans l'ensemble ceux qui pensent comme relevant de leur mission la constitution de projets avec les personnes. Pour autant cette congruence a ses limites et les deux dimensions que nous avons analysées dans ce chapitre et le précédent sont relativement indépendantes. Le fait que certains services soient conçus comme des prestataires n'empêche pas que les professionnels considèrent leur travail d'accompagnement comme directement en prise avec les projets des personnes.

En second lieu les trois types que nous avons identifiés correspondent à trois visions différentes du travail d'accompagnement par rapport au travail de soin. Il ne faut cependant pas en conclure que les services correspondants mettent en œuvre des organisations nécessairement aussi distinctes que nos analyses peuvent le laisser entendre. D'un côté nos données, issues d'entretiens, ne nous permettent pas de documenter les pratiques d'accompagnement que seules des observations au long cours pourraient permettre de mettre en lumière. Ce sont les représentations du travail d'accompagnement que nous avons voulu interroger dans cette analyse. De l'autre côté si les différences que nous mettons en évidence correspondent effectivement à des représentations distinctes, les différences sont souvent de degré plus que de nature entre des services dont les pratiques sont souvent plus proches que ce que les discours et les statuts peuvent indiquer.

Les analyses précédentes ont suggéré que le travail médico-social ne pouvait être abordé sans référence au travail des autres intervenants auprès d'une personne. Nous avons en particulier insisté sur l'intrication profonde des lignes de travail mises en œuvre par différents acteurs dans le cours des trajectoires de maladie et les différentes formes

d'organisation mises en place pour mettre en œuvre ce travail. C'est l'analyse fine du travail conjoint des différents acteurs dans la gestion de ces lignes de travail qui permet effectivement de rendre compte de la position et du rôle rempli par les services d'accompagnement quels qu'ils soient.

6. Contractualisation, conditionnalité et accessibilité des services

Avant de conclure cette partie il nous faut revenir sur la discussion que nous avons entamée dans le deuxième chapitre de cette étude sur la notion de *supported* – ou *supportive* – *housing* et, plus précisément, la nature des relations entre accès au soin et au logement dans les services d'appartements accompagnés : jusqu'à quel point les services d'appartements accompagnés correspondent-ils ou non à la définition donnée dans la littérature anglo-saxonne sur ce point ? Peut-on distinguer les services de notre étude selon qu'ils correspondent plus ou moins à cette définition ? Rappelons-le, le concept de *supported housing* visait à caractériser des services fondés sur le respect et la promotion du droit au logement des personnes et plus largement sur la promotion de leur capacité d'agir. L'un des critères importants de définition de ces services est ce que les auteurs caractérisent souvent comme la non-conditionnalité de l'accès au logement : ce n'est plus la nature des soins dont les personnes ont besoin qui conditionne le logement auquel elles ont accès mais, à l'inverse, les accompagnements et soins sont construits à partir des situations de logement des personnes, lesquelles sont travaillées avec les outils du droit commun. En d'autres termes, ces services organisent un accès au logement qui précède la mise en place des accompagnements.

Le terme de conditionnalité est, dans ce contexte, particulièrement significatif. On ne peut pas ne pas y lire une référence implicite à la façon dont il est mobilisé dans les nouvelles politiques sociales dites actives mises en place par les gouvernements de la plupart des pays européens et nord-américains depuis la fin des années 1980 (Gilbert, 2002 ; Duvoux, 2012 ; Astier, 2007). Le terme n'est pas formellement inscrit dans le droit mais il

apparaît avec suffisamment de constance dans les commentaires juridiques et politique pour avoir une existence quasi-juridique (Wilmann, 2012). Il s'est ainsi imposé pour caractériser des dispositifs dans lesquels les personnes obtiennent le bénéfice de certains droits en l'échange d'un engagement dans des démarches d'insertion : ainsi le bénéfice du RSA est-il conditionné à l'engagement de la personne dans la recherche d'un travail ou dans des tâches d'intérêt collectif[60]. L'idée plus ou moins implicite est que les bénéficiaires de ces droits sociaux ont en quelque sorte à honorer une dette sociale contractée en échange du bénéfice de ces droits. Au-delà de ces droits particuliers, le concept marque une transformation du sens des politiques sociales et des Etats providence vers une responsabilisation des citoyens.

Appliquée au logement accompagné, la notion revient à faire de l'engagement dans un traitement la contrepartie du bénéfice d'un logement. Si l'on poursuit l'analogie avec les droits sociaux, les traitements psychiatriques apparaissent ainsi comme une façon pour les personnes de rembourser la dette contractée en accédant à un logement ou un gage de bonne conduite à donner pour pouvoir accéder au logement. Cette problématisation revient à qualifier de façon particulière les deux termes : on aurait d'un côté un droit – au logement – et de l'autre côté un devoir – les soins – contrepartie de ce droit. Notons cependant que le terme est exclusivement employé dans la littérature sur le logement accompagné de façon négative : c'est la *non-conditionnalité* de l'accès au logement que revendiquent les services de *supported housing* ; à l'inverse il est peu de services – mais il en existe néanmoins – qui revendiquent la *conditionnalité* du logement. La mobilisation par les services de *supported housing* de ce concept vise en fait à souligner leur ambition : permettre l'effectivité du droit au logement pour les populations qu'ils desservent. On reviendra sur ces différents points et en particulier sur l'analogie avec le droit social mais il vaut la peine de donner un exemple de la façon dont la non-conditionnalité est formalisée par certains services.

Cet exemple est fourni par l'expérience « Un chez soi d'abord », qui est probablement le dispositif qui est actuellement le plus en pointe dans la promotion de cette notion. Ainsi le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 « relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » » qui organise la généralisation du dispositif définit celui-ci dans son premier article comme un service permettant aux personnes « d'accéder sans délai à un logement en location ou en sous

[60] Il est une autre conception possible de la conditionnalité des droits sociaux dans le fait que ceux-ci ne sont actualisables qu'en fonction de la disponibilité du bien associé : le droit au logement n'est possible que dans la mesure où des logements sont effectivement disponibles. Ce n'est toutefois pas le sens qui est généralement entendu par les acteurs et les commentateurs.

location et de s'y maintenir » et « de développer leur accès aux droits et à des soins efficients, leur autonomie et leur intégration sociale ». La clause de non-conditionnalité figure dans le même paragraphe : « L'accueil ne peut être subordonné au suivi d'un traitement ou à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives ». La suite du texte indique cependant qu'un « contrat de prise en charge » est signé par la personne et l'organisme gestionnaire du service pour prendre effet le jour de l'entrée dans le service. Conformément à l'article D311 du *Code de l'Action Sociale et des Familles*, ce contrat, qui n'est pas spécifique au dispositif « Un chez soi d'abord », précise notamment les « prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ». Le texte suggère que le contrat est bien une condition à l'entrée dans l'appartement : sa signature est nécessaire pour l'admission dans le service. Sans doute n'a-t-il pas vocation à comporter de clause sur les traitements, mais l'accompagnement vers ou dans les traitements est bien une dimension importante des prises en charge proposées aux personnes comme l'indique l'intitulé même retenu pour qualifier les services : appartements de coordination thérapeutique.

Ajoutons cependant que, s'il est obligatoire, ce contrat ne lie pas fortement la personne. Si l'on se fie à la suite du texte, il peut en effet lui être mis fin simplement lorsque la personne demande à ce que la prise en charge cesse, lorsqu'elle est prise en charge par un autre établissement, ou encore lorsqu'elle cesse tout contact avec l'équipe. Par ailleurs la fin du contrat ne conduit pas en principe à la résiliation du contrat de location et donc ne porte théoriquement du moins pas à conséquence pour l'exercice par les personnes de leur droit au logement. Cette clause est cependant nuancée par la suite du texte. Le décret précise en effet que les services doivent contrôler le nombre de leurs usagers remettant en cause les contrats de prise en charge : « Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10 % de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé. » L'objectif du dispositif est bien de maintenir les personnes dans une prise en charge qu'elle aurait acceptée, et l'objectif assigné aux services est de faire accepter ces prises en charge aux personnes, de faire en sorte que les personnes se dirigent vers les soins auxquels elles adhèrent. La clause de non-conditionnalité n'est donc pas totale : le décret met en forme une sorte de conditionnalité, souple voire statistique, surveillée par le dispositif.

On le voit l'apparente simplicité de l'idée de non-conditionnalité recouvre dans ce cas – mais d'autres exemples pourraient nourrir ce constat – une situation excessivement

complexe. Avant d'en analyser les différents termes disons tout de suite que, au-delà de l'expérience « Un chez soi d'abord », le terme de non-conditionnalité est peu repris en tant que tel par les services de notre échantillon. Ceux-ci mobilisent en revanche pratiquement tous l'idée d'un contrat passé avec les personnes, et librement contracté par ces dernières, qui inscrit le service apporté par les appartements accompagnés dans un rapport d'échange ou de droits et devoirs réciproques des parties prenantes. Au-delà sept points de discussion méritent d'être soulevés pour comprendre le sens et la portée de cette contractualisation.

La forme des contrats

Un premier élément de complexité tient précisément à l'outil mobilisé pour formaliser la relation contractuelle avec le patient. Dans la quasi-totalité des services, cet outil est un contrat écrit, signé par le service et la personne, qui fixe le loyer et indique les conditions de la sous-location. Un certain nombre de nos interlocuteurs insistent sur le caractère ordinaire de ce contrat qu'ils décrivent comme un contrat de location comme un autre : « On est dans un statut de droit commun donc l'association est locataire et les résidents sont sous locataires mais avec un contrat de bail comme n'importe quel locataire. » [Psychiatre, appartements de secteur, #6] Les observations de ce psychiatre n'empêchent pas, dans le cas précis de ce service comme dans la totalité de notre échantillon, que le contrat inclue par ailleurs un certain nombre de clauses spécifiques que l'on ne retrouverait pas dans un contrat de location ordinaire et qui limitent la jouissance de l'appartement – et notamment dans la quasi-totalité des services une clause d'engagement dans des soins ou des accompagnements. Notons que les contrats sont tous rédigés par les services eux-mêmes et que ceux que nous avons eus entre nos mains sont des documents simplifiés en comparaison à ce que sont les contrats de location.

La plupart de nos interlocuteurs reconnaissent en fait la spécificité de leur contrat qui « n'est pas un contrat de sous-location classique » [Psychiatre, appartements de secteur, #21], et certains mobilisent d'autres références que les contrats de bail pour les décrire. Dans une structure à caractère médico-social agréée par l'ARS comme un foyer d'hébergement, les personnes ne sont pas officiellement sous-locatrices mais résidentes et signent un contrat de séjour conformément à l'article D311 du *Code de l'Action Sociale et des Familles* que l'on a cité plus haut. Dans un autre cas, le contrat est signé entre l'association, le médecin traitant de la personne et celle-ci. L'une de nos interlocutrice parle par ailleurs d'un « contrat d'adhésion » au service :

> Il y a un contrat qui est signé, avec la personne ici entre [l'Association] et la personne, un contrat d'adhésion qui stipule en fait nos engagements locatifs, d'accompagnement et tout ce qu'on veut et les engagements de la personne dont un préavis de trois mois en cas de départ – qui serait pas lié à une hospitalisation, bien évidemment – ou des trucs de force majeur, je n'en sais rien, mais un souhait d'intégrer une autre structure, eh bien, là y a trois mois de préavis comme n'importe qui qui souhaite quitter son logement. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20]

Outre le contrat passé avec la personne, sept de nos interlocuteurs mentionnent également l'existence dans leur service d'un « règlement intérieur » en plus du contrat de sous-location ou de séjour :

> On a un règlement de fonctionnement qu'on leur demande de suivre qui est plus ou moins un règlement de bon sens, participer aux tâches communes, prendre ses traitements régulièrement, informer de ses allers retours pour pas qu'on s'inquiète, vivre en bonne intelligence. [Travailleur social, appartements sociaux, #47]

Dans l'un des services de notre échantillon le règlement intérieur ne concerne que les trois appartements collectifs géré par le service et il interdit notamment la visite des enfants mineurs ou la possession d'animaux domestiques. Dans ce cas comme dans celui évoqué dans la citation précédente, l'enjeu du règlement intérieur est de permettre la cohabitation en bonne entente des habitants colocataires de l'appartement, mais dans d'autres cas le règlement vise clairement à réguler les relations entre le service et les personnes. Notons que les contrats de location utilisés par certains services reprennent des clauses que d'autres services inscriraient plutôt dans un règlement intérieur – c'est le cas, dans notre échantillon, pour l'interdiction de la possession d'animaux domestiques ou la limitation des visites extérieures qui se retrouvent selon les services dans l'un ou l'autre document.

Cette discussion souligne l'ambiguïté du contrat passé avec les personnes et donc de la relation créée avec elles par les services. Disons d'emblée que le statut juridique de ces documents est plus qu'incertain, aucune juridiction ne s'étant penché à notre connaissance sur la question, et que donc il est difficile de trancher sur leur nature exacte. Formellement, la représentation que les responsables de services donnent de ces contrats hésite entre deux objets juridiques : le contrat de location d'un côté, et le contrat de séjour en institution de l'autre. Or il s'agit là de deux contrats de nature profondément différente. Le contrat de location s'inscrit dans le droit des contrats tel qu'il est défini et codifié dans le code civil. Il est signé entre deux personnes consentantes et disposant d'une pleine capacité à consentir,

et organise la cession de l'usage d'un bien par une partie, qui est propriétaire de ce bien, à l'autre.

Le contrat de séjour dans les établissements médico-sociaux renvoie à une autre conception plus récente du contrat introduite dans le droit depuis la fin des années 1990. Il va de pair avec la constitution progressive d'un statut de personne accompagnée et s'inscrit au croisement de plusieurs dynamiques historiques : montée de la notion de consentement éclairée en médecine ; reconnaissance des droits des personnes handicapées ; ou encore création d'un statut des personnes accompagnées dans les CHRS. (Verdier, 2004) Précisément, la notion de contrat de séjour a été introduite dans le droit par la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale ». Elle vise à organiser la relation entre un bénéficiaire d'un droit et un service qui rend effectif ce droit : le contrat de séjour organise ainsi les conditions de délivrance d'un droit sous la forme d'un service. Il lie deux parties entre lesquelles il existe par nature un profond déséquilibre. (Rebourg, 2016) Ajoutons que la jurisprudence suggère que le contrat de séjour n'est pas, dans le droit actuel, doté d'une pleine valeur contractuelle et en particulier qu'il n'est pas opposable à une administration ou une organisation qui dérogerait à certains engagements pris dans le contrat. (Lhuillier, 2011)

Le contrat de séjour n'est donc pas un contrat au sens du droit civil et c'est par analogie formelle qu'il peut être qualifié de contrat. Cette analogie permet néanmoins de créer les conditions d'une sorte de fiction sociale et juridique que jouent les signataires en mimant une relation contractuelle. L'intérêt de cette fiction n'est pas à négliger : comme les promoteurs des contrats de séjour en établissement le soulignent, elle permet en elle-même, malgré son caractère fictionnel, de contribuer à restaurer la dignité et la citoyenneté des personnes. Dans des services visant à une forme de réinsertion ou réadaptation sociale et devant déboucher sur l'autonomisation des personnes la fiction du contrat est de toute évidence une forme d'entraînement pour celles-ci qui leur permettra de s'engager pleinement dans les contrats qu'ils auront à signer ultérieurement. En cela, si le contrat de séjour est en un sens une fiction, il est susceptible d'avoir des effets bien réels.

Dans le cas des appartements accompagnés la limite entre fiction et réalité est rendue plus incertaine encore par plusieurs phénomènes. D'un côté dans la plupart des services qui permettent aux personnes d'habiter des logements indépendants, celles-ci bénéficient effectivement d'une forme d'autonomie de fait qui peut conduire à faire de la fiction du contrat un jeu sérieux entre individus stratégiques. Les situations de négociation qui se mettent parfois en place entre professionnels et personnes autour d'enjeux tels que

l'acceptation par celles-ci des visites ou encore le paiement à l'heure des loyers sont un exemple sur lequel on reviendra. D'un autre côté si l'insistance de nos interlocuteurs sur le caractère banal, ordinaire, ou encore de bon sens des clauses incluses dans les contrats ou les règlements intérieurs souligne leur volonté de faire comme si ces documents organisaient une situation de la vie ordinaire entre personnes libres et consentantes, dans le même temps cette insistance même trahit paradoxalement les vulnérabilités des personnes, qui nécessitent des protections particulières ou dont les comportements appellent des mesures de surveillance spécifiques.

La nature des conditions au logement

Le deuxième élément de discussion concerne la nature des conditions imposées aux personnes dans les documents contractuels que l'on vient d'évoquer. On l'a souligné, la clause la plus fréquemment mentionnée et la plus significative pour les responsables que nous avons interrogés est l'engagement de la personne dans un suivi psychiatrique :

> Pour reprendre une autre question à laquelle je n'ai pas répondu, sur le contrat de sous-location, la question essentielle, elle est là, c'est-à-dire que ce qu'on demande... On a essayé de le faire en deux parties : c'est-à-dire ce à quoi on s'engage, nous en tant qu'association à l'égard de la personne, et ce qu'on demande à la personne en terme d'engagement. Globalement, l'essentiel, il est là. L'essentiel, c'est d'assurer un suivi psychiatrique au niveau du secteur. Après, il y a les détails que sont l'idée d'amener les animaux, d'héberger des gens... des choses comme ça... mais l'essentiel il est là, voilà. Et nous, notre engagement, de l'autre côté, il est d'aider la personne à régler son loyer si nécessaire, de l'aider à se meubler... (…) Il y a un avantage en nature, en quelque sorte, mais qui fait partie de notre engagement... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

> Maintenant il est exigé que les personnes étant en sous-location par l'intermédiaire de cette association formée majoritairement de soignants ne signent pas dans n'importe quelles conditions. Donc le contrat c'est qu'elles suivent les soins. Alors, il est arrivé que les soins soient pris en charge par un psychiatre libéral. Si une personne ne veut plus vous voir, elle prend quelqu'un d'autre. [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

> Et entre autres, quand les patients acceptent de signer un contrat de sous-location, ils s'engagent à accepter les visites à domicile. Régulières. A continuer leur suivi médical au CMP. S'ils ont un travail, le maintenir. Essayer de le maintenir. Ils s'engagent à tout ça. Et puis après, alors, il n'est pas autorisé d'héberger qui que ce soit, on ne peut pas avoir d'objets toxiques, l'alcool, d'addiction, enfin, bon. Tout ça, voilà, il y a des règles pour essayer de tenir le cadre. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Cette condition sur le suivi psychiatrique prend cependant des formes différentes selon les services. Un certain nombre de contrats imposent de façon vague aux personnes de prendre leur traitement. D'autres demandent aux personnes d'avoir un médecin traitant. Dans un service de notre échantillon, les personnes s'engagent à rendre une visite mensuelle aux infirmiers du CMP du secteur.

Si ces conditions visent l'engagement de la personne dans des soins ou même plus spécifiquement dans ce que l'on pourrait qualifier d'un processus thérapeutique, d'autres conditions visent plus largement les accompagnements. Certains services imposent aux personnes d'accepter une visite régulière du service d'accompagnement. Une autre façon de mettre en forme cette condition est la détention par le service d'un exemplaire des clefs des appartements : si tous nos interlocuteurs soulignent l'importance que les personnes disposent de leur propre clef, la plupart indiquent que le service en dispose lui aussi d'un exemplaire, même si bon nombre prennent la peine de préciser qu'ils n'en font jamais usage. Notons que quelques services portés par des structures à caractère social ou issus de secteurs mais ayant acquis une autonomie par rapport à l'équipe psychiatrique, se contentent d'indiquer de façon vague la nécessité pour les personnes d'accepter l'accompagnement proposé par le service sans faire mention d'un traitement psychiatrique : dans ces cas, cependant, le recrutement des personnes par les services de secteur fait qu'elles sont de fait engagées dans des traitements.

Enfin, un ensemble plus large encore de conditions imposées par certains contrats restreignent la possibilité pour les personnes de jouir comme ils l'entendent de leur logement : on a évoqué plus haut l'interdiction explicite faite fréquemment aux personnes d'accueillir d'autres personnes ou d'avoir des animaux domestique. Ces interdictions visent dans l'esprit des responsables de service à éviter que les personnes se mettent en danger en laissant des tiers envahir leur appartement, ou qu'elles mettent en danger la sous-location en provoquant des plaintes du voisinage. Elles manifestent plus largement la tutelle exercée par le service sur la situation de location des personnes. En mentionnant ces points – exorbitant du droit commun dans le cas de la location d'un logement à usage d'habitation – les contrats soulignent la situation de vulnérabilité potentielle des personnes.

Les conditions incluses dans les contrats avec les personnes organisent ainsi la relation entre trois termes : les traitements que pourrait proposer un psychiatre ou une équipe de secteur ; l'accompagnement mis en œuvre par le service; et la mise à disposition du logement à la personne. La non-conditionnalité telle qu'elle est entendue dans la littérature et par certains de nos interlocuteurs porte sur le suivi d'un traitement, avec en

filigrane l'idée qu'il convient de ne pas forcer les personnes à prendre des traitements médicamenteux qu'elles ne voudraient pas prendre. Les positions les plus radicales sur ce point sont clairement inspirées des perspectives antipsychiatriques britanniques des années 1970 et en particulier par l'idée que les traitements psychiatriques pourraient faire plus de mal que de bien : ces perspectives, on l'a dit plus haut, étaient présentes dans le mouvement des structures intermédiaires des années 1980 auquel se sont rattachés de nombreux appartements associatifs de secteur et elles continuent d'irriguer aujourd'hui un certain nombre de positions se réclamant du rétablissement. Pour une majorité de professionnels, cependant, la non-conditionnalité vise surtout à insister sur la volonté des services de promouvoir les droits des personnes face au logement et face aux traitements : permettre l'accès au logement d'un côté, l'expression d'un choix éventuellement éclairé face aux traitements de l'autre. La tension entre ces deux droits vient de ce que l'accès au logement paraît imposer, dans le cas des personnes pour qui sont pensés les services d'appartements accompagnés, que celles-ci bénéficient d'un accompagnement. Les services revendiquant la non-conditionnalité se sortent de cette contradiction en pensant séparément accompagnement et traitement, et en ne proposant que des conditions sur l'accompagnement, mais d'un point de vue analytique cette position est difficile à tenir.

Il est ainsi difficile de cloisonner les conditions sur les traitements et de les isoler des autres conditions imposées aux personnes et portant sur d'autres aspects de la sous-location ou de l'accompagnement. D'une part les remarques précédentes soulignent qu'elles ne sont de fait dans la totalité des services qu'une dimension de la conditionnalité imposée aux personnes dans les contrats et règlements intérieurs, y compris dans les services dont les responsables soulignent qu'ils relèvent du droit commun. D'autre part et surtout, on l'a longuement discuté dans le chapitre précédent, l'articulation et la frontière entre accompagnement médico-social et traitement psychiatrique est difficile à déterminer. Plus spécifiquement une des caractéristiques des conditions mises en œuvre dans les appartements est qu'elles imposent des accompagnements qui visent à inscrire et maintenir les personnes dans le traitement. Le décret de janvier 2016 sur les appartements « Un chez soi d'abord » que nous avons commenté plus haut souligne cette ambiguïté. La suite de l'analyse nous permettra d'approfondir ces remarques.

La justification des conditions

Le troisième élément de notre discussion concerne la justification de ces conditions par les responsables des services. Encore une fois il est peu de services qui revendiquent

l'application d'une forme de conditionnalité. On l'a souligné, nos interlocuteurs soulignent souvent le caractère de bon sens, ordinaire ou de droit commun des clauses incluses dans les contrats passés avec les personnes. A contrario certains responsables indiquent néanmoins l'importance que prennent à leurs yeux ces conditions qui participent pour eux de la définition même des fonctions remplies par leur service. La formulation la plus explicite est celle d'un médecin ancien responsable associatif qui d'une façon peut-être provocatrice indique bien la portée de ce qu'il conçoit comme un contrat thérapeutique :

> Ce qui est thérapeutique dans les appartements associatifs thérapeutiques c'est le contrat thérapeutique qu'on fait avec le malade. « Tu as droit à aller dans cet appartement-là, premièrement il y a un règlement intérieur : le règlement intérieur c'est : tu ne prends pas la drogue, tu ne prends pas d'alcool, tu ne rentres pas avec des chiens, avec des je ne sais pas quoi, tu n'embête pas les deux autres résidents qui vivent là, etc., ça c'est les règles, tu fais le ménage à ton tour », c'est le règlement intérieur. « Tu n'as pas le droit, tu n'as pas le droit, tu n'as pas le droit », ça c'est le règlement intérieur. Et deuxièmement le contrat thérapeutique en lui-même c'est : « Tu vas à l'hôpital de jour deux fois par semaine, tu vas voir ton médecin tous les quinze jours, tous les mois, un infirmier vient te voir une fois par semaine », voilà, ça c'est un contrat thérapeutique qui marche parfaitement pour la plupart de ces patients qui sont les plus difficiles des plus difficiles, les plus graves, les plus graves des plus graves. « Tu ne veux pas suivre le contrat thérapeutique ? Tu as le droit. Tu ne veux pas te soigner ? Tu as le droit. Alors tu t'en vas, tu ne restes pas dans l'appartement ! ». [Psychiatre, ancien responsable associatif, #58]

Le droit au logement apparaît ici comme une sorte de monnaie d'échange proposée aux patients pour les amener à se soigner dans une perspective stratégique par les soignants. Sans être aussi explicites d'autres services inscrivent les conditions imposées aux personnes dans un horizon thérapeutique : le règlement ou le contrat passé avec les personnes ne sont pas nécessairement pensés en eux-mêmes comme des éléments d'une stratégie thérapeutique, mais ils visent à souligner la dimension thérapeutique en dernière analyse de l'accompagnement dans les appartements.

D'autres responsables insistent cependant sur le caractère pragmatique des conditions imposées aux personnes qui viseraient moins à inscrire celles-ci dans des soins qu'à éviter les conséquences d'une situation de maladie mal maîtrisée. L'objectif est alors de sécuriser le logement en évitant les difficultés avec les voisins et les bailleurs plutôt que d'obtenir un effet en retour sur les personnes.

> Parce qu'on a quand même notre obligation aussi de faire en sorte qu'on ne nous mette pas non plus, nous, à la porte. Donc, il faut quand même qu'on apporte des garanties à nos propriétaires. Donc quand on a des patients qui finalement

> n'arrivent plus à rentrer dans le cadre, eh bien, on les met dehors. Parce qu'on ne veut pas après qu'on se retrouve avec un logement en moins... Ou que ça porte préjudice au suivant, enfin, bon. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Ces deux postures ou attitudes reflètent les deux conceptions de la dimension thérapeutique des appartements que l'on a évoquée dans les chapitres précédents : l'idée d'une visée thérapeutique d'un côté contre celle d'une fonction sociale au côté de la thérapie de l'autre. La question de la conditionnalité se pose dès lors différemment dans les deux cas : restriction à l'exercice du droit au logement dans le second cas elle est le moteur d'un processus et d'une fonction thérapeutique dans le premier cas. Cette observation éclaire ainsi d'une autre façon la tension au cœur de la non-conditionnalité : entre accès aux soins et accès au logement. Un article ancien souligne cette tension : « L'association de deux qualificatifs dans notre titre [appartements thérapeutiques associatifs] veut souligner que dans notre pratique l'accueil de patients souffrant de pathologie mental relève nécessairement des soins. »[61]

Les critères informels

Cette discussion serait incomplète si on la limitait aux conditions formellement imposées aux personnes dans les contrats et règlements intérieurs. Un autre volant de la conditionnalité des services concerne les critères formels et plus souvent informels mis en œuvre par les services dans la sélection de leur clientèle. On reviendra dans le prochain chapitre, à partir d'une discussion sur la notion de besoins, sur la manière dont les services perçoivent leur bassin de clientèle, ici la discussion porte plutôt sur les critères appliqués en pratique dans les opérations d'admission. Une dimension de la non-conditionnalité dans les services de *supported housing* tient ainsi à l'idée que ces services ne mettraient pas en œuvre de critères d'exclusion fondés notamment sur l'état psychopathologique des personnes et n'imposeraient pas de conditions à l'accès aux services. Les appartements « Un chez soi d'abord » admettent ainsi en principe toute personne sans domicile fixe pourvu qu'elle souffre de troubles psychiatriques, quels que soient la pathologie et son stade. Surtout aucune condition de nature sociale ou en termes de droits ouverts n'est exigée : comme pour la mise en place des accompagnements, l'accès au service précède l'ouverture des droits.

[61] Olive A., Observations sur la pratique des appartements thérapeutiques associatifs, *art. cit.* note 33.

Avant d'examiner plus en détail la nature des critères de sélection mis en œuvre par les services de notre échantillon soulignons que sur ce dernier point le protocole des appartements « Un chez soi d'abord » n'a à bien des égards rien de très exceptionnel. L'admission des nouveaux entrants, dans tous les services, comprend une phase de préparation qui permet notamment d'ouvrir les droits et éventuellement d'aider la personne à rassembler les moyens nécessaires pour habiter. Plus largement, sur le plan des critères sociaux les appartements « Un chez soi d'abord » ne sont pas beaucoup moins exigeants que la plupart des services de notre échantillon : les personnes doivent être en mesure, dans tous les services, de payer leur loyer. L'accès quasi universel à un grand nombre de prestations sociales, notamment aides au logement et revenus de base, pour les personnes de plus de 25 ans de nationalité française fait cependant que cette condition n'est que rarement rédhibitoire. Même si la complexité des dossiers à constituer peut être un obstacle pour des personnes isolées – et l'on sait que le non recours aux droits sociaux s'explique en partie par cette complexité – le fait que le recrutement des personnes passe dans tous les services par des filières soient internes soit externes qui proposent généralement un accompagnement social permet de passer outre cette difficulté.

Par ailleurs si on le verra l'évaluation de l'état psychiatrique de la personne est un critère important dans la totalité des services, il n'en est aucun qui indique refuser des personnes souffrant de pathologies données, à l'exception notable des troubles addictifs et du comportement mentionnés par la quasi-totalité de nos services, ou qui limite l'admission à certaines pathologies spécifiques : les critères mis en œuvre par les services sur ce plan portent sur l'expression de la symptomatologie et non pas des critères diagnostiques. Il n'est aucun service non plus qui indique recruter ses résidents sur la base de la satisfaction de critères psychopathologiques mesurés à l'aide d'une échelle ou d'une évaluation standardisée, et il en est en fait très peu pour lesquels l'évaluation psychiatrique est faite au cours d'une session d'entretien spécialement organisée à cette fin. En particulier aucun de nos interlocuteurs n'indique raisonner en termes d'indications : même lorsqu'ils mettent en avant la visée thérapeutique de l'accompagnement, celle-ci apparaît peu spécifique, et ce sont plutôt des contre-indications qu'ils mettent en avant. Dans la majorité des services l'évaluation psychiatrique est du ressort de l'équipe de secteur adressant le patient, et cette évaluation correspond en fait à un moment de reprise de la situation du patient par l'équipe dans le cours d'une prise en charge de long terme. Cette évaluation est ainsi généralement l'occasion de marquer un tournant dans la trajectoire de la maladie, de mettre en évidence pour l'équipe et pour le patient le chemin parcouru et les progrès effectué et de poser la

question de la meilleure orientation à donner à la suite de la prise en charge. Elle n'est donc pas, généralement, spécifiquement organisée pour l'admission en appartement.

Dans un petit nombre de services, un psychiatre travaillant pour les appartements rencontre la personne au moment de l'admission mais il ne s'agit pas généralement d'un entretien clinique : le psychiatre rencontre la personne au nom de l'association et au titre d'une fonction d'accompagnement remplie par le service. Les seuls services de notre échantillon dans lesquels une évaluation psychiatrique formelle est organisée pour l'admission dans le dispositif sont ceux de l'expérimentation « Un chez soi d'abord », où l'évaluation psychiatrique était au moment de notre enquête requise par le protocole que devaient suivre les services dans le cadre de l'expérimentation nationale. Dans un autre service, le dossier du candidat, qui doit comporter un avis circonstancié du médecin traitant, est examiné par une commission comportant des psychiatres travaillant bénévolement pour le service, qui cependant ne rencontrent pas les personnes. [Travailleur social, appartements sociaux, #47] La sélection des entrants se fait ainsi dans la très grande majorité des services dans une négociation entre l'équipe psychiatrique qui estime qu'une personne pourrait être un bon candidat et l'équipe du service. Cette dernière organise la discussion en énonçant ce qui est attendu des résidents et en proposant un portrait type de ces derniers mais cette description est souvent négociable en fonction de l'état de l'offre d'appartements et du nombre de demandes faites par les équipes psychiatriques. Concrètement, dans la plupart des services, les soignants référents chargés du suivi d'une personne proposent son dossier qui est ensuite discuté au sein de l'équipe de secteur et/ou avec l'équipe des appartements. Cet exemple d'une association de secteur illustre bien la démarche :

> Comment on fonctionne ? Donc, l'association attend une proposition de la part – alors ce sont souvent les mêmes personnes – de la part de l'équipe soignante du patient, qui va avoir l'idée de faire appel à l'association.
>
> *Q : Vous avez une réunion avec le CMP orientée association ? Comment est-ce-que vous fonctionnez ?*
>
> Alors, on a des réunions d'association, que de l'association. De temps en temps, à la réunion du CMP – bon, étant donné que ce sont souvent les mêmes personnes – on prend un temps pour parler de l'association, pour donner les actualités, on va dire, de l'association, et après, on propose nous des entretiens, quand on nous sollicite, de présentation – voilà – où on reçoit l'équipe soignante, qui va nous parler du patient, et après on va lui donner un rendez-vous, ou pas. En général, on donne un rendez-vous. C'est là que ça commence. Parce que, comme ce sont les mêmes personnes, on fait en sorte que quand même... Par exemple, moi, en tant que

> médecin d'un patient, je ne vais pas me présenter moi-même un patient à l'association. Il va falloir que quelqu'un d'autre... Si je veux présenter un patient que je suis, il va falloir que quelqu'un d'autre de l'association me reçoive. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Dans certaines associations non sectorisées les équipes pallient le fait qu'elles ne connaissent pas la personne par une procédure d'admission plus ou moins longue permettant de croiser les regards. Dans tel service une visite est organisée avec la personne et une commission incluant des psychiatres examine le dossier. Dans tel autre service la personne rencontre les responsables et un temps de présence est organisé dans l'appartement sur plusieurs semaines. Une chambre est réservée pour que la personne puisse par ailleurs passer des nuits dans l'appartement avant de mettre en place l'accueil. [Educatrice spécialisée, appartements médico-sociaux, #20] Ailleurs encore la demande est examinée par une commission composée non seulement de l'équipe de secteur et de l'équipe des appartements mais également d'élus, de bailleurs, de professionnels des services de santé mentale, d'associations tutélaires, de foyers d'hébergement, de services d'accompagnement à la vie sociale, qui permet éventuellement de proposer une autre option à la personne, et qui par ailleurs permet aux équipes de soin d'interpeler ces partenaires. [Travailleur social, appartements de secteur, #19] Cette réunion vise du reste moins à assurer la pertinence du projet de la personne qu'à évaluer son engagement.

Les conditions que les personnes doivent remplir pour pouvoir bénéficier d'une place dans un appartement sont ainsi pour une partie importante d'entre eux négociables. La grande majorité des services énoncent néanmoins une série de critères qui organisent la sélection qu'ils font parmi les populations. Ceux-ci sont de deux ordres : psychiatriques et sociaux.

Sur le plan psychiatrique, les deux critères le plus souvent énoncés par les services sont une certaine capacité à l'autonomie d'une part et la stabilisation des troubles d'autre part. Dans les deux cas l'enjeu porte, on l'a dit, sur l'expression de la pathologie : la nature des troubles importe au fond moins que leurs conséquences pour la personne et pour la façon dont elle est avec les autres ; la question est avant tout de savoir si la personne pourra vivre dans les conditions qui lui sont offertes dans l'appartement sans par ailleurs provoquer de troubles du voisinage ni de dégât matériel. Encore, répétons-le, ces critères ne sont-ils jamais donnés sous la forme d'un score que la personne devrait atteindre à une échelle :

> Ce n'est pas tant l'étiquette que la nature de la difficulté ou des troubles. Donc c'est pas tant la nature de la maladie que les éléments qu'on a en termes d'observation du

> comportement, capacité à vivre seul ou pas, la nature du trouble qui envahi ou pas le quotidien. [Educateur spécialisé, appartements sociaux, #32]

> *Q : [Qui est admis en appartement individuel ?]*

> C'est là où c'est très compliqué, je pense que l'implication de la pathologie et de la capacité de vivre une vie autonome, un peu autonome. Un peu d'autonomie, un peu de dépendance quoi, comme tout le monde. Et par exemple, est-ce que quelqu'un qui délire tout le temps, qui a besoin de son délire, qui habite un monde un peu halluciné mais qui fait ses courses, sait faire la cuisine, est-ce qu'une personne comme ça est plus malade qu'une personne qui délire pas trop, qui est resté une espèce de gros bébé à sa maman, qui pique des colères, etc. Laquelle des deux est la plus malade ? [Psychiatre, appartements de secteur, #4]

Dans le cas du service correspondant à la première citation, les appartements sont mis à disposition des personnes dans le cadre d'un programme associant un bailleur HLM qui participe à l'évaluation des dossiers. Les critères portant sur le comportement des personnes paraissent de ce fait mobilisés de façon peut-être plus stricte que dans d'autres services : le bailleur doit être convaincu que les candidats pourront effectivement tenir leur appartement et qu'elles ne poseront pas de problèmes à leur voisinage. Pour autant, comme dans ce service, le critère d'autonomie est pour l'ensemble de nos interlocuteurs une donnée pragmatique : il faut avant tout que les personnes puissent vivre dans les appartements.

> *Q : Est-ce que par exemple dans vos contrats vous avez des conditions pour qu'une personne habite dans un appartement associatif ?*

> Continuer ses soins, avoir une activité, c'est un truc tout à fait basique hein, c'est une question d'autonomie aussi, n'est-ce pas ? Qu'ils sachent au moins cuire un œuf, on va dire, sérieusement. Au moins savoir faire un peu la cuisine, sinon comment ils feront alors ? [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

Au minimum les personnes doivent être en mesure d'accomplir les gestes essentiels pour subvenir à leurs besoins. Ce critère est cependant éminemment dépendant des conditions de vie et d'accompagnement que le service propose aux personnes. Le responsable du service que nous citions plus haut commente ainsi l'exigence d'autonomie émise par les bailleurs :

> Ca dépend vraiment du dispositif qui est à côté de la candidature, moi c'est comme ça que je vois les choses. Parce qu'à côté du dispositif il y a l'accompagnement adapté ou pas. Si on met un candidat qui semble prêt dans les mains d'un bailleur qu'on dit : « Ne vous inquiétez pas tout va bien », qu'on ment au bailleur, la personne sera relogée, certes, mais ça ne va pas l'aider. Enfin, si ça ne se passe pas

> bien, si ce n'est pas en dispositif adapté, certes il sera locataire en titre, mais ça va la mettre peut-être plus en difficulté qu'elle ne l'est déjà au départ. Alors je ne dis pas ça pour dire qu'il ne faut pas prendre le risque de – mais en tout cas nous on est vigilants à ça, bien connaître la personne et ses attentes, c'est aussi être mieux capable de l'orienter, la positionner, qu'elle se positionne sur le dispositif qui correspond le plus. [Educateur spécialisé, appartements sociaux, #32]

Si la question de l'orientation se pose particulièrement dans ce service parce qu'il gère plusieurs dispositifs correspondant à des accompagnements plus ou moins présents dans la vie quotidienne des personnes, cette citation souligne bien la relativité du critère d'autonomie : si être autonome signifie avoir une capacité minimale à tenir l'appartement, cette condition s'exprime différemment selon que des aides ménagères, pour le repas, ou encore une surveillance quotidienne est mis ou non à disposition des personnes. De même les logements n'appellent pas les mêmes habiletés selon leur nature : en dehors du fait que les appartements collectifs sont généralement plus accompagnés que les appartements individuels, habiter en colocation permet la mutualisation de certaines tâches et de susciter des formes d'entraînement mutuel. Enfin une partie de l'appréciation que les équipes ont de l'autonomie des personnes est déterminée par leur tolérance plus ou moins grande à certains comportements ou certaines façons de vivre : l'attention que les équipes portent aux menus de leurs patients ou au ménage paraît ainsi extrêmement variable d'un service à l'autre. Ajoutons enfin que, dans la mesure où les personnes sont rarement mises à l'essai, dans la plupart des cas la mise en œuvre de ces critères reposent sur une forme de projection ou d'anticipation de ce dont celles-ci sont capables : si c'est sur une connaissance souvent intime des personnes que s'appuient les équipes pour juger leurs capacités, la façon dont celles-ci déploieront leurs capacités dans un milieu nouveau et la façon dont elles sauront se saisir de ce milieu reste imprévisible. L'application du critère d'autonomie est donc située.

Le critère de stabilité des troubles est peut-être encore plus difficile à objectiver. Notons que peu de nos interlocuteurs mentionnent spontanément ce critère qui paraît plutôt aller de soi : l'accueil des patients ne se fait pas au plus fort des phases délirantes et a contrario les décompensations sont des motifs de fin ou du moins de suspension des accompagnements. Pour autant ; un certain nombre de nos interlocuteurs soulignent la capacité de leur service à accueillir des patients très délirants. C'est par exemple le cas de ce service d'appartements associatifs où un appartement s'est trouvé réservé à des personnes présentant des symptômes délirants graves :

> C'est l'appartement qui demande le plus de soin, ça s'est retrouvé comme ça. Il y en a eu deux, puis un troisième, et puis pour mettre un quatrième là il faut qu'il soit tolérant *(Rires)*. Donc c'est devenu un peu un appartement de patients où ils sont tous délirants, ils sont tous spéciaux et ils se tolèrent bien les uns les autres. Alors le quatrième ça change un peu mais sur les trois autres, il y en a deux qui n'ont jamais été réhospitalisés, et il y en a une qui a été réhospitalisée, elle est allée mieux, on a tenté un appartement individuel et puis ce n'était pas une bonne idée. Et puis, voilà en tout cas ce sont des patients qu'on pourrait retrouver à l'hôpital psychiatrique en permanence. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

La stabilité des troubles renvoie par ailleurs dans la plupart des services à une dimension de prévisibilité et de maîtrise. Au fond il importe peu que les symptômes soient très visibles si la personne et l'équipe sont en mesure de les maîtriser et d'anticiper leur recrudescence. Une dernière dimension de la discussion porte sur l'ambiguïté entre stabilisation de la maladie et stabilisation de la situation de la personne dans des cas où les crises ou décompensation sont causés par une situation sociale ou familiale complexe. Dans ces cas les appartements associatifs peuvent être vus comme un lieu de stabilisation lorsqu'ils permettent effectivement d'apporter une réponse à une situation de crise récurrente en raison des difficultés d'habiter de la personne. Autonomie de la personne et stabilisation de la maladie peuvent à cet égard être deux faces du même problème. L'une de nos interlocutrices souligne ce point en comparant sa propre perception, en tant qu'assistante sociale, du bénéfice attendu des appartements et celle de ses collègues infirmiers :

> *Q : Et votre but en tant qu'association c'est de promouvoir l'autonomie des résidents ? Vous le diriez comme ça ?*
>
> Moi oui. Moi, oui. Après, je ne sais pas si les infirmiers le diraient de cette façon.
>
> *Q : Eux ne penseraient plutôt pas en termes d'autonomie ?*
>
> Je sais pas si c'est l'autonomie, si ça ne serait pas plutôt, il faudrait leur demander, si ce ne serait pas plutôt dans le, par rapport à la maladie. Par rapport à la maladie et à la stabilisation de la maladie. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Les critères de nature sociale imposés aux personnes répondent en grande partie à la même logique pragmatique. Comme précédemment il s'agit d'abord de s'assurer que les personnes seront en mesure de faire face aux nécessités de l'entretien d'un appartement. Pour les services la première question est donc que les personnes disposent des revenus nécessaires pour financer leur logement :

> Il est demandé à l'assistante sociale, qui est une collaboratrice importante aussi, qu'elle nous fasse une évaluation financière de cette personne. On ne va pas la mettre dans un appartement associatif et que deux mois après elle ne puisse plus payer ou un truc comme ça. Je pense qu'il faut qu'on parte sur des bases solides qui permettent à la personne de vivre son appartement différemment. [Infirmier retraité, appartements de secteur, #12]

> En général, il y a une assistante sociale, qui fait partir de l'équipe, qui nous présente le patient, et puis, nous, de toutes façons, on fait cette évaluation, oui... L'idée, c'est quand même que ce soit réalisable, d'un point de vue très concret. Donc, il y a la question financière, et il y a surtout la question du suivi. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

On l'a signalé plus haut, les conditions de revenu imposées aux personnes sont rarement rédhibitoires : même si les loyers élevés dans certaines zones urbaines peuvent rendre plus difficile l'accès à certains logements, les revenus minimums et l'aide personnalisée au logement permettent à la plupart des personnes de faire face aux coûts d'une location au prix du marché. L'enjeu est pour celles-ci d'obtenir l'ouverture de leurs droits et de ce point de vue, sauf exception, la pratique est plus souvent pour les équipes des services d'accompagnement d'amener les équipes psychiatriques à entreprendre les démarches plutôt que de le faire elles-mêmes :

> On peut dire, par exemple, est-ce-que ce ne serait pas la peine de demander une AAH. Mais, ce n'est pas nous qui allons le faire, justement, on est une association. On va se garder de le faire. Par contre, on va prendre le temps, si on pense que le projet il est un peu limite en terme de viabilité, voilà, de retourner vers les collègues en leur disant : est-ce qu'on ne peut pas mettre en place certaines choses, de l'ordre de l'accompagnement à domicile, aussi, supplémentaire, un SAVS, des trucs comme ça, des aides ménagères, etc. Ce sont des choses qu'on va proposer nous, mais à l'équipe soignante, en fait. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Si les conditions de revenus peuvent être facilement satisfaites, d'autres critères imposent aux personnes qu'elles se plient à des démarches significatives. D'une part deux services de notre échantillon n'accueillent les personnes qu'après orientation des MDPH. Dans un cas la MDH doit notamment accorder à la personne une Prestation de Compensation du Handicap qui financera l'accompagnement. Ce critère est cependant là encore peu discriminant dans la mesure où l'orientation des patients vers ce service – ouvert depuis quelques années seulement et dont le mouvement est limité – précède le passage devant la MDPH, qui avalise un dossier préparé à l'avance dans le cadre d'un accord passé avec le service. Il suppose néanmoins que la personne accepte de demander le statut de personne handicapée et qu'elle reconnaisse donc elle-même ce statut : plusieurs de

nos interlocuteurs signalent le fait que certains de leurs résidents refusent ce point et préfère notamment demander le RSA plutôt que déposer un dossier de demande d'AAH à une MDPH.

D'autre part et surtout, plusieurs services imposent aux personnes qu'elles fassent l'objet d'une mesure de protection juridique, tutelle ou de curatelle. Deux associations en font une obligation statutaire : dans le cas des appartements gouvernés de l'UDAF, cette exigence reflète l'histoire du service qui visait d'abord à apporter une réponse aux besoins de logement des personnes dont l'association gérait la mesure de protection. En dehors de ces services, la proportion des résidents sous mesure de protection varie significativement d'un service à l'autre, mais elle atteint souvent des chiffres élevés dans les services pour lesquels nous avons obtenus ces données : seul l'un des deux services « Un chez soi d'abord » de notre échantillon donne un chiffre très bas de 20%. Ces chiffres expriment les handicaps des personnes à qui sont destinés ces services et ils traduisent surtout les trajectoires dans lesquelles elles sont engagées avant leur admission : dans la plupart des cas les mesures paraissent avoir été en place dès avant que soit proposé un accueil en appartement. Pour autant l'existence d'une mesure paraît encouragée sinon souhaitée par plusieurs services pour les garanties qu'elle apporte : comme le soulignent plusieurs responsables, le fait qu'un tuteur gère le budget des personnes évite aux services d'avoir à faire face à des impayés et de voir leurs finances mises en danger. Une de nos interlocutrices indique ainsi explicitement que son équipe « préfère » que les personnes disposent d'une mesure de protection. Cet autre responsable associatif souligne a contrario le dilemme auquel font face les services qui ne souhaitent pas imposer ces mesures :

> Moi, j'étais dans une autre association avant à [Ville] où on avait mis comme condition d'entrée dans l'appartement, que les patients soient sous mesure de protection, curatelle ou tutelle, ce qui évitait les problèmes de paiement, là c'est pas le cas, l'ancienne collègue l'a pas fait, donc maintenant on peut plus, donc c'est plus compliqué à gérer. […] [Il y a un résident] qui a une grosse ardoise, deux mille euros et puis les autres sont toujours en retard d'un ou deux mois, donc […]c'est pas toujours très simple, mais en même temps je comprends, c'est vrai que mettre tous les patients sous curatelle, même s'ils ont, même si ils en relèvent pas forcément, c'est pas bien non plus quoi ! [Psychiatre, appartements de secteur, #39]

Si plusieurs services affirment ne pas imposer que les personnes soient sous mesure de protection ni même insister lorsque des personnes refusent celles qui leur sont proposées, un service de notre échantillon indique clairement s'opposer à leur généralisation :

> on n'a pas du tout envie d'exiger des patients qui bénéficient de l'association d'avoir par exemple des mesures de protection ou des choses comme ça. On se refuse à ça, parce que, pour la bonne et simple raison que ce n'est pas l'esprit de l'association. Donc, moi, si on est amené à ça, je préfère arrêter mon engagement auprès de l'association, parce que je... comment dire... Ca voudrait dire qu'on serait une association, plutôt un organisme qui soit le prolongement des mesures de protection. C'est-à-dire qu'on demanderait à quelqu'un d'être sous curatelle ou tutelle pour bénéficier d'un appartement. Pour moi, c'est pas du tout l'esprit de l'association qui est quand même, d'une part, d'être libre d'accepter ou pas une demande, de prendre des risques peut-être, en effet, mais d'avoir cette liberté-là. Et je pense que c'est autre chose, je pense que si on va sur ce registre-là, qui est de n'accepter que des demandes de personnes qui sont sous protection, je pense qu'il faut pas être une association, c'est pas utile, je pense que là, ça fait quelque-chose qui s'effondre dans le... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

Ce service est également le seul à indiquer attendre de ses résidents qu'ils satisfassent un critère d'une autre nature que celles que nous avons mentionnées jusqu'ici : l'adhésion au projet associatif ou plus largement la volonté exprimée de s'engager dans une association :

> *Q : Vous caractériseriez comment [l']indication [des appartements associatifs] ?*
>
> C'est un peu compliqué, mais il faut à mon avis, avoir dans l'idée que le fait d'être membre d'une association, d'adhérer à une association, de participer à ses activités, que ce soit important pour le patient, que ce soit nécessaire pour le patient, que ce soit utile pour le patient. On s'est rendu compte, quand même, que des fois on nous présentait des patients plus par facilité d'obtenir un logement, que pour l'idée que c'est un patient qui va bénéficier d'une adhésion dans une association, et d'une vie associative. Il y en a pour lesquels ça fonctionne, il y en d'autres pour lesquels ça ne fonctionne pas du tout. C'est un des premiers points, quand même je dirais, bénéficier d'un appartement associatif, c'est quand même avant tout adhérer à une association. C'est ce que j'explique au patient, qu'avant tout on leur demande d'être membre de l'association, et que ça ait un peu de sens pour eux. C'est quand même un point fondamental. [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

On l'a déjà évoqué, les responsables de ce service sont plus généralement dans notre échantillon les plus prolixes sur le sens de leur engagement associatif, sur ce que cela demande des responsables associatifs et des personnes, autant que sur l'intérêt proprement thérapeutique de cet engagement pour ces dernières.

Les filières d'accès aux services d'appartements accompagnés

La discussion précédente a omis d'expliciter une condition pourtant à l'arrière-plan de celles que nous avons évoquées, par ailleurs décisive pour les personnes : la nécessité pour celles-ci de passer par des filières de recrutement spécifiques et que l'on peut clairement identifier pour pratiquement l'ensemble des services de notre échantillon. Ce critère appelle peu de commentaires pour les appartements associatifs de secteurs : c'est pratiquement par définition pour les patients de leur secteur qu'ils ont été ouverts ; ils ne doivent leur existence qu'à celle de cette filière de recrutement et c'est souvent à l'extinction de cette filière, lorsque l'équipe du secteur estime ne plus avoir de candidats pour les appartements, qu'ils ferment.

Ce point ne signifie pas que tous les patients d'un secteur donné soient a priori éligibles pour bénéficier du service : la plupart des équipes soulignent la nécessité que les personnes soit connues et qu'une relation de confiance ait été créée avec elles :

> Les conditions ? Il faut que le patient soit suivi par le secteur et qu'il soit déjà suivi. C'est-à-dire que, soit c'est quelqu'un qui vient de l'hospitalisation – donc on le connait par l'hospitalisation, quelqu'un qui était en rupture de soin depuis des années, qui revient parce qu'il était SDF en HO ou je ne sais pas quoi – soit c'est quelqu'un qui est un peu connu sur le CMP, parce qu'on ne peut pas se lancer avec un patient qu'on ne connait pas un peu. Il y a des secteurs qui l'ont fait, ils se sont cassés la binette parce que, pour que ça marche à [l'Association], il faut un minimum de confiance, on n'est pas coercitif. Donc le minimum de confiance, c'est que la personne accepte les visites à domicile et accepte qu'on mette notre nez un peu dans ses affaires. S'il n'y a pas ça au départ, ça ne marche pas. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

> Après nous ça nous regarde pas en tant qu'association, mais dès lors qu'il y a une demande, nous c'est suite à la demande, de dire « bah, voilà, on a pour l'instant une personne qui est en appartement thérapeutique », ça nous rassure davantage parce qu'on a plus d'éléments. Quand c'est quelqu'un qui vient de son milieu familial, par exemple, le service de suivi a connaissance du patient mais savoir son autonomie chez ses parents, c'est plus difficile à évaluer quoi ! [Educateur spécialisé, appartements de secteur, #40]

Les services issus du secteur social ou médico-social ne sont en principe pas soumis à cette condition de recrutement : à l'exception d'un service ayant passé une convention avec deux secteurs, aucun d'entre ceux que nous avons interrogés n'impose à ses résidents d'être adressés par une filière spécifique. Si tous les responsables que nous avons rencontrés revendiquent ainsi l'ouverture de leurs services à des personnes de tous

horizons, dans les faits celle-ci a certaines limites. D'une part toutes les personnes sont en pratique adressées par des équipes psychiatriques, même si ce sont d'autres intervenants qui ont initié la demande : tous les services imposent que les personnes disposent d'un avis médical ; les équipes psychiatriques sont donc les points de passages obligés des demandes d'admission. Les équipes qui pourraient théoriquement admettre des patients sans adressage psychiatrique hésitent en pratique à le faire :

> Par contre prendre quelqu'un dont on sait qu'il a un passé psychiatrique ou des hospitalisations en HDT etc., et qu'il n'y a pas de partenaire santé autour, tout construire une fois que la personne elle est dans le logement ça devient compliqué parce qu'effectivement il se presse pas. [Educateur spécialisé, appartements sociaux, #32]

D'autre part lorsqu'on les interroge sur ce point, les équipes que nous avons rencontrées indiquent en fait recevoir la plupart de leurs demandes d'admission d'un petit nombre d'équipes psychiatriques avec qui elles ont l'habitude de travailler. Ce point s'explique aisément : pour adresser leurs patients, les équipes psychiatriques ont tendance à se constituer un répertoire comprenant généralement un petit nombre d'adresses auxquels elles auront prioritairement recours. Ces adresses sont le plus souvent prises dans les réseaux d'interconnaissance des membres des équipes : pour ces derniers la confiance est en effet une condition importante pour pouvoir adresser des patients à des collègues. Une fois que des adresses ont été testées les équipes ont tendance à leur adresser systématiquement des patients pour entretenir les relations de collaboration. En retour les équipes médico-sociales se constituent elles aussi des réseaux d'adressage qui suffisent pour créer leur clientèle. En l'absence d'annuaires recensant l'ensemble des services proposant tel ou tel type d'intervention, ces processus conduisent à créer des réseaux parallèles qui peuvent se connaître mais qui ne se croisent pas toujours.

Ces processus font que les personnes doivent généralement passer par les bonnes filières d'adressage pour obtenir une place dans tel ou tel service d'accompagnement. Deux secteurs voisins dont les files actives partagent des caractéristiques proches peuvent ainsi orienter leurs patients dans des services très différents selon les philosophies de travail des équipes et les réseaux qu'elles auront constitués. Cette condition apparaît d'un point de vue analytique plus rédhibitoire que celles portant sur le suivi d'un traitement, l'état de santé ou la situation sociale des personnes.

Les conditions d'accessibilité des appartements

A ces différentes analyses il convient finalement d'ajouter une cinquième et dernière dimension portant sur l'accessibilité des logements. On l'a évoqué dans les pages précédentes une dimension importante des conditions d'admission dans tel ou tel service est la capacité des personnes à habiter les logements qui leur sont proposés. Si les équipes ont tendance à fixer elles-mêmes un certain nombre de critères que les personnes leur paraissent devoir remplir pour cela, d'autres conditions sont imposés par la nature des logements auxquelles les équipes ont recours.

Ces conditions concernent en apparence un niveau moins décisionnel : elles portent sur la localisation des logements, leur agencement ou encore sur la nature individuelle ou collective du logement. Pour ne prendre qu'un exemple plusieurs de nos interlocuteurs mentionnent la nécessité pour certains patients de bénéficier de logements au rez-de-chaussée avec un accès de plein pied à la rue : dans certains cas il s'agit de permettre à des patients ayant des problèmes de mobilité d'accéder ; plus souvent nos interlocuteurs mentionnent le risque suicidaire auquel seraient confrontés des patients que l'on logerait à un étage élevé. Un autre exemple donné par la responsable d'une association de secteur souligne l'attention que les équipes portent à certains détails :

> Par exemple on a eu des propositions comme ça de certains patients, c'est symbolique mais en même temps ça veut dire des choses, il faut que ça soit quelqu'un qui sache garder sa clef et fermer à clef chez lui. On a eu des propositions de patients, on a fait des essais avec une dame par exemple, c'est quelqu'un qui est entre SDF et l'hôpital, et c'est une dame, on a essayé plein de choses, ce n'est pas possible de rester au même endroit très longtemps. Et elle perd systématiquement ses clefs, ses papiers, sa carte bleue, bon. Donc on a dit ce n'est pas possible et en plus elle a des fois des fréquentations un peu compliquée donc on dit : ce n'est pas possible tant qu'on n'arrive pas à travailler ce truc de la clef. Parce que la clef c'est se protéger, ne pas faire rentrer n'importe qui chez soi. Et puis quand on perd la clef du HLM c'est compliqué parce que ces clefs, vous savez, elles sont spéciales. Donc ça c'est une limite très concrète. On a eu une patiente qui perdait sa clef systématiquement mais c'était dans le privé donc c'était plus facile à faire refaire. Mais la question qu'elle se protège c'était plus net pour elle, elle faisait bien un peu n'importe quoi mais elle avait un sacré caractère et quand elle voulait – parce qu'elle invitait des gens chez elle et après elle se trouvait – elle nous disait « oh monsieur machin il est chez moi », « Madame vous savez que vous n'avez pas le droit d'héberger, on a le droit d'avoir de la visite, même quelques nuits, mais on n'a pas le droit d'héberger quelqu'un, vous savez qu'il y a une règle à [l'Association] c'est pas d'hébergés, vous l'avez fait, débrouillez-vous, bon eh bien elle le vire, parce que elle a du caractère. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

Au-delà de ces deux exemples, ces conditions peuvent porter sur plusieurs dimensions. A cet égard il convient d'avoir une conception large de l'accessibilité et de ne pas la réduire à une série de propriétés architecturales qui permettrait l'accès physique au logement. La première dimension, bien illustrée par le premier exemple ci-dessus, correspond à la situation et la configuration des appartements : situation dans l'immeuble ou aménagement intérieur notamment. Certains aménagements s'avèrent compliqués pour des personnes à qui la maladie rend difficile de vivre dans un environnement qui peut être dangereux pour elle : c'est le cas des logements à l'étage, c'est également le cas de certains équipements comme le raccordement au gaz de ville. Sans que le logement présente nécessairement un risque pour l'intégrité physique des personnes d'autres désagréments peuvent découler de surcoûts liés à des équipements électriques mal protégés ou comme dans l'exemple précédent de la difficulté à refaire des clefs perdues.

Une deuxième dimension porte sur l'environnement des appartements et précisément sur le type de relations avec le voisinage et les bailleurs qu'ils imposent aux personnes. Si différents bailleurs n'ont pas tous les mêmes exigences à l'égard de leurs locataires, la façon dont les services jouent leur rôle d'intermédiaire entre ceux-ci et les personnes peut avoir un impact considérable sur leur relation. D'un autre certains voisinages sont plus tolérants aux difficultés de personnes souffrant des troubles psychiques. A contrario certains environnements particulièrement nocifs pour des personnes particulièrement vulnérables : nos interlocuteurs citent notamment les « quartiers difficiles » de leurs métropoles, dans lesquels les personnes risquent d'être la proie de racket voire de violence. Ces différents éléments sont jusqu'à un certain point maîtrisés par les équipes qui peuvent choisir les appartements qu'ils proposent à leurs clientèles : dans certains cas cependant celles-ci doivent faire avec l'impossibilité de trouver mieux ou ailleurs que dans certaines zones.

Une troisième dimension concerne les aides disponibles pour vivre dans le logement. Ce point concerne les aides formelles apportés par le service ou organisées par lui autant que la possibilité de compter sur des aides informelles du fait de la proximité géographique de proches, familles ou amis, ou même de la disponibilité d'un concierge ou d'un service de ménage. La proximité avec le CMP du secteur apparaît pour beaucoup comme une condition importante pour l'installation des appartements. Si la disponibilité d'aides professionnelles sur place peut apparaître comme une garantie d'accessibilité elle peut être cependant a contrario un repoussoir pour certaines personnes qui souhaitent mettre une distance avec les équipes de soin. Cette dimension concerne également dans certains cas les aides informelles apportées par des concierges ou des voisins.

Comme le suggèrent ces remarques, l'accessibilité d'un logement est le résultat d'une négociation entre les besoins exprimés par ou pour une personne et les propriétés objectives et sociales du logement. La question se pose donc différemment selon que les services sont en mesure de construire des projets avec les personnes ou leur imposent de faire avec des conditions. Tous les services disposent certes d'une certaine marge de manœuvre dans la mesure où, on l'a vu, les accompagnements sont pensés de façon individuelle par les équipes qui peuvent adapter. Mais cette marge de manœuvre est le plus souvent limitée par les façons de faire des équipes, leur philosophie et leurs moyens, et par le type de logement qu'elles souhaitent offrir aux personnes.

Une économie des conditions

Si l'on reprend les différents termes de cette discussion, le tableau auquel on arrive est nécessairement plus complexe que le suggère l'opposition simple entre conditionnalité et non-conditionnalité. Tous les dispositifs que nous avons inclus dans le périmètre de cette étude sont en un sens par nature conditionnels dans la mesure où ils s'adressent à des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce simple critère suppose dès lors que les personnes passent par des filières de recrutement qui sont nécessairement sélectives. La plupart d'entre eux imposent par ailleurs un certain nombre de conditions formelles supplémentaires qui vont de la nécessité de suivre un traitement à celle de disposer de telle ou telle mesure. Même dans l'expérimentation « Un chez soi d'abord » l'accès au service suppose que les personnes soient repérées par l'équipe psychiatrique et correspondent au minimum aux critères d'inclusion – c'est-à-dire la présence d'une maladie psychiatrique grave. Mais ces conditions formelles portant sur les traitements ou les accompagnements ne peuvent être abordés indépendamment des conditions imposées par la configuration et

l'environnement du logement. De ce point de vue tous les appartements sont également conditionnels dans la mesure où ils opposent des conditions d'accessibilité plus ou moins rédhibitoires aux personnes : à bien des égards les logements indépendants sont également ceux qui imposent les conditions les plus strictes aux personnes.

La notion de non-conditionnalité n'a donc pas de sens dans l'absolu et l'on pourrait être tenté d'imaginer un indice de conditionnalité qui rendrait compte du nombre des conditions qui situerait les différentes structures. Il est peut-être plus utile de distinguer différents types de conditions qui organisent les façons dont les services accueillent et orientent les personnes, et mettent en œuvre leurs accompagnements :

1. Les conditions d'orientation concernent les filières d'accès aux dispositifs : faut-il être adressé pour avoir une place dans un appartement et par qui ?
2. Les conditions d'accès correspondent à la question de ce qui est nécessaire pour que les personnes soient effectivement en mesure d'accéder et de vivre dans les appartements : cela va des conditions de ressource à la capacité à préparer ses repas en passant par celle de vivre avec un voisinage proche.
3. Les conditions de statut correspondent enfin aux propriétés dont les personnes doivent faire la preuve pour être acceptées par le service : suivre un traitement, être sous tutelle par exemple.

Deux éléments analytiques supplémentaires concernent les façons de mettre en œuvre ces différentes conditions :

Le premier est la distinction entre conditions formelles ou informelles. Toute la discussion précédente l'a souligné, les conditions formelles inscrites dans les contrats ou règlements intérieurs ne constituent qu'une petite partie des conditions d'accès aux services. Le caractère informel des conditions renvoie à deux dimensions opposées : d'un côté les conditions d'accès au logement qui on l'a dit peuvent opposer des barrières plus ou moins franchissables à certaines personnes ; de l'autre la discrétion professionnelle qui sont susceptible de mettre en œuvre ou de lever certaines de ces conditions d'accès.

Ce dernier point offre une transition vers le deuxième élément qui concerne le contrôle exercé sur le respect des conditions. Pour le dire en quelques mots ce contrôle est de toute évidence extrêmement divers d'un service à l'autre et à l'intérieur d'un même service d'une personne à l'autre, ou à l'égard de la même personne à des moments différents. Les conditions inscrites dans les contrats peuvent ainsi fonctionner comme une mise à l'épreuve, le cours normal de la relation entre les accompagnants et la personne étant l'allègement de fait des conditions. A l'inverse le contrat peut se retourner en

instrument du contrôle exercé sur les personnes dans certains cas où celles-ci ne satisferaient pas aux normes du service ou lui poseraient des difficultés importantes. Cette longue citation d'une responsable d'un service associatif de secteur illustre bien ce point :

> Donc y a souvent de rappels informels enfin, des discussions qui aboutissent soit par le service de santé mentale, soit par Stéphanie et qui aboutissent au règlement de la difficulté très rapidement on va dire. L'association, nous on intervient plutôt quand ça commence à devenir un petit peu compliqué dans le sens où ces discussions-là, ces rappels informels n'ont pas vraiment aboutis et la situation perdure. Et dans ces cas-là, généralement on commence par écrire un courrier, en disant « voilà, on a été informé de tel ou tel événement ». Par exemple, on a été informé qu'il y a eu des violences envers un professionnel du pôle de santé mentale ou alors envers l'aide-ménagère, « on vous rappelle que dans l'article tant du contrat de logement associatif il est spécifié qu'aucun acte de violence physique ou verbale n'est toléré au sein des logements associatifs », voilà, point. Après il peut y avoir, quand les choses perdurent, à ce moment-là la personne est convoquée par la commission restreinte des logements associatifs. On fait généralement les réunions ici à la mairie [avec] les élus qui font partie du pôle habitat, un représentant du pôle de santé mentale et un représentant d'une association d'usager, généralement c'est un GEM qui vient. Et la personne peut être accompagnée de la personne de son choix. L'idée c'est de reprendre avec elle ce qui se passe, de lui rappeler les termes du contrat, de lui rappeler dans quel cadre elle a accédé au logement associatif, qu'elle puisse expliquer aussi ses difficultés, sa démarche, qu'est-ce que s'est passé, quoi. L'idée c'est qu'à la fin de cette commission restreinte-là on arrive à une solution. Et si toutefois là encore ça n'aboutit pas la personne est convoquée à la commission des logements qui a lieu tous les trimestres pour une dernière tentative de conciliation quoi. Et si jamais ça n'aboutissait pas on serait en devoir de mettre fin au contrat du logement associatif. Donc on essaie de graduer en quelque sorte les choses, il y a des possibilités dans le contrat associatif, on a mis en place la possibilité d'une exclusion temporaire du logement associatif. [Travailleur social, appartements de secteur, #19]

Il peut paraître discutable de mettre sur le même plan ces différents types de conditions et notamment celles portant sur le statut des personnes et celles concernant l'arrangement du logement. Imposer aux personnes qu'elles acceptent une mesure de protection peut apparaître une condition autrement coercitive et sélective que de la mettre devant le choix d'accepter ou non un appartement au troisième étage d'une tour d'habitation. Il nous paraît cependant important d'ouvrir largement la discussion sur ce point. D'une part ces différentes conditions participent ensemble à définir les clientèles des services et le travail qui y est accompli. Surtout, d'autre part, les choix que font les équipes dans les organisations qu'elles mettent en place et les propriétés des logements qu'elles proposent aux personnes sont à analyser sous l'angle de ce qu'ils imposent aux personnes

et non pas seulement sous celui de ce qu'ils leur permettent d'accomplir. Les équipes ont tendance à expliciter les options suivies au moment de la création des services de façon positive comme des réponses à des difficultés identifiées dans des segments donnés de leurs clientèles, mais l'analyse doit s'efforcer de situer ces choix en rendant compte des autres options disponibles avec lesquels celles finalement choisies étaient en balance, en explicitant ce que chaque option ouvrait ou non comme possibilité à telle ou telle catégorie de personnes, et finalement en montrant la façon dont les choix faits participent de la sélection des clientèles.

En retour les arrangements ou accompagnements que les équipes mettent en place et qu'elles ont tendance à imposer aux personnes peuvent permettre de dépasser des conditions d'accessibilité des logements qui pourraient sinon apparaître comme des obstacles pour certaines personnes. Enfin les conditions statutaires émises par les équipes ne sont que rarement arbitraires. Si certaines d'entre elles traduisent des raisonnements relevant du principe de précaution et sont imposées indistinctement à des personnes qui ne présentent pas les risques qu'elles visent à éviter, les incertitudes auxquelles font face les équipes rendent difficile d'identifier ces situations a priori. Surtout il est probablement difficile pour une personne extérieure aux équipes de juger la pertinence de telle ou telle condition : l'enjeu n'est pas seulement de déterminer un risque mais d'assumer une responsabilité. Profondément c'est l'éthique des équipes qui est en jeu.

Cette discussion nous permet de revenir pour conclure sur la tension au cœur de la définition de la conditionnalité. Dans les appartements accompagnés, l'accompagnement – dont le traitement psychiatrique ou la thérapie est une dimension pratiquement nécessaire – est à la fois ce qui oblige les personnes et ce qui rend possible l'accès au logement : c'est une condition dans le double sens de ce qui permet et ce qui contraint. Une partie de la difficulté des équipes et de la littérature grise tient à la dynamique complexe qui lie ces deux termes : ce qui contraint une personne dans une situation donnée est ce qui peut lui permettre d'accéder à un bien désirable dans une situation future ; à l'inverse le contrat librement consenti à moment peut ultérieurement se retourner contre ses signataires. Cette dernière remarque vaut au demeurant pour les deux parties : nombre d'équipes témoignent de situations où elles ne constatent que trop tardivement s'être engagées dans des accompagnements qui ne sont finalement pas tenables mais qui sont impossible ou en tous les cas difficile à remettre en cause.

> C'est vrai qu'au début on dit « Ah vous voulez forcer les gens à se soigner », mais on ne veut pas les forcer pour leur donner un logement, on essaie de leur faire comprendre que c'est bien qu'ils soient soignés, c'est un contrat de soin qu'ils

> souscrivent avec le médecin, que nous on n'intervient pas dans la construction du contrat de soin mais qu'il faut qu'ils reconnaissent qu'ils ont besoin d'aide et d'avoir une relation de confiance avec le médecin. Et c'est peut-être ça qui va permettre de tenir le logement, mais ça c'est un long travail de la personne qui commence à accepter ça, cette logique là et des fois effectivement si on affaire à un secteur qui est pas pressé d'avoir un nouveau patient, ce discours-là … [Educateur spécialisé, appartements sociaux, #32]

L'ensemble des analyses de ce chapitre ont cherché à éclairer les tensions qui découlent de l'adhésion des équipes, des personnes comme d'une grande partie de notre société à un idéal du logement indépendant. Comme tout idéal sa réalisation est pour les individus un enjeu existentiel, à la fois une opportunité et un accomplissement, mais ce faisant il leur impose aussi ses conditions. Le fait que les personnes adhèrent et s'astreignent volontairement, voire désirent, les contraintes qui découlent de ces conditions ne minimise pas leur caractère, précisément, contraignant. Comme les analyses précédentes le pointent, celui-ci peut se développer en coercition pour certaines catégories de personnes dans certaines situations. Toute l'ambiguïté des accompagnements se situe dans ce simple fait. La conditionnalité du logement accompagné doit nécessairement s'analyser à l'intérieur de ce cadre.

Conclusion. Les logiques de l'habiter

Cette partie sur le travail des équipes a comporté un angle mort : que signifie habiter pour les personnes ? Comment favoriser cette compétence. Peu d'entre nos interlocuteurs ont spontanément une réflexion sur ce point. Lorsqu'ils en ont une c'est le plus souvent pour souligner à la fois leur désarroi et leur impuissance face à des façons d'habiter qui remettent en question leurs propres normes. Ce n'est pas leur jeter une pierre que de faire cette remarque. L'habiter est probablement une dimension à la fois irréductible et insaisissable de l'expérience humaine.

Q : [Les résidents] ont des biens quand ils arrivent ? Des biens matériels ?

Ah non. Très rarement. Souvent ils n'ont rien.

Q : Rien ? Même pas de photo ou de petits objets ?

Des fois il y a rien, et des fois les appartements ressemblent à rien parce qu'ils y mettent rien.

Q : Ca arrive très souvent ? Vous le remarquez ça ?

Bah très souvent c'est difficile. Parce que je n'ai pas une vision globale de tous mes- sur mon secteur j'en ai qui n'investissent pas du tout. Et où le logement est comme moi je l'ai mis quand j'ai installé le résident. Et puis il y en a d'autres qui vont personnaliser. Après ils n'ont pas le droit non plus de tout, parce qu'ils sont là qu'en transition. Mais un poster ou une image ou une photo, bien sûr que c'est autorisé. Mettre à droite le fauteuil au lieu de le mettre à gauche, bah oui. Vous voyez ? Tant que rien n'est dégradé, tant que ça tourne et que ça ne bloque rien, il n'y a pas de souci. Il y en a qui vont demander, il y en a qui en sont incapables. Mais là c'est lié à leur pathologie, et aussi la pathologie, et aussi qu'est-ce qu'ils ont connu avant et

> dans quel type de lieu ils ont habité. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Si nos entretiens n'offrent que des données limitées pour aborder cette question, ils pointent cependant vers différentes façons pour les équipes d'aborder et de travailler avec les personnes l'habiter. La première est l'organisation de la disposition des moyens de vivre dans un logement autonome, appelant donc un certain nombre d'habiletés pour que l'on puisse s'y maintenir. La seconde concerne la reconnaissance et le respect des limites ou de l'enveloppe de l'habitat : ne pas déborder, ne pas se laisser envahir. Une troisième façon d'aborder l'habiter, finalement, renvoie à la jouissance du logement et de son environnement pensé comme son extension : s'approprier le logement, y prendre plaisir et y vivre des expériences, avoir des relations avec le voisinage, ou encore constituer des projets. Ces trois points correspondent peut-être à une gradation dans la préoccupation et les moyens qu'une équipe est susceptible de mettre en œuvre pour une personne, encore qu'aucune ne soit complètement absente dans aucun entretien. De façon minimale proposer un logement aux résidents est toujours conçu par nos interlocuteurs comme un projet existentiel, une opportunité pour une expérience.

Au-delà ces analyses pointent l'ambiguïté de l'accompagnement vers le logement : tenir un logement c'est avant tout tenir un cadre, accompagner cette compétence c'est par nécessité se forcer à se plier à une série de normes. La tension est peut-être plus vive encore ici que dans d'autres secteurs des accompagnements médico-sociaux entre la promotion de l'autonomie et la nécessité qui en découle de respecter une série de contraintes. A bien des égards les marges de manœuvre que se donnent les équipes dans la gestion dans le temps des trajectoires des patients ou encore dans leurs relations avec les équipes soignantes sont aussi une façon de faire avec ces tensions.

IV. L’implantation du dispositif

7. Les évaluations du dispositif

Si la partie précédente cherchait à rendre compte des façons dont les professionnels des services d'appartements accompagnés construisaient et mettaient en œuvre leurs pratiques de travail, nous nous penchons dans la dernière partie de ce rapport sur les logiques qui président à l'implantation de ces services sur les territoires qu'ils desservent. Le prochain chapitre examinera spécifiquement la distribution des services sur les territoires de notre étude et les dynamiques locales qui expliquent cette distribution. Avant d'aborder ces questions il nous faut cependant comprendre comment les acteurs évaluent ce que sont et font les services d'appartement accompagné. A quoi servent les appartements accompagnés, comment juger de la qualité des services qu'ils rendent aux personnes, comment rendre compte de la pertinence de leur action ? Ces questions sont en effet essentielles parce qu'elles conditionnent l'engagement des professionnels dans ces services, dans leur création et dans leur animation au quotidien, et les décisions des autorités de tutelle de les soutenir ou non. Ce chapitre examine les façons dont ces questions sont abordées et posées par les acteurs eux-mêmes.

Nous revenons pour commencer sur les cadres dans lesquels s'organise l'évaluation des dispositifs dans le champ sanitaire, médico-social et social. L'idée que les pratiques professionnelles sont soumises à des évaluations en nombre croissant est, on l'a vu en filigrane dans le troisième chapitre de cette étude, une dimension importante du diagnostic que portent un grand nombre de professionnels sur les évolutions actuelles des appartements accompagnés comme plus largement des dispositifs de santé mentale ou médico-sociaux. On le verra nous abordons ce changement moins comme la montée des évaluations que comme une transformation des conceptions de l'évaluation et de sa mise

en œuvre. Le chapitre se poursuit ensuite par une série d'analyses sur les différents types d'évaluations que les acteurs des appartements accompagnés, à différents niveaux, portent sur les clientèles de ces services et le travail qui y est fait. Nous concluons par quelques réflexions sur les cultures professionnelles de l'évaluation parmi les différentes catégories de personnels au centre de notre enquête.

Le cadre des évaluations

A première vue, les professionnels comme certains observateurs le soulignent, le champ des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales est soumis à des évaluations en nombre croissant depuis trente ou quarante ans. Pour être plus exact, ces professionnels et observateurs suggèrent que *l'évaluation*, au singulier, serait une réalité nouvelle de l'action sociale et médico-sociale comme des politiques de santé, marquant en cela une mutation à la fois démocratique et économique. Si les professionnels doivent s'engager dans l'évaluation de leurs pratiques c'est que les Etats providences sont soumis au double impératif de maîtriser les dépenses sociales dans un contexte de croissance économique limitée et de rendre des comptes à des publics qui revendiquent de prendre une part active à la définition des services qui les concernent. Dans un idéal de justice et d'efficience, l'évaluation devrait permettre d'ajuster les services rendus par les institutions de secours au sens large aux situations des personnes qu'elles desservent : allouer les moyens aux situations qui en ont le plus besoin et à qui elles bénéficient le mieux, maximiser l'efficacité des services financés par ces moyens. L'évaluation serait ainsi pour les observateurs, selon que ce développement leur semble heureux ou non, une nécessité éthique correspondant à un intérêt supérieur ou une pathologie des temps modernes reflétant une forme de voyeurisme et une volonté de contrôle.

L'obligation faite aux acteurs de procéder à l'évaluation de leurs pratiques paraît être de fait un développement relativement récent des politiques publiques. Il n'est pas nécessaire de revenir longuement sur cette histoire qui a suscité une abondante littérature. Dans le champ de la santé ces pratiques et idées remontent aux travaux sur la formation continue des professionnels dans le courant des années 1980. L'idée est alors qu'il convient d'instaurer de nouvelles formes de régulation des pratiques professionnelles : au-delà de la certification initiale, mettre en place un contrôle sur les pratiques elles-mêmes par le biais d'une part de procédures de re-certification régulières – la formation continue des individus et la certification des structures – et d'autre part de la diffusion de règles de bonnes pratiques. Dans les pays anglo-saxons ce mouvement s'ancre dans une réflexion sur le

statut des preuves au fondement de la décision médicale dans le cadre de ce qu'on appelle *l'evidence based medicine*. En France la réforme hospitalière de 1991 introduit l'obligation pour les établissements sanitaire de subir une procédure d'accréditation et crée une agence chargée de la supervision de la procédure et de l'édiction de règles de bonnes pratiques.

Ces idées mettent une quinzaine d'année à se diffuser dans les autres segments de l'Etat Providence. Dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, il faut ainsi attendre la loi du 2 janvier 2002 pour que soient adoptées une série de mesures visant à instiller une culture de la qualité dans les établissements : obligation d'organiser l'évaluation interne des structures, obligation de produire des projets d'établissements pour l'obtention de financements, renforcement des contrôles et des sanctions, création d'une agence nationale de la qualité dans le secteur social et médico-social. Si ces mesures ont dans un premier temps un impact limité, au tournant des années 2010 un monde d'acteurs et d'institutions a émergé pour animer ce qui apparaît comme une fonction nouvelle : agences, professionnels du conseil, enseignants. Surtout une littérature normative abondante est publiée pour identifier les conditions d'une bonne évaluation, à la fois efficace et éthique, comme pour en critiquer les limites voire les dangers.

Sans contester ces analyses, il convient de souligner trois éléments qui en tempèrent la portée. Premièrement, ce que les acteurs entendent par *l'évaluation*, au singulier, traduit de fait plusieurs processus relativement distincts : diffusion d'une culture de l'audit, développement de modes de financement à l'activité, insistance sur la nécessité de fonder les pratiques sur des preuves d'efficacité, ou encore renforcement du pouvoir des personnels administratifs tant au niveau des établissements que des administrations locales. En conséquence il vaut mieux parler d'évaluations, au pluriel, que de l'évaluation au singulier : ce que promeuvent les textes n'est pas tant une nouvelle culture de l'évaluation que des pratiques nouvelles et diversifiées d'évaluation des pratiques supposées être mises en œuvre par une diversité d'acteurs. On peut identifier jusqu'à un certain point des façons de faire communes ou un esprit partagé par les acteurs de ces pratiques, mais il faut reconnaître que celles-ci répondent à des logiques d'action différentes et pour certaines contradictoires.

Deuxièmement, lorsqu'on se situe au niveau du travail des acteurs, les phénomènes que nous avons évoqués inspirent peut-être moins une pression évaluatrice croissante qu'une transformation des évaluations. L'évaluation est en un sens une dimension consubstantielle des pratiques professionnelles : par définition le professionnalisme est la capacité des acteurs à justifier et inscrire leurs pratiques dans un cadre défini

collectivement. Le développement de l'évaluation au sens où on l'a évoqué dans les paragraphes précédents reflète probablement moins le fait que les pratiques seraient plus évaluées – ce point serait difficile à quantifier au demeurant – que l'essor de formes nouvelles d'évaluation en rupture par rapport aux pratiques professionnelles de la période antérieure. Pour résumer de façon caricaturale une série de transformations plus complexes, à la supervision qui dominait l'évaluation des pratiques dans le champ de la santé dans les années 1970 et 1980 s'est substituée depuis une vingtaine d'année une nouvelle culture de l'audit. Cette évolution a des conséquences importantes pour la façon dont les évaluations ont prise sur les pratiques : en particulier une distance nouvelle tend à s'installer entre les évaluateurs et les pratiques, y compris quand l'évaluation est accomplie par les acteurs de ces pratiques eux-mêmes. La supervision était en somme une forme d'autocontrôle professionnel qui reposait sur l'acquisition par les acteurs, dans l'interaction avec un senior, d'une forme de réflexivité. L'audit repose sur une classe d'évaluateurs qui imposent aux professionnels les normes et standards qu'ils ont définis à distance des lieux de travail.

En troisième lieu ces évolutions n'ont pas concerné l'ensemble du champ de la santé mentale au même rythme, de sorte qu'un rapport différentiel aux pratiques d'évaluation s'est installé dans différents segments des mondes sanitaire, médico-social et social. Si certains groupes ou segments professionnels ont pleinement embrassé cette nouvelle culture évaluative, s'engageant dans la production de référentiels, se référant autant que possible aux référentiels existants, mobilisant des protocoles et des règles de bonnes pratiques, recherchant les audits, celle-ci suscite de nombreuses réticences, on l'a évoqué, dans de larges pans des mondes de la santé et du médico-social. La culture de l'évaluation, le rapport à l'évaluation sont peut-être l'un des enjeux sur lesquels les cultures professionnelles ont le plus d'influence. Très grossièrement, le champ des services sociaux et médico-sociaux paraît aujourd'hui avoir dans son ensemble embrassé la culture de l'évaluation quand une grande partie de la psychiatrie reste attachée au modèle de la supervision et critique les approches issues de la médecine des preuves. Ce constat grossier doit évidemment être nuancé – de large pans de la psychiatrie, surtout parmi la jeune génération ont embrassé la médecine des preuves – et on reviendra plus longuement dessus dans la dernière section de ce chapitre.

Les pratiques mises en œuvre dans des dispositifs comme les appartements accompagnés ne sont donc pas soumis à *une* évaluation, à *l'*évaluation, mais elles font l'objet d'évaluations nombreuses et diverses par une diversité d'acteurs, à commencer par

les acteurs de ces pratiques elles-mêmes, qui ont également des effets divers sur celles-ci. Des usagers aux administrations centrales en passant par les professionnels, les administrations locales, jusqu'au grand public, l'ensemble des acteurs peuvent à un moment ou un autre émettre des évaluations normatives sur ce que font les services d'appartement accompagné, leur intérêt, leurs limites. Ces évaluations s'organisent cependant en des ensembles cohérents que l'on peut caractériser comme des systèmes.

L'idée d'un système d'évaluation vise à souligner le fait que les évaluations que divers acteurs font des dispositifs ne sont pas indépendantes les unes des autres mais qu'elles mobilisent souvent les mêmes données pour fonder leurs appréciations, qu'elles s'appuient sur des références partagées ou encore qu'elles se répondent les unes aux autres. Précisément un système d'évaluation est composé de trois éléments centraux que l'on peut eux-mêmes analyser comme trois systèmes : un système de valeurs qui servent de référence aux évaluations, c'est à dire qui énoncent à la fois le sens des évaluations et servent d'étalon aux évaluations ; un système d'instruments de mesure qui rendent possible le relevé d'observations et la projection de ces observations sur les références de l'évaluation ; et un système d'acteurs qui mettent en œuvre les évaluations et à l'intérieur duquel celles-ci sont négociées. L'idée de système d'évaluation a beaucoup à voir avec la notion sociologique d'arène de débat (Clarke, 1991 ; Strauss, 1978), mais elle insiste davantage sur la structuration des évaluations par les outils et la référence partagées à un petit nombre de valeurs.

Par ailleurs l'évaluation des pratiques ne se confond pas avec leur contrôle. Les évaluations participent de la régulation des pratiques et tout contrôle des pratiques repose sur une forme d'évaluation. Mais toutes les évaluations ne participent pas au même titre au contrôle social des pratiques professionnelles dans le champ du sanitaire, du social ou du médico-social : il convient en particulier de distinguer les évaluations externes au service de procédures d'encadrement des pratiques, par exemple quand l'allocation d'une subvention ou un agrément repose sur telle ou telle évaluation, des évaluations menées pour elles-mêmes dont on attend que les acteurs s'en saisissent pour faire évoluer leurs pratiques.

Ce long préambule nous permet de souligner la pluralité des systèmes d'évaluation dans le champ des pratiques sociales et médico-sociales et les difficultés qui en découlent pour l'ensemble des acteurs. Il est en effet difficile actuellement de mettre en relation les évaluations que les professionnels ou les usagers engagés localement dans les services et celles menées au niveau national dans les discussions des commissions ministérielles ou dans les rapports sur l'évolution des politiques publiques : les premiers ont un discours

souvent riche sur les expériences de travail, les capacités d'action que les dispositifs donnent à leurs usagers ou encore la richesse des processus psychologiques mis en jeu ; quand dans le débat à l'échelle nationale les évaluations oscillent entre analyses médico-économiques et discours peu précis sur les orientations générales de la politique de santé mentale. On peut être tenté de rechercher l'explication du peu de circulation des évaluations entre ces différents niveaux dans une mauvaise représentation des pratiques des acteurs : émiettement des représentations professionnelles et syndicales, faiblesse de la recherche sur le système de santé et limites du système d'information médico-administratif. Mais en termes analytiques c'est plutôt la déconnexion des systèmes d'évaluation qu'il faut souligner : le fait que les systèmes de référence mis en œuvre par les uns et les autres, les instruments de mesure, comme les réseaux d'acteurs ont peu en commun.

Précisément il nous semble que l'on puisse identifier trois systèmes d'évaluation portant sur les dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Le premier correspond à l'évaluation que les différents acteurs des politiques de santé mentale, au niveau national et local, font de la place des dispositifs dans ces politiques. Ces évaluations sont diffusées et discutées dans les travaux de recherche – peu nombreux en France –, les publications professionnelles ou encore les textes réglementaires et la littérature grise sur les services, ainsi que les séminaires, groupes de travail ou conseils divers animés par les administrations centrales, déconcentrées ou décentralisées, les diverses agences qui participent à l'animation des politiques de santé mentale ou encore les institutions de recherche et les associations ou fédérations d'associations. Elles sont le fait des professionnels, des administrations, des chercheurs ou des usagers. Ces évaluations cherchent à caractériser en masse les dispositifs pour en souligner l'intérêt, en définir les objectifs, en évaluer l'efficacité. Elles s'appuient parfois sur des données chiffrées issues de recherches entreprises pour certaines par les professionnels eux-mêmes ou des systèmes d'information médico-administratif et plus souvent sur le résultats d'enquêtes menées dans le cadre de missions, ou encore sur des témoignages de professionnels et d'usagers. La tonalité qui domine ces évaluations est la bienveillance : à quelques exceptions près, le débat sur les politiques de santé mentale en France est peu critique lorsqu'il s'agit des dispositifs d'accompagnement ou de prise en charge médico-sociaux. La philosophie qui anime les débats est plutôt en substance que tous les dispositifs ont leur intérêt, qu'il faut encourager les initiatives, ou encore que la créativité et l'innovation sont une bonne chose.

Le second système correspond à l'évaluation des services et établissements dans le cadre des politiques territoriales. L'enjeu est ici celui de la planification des services et

établissements et de leur financement. Si une partie des évaluations des acteurs portent, comme précédemment, sur l'intérêt des institutions, leur sens et objectif, les questions sont ici surtout le coût des services et établissements, ou encore la réponse qu'ils sont susceptibles d'apporter à des populations plus ou moins bien identifiées localement. Ce système d'évaluation s'organise autour de la procédure d'autorisation des services et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il n'est pas question de revenir ici dans le détail sur celle-ci. Rappelons seulement qu'à la différence du champ sanitaire, où les autorisations sont accordées par l'ARS en fonction d'une planification des places et lits nécessaires à l'échelle régionale, dans le champ social et médico-social elles suivent une procédure d'appels d'offre. Les outils de régulation du système sont en principe les schémas d'organisation et plans dont le nombre a été multiplié ces dernières années, dont la rédaction s'appuie par ailleurs, outre sur l'avis et les travaux des acteurs, sur ceux d'un grand nombre d'observatoires, d'organismes d'études, de fédérations d'associations créés ces dernières années. Ces plans et schémas sont cependant le plus souvent peu précis, peu spécifiques et ils visent avant tout à constituer des espaces de discussion entre Etat déconcentré, collectivités locales et partenaires locaux. Les ouvertures de service ou d'établissement sont souvent le résultat de négociations directes entre les opérateurs et les agences. Par ailleurs le système repose de façon déterminante sur un système parallèle mais complémentaire de subventions attribuées de façon discrétionnaire ou sur appel d'offre par des organismes divers : autorités locales mais aussi fondations et agences de financement de l'innovation national. Ces financements soutiennent un grand nombre de services en dehors de la procédure d'autorisation et ils permettent de compléter ou parfois de stimuler les financements réguliers dans le cadre des procédures d'autorisation.

Un troisième système correspond aux évaluations du travail dans les services et établissements par leurs acteurs de ce travail eux-mêmes. Par contraste avec les évaluations précédentes, la question ici plutôt de savoir si la bonne réponse a été apportée à une situation donnée, si les pratiques ont été bien menées ou encore si le travail atteint effectivement ses fins. Ces évaluations s'organisent autour des pratiques d'écriture et de discussion que les professionnels mettent en place dans les services et établissements. Au contraire des évaluations précédentes, celles-ci sont directement en prise avec les situations concrètes de personnes identifiées. L'enjeu est moins de savoir si un service ou un établissement fonctionne bien, que de comprendre dans quelle mesure la bonne réponse a été ou est apportée à tel ou tel problème vécu par telle ou telle personne, ou encore ce qui a été la cause de tel ou tel dysfonctionnement identifié.

La déconnexion de ces trois systèmes d'évaluation n'est certes pas totale. Par exemple les projets de service et les demandes de subvention que font les équipes devraient s'articuler aux évaluations qu'ils font au quotidien du fonctionnement de leurs institutions. Mais les équipes ont conscience que ces différentes évaluations qu'elles font de leurs pratiques ont une forme, des références, et circulent dans des réseaux différents : leurs remarques désabusées sur la nécessité d'emprunter le formalisme et de recourir à la rhétorique des appels d'offre pour obtenir des financements le soulignent bien.

Les analyses qui suivent visent à approfondir ces remarques. Plutôt que d'ajouter à une littérature déjà abondante une énième analyse des conditions de l'évaluation de l'action sociale et médico-sociale, de ce qui permettrait que l'évaluation soit effectivement mise en œuvre et qu'elle atteigne ses buts, nous proposons dans ce chapitre de rendre compte des façons effectives dont les acteurs procèdent à des évaluations des dispositifs dans lesquels ils sont engagés aux différents niveaux où ils sont engagés. Nos analyses sont organisées autour de deux questions transversales : les évaluations des besoins des clientèles des services, et celles des pratiques professionnelles. Dans les deux cas ces analyses suggèrent la difficulté pour les acteurs eux-mêmes de stabiliser des évaluations de leurs dispositifs. Ce n'est pas qu'ils ne sachent pas dire quelles personnes les services sont susceptibles d'aider, ni ce qu'il convient de faire pour les aider. La difficulté est pour eux de définir de façon univoque des évaluations qui puissent être transportées et généralisées.

Il sera peu question dans ce qui suit de la participation des usagers à ces évaluations : on l'a dit cette recherche ne visait pas à les interroger et le faire aurait dépassé nos moyens. C'est sur le regard professionnel que nous nous concentrons.

Les évaluations des besoins

A quels besoins les appartements accompagnés répondent-ils? A quelles catégories de personnes et quels problèmes rencontrés par ces personnes le dispositif est-il susceptible d'apporter des solutions ? Comment évalue-t-on le nombre de places nécessaires pour satisfaire ces besoins ? Ce qui frappe l'observateur est la difficulté des acteurs à répondre à ces questions : la nature et la quantité des besoins couverts par les appartements est l'une des grandes inconnues de cette étude. Plus largement l'évaluation des besoins est au cœur d'un paradoxe : d'un côté elle joue un rôle apparemment central dans la régulation, la création et le fonctionnement des appartements accompagnés comme des dispositifs médico-sociaux en général ; de l'autre les évaluations des besoins sont rares et, quand elles existent, elles sont le plus souvent formulées avec précaution si ce n'est réserve. Avant de

développer ces analyses sur le terrain spécifique des appartements accompagnés il faut les situer sur le celui plus large des institutions et des politiques sociales et médico-sociales. Nous commençons ainsi dans ce qui suit par examiner les façons dont la notion de besoin est mobilisée dans le *Code de l'Action Sociale et des Familles* avant de poursuivre par un examen des évaluations des besoins dans les documents d'orientation de la politique de santé mentale au niveau national et local. La fin de cette section apporte un éclairage sur les façons dont les acteurs des appartements accompagnés analysent eux-mêmes les besoins dans leurs service.

Les évaluations des besoins dans le Code de l'Action Sociale et des Familles

Pour une part les difficultés des acteurs face à l'évaluation des besoins tiennent en effet aux incertitudes qui entourent ces concepts dans les discussions et débats sur les politiques sociales et de santé, et particulièrement dans le champ médico-social. Pour prendre la mesure du phénomène on peut consulter le *Code de l'Action Sociale et des Familles* (CASF). Une recherche par mot clef dans l'ensemble du texte sur le site internet du journal Officiel permet d'y recenser les occurrences du terme et de saisir ses usages dans les différents secteurs.[62] Cette recherche rapide amène à deux constats.

Le premier est que le code fait bien jouer aux deux notions de besoin et d'évaluation des besoins un rôle déterminant dans l'organisation et la régulation l'action sociale. Ces notions sont avant tout au cœur de la définition qu'il propose de l'action sociale et médico-sociale dans son article L116-1, introduit dans le code par la loi du 2 janvier 2002 :

> L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur *une évaluation continue des besoins et des attentes* des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. (art. L116-1 du CASF, nous soulignons)

On le voit l'évaluation des besoins est, dans cette définition, l'un des deux piliers de l'action sociale. Précisément celle-ci repose sur la mise en branle d'une séquence en deux temps qui sont indissociables l'un de l'autre : évaluation des besoins, mise à disposition de

[62] https://www.legifrance.gouv.fr/, consulté le 29 janvier 2018.

prestations. D'un autre côté, l'évaluation des besoins s'adresse ici de façon remarquable à des individus en tant qu'ils s'intègrent à des groupes sociaux et des catégories spécifiques. Dans un jeu subtil, cette définition propose une vision à la fois intégratrice et particulariste, individuelle et collective, des publics de l'action sociale. De même, en faisant côtoyer la notion de besoin avec celle d'attentes, elle semble rapprocher des visions objectives et subjectives des besoins. Nous le verrons c'est des tensions entre ces différents termes que proviennent un certain nombre de flottements quant au sens de l'évaluation des besoins. Ces tensions se retrouvent également au centre de l'autre grande définition de l'action sociale et médico-sociale dans la partie du Code plus particulièrement consacrée à l'« Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services », qui définit comme l'une des « missions d'intérêt général » que doivent remplir les établissements et services concernés les « Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation *adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge* » (Art. L311-1, nous soulignons)

Au-delà de cette définition, la notion de besoins joue par ailleurs un rôle régulatoire à tous les niveaux de l'organisation de l'action. Premièrement elle est un concept central dans la définition des prestations individuelles et notamment, dans le champ du handicap, de la prestation de compensation. Cette dernière :

> consiste à *répondre à ses besoins* [de la personne handicapée], qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en oeuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre Ier du code civil. (art. L114-1, nous soulignons)

Ces besoins de compensation sont évalués par une « équipe pluridisciplinaire » et doivent être inscrits dans « un plan personnalisé de compensation du handicap ». De même les personnes âgées dépendantes ont droit à une allocation personnalisée d'autonomie « permettant *une prise en charge adaptée à [leurs] besoins* » (art. L 232-1, nous soulignons) et qui est délivrée en fonction d'une évaluation de leur « perte d'autonomie » laquelle s'appuie sur

une grille nationale (art. L232-2). De même encore la mission de l'Aide Sociale à l'Enfance est notamment de « *pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service* » (art. L221-1).

En second lieu, l'évaluation des besoins d'action médico-sociale joue aussi un rôle déterminant dans la planification du système institutionnel chargé de fournir les prestations et dans l'allocation des moyens à ce système. La première fonction des Schémas d'organisation sociale et médico-sociale institués par la loi du 2 janvier 2002 est ainsi d'« *appréci[er] la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population* » (art. L312-4, nous soulignons). C'est sur la base de cette appréciation que sont délivrées les autorisations d'ouverture d'établissements ou de services : pour pouvoir espérer l'autorisation le projet soumis à l'autorité compétente doit en effet être :

> compatible avec les objectifs et *répond[re] aux besoins sociaux et médico-sociaux* fixés par le schéma régional de santé ou par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle. (art. L313-4, nous soulignons)

La compatibilité des projets de création d'institutions avec les schémas doit par ailleurs être garantie par les appels à projet lancés par les administrations, lesquels doivent en premier lieu :

> *identifier les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire*, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève. (art. R313-3-1, nous soulignons)

L'évaluation des besoins intervient également dans la fixation de certains financements. L'article L314-5 du CASF indique ainsi les prévisions de dépense des établissements sociaux et médico-sociaux doivent être déterminées « *compte tenu, d'une part, des conditions de satisfaction des besoins de la population*, telles qu'elles résultent notamment des orientations des schémas prévus à l'article L. 312-5, d'autre part, de l'évolution de l'activité et des coûts des établissements et services appréciés par rapport au fonctionnement des autres équipements comparables dans la région. » (art. L 314-5, nous soulignons) Dans le champ des personnes âgées, le forfait financier alloué aux établissements est fixé en fonction d'une évaluation du « niveau de dépendance moyen *et [des] besoins en soins requis des résidents* mentionnés à l'article L. 314-9 » (art L314-2, nous soulignons). Au niveau territorial, toujours dans le champ des personnes âgées, des moyens sont alloués par les caisses en complément des prestations légales et réglementaires dans le cadre d'un

« diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental ou de la collectivité de Corse » (art L233-1).

On le voit l'évaluation des besoins joue un rôle central à tous les niveaux de la régulation du système sanitaire et médico-social. On peut aller jusqu'à dire qu'elle est l'un des pivots de son fonctionnement : elle n'est pas seulement un préalable à l'action sociale dans le sens où elle serait nécessaire pour la déclencher, pour ouvrir des droits ou des financements ; la réglementation en fait un constituant de l'action sociale, qui est toute entière conditionnée par la nature des besoins mis au jour par l'évaluation : les prestations découlent des évaluations des besoins auxquelles elles doivent s'ajuster et il en va de même des financements de services ou d'établissements. Au fond la notion de besoin devient un concept essentiel dès lors que l'action sociale est individualisée. L'évaluation des besoins intervient alors comme ce qui transforme, ou même transmue, au sens chimique du terme, une demande d'aide par nature individuelle et contingente, ancrée dans une expérience et des difficultés vécues, en une catégorie relevant du droit et susceptible d'être l'objet d'une intervention à prétention universaliste. Le mécanisme de cette transmutation est le recours à l'expertise et aux échelles et procédures standardisées.

Pour autant et c'est notre second constat ces besoins ne forment pas une catégorie univoque. Les citations qui précèdent suffisent à montrer la diversité des significations qui lui sont attachées : l'évaluation des besoins correspond à des procédures et des outils extrêmement divers, mis en œuvre dans des situations elles aussi variées et appliquées à des enjeux non moins divers, et elle recouvre donc des réalités et des phénomènes différentes. En fait le CASF ne propose à aucun moment une définition de la notion, de sorte qu'on ne peut être certain de savoir toujours à quoi il est fait référence. Une lecture rapprochée permet bien d'en identifier des usages spécifiques : notamment les notions de « besoins fondamentaux » de l'enfant, ou de « besoins de soins requis » des personnes âgées, ou encore, jusqu'à un certain point, de « besoins sociaux et médico-sociaux » des populations. D'un autre côté un certain nombre de procédures d'évaluation des besoins sont décrites relativement précisément et permettent de préciser la définition donnée au concept dans ces situations spécifiques : dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, dont l'évaluation repose sur la grille Aggir ; de même l'évaluation des besoins dans le cadre de la compensation du handicap repose sur une procédure décrite précisément par la réglementation : composition du comité, recours à un guide d'évaluation publié par arrêté, prise en compte du projet de vie de la personne. Pour autant même dans ces cas il n'est pas indiqué précisément comment les différents éléments de l'évaluation sont composés, mis

en ensemble pour former l'évaluation. D'autres occurrences du concept sont par ailleurs laissées à l'appréciation des évaluateurs : ainsi des besoins d'équipement sociaux et médico-sociaux dans les schémas régionaux, dont le code ne détaille pas comment ils doivent être appréciés.

Au-delà de ces remarques générales l'évaluation des besoins se caractérise par deux zones d'incertitude spécifiques. On y a fait allusion plus haut. La première concerne la nature objective ou subjective des besoins : la question est de savoir si les besoins découlent d'une évaluation objective de besoins observables, par exemple au moyen d'outils quantitatifs, ou s'ils reflètent une vision exprimée par des personnes. Dans le cas des personnes âgées comme des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance les expressions de besoins de soins requis comme de besoins fondamentaux suggèrent une idée de besoin objectif liés à des fonctions vitales évalués par des professionnels du soin ou de l'éducation. Pour autant même dans ces situations la tendance est de considérer que l'expression des personnes doit être prise en compte dans la formulation de ces besoins, qui dépendent donc de sa perspective propre sur sa situation. Cette tension est exacerbée dans le champ du handicap. Sans doute la procédure d'évaluation telle qu'elle est décrite par la réglementation fait-elle la part belle aux outils standardisés et au regard objectif de l'expert. Pour autant le point de vue des personnes joue bien un rôle central dans l'évaluation. D'une part c'est ce point de vue – le terme exacte des textes réglementaires est celui de « demande » - qui est à l'origine de la procédure : non seulement la demande enclenche la démarche mais de surcroît le projet de vie rédigé par la personne doit servir de document de base à l'évaluation. D'autre part l'évaluation doit, selon l'article L146-8, auditionner la personne et ses proches et se rendre à son domicile : l'équipe d'évaluation procède à ces auditions et visite de son plein chef ou à la demande de la personne mais elle y procède dans tous les cas, y compris lorsqu'il s'agit d'un enfant « dès lors qu'il est capable de discernement » (art. L146-8). L'expression par le patient de ses difficultés, projets et attentes fait donc bien partie intégrante de l'évaluation des besoins qui ne peut se limiter à celle de données objectives. Pour autant l'équilibre entre la prise en compte de cette expression et l'évaluation objective des besoins est laissé à l'appréciation de l'équipe d'évaluation.

La seconde zone d'incertitude concerne la nature individuelle ou populationnelle des besoins. Les choses paraissent peut-être plus simples sur ce point. On pourrait penser que le CASF fait référence à deux notions différentes de besoins : des besoins individuels dans le cadre des procédures de compensation du handicap ou de l'aide à la dépendance

d'un côté, et des besoins populationnels pour la planification des moyens financiers et des services et établissements au niveau des territoires de l'autre. La situation est moins claire lorsque l'on aborde l'évaluation de façon pragmatique en posant la question de ses pratiques. En deux mots, à ce niveau, il y a nécessairement interaction entre ces deux formes de besoins, individuels et populationnels : leurs évaluations sont affectées les unes par les autres. D'un côté, on peut faire l'argument que le recours à des échelles standardisées ou des guides de référence est une façon de fondre les besoins individuels dans un répertoire de besoins de nature populationnelle : la nécessité de recourir à ces références partagées oblige à traduire les besoins individuels des personnes en besoins issus d'analyses populationnelles ; les situations vécues par les personnes sont nécessairement ramenées à un petit nombre d'items qui par nature, d'une certaine façon, forcent ces situations. Les difficultés rapportées par les évaluateurs ou les usagers et leurs proches face à l'évaluation – par exemple dans les MDPH – dérivent souvent de la difficulté de ramener les unes aux autres, voire de l'inadéquation des standards d'évaluation aux situations vécues.

De l'autre côté, la confusion entre besoins individuels et populationnels est également alimentée par la façon dont se déroule la planification des services et établissements. La raison tient aux petits effectifs que celle-ci met en jeu : le fait que les besoins de places se comptent en quelques dizaines, au plus quelques centaines d'unités à l'échelle des départements fait qu'il est difficile d'abstraire l'évaluation des besoins populationnels des situations individuelles concernées et qu'en retour l'évaluation des besoins individuels est nécessairement affectée par les besoins populationnels tels qu'ils émergent de la planification. Ce point est sensible dans le cas de la dépendance où on l'a vu les budgets des établissements sont calculés à partir d'une évaluation des besoins moyens des personnes prises en charge. Mais il est vrai également dans les autres champs de l'action sociale et médico-sociale. De façon générale, on le verra, la création de services ou d'établissements repose le plus souvent sur l'identification par les acteurs, professionnels ou militants, de situations individuelles pas ou mal prises en compte par les dispositifs existant et pour lesquelles ils décident de créer ou mettre en œuvre tel ou tel dispositif. En sens inverse les évaluations que les acteurs du système font des besoins individuelles sont clairement influencées par l'état des dispositifs existant sur les territoires : comme le suggère les travaux sur les recours aux droits, la formulation de leur demande par les personnes reflète aussi une vision de ce qui est légitime ou justifié de demander dans telle ou telle situation ; les évaluations des experts de leur côté tiennent nécessairement compte

des services ou moyens financiers disponibles. Le CASF fait du reste explicitement référence à cette influence : par exemple l'article D245-28 indique que « Pour l'évaluation des besoins d'adaptation du logement et du véhicule, le demandeur fait établir plusieurs devis avec descriptif sur la base des propositions de l'équipe pluridisciplinaire. » La nécessité de joindre des devis à l'évaluation des besoins souligne combien celle-ci repose sur la prise en compte de l'état des services disponibles sur le marché du handicap.

De façon générale cette confusion entre différentes formes de besoins est probablement nécessaire au bon fonctionnement du système : elle donne la souplesse nécessaire pour combler l'écart entre l'offre de moyens et les demandes exprimées ; elle permet de gérer effectivement des moyens relativement rares tout en prenant en compte de façon minimale les situations personnelles des demandeurs. Elle n'est cependant pas sans soulever de difficultés dans une perspective de connaissance du système : il faut alors accepter de déplacer le questionnement pour ne plus se contenter de poser la question des besoins évalués mais des usages de l'évaluation des besoins par les acteurs dans des dispositifs situés.

Les évaluations des besoins dans les plans santé mentale

Ces dernières remarques sont particulièrement pertinentes dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement encore dans celui de l'accompagnement dans le logement. De façon générale, dans le débat sur les politiques publiques relatives à ces enjeux, la question des besoins est à la fois omniprésente et peu discutée. Les évaluations qui circulent sur les populations concernées par tel ou tel dispositif ou institution sont peu nombreuses et, lorsqu'elles existent, elles sont généralement très impressionnistes, limitées à des descriptions assez sommaires et peu spécifiques. Par ailleurs le plus souvent ces descriptions visent à caractériser les dispositifs les uns par rapport aux autres plutôt qu'en référence à des populations de référence décrites pour elles-mêmes, de sorte qu'ils éclairent peu sur les besoins couverts par ces dispositifs.

Ce dernier point est d'autant plus significatif que par ailleurs ces évaluations font très rarement l'objet d'estimations chiffrées. Les rares évaluations quantitatives circulant dans la littérature grise sont peu précises, souvent répétées d'un rapport ou d'une publication à l'autre, rarement mises à jour et peu critiquées. Elles servent peu à la programmation proprement dite de l'action publique, et plus souvent à lui donner un horizon ou un cadre. En général ces données sont mobilisées pour justifier des décisions qui sont prises en fonction d'autres éléments – notamment des avis d'experts. Les chiffres

cités sont alors surtout utilisés pour souligner l'écart entre une situation actuelle jugée problématique et une situation idéale. Ils sont moins une estimation des bénéficiaires potentiels des dispositifs qu'une image de l'importance d'un problème auquel on vise à apporter une solution. Dans ces conditions c'est l'ordre de grandeur qui est utile : l'exactitude et la précision du chiffre importent peu. Si par ailleurs il est important que les chiffres soient le produit d'une méthodologie sérieuse, c'est surtout pour justifier que l'on s'y réfère. Ces chiffres sont également peu discutés et surtout peu contestés. Comme ils servent surtout à identifier des pénuries ils fixent des objectifs relativement consensuels qui font peu débat. La philosophie générale de cette littérature est que les services ou établissements ont tous un rôle à jouer et que c'est aux acteurs locaux de mesurer dans le cadre de la planification territoriale les besoins à couvrir. L'administration centrale de la santé et des affaires sociales peut appuyer certains dispositifs par une action réglementaire ou par l'allocation de subventions ou un appui technique. Mais ces formes de priorisation reposent sur des choix politiques qui ne nécessitent pas d'évaluation, et ils concernent peu de moyens financiers et humains.

Les usages de l'évaluation des besoins en matière de logement ou d'hébergement et les débats autour de ces usages illustrent ces observations. Historiquement, les évaluations les plus précises concernent les besoins de lits hospitaliers, pour lesquels des estimations commencent à circuler à partir de la fin des années 1950. Le chiffre de trois lits pour mille habitants, emprunté à des rapports de l'OMS, est ainsi l'horizon de la planification hospitalière en France jusqu'à la fin des années 1970. Il correspond alors à un objectif de construction ou de rénovation de lits à un moment où la population hospitalisée s'accroît de façon apparemment irrésistible, provoquant un phénomène d'encombrement parfois dramatique localement. L'inversion de cette courbe de croissance amène dans le courant des années 1970 les autorités à réviser leurs estimations et à proposer un nouveau chiffre nettement inférieur de un lit pour 1000 habitant, soit à la fin des années 1970 de 60 000 lits environ, chiffre alors en dessous de l'existant. Ce nouveau chiffre correspond ainsi à une réorientation de la planification dans le champ de la santé mentale : s'il s'agissait d'organiser la croissance de l'hospitalisation dans la période précédente, l'objectif est maintenant d'accompagner sa décroissance.

En dehors de l'hôpital, cependant, les évaluations des besoins de prise en charge ou d'accompagnement, que ce soit dans le champ sanitaire dans le cadre de la politique de sectorisation ou dans le champ social et médico-social sont alors, au début des années 1970, quasi inexistantes : à Paris l'administration de la santé propose le chiffre de trois lits

et places pour 1000 habitants mais ce chiffre n'est pas généralisé, et surtout il ne dit rien des besoins dans le secteur social et médico-social naissant[63]. Pour une part cet impensé reflète un optimisme : mieux pris en charge les malades pourraient se passer d'assistance. Pour une part il traduit également les limites de la régulation par l'Etat du système : limites tant de la production de connaissance sur ce système – limites de la recherche notamment épidémiologique – que des interventions sur le système et notamment des procédures de planification dans le champ médico-social. Pour ces différentes raisons il est à la fois difficile et peu utile de discuter véritablement des besoins d'accompagnement extra-hospitaliers et médico-sociaux.

Dans les années 2000 la situation a cependant significativement évolué. L'approfondissement des procédures de planification tant sanitaire que, avec la loi du 2 janvier 2002, sociale et médico-sociale d'une part, et l'essor du handicap psychique d'autre part conduisent à poser plus frontalement la question des besoins notamment médico-sociaux des personnes. La problématisation qui se met alors progressivement en place repose sur deux éléments centraux. D'une part les besoins sont multiformes et excèdent largement l'offre de services qu'il faut donc développer tous azimuts. D'autre part, et indépendamment de ce constat, il faut mettre en place une évaluation plus précise des besoins et notamment ceux des personnes qui seraient indûment hospitalisées en psychiatrie et qui pourraient bénéficier d'autres prises en charge. A partir des années 2010, par ailleurs, l'idée s'impose que cette évaluation est du ressort des territoires.

Les grandes lignes de cette problématisation sont mises en place dès 2002 dans le rapport de Michel Charzat sur les « difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques »[64]. L'évaluation des « besoins » des personnes concernées est en effet le principal enjeu du rapport dont l'objectif est de mettre en évidence des besoins non couverts et plus largement à donner une visibilité à une réalité jusque là invisible. La lettre de mission demande explicitement que le rapport « port[e] en particulier sur les besoins et réponses possibles en matière d'accompagnement dans la vie sociale, d'aide au logement et d'aide à l'insertion par le travail des personnes handicapées du fait de troubles psychiques, ainsi que sur le soutien à apporter à leur famille et proches. » Le rapport lui-même s'ouvre par un développement sur « les difficultés et les besoins », dont le principal argument est un constat fort : « Le dispositif actuel de soins ne répond pas aux besoins des patients, et les

63 A l'exception des MAS créées à la suite de la loi sur le handicap de 1975 dont la programmation est l'objet de controverses serrées avec les psychiatres.

64 Charzat M., 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques… op cit.* note 47.

met en péril »[65], constat par ailleurs réaffirmé en conclusion : « Les réalisations existantes pour l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, novatrices mais souvent précaires, sont très insuffisantes en nombre au regard des besoins les plus évidents. »[66]

Au-delà de ce constat de principe, la réflexion que propose le rapport Charzat sur les besoins des personnes en situation de handicap psychique est cependant peu développée et surtout elle ne fonde pas les recommandations du rapport. Les évaluations qu'il propose des besoins sont très générales et en particulier le rapport ne donne aucune donnée quantitative : d'une certaine façon le constat de l'insuffisance de la réponse aux besoins se suffit à lui-même, son évidence ne nécessitant pas de justification. Ainsi, sur le logement, le constat que « [l]es besoins des personnes sont très variés, de l'une à l'autre, ou pour une même personne tout au long de son histoire » amène le rapport à suggérer que :

> Toute une palette de solutions doit pouvoir être proposée : logements individuels avec accompagnement, regroupement de logements individuels avec services conviviaux, appartements collectifs… jusqu'aux structures médico-sociales (foyers à double tarification, maisons d'accueil spécialisé).[67]

Le rapport ne propose par ailleurs aucune stratégie pour adapter l'offre à des besoins mesurés : il propose bien comme recommandation de : « Faire l'inventaire de l'existant et le faire connaître » et par ailleurs de « Développer des programmes d'études et de recherche »[68], mais ces deux actions ne visent pas à préparer une meilleure analyse des besoins, seulement à une connaissance générale des problèmes dont souffrent les personnes. De façon plus générale les besoins mis au jour par le rapport n'excèdent pas ceux déjà repérés dans le système de santé mentale : le rapport suggère ainsi de développer l'existant pour faire face aux besoins, mais pas de mettre en œuvre des actions pour créer de nouveaux types de services correspondant à des besoins non pris en compte. Les besoins sont en quelque sorte contenus dans l'offre de services, établissements ou plus généralement structures, disponibles dans le système de santé mentale tel qu'il est. Il n'est pas question de modifier le système, seulement de lui donner les moyens de se développer.

Un pas pour dépasser ce constat paraît être franchi par le deuxième Plan Psychiatrie et santé mentale[69] promulgué par le ministère de la Santé en 2005 pour la période 2005-

---

[65] Ibid. p. 6.
[66] Ibid. p. 56.
[67] Ibid. p. 44.
[68] Ibid. pp. 54 et 63.
[69] Le premier en réalité sous ce nom puisque le premier plan publié en 2001 et qui concernait la période jusqu'en 2005 s'intitulait simplement « Plan Santé Mentale »

2008. Celui-ci affirme d'emblée la nécessité de fonder la politique de santé mentale sur des évaluations précises des besoins des personnes concernées :

> L'approche visant à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, et prenant en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne constituent le principe fondateur du nouvel élan donné à la psychiatrie et à la santé mentale, en dépassant une approche jusqu'alors souvent centré sur les structures au profit d'une approche centrée sur les besoins.[70]

Ce constat général s'accompagne de plusieurs recommandations pour renforcer l'évaluation des besoins. Dans le champ du logement, le plan recommande en particulier la réalisation d'une enquête pour « cerner la population faisant l'objet d'un accueil « inadéquat » en long séjour en psychiatrie (cf.1.2.3) et identifier les solutions alternatives à proposer (sanitaires, sociales, médicosociales, autres). »

A côté de cette mesure, cependant, le plan propose une vision des besoins dans la lignée du rapport Charzat. Il prône un développement des dispositifs existants sans prioriser l'un ou l'autre mais en donnant des volumes de place à atteindre : création de 500 appartements associatifs par année, d'un millier de places en foyer médico-social (FAM ou MAS) et de 1900 places de SAMSAH. En l'absence de justification par les auteurs du plan, il est difficile de savoir comment ces chiffres ont été calculés mais on peut penser qu'ils reflètent une appréciation de l'existant plus que de données épidémiologiques. Le chiffre de 500 appartements associatifs par année paraît en tous les cas très important et surtout, a posteriori, peu réaliste compte tenu des conditions de création des appartements, sur lesquelles on reviendra plus loin. De fait, on le verra aussi, cette mesure aura peu d'impact et le plan suivant abandonnera toute mesure dans ce sens.

Au tournant des années 2010, le contraste entre la nécessité de l'évaluation des besoins et les limites des évaluations s'impose comme un problème. En 2009, le rapport dirigé à la demande de la ministre de la Santé et des Sports par Edouard Couty sur les *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*[71], fait de la question de l'évaluation un élément central de ses recommandations. La troisième d'entre elle – sur huit – est sobrement intitulée « Evaluer », l'une des trois dimensions mise en avant dans le texte étant d' : « Evaluer les besoins en santé mentale par bassin de population. »[72] Le rapport souligne par ailleurs l'importance de répondre d'abord aux besoins en termes de logement :

---

[70] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, Paris p. 7.
[71] Couty E., 2009, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports*, Paris, Ministère de la Santé et des Sports.
[72] Ibid. p. 11.

« L'évaluation des besoins devrait être faite précisément, l'UNAFAM estime que le besoin est de l'ordre de 50 000 logements qu'il s'agisse de logements ordinaires pour les patients stabilisés ou de nouvelles formules de logement ou d'hébergement ou de résidence dans la cité pour les patients ayant un besoin d'un suivi plus continu. »[73]

Deux ans plus tard, l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 aboutit à des constats similaires. Tout en relevant les progrès dans le développement de l'offre de services et d'établissements notamment dans le secteur social et médico-social, le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur l'exécution et le bilan du Plan souligne qu'« il n'apparaît pas possible à l'heure actuelle d'évaluer globalement le degré d'adéquation des réponses aux besoins, tant au plan quantitatif que qualitatif »[74]. L'une des 6 « préconisations » issue de l'évaluation est ainsi d' « Améliorer la connaissance des besoins et des pratiques ». Pour cela, outre un soutien à la recherche fondamentale, le rapport préconise « le développement d'études épidémiologiques et d'analyses économiques et sociologiques des organisations, des pratiques et des politiques publiques de la psychiatrie et de la santé mentale »[75] mais il suggère aussi une meilleure reconnaissance des pratiques :

> Il existe de nombreuses expériences innovantes dans divers domaines (prise en charge ambulatoire, accompagnement social…) et dispersées sur tout le territoire. Il serait utile de les repérer, de les capitaliser et de les diffuser après évaluation.[76]

D'un autre côté, malgré ces constats, le rapport du HCSP développe une série de jugements tranchés sur le bilan du plan et l'état du système de santé mentale. Dans le champ du logement, sans fournir les données permettant d'éclairer réellement son jugement, le rapport n'hésite ainsi pas à mettre en avant l'insuffisance des réalisations. La section du rapport consacré à cette question s'intitule : « Une évolution insuffisante de l'accès à un hébergement et/ou un logement adapté », et le corps du texte se contente de souligner pudiquement : « Qu'il s'agisse de l'accès au logement ou de son maintien, le parcours des usagers est semé d'obstacles »[77]. Le HCSP appelle donc en conséquence, dans la ligne des rapports précédents, à poursuivre le développement d'une gamme de services diversifiées pour satisfaire à l'ensemble des conditions, sans toutefois donner plus d'indications.

---

[73] Ibid., p. 33.
[74] Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, *Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, p. 47
[75] Ibid., p. 11.
[76] Ibid., p. 11.
[77] Ibid. p. 83.

De même, le rapport de la Cour des Comptes spécifiquement consacré aux effets du plan sur l'organisation des soins, souligne les lacunes de l'évaluation des besoins et il déplore que les mesures du plan sur ce point n'aient pas été mises en œuvre. Dans le champ de l'accès au logement ou l'hébergement, par exemple, il était prévu l'élaboration de « méthodes d'évaluation des besoins et de programmation » mais celles-ci n'ont pas vu le jour : « un recueil de bonnes pratiques a certes été élaboré en Bourgogne et en Haute-Normandie, mais aucune impulsion nationale n'a permis de développer une politique active en ce domaine. »[78] En dépit de ce constat, l'évaluation de la Cour des Comptes souligne néanmoins la « modestie » des actions dans le champ du logement en citant à l'appui les volumes de place créées. En particulier, la Cour note que le nombre d'appartements associatifs, loin d'avoir été augmenté de 500 places par an, a en fait régressé de 400 unités, sans toutefois préciser l'origine de ce chiffre[79]. Si dans l'ensemble le rapport est plus étayé que celui du HCSP, sa lecture rapprochée n'a aucun mal à mettre en évidence l'écart entre les données qu'il cite et les préconisations qu'il en déduit. Ainsi, le cœur de l'argument du rapport est que l'hospitalisation psychiatrique est mal utilisée faute d'alternatives, et ce jugement s'appuie principalement sur deux constats : d'une part « l'absence de pénurie de lits », que le rapport ne fonde cependant sur aucune donnée sinon sur la remarque que « [la densité de lits psychiatriques] serait parmi les plus fortes [en France], mais aucune analyse précise n'est disponible » ; et d'autre part la prégnance d'hospitalisations longues dont le rapport conclut rapidement, en citant deux études locales, que bon nombre doivent être trop longues. Comme les auteurs des rapports précédents le constat des limites de l'évaluation des besoins n'empêche pas la Cour des Comptes d'affirmer la nécessité de mesures fortes pour répondre à ces besoins.

Enfin, toujours en 2011, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur « la prise en charge du handicap psychique » souligne aussi à la fois la nécessité de meilleures évaluations et celle de développer l'existant[80]. La synthèse du rapport fait en particulier un double constat d'impuissance. D'un côté la connaissance du handicap psychique est très insuffisamment éclairée par la recherche :

> Les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France, les données parcellaires pouvant recenser un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré

[78] Cour des Comptes, 2011, L'organisation des soins psychiatriques: Les effets du Plan "Psychiatrie et Santé Mentale" (2005-2010). Rapport Public Thématique, Paris, Cour des Comptes, p. 50.
[79] Ibid. p. 50.
[80] Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011, *La prise en charge du handicap psychique*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.

> de handicap. Bien que les enquêtes réalisées en population générale soulignent qu'environ 30 % des français seraient concernés par un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, de comportements, de l'humeur, ou liés aux addictions), il reste impossible de déterminer la part des personnes dont l'altération psychique entraîne un handicap réel. Les associations estiment que 1 % de la population française serait touché par un trouble psychique pouvant entraîner un handicap.[81]
>
> De l'autre le rapport pointe aussi que les données disponibles sont mal exploitées :
>
> Le croisement de différentes données et enquêtes pourrait, à la condition de nombreuses améliorations, devenir un outil puissant pour mieux cerner le besoin et déterminer la programmation des réponses. Ce n'est pas, actuellement, le cas.[82]

Le rapport propose spécifiquement pour améliorer la connaissance des besoins deux pistes : rendre disponibles les données des MDPH et multiplier les enquêtes de nature épidémiologique. A côté de ces constats et propositions, l'analyse que propose le rapport sur la question du logement repose cependant sur la même logique de promotion de l'offre sans référence à une analyse des besoins. « De fait à chaque situation doit correspondre une solution adaptée, s'inscrivant dans un vrai parcours offrant toute la gamme allant du logement à l'hébergement. »[83] Le rapport ne fait que le constat de la diversité des initiatives pour souligner l'intérêt de chacune et la nécessité de les développer dans des proportions qui restent indéterminées.[84] Le rapport consacre en particulier un long développement aux maisons relais qui reprend les résultats d'une évaluation commandée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale, et il conduit notamment à dresser un profil des publics cibles de ces structures, sans toutefois données d'indications précises sur le nombre de personnes concernées, et en en donnant une description très générale.[85] La troisième recommandation du rapport est de même une pétition de principe très générale sur les services d'accompagnement à la personne : « Affirmer dans le prochain plan de santé mentale la nécessité de poursuivre la création de places dans les services d'accompagnement - SAMSAH, SAVS -, après une étude épidémiologique. »[86] Par ailleurs l'une des recommandations du rapport est de : « Diffuser une information sur les différents dispositifs d'accès au logement. »[87]

---

[81] Ibid. p. 3.
[82] Ibid. p. 3.
[83] Ibid. p. 38.
[84] Ibid. p. 38.
[85] Ibid. p. 43.
[86] Ibid. p. 29.
[87] Ibid. p. 41.

Dans ces conditions le plan 2011-2015 s'inscrit dans le prolongement du plan précédent dont il reprend en particulier les objectifs en matière de logement ou d'hébergement en les formulant pratiquement dans les mêmes termes[88]. La section consacrée à cette question s'intitule « Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée », et elle ne pose pas plus la question des besoins si ce n'est pour affirmer la nécessité de proposer des solutions adaptées aux besoins des personnes : « Les principes d'accompagnement, de « projet de vie » et de participation qui caractérisent le médico-social doivent être au cœur de la politique des établissements d'hébergements, qu'ils soient issus de la création de places ex-nihilo ou de transformations. »[89] Les objectifs du rapport en matière de promotion de l'évaluation restent mesurés : en réalité davantage que les précédents, ce nouveau plan renvoie la question à une évaluation locale menée à l'échelle départementale dans le cadre de l'élaboration des schémas d'organisation médico-sociale et sociale.

Au final les évaluations des besoins, dans les plans nationaux, sont à la fois continuellement invoquées et toujours reportées. Tout se passe comme si le constat de l'insuffisance manifeste des moyens suffisait à combler le besoin d'évaluation. Cette problématisation interdit ainsi de penser plus finement la nature qualitative des besoins et d'interroger de façon contradictoire les visions des différentes parties prenantes sur les besoins.

Les évaluations des besoins dans la planification locale des équipements de santé mentale

Au niveau local, les mêmes constats s'imposent : pour être promue par l'ensemble des acteurs, l'évaluation n'en reste pas moins impuissante à fonder la programmation du système de santé mentale. Dans les régions et départements la discussion sur les besoins s'organise autour d'une série de schémas régionaux et départementaux dont les pivots sont les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. La consultation des schémas concernant les quatre territoires de notre étude permet de préciser nos observations. De façon générale ces documents sont proches, dans leur forme comme leur rhétorique, des plans nationaux de la période 2005-2015 : découpage en un nombre restreint de grandes orientations, déclinées en actions opérationnelles ; présentation des objectifs à partir d'une contextualisation succincte qui explicitent les « besoins » identifiés par les autorités.

---

[88] Ministère de l'Emploi et de la Santé, Sociale M. d. S. e. d. l. C., 2011, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale

[89] Ibid. p. 20.

Ainsi le « schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2017-2022 » des Bouches du Rhône est organisé en deux parties : la première partie est un « état des lieux » qui reprend quelques données sur l'équipement du département[90]. Pour « l'accueil des adultes en situation de handicap » ce bilan se résume à trois tableaux ou graphiques comparant les nombres de places du département à ceux de la France, des autres départements de la région ou d'autres départements français pour 5 types de structures : les « accueils spécialisés », les « accueils médicalisés », les « foyers de vie », les ESAT et les entreprises adaptées. Ces évaluations sont en fait approfondies dans une série d'annexes qui développent deux « diagnostics », « quantitatif » et « qualitatif ». Le diagnostic quantitatif approfondit les données rapportées dans le schéma en y ajoutant une série de données socio-démographiques plus générales ainsi que le nombre de bénéficiaires de la PCH. Le corps du texte est en fait le diagnostic qualitatif qui rapporte les résultats de trois enquêtes par questionnaire auprès des services d'aide à domicile du département, de personnes en situation de handicap vivant dans un domicile individuel et des établissements du département accueillant des personnes handicapées adultes. Par ailleurs le diagnostic contient également une série de projections sur l'évolution des populations accueillies dans les divers types de foyers.

La deuxième partie du schéma développe quatre orientations à suivre au cours de la période concernée. Formulées à l'impératif, ces quatre orientations sont en fait relativement consensuelles et reflètent les grands axes de la politique du handicap telle qu'elle est définie depuis les années 1970 : information et accès aux dispositifs, prévention, offre de prise en charge et à domicile, et soutien aux aidants. Chaque orientation est détaillée dans une série de fiches action détaillant le contexte, les objectifs opérationnels et la mise en œuvre, ainsi que les pilotes et les acteurs impliqués dans l'action. Ainsi l'accès et le maintien dans le logement fait l'objet d'une fiche action de l'Orientation 4 du schéma, « Soutenir les personnes en situation de handicap et de leurs aidants ». La fiche action rappelle à la fois que la loi du 11 février 2005 « fixe le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les handicaps » et que « les personnes en situation de handicap expriment majoritairement leur souhait de vivre dans un logement de façon autonome ». En conséquence la fiche fixe trois objectifs opérationnels : « Permettre aux adultes en situation de handicap de bénéficier d'un logement autonome », « Lutter contre l'isolement » et « Permettre aux personnes de rester autonomes dans un environnement adapté ». La mise en œuvre de ces objectifs repose quant à elle sur cinq recommandations dont la principale est d'« Identifier dans le

[90] Département des Bouches du Rhône, n.d., *Schéma départemental en faveur des personnes handicapées, 2017-2022*, Marseille, Département des Bouches du Rhône.

cadre du projet de vie de la personne les acteurs et les professionnels à mobiliser dès l'entrée dans les lieux afin de fixer les actions à mener dans le cadre du maintien à domicile et d'une bonne intégration dans l'environnement social du quartier. »[91] La fiche recommande par ailleurs aussi de « lancer une procédure d'appel à projets pour la création de places en SAVS et SAMSAH » sans toutefois préciser le volume de places concernées.[92]

L'évaluation que le schéma propose des besoins des personnes concernées est on le voit à la fois riche et partielle : elle concerne essentiellement les établissements et services gérés ou financés par le département ; les besoins identifiés par le schéma sont donc essentiellement institutionnels et il est difficile d'y résumer les besoins populationnels. On peut penser que ces limites sont liées au fait que ce schéma départemental n'a pour objectif que de développer à l'échelle départemental – c'est-à-dire sur le territoire départemental et avec les moyens du département – les orientations décidées à l'échelle régionale dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, qui est en principe actuellement le principal instrument de la planification. Et à première vue, de fait, le schéma de la région Provence Alpes Côte d'Azur pour la même période propose une vision plus globale et surtout plus riche du problème[93]. Pour autant, là encore, le lecteur ne peut qu'être frappé par le décalage entre l'insistance sur la nécessité de l'évaluation des besoins, et la nature des besoins mis en évidence par le document.

Ainsi dans le champ du handicap la première orientation du Schéma régional est l' « Amélioration de la connaissance et du pilotage du handicap ». Le schéma propose en particulier, de façon particulièrement ambitieuse, la construction d'une série d'outils, dont, pour la connaissance des besoins, « un tableau de bord partagé » visant à rassembler les données disponibles sur la question à l'échelle de la région. De même une orientation du schéma – concernant à la fois personnes handicapées et personnes âgées – est consacrée à « Favoriser l'accès au logement de droit commun », mais celle-ci vise principalement à « identifier et clarifier [les] articulations entre les différents acteurs du champ et les rendre lisibles auprès des usagers. »[94] Au-delà de ces orientations très générales le schéma reste très vague. Certains projets sont bien développés et quantifiés dans une « synthèse des objectifs quantifiés par territoire » annexée au schéma. Ces objectifs concernent en fait la création de places institutionnelles, dont le nombre est détaillé pour un certain nombre de types d'établissements et services par département. Ces prévisions reposent d'une part sur le

[91] Ibid. p. 27.
[92] Ibid. p. 27.
[93] Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, n. d. , *Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale*, Marseille, ARS PACA.
[94] Ibid. p. 11.

calcul de l'enveloppe budgétaire disponible, laquelle est en fait anticipée sur la base des enveloppes disponibles au cours de la période précédente, et d'autre part sur l'affectation de ces moyens en fonction des priorités du plan : pour les personnes handicapées adultes ces priorités sont les SAMSAH, SSIAD, MAS, FAM et AT – soit à peu près tout le spectre des institutions possibles[95]. Comme le schéma départemental plus haut le schéma régional repose avant tout sur une programmation institutionnelle fondée sur une logique elle aussi institutionnelle : c'est moins en fonction de besoins mesurés que par extrapolation d'une situation institutionnelle présente que ces projections sont faites. De façon remarquable par ailleurs cette programmation ne prévoit pas de services expérimentaux ou innovants, pourtant au cœur des politiques médico-sociales actuelles.

La force des chiffres : hospitalisations inadéquates et populations concrètes

De façon générale ces observations suggèrent la nature profondément politique de l'évaluation des besoins dans ces plans et schémas. Au fond, les besoins identifiés découlent de choix pris en amont de l'évaluation des besoins : les besoins évalués sont ceux qui ont été identifiés préalablement, soit qu'ils s'inscrivent dans des orientations des politiques publiques, soit qu'ils correspondent à des investissements de long terme dans des institutions. Les schémas régionaux, comme les plans nationaux, ont moins pour fonction de mettre à jour des besoins qui seraient déclinés dans l'ensemble des dimensions de la vie des personnes et auxquels on chercherait à répondre, que de traduire une série d'orientations politiques en projections plus ou moins précises. On peut penser dans ces conditions que l'évaluation des besoins joue un rôle incantatoire pour justifier ces choix politiques plus qu'ils ne les fondent.

Un ensemble d'évaluations échappe cependant à cette observation : celles portant sur les hospitalisations inadéquates en psychiatrie. On l'a vu, dans le débat national ces évaluations se sont imposées comme le principal étalon du bon fonctionnement du système psychiatrique et localement les données issues de ces évaluations sont l'un des principaux arguments mis en avant par les acteurs à l'appui des créations de service d'accompagnement. Le principe de ces enquêtes est d'évaluer un jour donné les patients présents en hospitalisation pour estimer le nombre de ceux dont l'hospitalisation ne paraîtrait pas nécessaire et qui devraient être réorientés. L'idée est que ces personnes auraient tiré tout le bénéfice possible des soins dispensés à l'hôpital et verraient leur

[95] Ibid. p. 56.

hospitalisation se prolonger seulement en raison de l'absence de structures d'aval dans le médico-social, quand elles n'ont pas été admise en hospitalisation par défaut pour cette même raison. On l'a vu, cette méthodologie a été promue par le plan 2005-2008, qui recommandait la réalisation d'une enquête nationale, et elle s'est imposée par la suite dans tous les rapports et en particulier dans le rapport de la Cour des Comptes de 2011. Ces enquêtes aboutissent à des chiffres assez variés mais de l'ordre, globalement, de la dizaine de milliers de personnes concernées à l'échelle du pays – chiffre que l'on peut rapporter aux quelques 57 000 lits psychiatriques. L'IGAS cite en 2011 un chiffre de 8 000 à 10 000 patients. Dans un document paru en 2012 la fédération Agapsy cite elle un chiffre de 13 000 à 15 000 patients. Ces évaluations soulèvent cependant plusieurs difficultés.

La première est l'interprétation de ces chiffres et précisément de la situation des personnes concernées. Si, par exemple, l'IGAS fait preuve de prudence en soulignant que ce chiffre concerne des personnes susceptibles de bénéficier d'abord de solutions de foyers ou MAS, ces données sont souvent mobilisées au service de l'idée que les personnes concernées pourraient bénéficier des formes de prise en charge ou d'accompagnement les plus variées. En dehors de la question de savoir comment précisément sont réalisées les évaluations des situations personnelles, ces évaluations questionnent en fait peu l'idée même d'hospitalisation inadéquate. Par exemple on peut penser que certaines hospitalisations prolongées sont nécessaires pour préparer des projets de sorties qui ne sont envisageables qu'une fois qu'un certain nombre de problèmes d'ordre psychopathologique, personnel ou familiaux ont été réglés. Le temps peut paraître « inadéquat » dans le sens où l'hospitalisation pourrait prendre fin avant, mais il est rendu nécessaire dans le travail d'accompagnement.

La seconde difficulté est que ces chiffres ne correspondent pas à tous les besoins identifiés par les acteurs en matière d'hébergement. Si on l'a souligné les appartements accompagnés ont d'abord visé à accueillir des personnes sortant d'hospitalisation au long cours, ils sont actuellement plus souvent mobilisés pour loger des personnes dans des situations de logement intenables, par exemple dans le cas de cohabitations rendues difficiles ou dans des logements inappropriés. Or ces personnes ne passent pas nécessairement par l'hospitalisation, même si l'hospitalisation peut être un recours en cas de crise. L'évaluation de ces besoins est cependant complexe et elle ne fait pas l'objet de travaux systématiques, même si des discours sont portés par certains groupes. Les familles de l'Unafam insistent ainsi sur la difficulté des situations vécues par les familles ayant à héberger des proches mais aucun chiffre ne circule pour évaluer ces besoins. Du point de

vue des équipes de secteur le besoin de relogement de personnes non hospitalisées repose sur une appréciation au cas par cas et mobilise des jugements complexes. Les limites de ces évaluations donnent ainsi par défaut plus de poids encore aux études sur les hospitalisations inappropriées. D'une certaine manière tout se passe comme si, près de quarante ans après le début de la désinstitutionnalisation et alors même que l'ensemble des rapports constatent et encouragent le tournant ambulatoire de la psychiatrie, l'hospitalisation psychiatrique restait le principal étalon de la mesure des besoins en matière de santé mentale.

Une raison des limites que l'on a soulignées tout au long de cette section est que la programmation des équipements, telle qu'elle est effectivement élaborée et mise en œuvre par les acteurs, repose en fait sur d'autres formes d'évaluations que celles mise en œuvre par les schémas et plans. Les appartements accompagnés de notre échantillon illustrent particulièrement ce point. De façon générale la décision de création des services, telle qu'elle est rappelée par nos interlocuteurs, a d'abord reposé sur l'identification de groupes de personnes susceptibles de bénéficier des appartements. Les situations typiques sont celles rencontrées lorsque la fermeture de lits ou la réaffectation de services conduisent à poser la question du devenir des personnes qui y sont hébergées, ou par ailleurs lorsque le fonctionnement de tel ou tel service conduit à identifier l'existence de populations que l'on juge mal accueillies. Dans bon nombre des appartements de secteur, on l'a vu plus haut, la création des appartements est une réponse à la volonté de fermer des lits hospitaliers. Dans d'autres expériences les appartements viennent apporter une réponse à un groupe de populations identifiés dans d'autres dispositifs, souvent au sein de l'association elle-même. Les citations et exemples mentionnés dans le chapitre 3 ci-dessus illustre particulièrement ces points.

Dans ces différents exemples les services ont donc été créés pour répondre à des besoins identifiés à des personnes, aux besoins de personnes concrètes pourrait-on dire. De façon plus générale, dans le cours de ce processus, pour les financeurs comme pour les responsables des structures l'évaluation des besoins en toute généralité importe peu : ce qui importe est la viabilité des services et donc la capacité des acteurs à identifier des personnes susceptibles d'occuper les places éventuellement disponibles. La souplesse des appartements accompagnés – le fait qu'ils ne reposent au fond pas sur une organisation – permet de les ouvrir ou de les fermer à la demande et de fait l'observation que font certains de nos interlocuteurs que leurs appartements ne sont peut-être pas adapté repose d'abord sur la constatation empirique qu'ils ne sont plus l'objet d'une demande.

On peut objecter à ces remarques que, en raison de leur caractère interstitiel et expérimental, les appartements accompagné de cette étude sont dans une situation très exceptionnelle par rapport à l'ensemble des services et établissements médico-sociaux. Mais de fait les appels à projet des agences régionales reposent d'abord sur l'identification de groupes de personnes ou de situations pour lesquelles il existe une demande concrète. Dans un certain nombre de cas où l'initiative de la création de tel ou tel service revient à une association, c'est de la même manière en fonction de problèmes identifiés parmi les populations rencontrées par les responsables de ces services que sont projetés de nouvelles structures. Au fond c'est toujours pour prendre en charge ou accompagner des personnes concrètes que sont ouverts les services et établissements. Comme on l'a souligné plus haut, les petits volumes concernés, les longues durées des prises en charge ou des accompagnements, par ailleurs la souplesse de la réglementation autant que celle des dispositifs eux-mêmes qui sont facilement adaptables à des profils de populations relativement divers, font que l'ensemble des acteurs abordent la programmation des institutions de façon relativement dépassionnée. Contrairement aux hôpitaux où l'ouverture ou la fermeture d'un établissement voire, dans certains cas, d'un service suppose un engagement dans le moyen terme, la programmation des établissements médico-sociaux peut ainsi reposer sur une approche située des besoins.

Les évaluations des besoins par les responsables de structures

Une partie des limites que l'on a évoquées dans ce qui précède est liée à la difficulté pour les professionnels eux-mêmes de définir et d'objectiver les besoins auxquels répondent leurs services ou établissements. Lorsqu'on les interroge sur ce point ils sont rarement en mesure de donner des indications précises. Une raison en est, comme on l'a souligné dans la partie précédente, que les professionnels raisonnent peu en termes d'indications, plutôt en termes des conditions à remplir pour accéder à leur service. L'impression donnée est que potentiellement toute candidature pourrait être pertinente. Cela n'empêche pas nos interlocuteurs de souligner que leurs services ne sont pas en mesure d'accueillir toutes les personnes pouvant en faire la demande et que les indications restent limitées. Mais ils sont peu en mesure de préciser auxquelles d'entre elles ces services s'adressent plus particulièrement.

A fortiori ces professionnels anticipent difficilement la demande pour les services qu'ils proposent. L'impression donnée par un grand nombre de nos entretiens est que les besoins excèdent largement l'offre et que c'est donc cette dernière qui régule les flux de

patients. Mais lorsque nos interlocuteurs décrivent les procédures concrètes d'examen des candidatures et les volumes effectivement concernés, ces derniers restent cependant limités. Ce point est particulièrement frappant dans le cas des appartements associatifs de secteur, pour lesquels les responsables ont en principe une vision d'ensemble des populations qu'ils desservent puisque celles-ci correspondent à la file active de leur secteur. La plupart de nos interlocuteurs évoquent des demandes annuelles de l'ordre de quelques unités. Certains soulignent d'emblée le fait que les appartements correspondent en fait à des besoins limités voire inexistants dans leur secteur : c'est généralement la raison invoquée par les responsables des secteurs psychiatriques sans appartements associatifs pour expliquer le fait qu'ils n'éprouvent pas le besoin de créer d'appartements. Dans un secteur, selon la cheffe de service, les appartements ont progressivement été fermés en raison de l'absence de demande : les personnes exprimaient d'autres besoins. Sans doute peut-on penser que dans ces cas la demande, telle qu'elle est formulée par les personnes et les équipes, s'ajuste à une offre que l'on voudrait limiter, mais le simple fait que ce chiffre ne puisse être stabilisé reflète les difficultés d'appréciation qu'il soulève.

Lorsque l'on contourne le problème et que l'on demande aux équipes de décrire les personnes qu'elles accueillent, les réponses que l'on obtient ne sont guère plus précises. Aucun des services que nous avons rencontrés n'a mené d'enquête systématique sur les personnes qu'il accompagne. Une telle enquête apparaîtrait du reste sans doute peu pertinente à leurs responsables : lorsque le nombre de personnes accompagnées ne dépasse pas quelques unités, les équipes ont d'emblée une vision d'ensemble de leurs clientèles. Dans bon nombre de services, notamment ceux issus des secteurs, aucun dossier personnel n'est conservé par l'équipe des appartements qui est néanmoins capable de décrire précisément chacune des personnes accompagnées. Notons que nous n'avons pas non plus tenté de recueillir ces données nous-mêmes : une enquête de ce type poserait de nombreuses difficultés méthodologiques, la première d'entre elle étant de définir les variables pertinentes à renseigner.

Le plus souvent la caractérisation que proposent les professionnels des personnes accueillies dans les appartements est extrêmement vague. Spontanément, nos interlocuteurs ont tendance à mettre en avant la grande diversité des profils accueillis :

> Il y en a qui viennent de la rue, d'autres qui ont eu des vies stables, d'autres jamais eu de vie stable, de tout, tout, tout en fait, on a tout. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Dans la ligne des remarques précédentes ces observations donnent l'impression que le dispositif ne répond pas à des besoins très spécifiques ou en tous les cas que ces besoins se retrouvent dans de larges segments des populations accueillies en psychiatrie. Certaines équipes sont en mesure de caractériser plus précisément les populations qu'elles accompagnent, mais elles sont obligées de constater qu'elles ne savent pas ce qui explique les profils qu'elles décrivent :

> On a quand même un profil un peu type qui se dégage, non pas qu'on l'ait recherché mais il se dégage. [Travailleur social, appartements sociaux, #47]

> Alors, il se trouve que ça a été plutôt de patients plus âgés... je ne sais pas pourquoi. Je vous avouerai que je ne sais pas pourquoi... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

De fait les différents services de notre enquête présentent manifestement des profils de clientèles relativement différents sans que nous soyons en mesure ni de préciser ce jugement ni de l'éclairer considérablement. Plusieurs de nos interlocuteurs soulignent qu'ils accueillent prioritairement des personnes d'un âge avancé. La raison donnée à cette observation est le fait que les personnes ont un cheminement personnel à faire pour accepter à la fois leur statut de personne malade et d'être accompagnée par des professionnels dans la vie quotidienne :

> Parce qu'avant 30 ans, déjà, les gens, ils sont, et c'est normal, ils n'ont pas acceptés la maladie, ils ont des projets de vie normal, un boulot normal etc., donc : « Une association, non. Je n'ai pas besoin de vous ». Ou alors ils ne sont pas encore dans un lien thérapeutique suffisant pour accepter les soins. Donc on n'a pas de jeune. Donc les gens, il y a beaucoup de gens qui posent leurs valises après un parcours, parce que je vous ai dit on a beaucoup de gens SDF. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

> On a plutôt des gens qui postulent autour de la quarantaine, des messieurs qui postulent autour de la quarantaine, qui ont des parcours de vie avec des essais dans des appartements autonomes, certains ont travaillé, d'ailleurs, on a une bonne dizaine, quinzaine qui ont eu une activité professionnelle à un moment en milieu non protégé, on s'aperçoit qu'ils arrivent là quand ils ont eu plusieurs échecs qui leur ont permis de réaliser qu'ils n'étaien tpas en capacité, en raison de la maladie à vivre seul, c'est souvent ça. Quand les gens arrivent plus jeunes c'set plus compliqué, alors ça peut être vu comme un tremplin mais clairmeent c'est des gens en milieu d'âge. [Travailleur social, appartements sociaux, #47]

D'autres insistent sur la dimension sociale des demandes d'admission dans les appartements qui concerneraient prioritairement des personnes isolées de leur famille. Pour

une part, par ailleurs, les différentes organisations que nous avons évoquées dans la partie précédente correspondent certainement à différents profils de personnes : les organisations proposant l'accompagnement le plus rapproché s'adressent manifestement à des populations moins autonomes, quand certains services se contentant d'un accompagnement distant paraissent concerner des personnes dont les difficultés vis-à-vis de l'habitat sont davantage de caractère social. Encore ne faut-il pas exagérer le rôle de ce critère de plus ou moins grande proximité des équipes : en particulier il n'est pas certain que celui-ci se traduise dans des niveaux de dépendance plus ou moins marqués. Par ailleurs il n'est probablement pas possible de savoir dans quelle mesure les organisations se sont adaptées à une demande ou à l'inverse si la file active a été constituée à partir de l'organisation décidée par l'équipe.

D'un autre côté, les discours que nous avons recueillis sur les besoins locaux en matière d'appartement associatifs ne concernent pas seulement les personnes mais ils renvoient aussi aux conditions locales d'accès au logement. Dans un certain nombre de secteurs, les appartements sont d'abord une réponse à une crise sociale. Ils ne sont par ailleurs une solution que dans la mesure où le parc locatif offre des possibilités de trouver des logements accessibles aux malades. A cet égard, si l'on se fie à certains de nos interlocuteurs psychiatres exerçant dans des zones de grande pauvreté, les besoins en appartement ne se situent pas forcément dans ces zones où le marché locatif est peu tendu et où les assistantes sociales ont relativement peu de difficulté pour trouver des logements aux personnes sans avoir besoin de recourir à une formule d'intermédiation locative.

La discussion précédente ne s'applique pas à l'ensemble des services de notre enquête. Par contraste avec les autres équipes que nous avons rencontrées, celles de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » proposent une construction différente de leur clientèle et donc des besoins auxquels elles répondent. En principe, on l'a dit, l'expérimentation s'adresse pratiquement sans sélection[96] à l'ensemble des personnes vivant dans la rue et présentant des troubles psychiatriques sévères. Les besoins, dans ce cas, correspondent à une situation dont la description est assez simple : l'absence de domicile associée à des troubles mentaux. Par contraste ce n'est pas toujours l'absence d'un domicile qui caractérise les clientèles de la plupart des autres appartements : souvent c'est plutôt le caractère intolérable d'une situation de logement antérieure qui pousse les personnes et les équipes à monter un projet d'appartement accompagné.

[96] La généralisation du dispositif a conduit à introduire un critère supplémentaire : le fait de présenter des besoins élevés, mesurés par une échelle, la Multnomah Community Ability Scale. Cf. Dihal, *Dispositif ACT « Un chez soi d'abord ». Cahier des charges national.* Juin 2017

La limite de l'évaluation des besoins dans « Un chez soi d'abord » vient cependant de ce que l'on dispose de peu d'enquêtes permettant de quantifier ces populations. La raison est évidemment la difficulté de ces enquêtes qui ne peuvent pas s'appuyer sur des données collectées en routine par des institutions : par définition ces populations échappent au repérage par les institutions sanitaires ou sociales. Là où les données et enquêtes médico-administratives permettaient éventuellement de cerner un ordre de grandeur des besoins de logement accompagnés – en particulier, malgré leurs limites, les enquêtes sur les hospitalisations inadéquates – les données concernant les personnes sans domicile fixe sont quasi inexistantes. Ce point a pour conséquence le caractère relativement arbitraire des volumes de places créées : la généralisation du dispositif devrait ainsi conduire à l'ouverture cent appartements dans seize métropoles mais on peut se demander dans quelle mesure le choix de ces métropoles comme du nombre d'appartements correspond effectivement à des besoins évalués.

Au final les appartements accompagnés – mais on pourrait sans doute généraliser cette observation aux dispositifs médico-sociaux en général – participent d'un système fondé sur l'interconnaissance et la confiance dans lequel l'évaluation des besoins joue un rôle secondaire : la création des services repose sur l'identification de populations et, dès lors, l'engagement personnel d'équipes auprès de ces populations ; la constitution de leurs clientèles sur des réseaux d'adressage qui s'organisent en fonction de réseaux d'interconnaissance ; enfin l'admission des personnes par les équipes repose une forme de confiance placée dans la capacité de la personne à habiter les appartements. Dans ces conditions la notion de besoin est de peu d'utilité pour les équipes comme pour les administrations qui participent à l'animation de ces dispositifs.

Les évaluations des pratiques

Si les discussions précédentes sur l'évaluation des besoins peuvent apparaître frustrantes, l'évaluation des pratiques peut sembler à première vue moins problématique. S'il est difficile déterminer quelles populations devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-social, il devrait être plus simple de se mettre d'accord sur ce que sont de bonnes pratiques et de mettre en œuvre ces évaluations. De fait, l'évaluation des services et établissements est actuellement un champ de pratiques extrêmement riche, qui alimente une économie par ailleurs elle aussi extrêmement dynamique. Dans le même temps on ne peut s'empêcher d'observer la part limitée que prennent ces évaluations dans la régulation du travail professionnel.

Depuis l'introduction par la loi du 2 janvier 2002 dans le *Code de l'Action Sociale et des Familles* de l'obligation faite aux services et établissements médico-sociaux de procéder à leur évaluation pour obtenir le renouvellement de leur agrément, l'évaluation des pratiques fait l'objet de nombreux débats et d'une littérature abondante animée principalement par des formateurs et des administrateurs d'institutions. Le principal enjeu de cette littérature est de préciser les conditions pour que les évaluations contribuent réellement à la qualité des pratiques et ne soient pas dévoyées en contrôle sur les professionnels. Une des questions qui traverse ces analyses est de savoir comment faire en sorte que les pratiques d'évaluation formelle promue par la réglementation aient un sens pour les acteurs des pratiques elles-mêmes. Le risque est que les évaluations soient conduites en fonction de références qui ne concernent pas ces acteurs et qu'en conséquence elles ne soient pas pertinentes ou qu'elles provoquent des formes d'aliénation ou de déprofessionnalisation. La réponse à ce risque est la recommandation que les évaluations soient « partagées » avec les professionnels : derrière ce concept relativement peu précis et polysémique la littérature entend surtout que les professionnels s'engagent volontairement dans ces démarches d'évaluation et qu'ils y trouvent effectivement les vertus que leurs promoteurs eux-mêmes y voient – faisant en quelque sorte contre mauvaise fortune bon cœur.

De fait, si l'on s'en tient au CASF, l'évaluation des pratiques apparaît aujourd'hui, avec l'évaluation des besoins, comme un second pivot de la régulation du système médico-social. En quelque sorte l'évaluation des pratiques est le pendant de l'évaluation des besoins une fois que les services ont été créés : si une évaluation des besoins est nécessaire pour obtenir l'autorisation d'ouverture, l'évaluation des pratiques est obligatoire pour son renouvellement. Aux termes de l'article L312-8, cette évaluation comprend deux volets : une « démarche d'évaluation interne » qui doit être menée par les équipes en continu, dans le cours du travail, qu'elles doivent formaliser dans le rapport annuel et dont elles doivent rendre compte à leur autorité de tutelle au moment de formuler une demande de renouvellement ; et une série d'« évaluations externes » effectuée par des organisme agréés. La loi de 2002 créait également le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, devenu l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), chargée d'édicter des référentiels concernant à la fois les modalités de ces évaluations elles-mêmes et certains aspects sur lesquels. Ces diverses mesures allaient par ailleurs de pair avec un renforcement des contrôles sur les établissements et les services et notamment des sanctions en cas de malversation, de dysfonctionnements ou encore lorsque les activités des services s'écartent trop des projets.

La plupart des commentateurs s'accordent par ailleurs pour analyser ce texte comme un aspect d'un mouvement plus vaste de promotion de l'évaluation des politiques publiques dont d'autres aspects sont les mouvements de médecine et de politique fondées sur les preuves ou encore la loi organique relative aux lois de finance de 2001.

Ces diverses dispositions concernent en réalité peu les appartements accompagnés de notre enquête qui, on l'a souligné à de nombreuses reprises, fonctionnent en dehors du système d'autorisation et dont l'organisation est souvent informelle. Un certain nombre de ces services ne produisent pas de rapports annuels substantiels notamment parmi les équipes issues des secteurs, et notamment aussi lorsque l'association vise essentiellement à assurer le portage des appartements. Quelques-uns ont eu néanmoins recours à des évaluations par des cabinets ou des équipes de recherche, dont de façon notable les appartements « Un chez soi d'abord », sur l'évaluation desquels on reviendra. D'un autre côté ces services mettent en œuvre d'autres types d'évaluations formelles de leurs pratiques lorsque par exemple ils font des demandes de subvention à leurs tutelles ou à des agences ou fondations. Ces évaluations sont cependant souvent assez stéréotypées et disent finalement peu de chose du contenu du travail lui-même. Nos interlocuteurs ont conscience de devoir mobiliser des répertoires de mots-clefs et indicateurs correspondant aux attentes de leurs financeurs mais à distance des évaluations auxquels ils procèdent eux-mêmes.

De fait pour les équipes, l'évaluation des services se déploie d'abord dans le cadre des pratiques de travail en commun au quotidien : échanges et réunions de service, pratiques d'écritures en interne, ou encore moments de réflexivité à l'occasion de présentation à des pairs. La question de l'évaluation des pratiques peut alors être dissociée en deux questions distinctes.

La première celle de ce qu'il convient de faire dans telle ou telle situation. Elle renvoie à l'éthique au quotidien. On a évoqué dans la partie précédente certains dilemmes auxquels font face les équipes dans le quotidien des accompagnements face à des patients présentant des pathologies lourdes ou dans des situations personnelles, sociales, familiales ou économiques souvent extrêmement difficiles. Au fond ces situations ne sont pas différentes de nombreuses situations de travail dans la psychiatrie en milieu ouvert aujourd'hui : les dilemmes émergent de ce que ces situations dont les paramètres échappent au contrôle des professionnels mettent constamment sinon fréquemment les personnes dans des situations de risque pour leur intégrité ou leur dignité. La question « jusqu'où accompagner » que l'on a évoquée plus haut est alors l'une des façons principales de

problématiser ces enjeux. Les réponses qui lui sont apportées sont à chaque fois contextuelles et ne peuvent être généralisées. Si les décisions de faire ou ne pas faire, d'intervenir ou de ne pas intervenir sont prises parfois en référence à des principes moraux supérieurs, le poids des contingences notamment en termes de moyens financiers ou humains fait qu'elles sont souvent des compromis pratiques dont les professionnels sont obligés de se satisfaire.

A côté de ces situations exceptionnelles – même si elles sont fréquentes – l'évaluation de ce qu'il convient de faire concerne aussi la définition des interventions et les comptes à rendre aux collègues et aux personnes. Ses moments d'élection sont les synthèses lorsque des cas sont repris collectivement à l'occasion d'un bilan annuel ou pour décider d'une réorientation ou d'une nouvelle conduite à tenir. Ces moments d'évaluation peuvent être informels, dans le cours de la réunion de synthèse hebdomadaire ou quotidienne, par exemple lorsque le constat qu'une personne est injoignable, ne se rend pas aux rendez-vous ou aux activités programmées, conduit l'équipe à estimer qu'il convient de développer d'autres stratégies pour faire avec elles. Des évaluations formelles peuvent également être organisées sous la forme de synthèses avec les équipes soignantes référentes ou avec la personne et éventuellement ses proches, au cours desquels les professionnels « font le point sur la situation » en rappelant ses principaux éléments. Ces évaluations passent alors par la mise en récit de la situation mobilisant des techniques narrative qui empruntent à la présentation du cas en médecine.

Un deuxième niveau correspond à l'évaluation du travail bien fait, soit à l'évaluation a posteriori des pratiques. Le problème que posent ces évaluations est avant tout la nature des références mobilisées pour juger du travail. Comment qualifier un accompagnement réussi ? A contrario qu'est-ce qu'un échec ? Les professionnels que nous avons interrogés soulignent leur perplexité face à la question :

> *Q : Du coup, si je vous demande ce qu'est une situation de réussite pour vous, ça peut être plusieurs types de situation ?*
>
> Elle est intéressante votre question, je vais avoir du mal à y répondre parce que pour moi l'échec est une réussite, je suis un peu embêté avec ça. C'est-à-dire qu'en fait, la question, je ne la pose pas comme ça. En fait, il y a réussite à partir du moment où le résultat qui est là est source d'apprentissage, qu'il soit favorable ou défavorable. […] Après la question de la réussite se pose pas en termes… après il y a une question de finalité, et la question de la finalité est une question de complétude. Considérer que c'est complet, c'est considérer qu'on a mis en place tous les outils, tous les moyens, tous ce qui étaient à notre disposition ici et maintenant au service de la personne et que la personne s'en ait saisi et a su avancer

> dans ce domaine-là, arriver là c'est complet. Ca ne veut pas dire que la personne a toutes les compétences possibles et imaginables pour vivre seule, ça veut dire qu'il a bien le réseau nécessaire pour vivre seul, qu'il est en capacité de gérer ce réseau là et qu'on peut mettre en place tous les outils nécessaires pour qu'il le fasse. Exemple : quelqu'un qui n'est pas capable de gérer son administratif mais qui n'en est plus qu'à ça. Mettre en place un CCAS, c'est la réponse, c'est plus nous, vous voyez. Par contre, à côté de ça, il gère tout le reste très bien, pas de problème. [Kinésithérapeute appartements médico-sociaux #15]

Cette réponse n'est pas simplement une façon d'éviter la question. Elle reflète à la fois la complexité des situations rencontrées par les professionnels et les ambiguïtés du travail d'accompagnement au long cours. Les services accompagnent des personnes dont les trajectoires sont, de fait, faites de l'accumulation d'échecs. On l'a dit l'entrée dans un appartement vient généralement à la suite d'essais avortés de s'installer dans des logements indépendants. Plus largement pour les personnes et leurs proches la maladie mentale implique un renoncement à des perspectives et projets : comme l'ont montré les travaux sur l'expérience de la maladie, ce renoncement est progressif et il est façonné par les mises en échec successives des tentatives. Pour les professionnels, et particulièrement les professionnels de la psychiatrie, ces échecs font partie du quotidien du travail. Leur rôle de thérapeute suppose que, jusqu'à un certain point, ils s'engagent personnellement auprès des personnes dans leurs projets, participant également à leurs échecs quand ceux-ci surviennent, qu'ils ressentent donc également comme leur. L'échec est en ce sens pour ces professionnels une notion à la fois absolue, parce que chaque échec est appréhendé comme tel, et contingente, dans la mesure où il participe de la construction même des trajectoires. Dans ces conditions l'évaluation du travail bien fait est nécessairement ambivalente.

Dans le travail sur les appartements trois ensembles de situations sont néanmoins susceptibles d'être appréhendés comme des échecs ou des ratés. Les premières sont les réhospitalisations consécutives à des décompensations. Fréquentes, ces situations sont peu dramatisées par les professionnels qui ont tendance à considérer qu'elles font partie d'une trajectoire normale, surtout en début. La plupart des services prévoient et conservent les appartements libérés pour les personnes qui doivent faire des séjours parfois longs à l'hôpital.

Le deuxième ensemble de situations correspondent à ce que l'on pourrait caractériser comme les ruptures du contrat passé avec les personnes, qui en viennent à ne plus payer leur loyer, ne plus ouvrir la porte ou s'engager dans des comportements interdits par le règlement. Certaines de ces situations sont en fait la conséquence de décompensations et conduisent à des réhospitalisations. Dans d'autres cas encore, ces

situations apparaissent comme des malentendus qui peuvent être réglés avec la personne si elle accepte que soit mis en place un plan d'accompagnement. Dans un certain nombre de cas, cependant, elles conduisent à des expulsions que les équipes ont tendance à aborder comme des épreuves collectives et le signe que quelque chose n'a pas marché avec les personnes concernées.

> Oui, ça donne des situations quand même complexes, vous voyez... On est quand même à l'origine de quelque-chose, je veux dire, on a accepté la demande de cette personne, on a accepté le projet. On a pensé, bon, on savait que c'était risqué aussi... […] C'est quelqu'un qui est suivi depuis longtemps, qui avait déjà eu des problèmes de […] logement, par ailleurs ; mais, pour laquelle, on a pu penser que ça serait différent par rapport à l'association, que ça changerait quelque-chose, bon, on s'est trompé. Voilà, c'est par l'expérience... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

> *Q : Alors, depuis que vous êtes là, combien vous avez vu de personnes expulsées ou dont vous avez dû provoquer des départs? Beaucoup?*

> Beaucoup, non, on peut pas dire beaucoup. Enfin, bon.

> *Q : J'imagine pour vous c'est trop, mais…*

> Eh bien, trop, oui et non. Parce que ça va peut-être te paraître un peu dur […] mais il y a des fois où c'est bon aussi pour nous. [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

Le troisième ensemble de situations est la survenue d'un acte violent commis par un résident, notamment un suicide : comme l'a souligné une littérature abondante – autant que la jurisprudence – ces situations sont probablement le risque que craignent le plus les équipes psychiatriques, et lorsqu'elles surviennent elles suscitent dans les équipes un travail de recherche et d'imputation des responsabilités. Nos interlocuteurs évoquent cependant peu ces situations qui paraissent rarement survenir dans les appartements, et qui, lorsqu'elles surviennent, sont abordées comme des fautes collectives impliquant également les équipes psychiatriques référentes.

Généralement, cependant, ces différentes situations, quand elles conduisent effectivement les personnes à quitter les appartements, sont abordées par les professionnels moins comme des échecs des accompagnements que comme le résultat de mauvais choix ayant conduit à accepter une personne n'ayant pas sa place en appartement. Moins que des échecs ce sont alors des façons de reprendre les choses, de mettre fin à des situations intolérables ou de prendre un nouveau départ. A contrario nombre de nos interlocuteurs rapportent des situations où des personnes sur lesquelles « on n'aurait rien misé »,

« revenant de loin » ou dont on n'aurait pas imaginé ce dont elles étaient capables, qui acceptées dans les appartements, se révèlent littéralement pour devenir des exemples notables de réussites. Une partie de la difficulté des évaluations des services, à cet égard, découle des difficultés pour les équipes à construire des attentes collectives vis-à-vis des trajectoires de maladie. Au fond si on l'a vu il n'y a pas de populations cibles pour les appartements, il n'y a pas non plus de trajectoires typiques. Cette difficulté est encore accentuée par la durée longue des trajectoires de maladie et le manque de recul de nombreuses équipes qui n'ont que quelques années d'expérience de travail derrière elle : loin d'être contingent ce dernier point découle de l'organisation des carrières individuelles et institutionnelles dans les mondes de la santé et du médico-social, qui sans atteindre les excès rapportés par les travaux anglo-saxons, sont marqués par le turn-over des équipes, la précarisation de certains postes – notamment par le recours aux stages - et de façon générale l'évolution rapide des références et des standards.

D'un autre côté pour une partie des professionnels de la santé mentale aujourd'hui, l'évaluation des services repose également sur la mobilisation d'un répertoire de jugements chargés émotionnellement pour qualifier les conditions du travail institutionnel. Ces formes d'évaluations sont directement héritière de façons de constituer la professionnalité dans le champ psychiatrique développées à partir des années 1960 et reposant sur un discours de soi. Dans ces évaluations la qualification et la qualité des pratiques découle de l'engagement personnel de l'énonciateur, de sa présence dans le travail d'accompagnement :

> Alors, c'est très chouette ce qu'on vit dans les appartements après. Alors il y a le travail qui se voit le plus pour chacun c'est les visites à domicile, c'est les infirmiers et des fois Sylvie elle vient aussi avec moi, de voir des gens qui sont biens chez eux alors qu'ils ont eu des parcours très difficile c'est super sympa. Voir aussi des gens faire des projets. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

La place au quotidien des évaluations reposant sur des outils formels comme ceux promus par la réglementation ou les agences apparaît ainsi limitée. Une difficulté est que le format même des outils correspond mal aux pratiques. Par exemple, l'un des indicateurs de qualité mis en avant par la réglementation et la littérature grise est l'élaboration et la mise en œuvre systématique de projets de vie en coopération avec les personnes. Or, on l'a vu dans la section précédente, les projets de vie sont peu mobilisés par les services, y compris ceux qui ont une culture médico-sociale et, lorsqu'ils le sont, ils sont de peu d'utilité pour l'évaluation des pratiques : ils servent davantage à constituer la relation avec les personnes et à marquer les articulations des trajectoires.

Les tentatives de penser et de mettre en œuvre l'évaluation des appartements accompagnés par les promoteurs de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » tranchent avec les analyses précédentes. Le projet s'accompagnait d'une série d'évaluations quantitative et qualitative menées par une équipe de recherche comprenant des chercheurs en santé publique, psychiatres, sociologues et politistes. Ces évaluations devaient non seulement mesurer l'efficacité du dispositif mais aussi éclairer les conditions de son succès, en proposant notamment une analyse de son implémentation ou encore des perceptions par les personnes de leur *empowerment*. Ces résultats ont donné lieu à plusieurs rapports dont certains résultats ont été rendus publics ainsi qu'à une série de publications. La dimension à la fois la plus ambitieuse et la plus médiatisée de l'évaluation était la mise en œuvre d'un essai randomisé en double aveugle visant à évaluer précisément les effets du programme de prise en charge sur les personnes. Celles-ci étaient, au moment de leur admission dans le programme, incorporées soit dans un groupe expérimental qui bénéficiait de l'accès direct à un appartement, soit dans un groupe témoin recevant « les traitements habituels » sans accès, dans un premier temps, aux appartements. L'évaluation visait alors à mesurer par une série d'indicateur les performances des personnes. L'un des principaux résultats issus de la recherche était ainsi le fait que les personnes ayant bénéficié d'un appartement ont passé, pendant les deux années de l'expérimentation, effectivement moins de temps en hospitalisation que les personnes du groupe témoin.

Si l'expérimentation a produit d'autres indicateurs, notamment de qualité de vie, de fonctionnement, de rétablissement ou encore d'état de santé, de façon remarquable c'est avant tout ce résultat qui est au cœur de la communication autour de l'expérimentation. Une note du Comité d'évaluation du programme mise en ligne sur le site internet de son principal promoteur, la Dihal, justifiait ainsi son évaluation positive du projet par l'argument :

> que le programme a une réelle efficacité en termes de stabilité dans le logement, d'amélioration d'état de santé et de réduction de recours au système de soins et aux structures dédiées aux personnes sans-abri, ceci à un moindre coût pour la puissance publique.[97]

C'est également, graphique à l'appui, la comparaison des durées passées en moyenne par les personnes en hospitalisation qui est avancée par ses promoteurs comme le principal résultat de l'expérimentation. Comme dans le cas des évaluations des besoins ci-

[97] Délibérations et recommandations du comité d'évaluation du programme expérimental « un chez-soi d'abord, Note du 5 juillet 2016, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/avis_et_recommandations_du_comite_devaluation_du_programme_un_chez_soi_dabord.pdf, téléchargé le 5 mai 2018.

dessus, on ne peut ainsi qu'être frappé de la difficulté de mettre en œuvre des évaluations quantitatives des pratiques en dehors d'une référence à l'hospitalisation.

La valorisation financière

L'analyse de la valorisation financière des appartements accompagnés jette un autre éclairage sur les analyses précédentes. Une des raisons de l'ineffectivité des évaluations formelles promues par la réglementation est, on l'a souligné tout au long des pages précédentes, le fait que le financement des services n'est pas aligné sur elles. D'un autre côté la vision de l'évaluation et les pratiques que mettent en avant les professionnels tendent à inscrire celle-ci dans un cadre non financier. Ils insistent ainsi sur le fait qu'une partie de l'activité des appartements ne peut être décomptée en termes monétaires. Cette analyse mérite d'être encore approfondie en examinant de plus près le cadre financier des appartements.

De façon générale le financement des appartements accompagnés repose dans les services que nous avons rencontrés sur trois types d'échanges monétaires.

Le premier est le paiement des loyers par les personnes elles-mêmes. On l'a, dit dans la totalité des services de notre échantillon les appartements sont sous-loués par les associations gestionnaires aux personnes. Celles-ci versent sur leurs revenus le montant du loyer aux associations qui le transfèrent ensuite aux bailleurs. L'opération devrait être en principe transparente pour les associations : les montants qu'elles reçoivent des personnes sont intégralement reversés aux bailleurs ; la trésorerie de l'association ne devrait pas être affectée par ces flux monétaires. Dans les faits, le recouvrement des loyers est pour les professionnels à la fois une charge de travail importante et une préoccupation constante, et en fin de compte une charge sur le budget de l'association. La quasi-totalité des équipes que nous avons rencontrées souligne la difficulté d'obtenir de leurs sous-locataires le versement à l'heure des loyers. Bon nombre d'entre elles rapportent avoir dans leur file active un ou plusieurs résidents avec des arriérés significatifs. Les raisons de ces impayés peuvent tenir à plusieurs phénomènes : décompensation amenant les personnes à cesser de prendre soin d'elles et couper le contact avec l'association ; pertes de revenus à la suite d'une hospitalisation ou d'un retard dans le renouvellement des droits ; difficultés à faire face à certaines dépenses avec des revenus limités.

Face à ce problème, les associations mettent en œuvre plusieurs mesures : la première est, en amont, de façon préventive, de sécuriser les revenus des personnes voire de sécuriser le paiement du loyer. Dans toutes les associations, l'admission, on l'a dit, est

précédée par une phase de construction du dossier au cours de laquelle les équipes examinent la situation sociale des personnes et le cas échéant demandent les prestations sociales auxquelles elles ont droit et qui garantiront qu'elles auront les moyens de payer leur loyer. Les revenus minimums - revenu de solidarité active ou allocation adultes handicapés - d'une part et l'Aide Personnalisée au Logement de l'autre constituent la base sur laquelle la location est construite. Même si l'APL est calculée en fonction du loyer, cela signifie que l'accessibilité des appartements accompagnés est conditionnée par les prix du marché locatif : ce problème est une des raisons avancée au faible développement du dispositif dans certaines zones de notre enquête, et il est par ailleurs pour certaines équipes une source de préoccupation lorsque les appartements disponibles à des loyers accessibles pour les personnes s'avèrent de mauvaise qualité.

La disponibilité des revenus ne signifiant pas que le loyer sera nécessairement versé systématiquement à temps, certaines associations imposent par ailleurs aux personnes, de façon préventive, le prélèvement automatique du loyer sur leur compte ou, dans quelques cas, on l'a vu, leur mise sous curatelle ou tutelle. Une association de notre échantillon a par ailleurs créé un « fonds de solidarité » abondé par un prélèvement mensuel de 10 euros auprès des personnes en plus de leur loyer et qui peut servir à faire face aux impayés ou à certaines dépenses d'entretien exceptionnelles.

Au-delà du loyer une difficulté à laquelle font face les associations est que les revenus des personnes leur permettent rarement de faire complètement face aux coûts liés au fait d'habiter chez soi : acheter ses meubles et emménager, faire face aux dépenses d'entretien des appartements qui reviennent à la charge des locataires.

> C'est bien beau, les premières années vous achetez, vous fournissez tout aux gens, vous les aidez par une aide ou autre etc. sauf que du coup vous avez tellement tiré les prix que vous avez acheté du pas cher, et que comme dit ma grand-mère le pas cher coûte cher, et à un moment donné le pas cher soit il faut l'entretenir, soit il faut le racheter et ça c'est pas prévu dans les budgets, en fait une fois que la personne est installée, elle est installée, comme si toute sa vie on savait super bien utiliser un micro onde et qu'il allait pas casser le jour on a oublié la petite cuiller qui va dedans etc. etc. [Chef de service, appartements sociaux, #51]

Ajoutons que les coûts du logement peuvent être majorés par la maladie lorsque certaines personnes ne sont pas en mesure de prendre à leur compte l'entretien de leur logement voire ont des comportements aux limites de l'incurie. Par ailleurs certaines associations disposant d'un stock d'appartements qu'elles attribuent aux personnes en fonction des demandes et des disponibilités doivent faire face à des périodes de vacances

entre deux locataires, parfois nécessaires pour remettre les appartements en état, pendant lesquelles elles doivent continuer de payer les loyers aux bailleurs. L'une des associations de notre échantillon impose ainsi un préavis de trois mois à ses usagers pour avoir le temps d'organiser l'arrivée d'un successeur.

Pour faire face à ces coûts, les associations n'ont d'autre solution que de mobiliser leur trésorerie propre. La constitution de cette trésorerie est le second circuit d'échange monétaire autour des appartements. Celui-ci repose d'abord dans la plupart des associations sur des subventions régulières et occasionnelles. Les subventions régulières sont versées par les établissements hospitaliers, les agences régionales de santé ou les collectivités territoriales. La plupart des associations de secteur mobilisent ainsi d'abord leurs établissements de rattachement, mais certaines obtiennent également des subventions des municipalités et l'une d'entre elles a obtenu un financement de l'ARS comme famille gouvernante. Les services issus d'associations à caractère social ou médico-social disposent de leur côté pour la plupart d'entre elles de financement des ARS au titre de dispositif expérimental ou, pour deux services de notre échantillon, de foyer d'hébergement avec notification MDPH.

Dans les associations de secteur, on l'a dit, ces subventions correspondent à des montants extrêmement variables. Si la plupart de nos interlocuteurs évoquent des subventions de quelques milliers d'euros, l'une d'entre elle déclare un budget de 30 000 euros financé intégralement par l'hôpital. (Ce budget est à la mesure du parc d'appartements gérés par l'association, qui accueille 127 résidents.) La plupart de nos interlocuteurs soulignent par ailleurs le caractère informel de ces subventions négociées au cas par cas avec les directions hospitalières et dont certaines ont longtemps été attribuées sans donner lieu à des contrôles. Ce caractère informel peut cependant se retourner contre les associations lorsque, comme on l'a évoqué plus haut, certaines directions décident de reprendre la main et de mettre en place un cadre comptable stricte voire d'imposer une réorganisation des associations. La tutelle hospitalière sur les associations de secteur est donc à la fois relativement distante dans la mesure où elle laisse une grande marge de manœuvre pour les professionnels pour organiser leur travail, mais aussi extrêmement forte puisque la survie des associations dépend de ces financements à la discrétion des directions.

Le caractère limité de ces subventions régulières tient par ailleurs au fait que ces associations obtiennent également des financements en nature à travers la mise à disposition de temps de personnels soignants : ce temps soignant peut être comptabilisé et monétisé dans le cadre d'une convention ou non lorsque les professionnels travaillent à

titre bénévole pour l'association mais que leur temps au profit des accompagnements associatifs est pris sur le temps de travail. Outre ce travail de fait financé par l'hôpital, par ailleurs, ces associations reposent pour certaines sur le bénévolat de leurs membres notamment pour les tâches de gestion associative qui est parfois pris en charge par des personnes sans lien avec l'hôpital. Ce recours au bénévolat rend difficile le calcul de la valeur monétaire des activités des associations et des frais supportés par les établissements hospitaliers pour deux raisons. La première est que la délimitation des activités relevant du temps soignant mis à disposition par les établissements, du bénévolat sur le temps de travail ou du bénévolat hors temps de travail n'est pas toujours évidente. D'un côté, en dehors même de ces situations de travail particulières, l'engagement pour leur travail de nombre professionnels de santé notamment parmi les cadres déborde le temps formellement financé par les établissements et peut être identifié à une forme de bénévolat professionnel : les heures travaillées correspondent rarement aux 35h réglementaires. D'un autre côté, le travail associatif suppose l'infrastructure hospitalière et n'existerait pas en dehors du système de relations professionnelles de l'hôpital. La seconde raison tient aux observations que nous avons proposées dans la partie précédente du fait que, pour ces professionnels de secteur, la limite entre le travail d'accompagnement associatif et le travail soignant est souvent difficile à identifier. Ces trois citations ci-dessous illustrent trois postures présentes parmi nos interlocuteurs pour résoudre ces questions :

> Parce que, finalement, ils amalgament notre suivi soignant auprès du patient comme un temps [Association]. Mais non! Pas du tout. Et donc, c'est toute la difficulté d'expliquer à l'hôpital que finalement, [l'Association] prend peu de temps. Donc, moi par exemple, trésorière des appartements associatifs, ce qui est purement mon temps [Association], dans mon secteur, c'est quand je rentre la comptabilité qu'on m'a donnée ou quand il y a une fuite, un dégât des eaux qu'il faut que j'aille gérer, quand il y a... [Educatrice spécialisée, appartements de secteur, #36]

> *Q : Vous distinguez le temps consacré à l'association du temps consacré à votre activité...?*

> Alors, ce n'est pas tant, ce n'est pas vraiment en terme de temps, c'est compliqué en termes de temps... Ca serait idéal, mais c'est plus compliqué. C'est plus en termes de fonction, et en termes de posture. C'est-à-dire que, pour prendre un exemple, pour essayer d'illustrer, donc. Moi je suis président de l'association Arcades, je suis en même temps médecin dans le service. Quand je suis le président de l'association, j'essaye de pas être trop médecin, en tout cas de pas y être en tant que médecin. J'y suis en tant que président, et chaque personne, finalement, qui participe à l'activité d'association, c'est ce que je lui demande aussi, c'est d'y être en tant que membre de l'association avant d'y être en tant que infirmière, assistante sociale, secrétaire ou je ne sais quoi... [Psychiatre, appartements de secteur, #21]

> Alors au niveau du bénévolat, faut être clair, il y a des gens qui disent que c'est du bénévolat, ce n'est pas vrai, c'est sur notre temps de travail parce que les relations avec les tuteurs et tout ça c'est sur notre temps de travail. En revanche pour notre responsabilité, c'est du bénévolat. C'est-à-dire qu'on s'engage très fortement. S'il y a un problème dans un appartement, moi je suis responsable, je ne suis pas payée pour. Ce n'est pas au niveau du temps, c'est au niveau de la responsabilité. Sylvie qui a pris la trésorerie, la trésorerie c'est 150 000 euros qui sortent et qui rentrent chaque mois, c'est énorme, c'est un gros truc, elle n'a pas intérêt à se planter. C'est pour ça que j'ai insisté pour qu'on ait un expert-comptable parce que personne ne prendra la trésorerie s'il n'y a pas quelqu'un derrière, parce que c'est au niveau de la responsabilité c'est flippant quand même. Donc le bénévolat il est à ce niveau-là, il est au niveau de la responsabilité, pas au niveau du temps. [Psychologue, appartements de secteur, #16]

Ces questions se posent peu dans les associations issues du secteur social ou médico-social dont le temps professionnel d'accompagnement est salarié et est donc financé par la trésorerie associative. Ces associations disposent ainsi de budgets plus importants abondés pour l'essentiel par les ARS. Ces dernières exercent une tutelle formelle sur les associations qui pour être soumises à moins d'incertitude que la tutelle exercée par les hôpitaux sur les associations de secteur apparaît à beaucoup de nos interlocuteurs elle aussi précaire : bon nombre d'associations financées au titre de dispositif expérimental expriment ainsi la crainte que les budgets ne soient pas renouvelés, que la pérennisation des budgets amènent une réorganisation du travail et la transformation du sens des interventions. Ce problème ne se pose pas pour les associations bénéficiant d'un agrément MDPH

Au-delà des dépenses de personnel, le budget des services issus du secteur social et médico-social comprend les mêmes postes que celui des associations de secteur. La difficulté pour les unes comme pour les autres est que les subventions sont rarement calculées en fonction des coûts auxquels font face les associations. Celles-ci ne sont de toute façon pas en mesure de donner une évaluation des financements qui seraient nécessaires pour faire fonctionner. En particulier les coûts de l'habiter, auquel on faisait allusion, sont difficilement quantifiables et les barèmes évoqués par quelques-uns de nos interlocuteurs sont à leurs yeux systématiquement en deçà des besoins. Les subventions ont ainsi un caractère essentiel pour le fonctionnement des services et elles peuvent représenter des sommes importantes mais elles ne sont pas pensées comme le paiement d'un service rendu par les associations. Elles ont tendance à apparaître comme des largesses plutôt qu'un financement en propre. D'un autre côté les équipes ont tendance à solliciter ces financements en fonction des opportunités lorsqu'un appel à projet est porté à votre

connaissance ou plus rarement des besoins par exemple lorsque l'ouverture de nouveaux appartements génère des coûts supplémentaires, de sorte qu'elles n'ont que rarement une vision systémique des coûts associés.

Un troisième circuit financier correspond par ailleurs à une série de financements d'accompagnements spécifiques pris en charge par des prestations sociales versées aux personnes : aide-ménagère, infirmière à domicile, voire intervention d'un SAVS. Une des difficultés de l'analyse est ici d'une part que certains de ces financements, dans certains services, sont systématiques quand ils sont mis en place en fonction des besoins dans d'autres, et d'autre part que lorsqu'ils le sont en fonction des besoins ils peuvent être mis en place et coordonnés par l'équipe d'accompagnement du service ou par d'autres professionnels notamment du secteur. Il est difficile dans ces conditions d'évaluer ce qui ressortit à l'accompagnement dans l'appartement ou à l'accompagnement en général.

Un des modèles sur lesquels s'appuient plusieurs services de notre échantillon est ainsi le fait de demander systématiquement le versement de la prestation de compensation du handicap, qui sert alors à financer un accompagnement organisé par les gestionnaires du service. Ce montage repose sur un agrément passé avec la MDPH et l'attribution de la PCH est une condition à l'admission dans le service. Ce qui ajoute à la complexité de ces montages est par ailleurs que dans ces expériences cet accompagnement est réalisé par des professionnels d'une autre association, qui sont donc prestataires de l'association gestionnaire. Le montage est donc le suivant : un gestionnaire accueille des personnes dans des appartements qu'il leur sous-loue à la condition que celles-ci disposent de la PCH, laquelle sert à financer un accompagnement coordonné par le gestionnaire mais effectivement délivré par un tiers. Dans un projet de service dont nous avons eu connaissance la situation est encore complexifiée par le fait que le gestionnaire de fait, une équipe issue d'un hôpital psychiatrique, ne prévoit pas de constituer une association avec personnalité morale et déléguera la gestion de la sous-location à une association tierce : les coordinateurs du service – l'équipe hospitalière – ne géreront donc directement aucun travail d'accompagnement – si ce n'est le leur.

Cet exemple est extrême par sa complexité mais en un sens représentatif : dans certains services les personnes bénéficient systématiquement d'une aide-ménagère à domicile ou dans une structure issue du champ médico-social d'un service d'infirmière à domicile. Dans d'autres services encore ces accompagnements sont en quelque sorte attribués à des appartements, dont les locataires bénéficient systématiquement : c'est notamment le cas de prestation d'aide-ménagères dans la plupart des appartements

collectifs de notre échantillon. Dans ces différents cas ces accompagnements sont donc une dimension du service rendu par le service d'appartements accompagnés même si, d'un point de vue financier, ils reposent sur des échanges qui ne passent pas par lui – mais que ses responsables organisent.

L'ensemble de ces observations illustrent l'impossible valorisation financière des services d'appartement accompagné. Dans la ligne de nos analyses précédentes il est difficile d'évaluer ce qui ressortit à l'accompagnement que réalisent ces services, du bénévolat ou de formes informelles d'accompagnement, de prise en charge de nature thérapeutique assurée par les équipes médicales ou encore d'autres formes d'accompagnement reposant sur l'ouverture d'autres droits et reposant sur d'autres professionnels. Dans ces conditions les évaluations qui sont faites de ces services risquent toujours de manquer leur cible : au fond ces services ne peuvent être abordés sans rendre compte de l'écologie d'institutions, de professionnels et de droits dans lesquels ils sont plongés.

Professionnels et évaluation

Les pages qui précèdent ont abordé en masse la façon dont les équipes s'engageaient dans différentes formes d'évaluation des pratiques sans distinguer a priori l'origine professionnelle des unes et des autres. Or, on l'a dit en introduction de ce chapitre, on peut penser que différents groupes professionnels ont un rapport différent à l'évaluation de leurs pratiques et que cela influence l'organisation des évaluations dans leur service respectif.

Cette hypothèse découle d'au moins deux observations. D'une part même si la réglementation a tendu ces dernières années à rapprocher le cadre de l'évaluation des services et établissements médico-sociaux de celui des établissements hospitaliers il reste un écart considérable entre ces deux champs institutionnels dans la façon dont y sont abordées les questions d'évaluation et de planification. D'un autre côté les différents groupes professionnels ont aussi une culture propre de l'évaluation qui découle de leur histoire propre. La défense de l'autonomie du jugement clinique par la médecine est au cœur de son modèle professionnel incarné notamment par l'existence de l'ordre mais plus largement par une organisation institutionnelle dans laquelle la clinique est le centre. Par contraste même si les travailleurs sociaux ont également un attachement pour leur indépendance et le secret professionnel, par définition ces professionnels ont un rapport d'attachement plus fort aux institutions. A ces différences institutionnelles et de culture professionnelles s'en ajoutent

peut-être d'autres qui tiennent à la nature du travail et à la prise qu'ont sur lui certaines formes d'évaluation privilégiés par les modèles actuels : en particulier les évaluation de type audit à l'œuvre notamment dans *l'evidence based medicine* suppose que des actes puissent être spécifiquement associés à des diagnostics univoques. Or ces notions sont relativement peu opérantes dans le champ de l'action sociale où les diagnostics et les actes sont relativement peu spécifiques et où, en conséquence, la qualité des pratiques repose plutôt sur le respect de procédures portant sur la relation avec les publics.

On peut ainsi être tenté d'expliquer les différences dans les services de notre échantillon par ce paramètre professionnel. On pourrait ainsi penser que les services issus des secteurs animés par des personnes soignants marqués par une culture psychiatrique revendiquent une autonomie à laquelle ne sauraient prétendre les équipes issues des secteurs social et médico-social. Les limites de cette analyse tiennent à plusieurs facteurs.

Le premier est la tendance des organisations actuelle à brouiller ces limites en constituant des collectifs de travail résolument pluri-professionnels. D'un côté, de nombreuses équipes de secteur procèdent depuis plusieurs années au recrutement d'éducateurs spécialisés pour développer un travail d'accompagnement au quotidien inspiré de pratiques du travail social. De l'autre l'intégration de professionnels de santé, infirmiers et médecins, aux équipes œuvrant dans le secteur médico-social conduit également à un brassage des références. L'effet de ces recrutements sur les collectifs de travail n'est pas la simple juxtaposition de cultures professionnelles, mais bien la création de nouvelles cultures locales de service qui dépendent autant de façons de faire institutionnelles que des compromis qui seront passés entre les conceptions portées par les uns et les autres. Ce point serait à approfondir par des analyses empiriques.

Le deuxième facteur tient à l'histoire des services. La culture de ces derniers tend en effet à reposer sur la sédimentation de façons de faire et de valeurs présentes à des moments différents de leur histoire selon un processus de dépendance au sentier, les façons de faire et les valeurs présente à un moment donné orientant la façon dont d'autres façons de faire et valeurs pourront être assimilées ou non par les services. Même parmi les services issus des secteurs différentes générations de services ont ainsi des rapports manifestement différents à l'évaluation. A cet égard le rapprochement voire l'intrication entre services médico-sociaux et services de secteur dans les expériences les plus récentes vient également du rapprochement des visions des professionnels de ces deux champs.

Enfin la position qu'occupent les services dans l'organisation globale des accompagnements de leurs clientèles et précisément la plus ou moins grande maîtrise qu'ils

ont de la définition de ces accompagnements joue également dans le rapport aux évaluations. Ce point renvoie à nos analyses du chapitre 5 ci-dessus. Les équipes intervenant sur demande ou notification ont tendance à devoir rendre de comptes que celles agissant pour leur propre compte peuvent ne pas avoir à faire.

Au final la différenciation que l'on observe dans le rapport à l'évaluation entre les services ne peut être ramenée simplement à la nature sanitaire ou médico-sociale des équipements d'autant plus que, on l'a dit, cette identité est souvent brouillée pour de nombreux services. C'est de façon fine en rendant compte des modes de formation des cultures institutionnelles locales qu'il faut analyser ce point.

Conclusion

Les analyses qui précèdent donnent une vision ambiguë de l'évaluation des appartements accompagnés : au fond ce qui nous paraît caractériser l'évaluation dans les services d'appartement accompagnés ce sont les nombreuses zones grises du jugement, dans lesquels les évaluations sont absentes, impossibles ou toujours contestables. Dans la ligne de l'argument de ce rapport nous soutenons que ces zones grises sont probablement nécessaires, en l'état du système de santé mentale, au bon fonctionnement de ces services. Elles permettent à ces services d'exister et précisément de rendre service dans un cadre extrêmement contraint où l'action publique à laquelle ils ressortissent devrait être ramenée à des principes supérieurs qui s'impose à elle.

Nos analyses ne visaient pas à suggérer que les équipes font n'importe quoi n'importe comment et au profit de n'importe qui. Elles soulignent plutôt à la fois la difficulté de l'évaluation des services et surtout l'écart entre les évaluations promues par la réglementation et les pratiques des acteurs. Tant en ce qui concerne les besoin que les pratiques, une raison de cette situation tient à l'incommensurabilité entre les financements et les pratiques, à la déconnexion entre les circuits de financement et l'organisation des pratiques. Pour une partie des acteurs le caractère gratuit, bénévole, ou informel, d'une partie de l'activité de ces services est une justification à leur efficacité réadaptatrice. On le verra dans la conclusion de ce rapport on ne peut pas ne pas penser qu'il est également, dans une perspective politique, une façon de contenir les droits des personnes.

8. Des dynamiques territoriales ?

Le dernier chapitre de ce rapport vise à rendre compte des logiques territoriales à l'œuvre dans le développement des services d'appartements accompagnés. Rechercher une cohérence dans l'implantation du dispositif paraît à première vue une gageure. L'absence de modèles, qu'ils soient portés par les professionnels ou définis par la réglementation, ainsi que la dimension bricolée des expérimentations semblent faire des appartements accompagnés un dispositif éminemment contingent et local. En particulier il paraît peu pertinent, pour rendre compte de leur implantation, de mobiliser une approche que l'on pourrait qualifier de diffusionniste, qui chercherait à comprendre comment passent dans des réseaux d'acteurs un ensemble de pratiques, de techniques ou de règles, et comment localement des acteurs s'en saisissent et leur donnent une forme. D'un autre côté les petits nombres concernés par cette étude – quatre territoires, quelques dizaines de structures au total – interdisent les généralisations statistiques qui permettraient de révéler des tendances invisibles à l'œil nu de l'observateur. Enfin notre enquête était limitée à ces dispositifs et il n'a pas été question pour nous de proposer une analyse d'ensemble des pratiques locales d'accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychiques, même en nous limitant à l'accompagnement dans le logement. Nous ne pouvons donc pas situer finement les services auxquels nous nous sommes intéressés dans le terreau politique, professionnel et social local qui leur a donné naissance. Nous n'avons pas non plus les moyens de mettre précisément en évidence les filières de recrutement de ces services et plus largement de situer leurs clientèles parmi celles de l'ensemble du système de santé mentale local. Cela nous interdit ainsi de comprendre précisément comment les appartements accompagnés s'inscrivent dans une écologie de services et d'établissements.

Décrire des configurations et des logiques de développement institutionnel pourrait paraître dans ces conditions tâche impossible.

Tout en ayant conscience de ces limites nous voudrions néanmoins tenter cette analyse. Deux raisons nous y poussent. La première est que trop de travaux portant sur les dispositifs de santé mentale sont tentés de s'en tenir à la collection d'expériences singulières, dont sont proposées des descriptions riches mais qui ne permettent pas de comprendre les conditions de leur implantation. Il paraît au fond peu utile de commenter la pertinence, d'évaluer même l'utilité ou l'intérêt d'un type de services ou d'établissement, si l'on ne rend pas compte des conditions dans lesquelles ces services existent ou pas aujourd'hui, c'est-à-dire concrètement comment ils sont créés sur des territoires donnés. La seconde raison tient aux résultats de cette analyse qui nous paraissent justifier que nous les exposions. De fait, si on les observe par le prisme des appartements accompagnés, les territoires de notre étude présentent des physionomies à la fois caractéristiques et différentes. Cette observation est simplement illustrée par le tableau ci-dessous résumant le nombre de places disponibles dans les territoires de notre étude. Si, on le voit, le nombre de places en appartement accompagné est, rapporté à la population totale, proche dans les trois principaux départements de notre étude, le tableau fait apparaître une répartition de ces places en appartements associatifs de secteur, appartements avec notification MDPH et structures à caractère social nettement caractéristique dans ces trois départements.

	Bouches du Rhône		**Nord**		**Essonne**	
	Nombre	**Taux pour 100 000 habitants**	**Nombre**	**Taux pour 100 000 habitants**	**Nombre**	**Taux pour 100 000 habitants**
Appartements associatifs de secteur	87	4,34	170	6,53	110 + ??	8,67
Appartements accompagnés avec notification MDPH	0	0,00	0	0,00	34	2,68
Autres appartements accompagnés sociaux ou médico-sociaux	162	8,08	157	6,03	18	1,42
dont appartements chez soi d'abord	100		87			
Total	**249**	**12,41**	**327**	**12,56**	**162+ ??**	**12,77**

appartements accompagnés						
Lits et places d'hospitalisation psychiatrique		172,69		119,98		119,7
Prises en charge ambulatoire		8,37		7,29		6,41
Places d'hébergement pour personnes handicapées, tous handicaps (MAS, FV, FAM)		290		380		270
Places en services tous handicaps (SAVS, SAMSAH)		80		150		60
Population en 2014	2 006 069		2 603 472		1268228	

Tableau 1. Nombre d'appartements accompagnés dans les Bouches-du-Rhône, le Nord et l'Essonne

Nous proposons deux séries de réflexions pour tenter d'analyser ces différences. Les premières reviennent sur deux facteurs que nous avons mentionnés précédemment dans nos discussions sur l'origine du dispositif : la désinstitutionnalisation d'une part et la pauvreté ou la précarité des territoires d'implantation de l'autre. Si ces deux facteurs jouent de toute évidence un rôle dans la création des services, on le verra il est difficile de préciser quel est ce rôle. Les secondes portent sur le rôle de la structuration locale des mondes de la santé mentale dans la forme prise par le dispositif localement. Nous proposons d'identifier trois arènes impliquant à chaque fois des acteurs de la santé mentale ainsi que d'autres acteurs d'autres mondes, et au sein desquelles sont élaborés des problèmes, mis en forme des pratiques, développés des régulations et finalement créés des dispositifs : l'arène de la psychiatrie, l'arène de la politique de la ville et du social, et l'arène du médico-social. Entre ces trois arènes circulent des techniques, des valeurs, des idées et parfois des individus qui conduisent à faire émerger des dispositifs proches mais répondant à des finalités et reposant sur des organisations à chaque fois différentes.

Nous proposons ainsi dans ce qui suit, dans un premier temps, quelques éléments d'une cartographie des appartements accompagnés dans trois départements de l'étude avant de développer dans un second temps nos réflexions sur les éléments qui contribuent à façonner cette cartographie. Les analyses de ce chapitre complètent celles du chapitre

précédent. Si nous mettions en évidence dans ce chapitre les évaluations qu'une diversité d'acteurs portait sur les appartements accompagnés, nous efforçons ici de mettre ces évaluations en mouvement et de les situer localement. Ces analyses s'appuient sur les entretiens que nous avons menés avec les responsables des services ainsi que, plus largement, avec des acteurs de la santé mentale locaux, directeurs d'établissement, représentants des familles, professionnels de la santé mentale et du médico-social.

Avant d'entrer dans l'analyse une note de précaution nous paraît nécessaire : cette cartographie est aussi exhaustive que possible, pour autant les chiffres que nous donnons notamment dans le tableau ci-dessus sont à prendre avec précaution pour trois raisons. La première est comme nous l'avons souligné longuement dans l'introduction de ce rapport le caractère invisible d'un grand nombre de services notamment issus des secteurs – mais pas seulement. Si nous nous sommes efforcés de retrouver l'ensemble des services des territoires de notre enquête certaines associations ou structures peuvent avoir échappé à notre recherche. La deuxième raison est le caractère relativement arbitraire de nos choix d'inclusion. Si l'identification comme appartements accompagnés de la plupart des services de notre enquête n'a pas posé problème, nous avons hésité face à certains services qui se présentaient comme des foyers de vie mais nous paraissaient mettre en œuvre un accueil des personnes « chez elles » ou à l'opposé face à certaines organisations issues d'équipes de secteur reposant sur des montages informels. Enfin, troisièmement, nous avons eu affaire dans plusieurs sites à des situations locales rapidement évolutives. Comme nous l'avons souligné plus haut un certain nombre de services étaient au moment de notre enquête soit dans une phase de lancement, soit de mutation, soit de déclin ; depuis nos entretiens ils ont pu être fermés, transformés ou relancés. Les données que nous présentons conduisent à une image nécessairement figée d'une réalité en réalité labile. Ces réserves faites, il nous semble que les chiffres que nous dressons sont évocateurs et peuvent être mis en relation avec une série de données issues des statistiques disponibles et de nos entretiens, et que qu'une série de conclusions et d'analyses peuvent en être tirées.

Des configurations territoriales ?

Dans les Bouches du Rhône un dispositif animé par des acteurs sanitaires en mutation, entre crise sociale et rétablissement

La carte des appartements accompagnés dans les Bouches du Rhône reflète d'abord celle de la psychiatrie du département, qui elle-même épouse sa morphologie sociale et

urbaine. Trois pôles structurent cette carte : le premier est constitué de trois centres hospitaliers spécialisés desservant la plupart des secteurs des deux grandes métropoles du département, deux à Marseille et le troisième à Aix ; le deuxième s'organise autour de la psychiatrie universitaire marseillaise ; enfin le troisième est composé d'une série de secteurs rattachés à deux centres hospitaliers généraux localisés dans les villes moyennes de l'est du département. Au total le département se distingue par des taux d'équipements, en lits d'hospitalisation, supérieurs à la moyenne et, en place en ambulatoire, dans la moyenne du pays.

Les appartements accompagnés les plus anciens du département sont issus des hôpitaux psychiatriques marseillais. Ouverts respectivement en 1962 et 1975 ces deux établissements ont été tous deux, bien que dans un esprit semble-t-il sensiblement différent, le foyer de pratiques de psychothérapie institutionnelle développées avec un engagement de pionniers par leurs premières équipes. Dans les deux cas, l'ouverture des appartements associatifs, à partir des années 1980, s'inscrit alors dans un double mouvement : faire face aux premières fermetures de lits et lutter contre la chronicisation des malades d'une part ; et nourrir le travail institutionnel des équipes d'autre part. Ces initiatives sont contemporaines de la création d'un certain nombre d'autres dispositifs, notamment des appartements thérapeutiques selon la définition de l'arrêté de 1986, mais aussi des structures de jour et des clubs. Si les appartements de l'un des deux établissements ont été fermés, semble-t-il, dans le courant des années 2000, ils se sont maintenus jusqu'à aujourd'hui dans le second établissement, même s'ils ont dû pour la plupart limiter l'accueil de nouveaux patients au cours des dernières années. Ils constituent au moment de notre enquête un total de près de 40 places – pour 222 lits d'hospitalisation – desservant la moitié des secteurs de l'établissement.

Au cours du temps la gestion de ces appartements s'est caractérisée par une grande continuité. Présidées et animées depuis leurs débuts par les mêmes psychiatres, les associations encore actives sont ainsi marquées par la philosophie de leurs débuts : rattachement à un seul secteur, dont le CMP héberge leur administration ; implication, en théorie du moins, de l'ensemble de l'équipe du CMP dans l'animation des appartements sous l'impulsion du chef de service ; investissement des appartements comme un des lieux du travail psychiatrique ; insistance sur la participation des patients à l'association. Avec le temps, les équipes de ces secteurs, qui desservent notamment les quartiers défavorisés marseillais, ont développé une préoccupation de plus en plus importante pour la précarisation sociale de leurs patients, qui tend à donner une coloration de plus en plus

sociale au dispositif. Par ailleurs plus récemment ces associations ont engagé un projet de fusion dans une seule association gérant l'ensemble des appartements de l'hôpital qui pourrait à terme remettre en cause certains traits caractéristiques de ces appartements. Dans le troisième établissement psychiatrique du département, à Aix en Provence, les appartements associatifs ont connu un développement parallèle à partir des années 1980 sans avoir pris l'ampleur du dispositif marseillais et tout en étant par ailleurs remodelés par une série de refontes de la carte des secteurs à partir des années 2010 et sans avoir développé au même point qu'à Marseille. Aujourd'hui la dizaine d'appartements encore ouverts sont gérés par une association rattachée à un des pôles rassemblant la moitié des secteurs desservis par l'établissement.

Dans l'est du département, la psychiatrie de secteur connaît un développement à partir de la seconde moitié des années 1990 avec le renforcement des moyens mis à disposition des équipes dépendant des hôpitaux généraux. L'ouverture d'appartements associatifs au tournant des années 2000 se fait dans un esprit pragmatique, moins marqué par les perspectives institutionnelles qui animait les équipes des hôpitaux psychiatriques marseillais. Il s'agit de proposer des solutions de relogement à des malades sortant d'hospitalisation et nécessitant une phase de réadaptation en attendant d'accéder à un habitat indépendant. La dimension associative paraît moins investie en tant que telle et elle est un instrument au service de la gestion du dispositif plutôt que de la thérapie. Enfin si la psychiatrie universitaire marseillaise paraît avoir été le site de quelques expérimentations de logements accompagnés dans le courant des années 1980, dont cependant nous n'avons pas pu reconstituer l'histoire, son implication actuelle dans des services d'appartements accompagnés trouve son origine dans une série d'initiatives qui participent des évolutions plus larges de la problématisation des questions de logement dans le champ de la santé mentale au cours des dernières années.

Ces dernières sont marquées par deux dynamiques parallèles mais indépendantes. La première est l'organisation et la structuration depuis le milieu des années 2000 d'une série d'actions en réponse à la crise sociale qui frappe particulièrement la ville de Marseille. Portées d'abord par des acteurs de la municipalité et des psychiatres des hôpitaux marseillais ces actions mettent en place une nouvelle problématisation de l'accompagnement dans le logement comme réponse spécifique à la pauvreté. Celle-ci repose sur deux éléments : d'un côté les malades psychiatriques des quartiers défavorisés de la ville sont particulièrement frappés par le problème de l'accès à des logements de qualité voire au logement tout court ; de l'autre côté une dimension de la dégradation du parc de

logement de la ville est la visibilité que prennent les problèmes de santé mentale des locataires lorsqu'ils ne peuvent pas être contenus, littéralement, par le logement. A la municipalité les premières réflexions sur ces enjeux sont ainsi portées par le service hygiène et habitat de la ville qui constate ses difficultés face à des problèmes d'incurie et d'insalubrité dont il comprend rapidement qu'ils ne sont que la partie visible de problèmes de santé mentale plus profonds.

C'est la rencontre entre cet intérêt et celui de psychiatres engagés sur les questions de logement qui conduit au milieu des années 2000 à la mise en place d'une série d'instances de discussions et de concertation sur ces questions. La création de celles-ci participe par ailleurs du déplacement de la politique de la ville vers les enjeux de santé et plus largement du renouveau des politiques de santé urbaines. La première initiative est ainsi la création d'un conseil local de santé mental au milieu des années 2000, puis à la fin de la décennie de réseaux santé ville consacrés aux questions de santé mentale. A chaque fois les questions de logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont l'un des thèmes si ce n'est le thème privilégié. Ces instances, qui rassemble acteurs de la psychiatrie, du logement et du médico-social, permettent de faire vivre des réseaux d'acteurs et de donner une visibilité à un problème auxquels les réponses paraissent difficiles. Une partie du travail est de produire et rassembler des données informations pour éclairer la décision, mais les réunions servent également à discuter les situations problématiques rencontrées sur le terrain.

A la fin des années 2000, l'administration municipale s'engage directement dans le lancement d'une expérience d'intermédiation locative à destination des malades psychiques de certains secteurs de la ville. Deux équipes psychiatriques issues de l'un des hôpitaux psychiatriques de la ville participent à l'expérience en adressant des personnes. Pour ces équipes, ce nouveau dispositif vient compléter ou dans certains cas prolonger leurs propres appartements accompagnés à un moment où le développement de ces derniers paraît en crise. Ces équipes participent également, avec d'autres, à des expérimentations portées par des associations médico-sociales. Parallèlement une série d'initiatives en provenance de la psychiatrie universitaires participent également à constituer un terreau marseillais d'actions en direction des franges les plus vulnérables de la population. En particulier Marseille est le point de départ de l'expérimentation nationale « Un chez soi d'abord ». Ces nouvelles expériences mobilisent la philosophie du rétablissement et plus largement la référence à une série de modèles internationaux vus comme de nature à repenser l'accompagnement au long cours des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Au milieu des années 2010

Marseille est ainsi le terrain d'un ensemble d'expériences riches même s'il reste finalement quantitativement limité.

L'ancrage de ces initiatives dans la politique de la ville explique par ailleurs qu'elles ne concernent qu'une partie de la métropole marseillaise. Les quartiers qu'elles desservent reflètent la carte de la précarité sociale mais aussi le dynamisme et la vision du travail d'accompagnement des équipes soignantes. En dehors de Marseille le reste du département est peu touché par ces dynamiques. Si la situation du logement est particulièrement tendue à Aix les équipes psychiatriques font face aux besoins de leurs patients avec les outils traditionnels du travail social. Quelques initiatives de conseils locaux de santé mentale dans les villes moyennes de la périphérie du département traduisent la diffusion de ces problématisations mais la faiblesse de la psychiatrie localement rend incertain le développement d'initiatives.

A l'échelle du département, dans la ligne des politiques nationales, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale a fait de la question du logement des personnes handicapées une question prioritaire. Le débat départemental sur le sujet est porté notamment par les acteurs associatifs du handicap réunis dans une fédération départementale. Cette dernière s'est imposée à la fois comme un interlocuteur des administrations territoriales et une force de proposition mais aussi un producteur de chiffres au côté des observatoires. L'offre du département reste cependant limitée. Les indicateurs disponibles, qu'il faut lire avec prudence dans la mesure où ils ne recensent que l'offre en établissements et services avec notification MDPH, placent le département en 16e position des départements les plus mal équipés.[98] Dans le champ des handicaps d'origine psychique l'offre de service paraît être d'autant plus limitée. Elle est principalement animée par deux grandes associations pour l'une départementale et l'autre régionale fondées par des familles dans le courant des années 1990 et au début des années 2000. Ces associations se donnent pour mandat de développer une offre de service complémentaire à l'offre existant. Elle s'est concentrée sur la création d'une série de services d'accompagnement, dont de façon significative des foyers, des SAVS et des SAMSAH, mais aussi des dispositifs innovants dans le champ de l'insertion professionnelle. L'une des deux associations a pour origine un foyer de vie et a construit une part significative de son offre autour du logement mais celle-ci ne comprend pas d'appartements accompagnés au sens où nous l'entendons dans ce rapport, à l'exception d'une expérimentation limitée à destination de personnes sortant du foyer. C'est en dehors de ce réseau, enfin, qu'une expérience d'appartements

[98] Taux d'équipement en établissements et services pour adultes handicapés au 31 décembre 2015. Drees

accompagnés significative sous l'impulsion de l'UDAF du département est l'un des foyers de l'expérimentation des appartements gouvernés.

Dans le Nord : consolidation de la psychiatrie de secteur et nouveaux acteurs du logement

Le Nord présente à première vue une physionomie proche de celle des Bouches du Rhône, marquée par la polarité entre une métropole régionale et son arrière-pays structuré par une série de villes moyennes. Il présente par ailleurs des indicateurs de pauvreté ou de précarité proches de ceux des Bouches du Rhône. Si en matière d'équipement il présente des taux en lits hospitalier sensiblement inférieur à ceux des Bouches du Rhône et, par contraste, des taux sensiblement supérieurs dans le social et le médico-social, cet équipement est proche dans sa forme de celui des Bouches du Rhône avec une série d'établissements desservant la métropole et des services de psychiatrie implantés en hôpital général desservant la périphérie. Pour autant la morphologie du dispositif des appartements accompagnés y apparaît nettement différente. D'une part, le tissu associatif issu des secteurs se caractérise par son dynamisme dans la plupart des établissements du département. D'autre part, alors qu'il était dominé si ce n'est écrasé par la métropole marseillaise dans les Bouches du Rhône, le dispositif du Nord se caractérise par le dynamisme de la périphérie. Enfin, que ce soit dans le volet associations de secteur ou associations sociales ou médico-sociales, le dispositif est marqué par la professionnalisation de son encadrement, qui lui donne une impulsion à la fois moins psychiatrique et moins politique.

La psychiatrie du département repose sur trois établissements historiques créés au XIXe siècle situés autour de l'agglomération lilloise, qui accueillent au plus fort de leur développement respectivement 200, 1300 et près de 2500 lits. Les années 1970 ont vu ces établissements entamer une mue profonde et réduire de façon drastique leurs effectifs. Au même moment la mise en place de la sectorisation conduit à l'ouverture de secteurs rattachés à des hôpitaux généraux dans les villes moyennes de périphérie avec des moyens réduits. C'est à cette époque – près de dix ans avant les Bouches du Rhône – et pour accompagner ces évolutions que sont créés les premiers appartements associatifs dans la quasi-totalité des établissements du département. Le mouvement paraît alors être porté par deux forces. D'une part le mouvement associatif en santé mentale, particulièrement vivant dans le département, favorise dans la plupart des établissements l'engagement des professionnels dans des activités d'accompagnement. Dans certains secteurs périphériques

du département mal desservis par les hôpitaux historiques des associations Croix Marines sont ainsi créés avant même l'implantation de secteurs, qui serviront d'assise aux appartements associatifs. D'autre part l'un des établissements du département est le site d'un projet de rénovation politique et sociale inspiré par le mouvement de réforme italien. Tout au long des années 1970 cet établissement voit ainsi se créer en son sein à la fois à une série d'expérimentations dans le champ des prises en charge et de l'accompagnement, et des tentatives de mobiliser les populations et le personnel politique local qui anticipent sur les conseils locaux de santé mentale créés dans le courant des années 2000.

Avec le temps le système qui se met alors en place est consolidé et professionnalisé. Dans la quasi-totalité des établissements du département les appartements sont actuellement portés par des équipes dédiées à l'aide de moyens mis à disposition par les directions. Ces associations gèrent pour beaucoup d'entre elles un nombre très important de places : près de 130 pour la plus importante d'entre elles, desservant il est vrai les 8 secteurs de son hôpital de rattachement – lequel dispose de 380 lits -, respectivement 35 et 39 places dans deux associations rattachées elles à un seul secteur à chaque fois. Elles s'appuient sur des protocoles ou plus largement sur une formalisation avancée qui organise notamment leurs relations avec les équipes psychiatriques, qui ne participent qu'à titre d'orienteurs ou de consultants au dispositif.

A côté de ce dispositif sectorisé, un volant d'appartements a été créé ces dernières années par des associations actives dans le champ de l'hébergement ou de la grande pauvreté pour apporter une réponse à certaines de leurs populations. Deux initiatives sont portées dans le cadre des programmes nationaux 10 000 logements accompagnés et « Un chez soi d'abord », mais deux associations ont également développé localement des expérimentations visant à créer des formes alternatives d'habitats pour certaines de leurs populations et proposant au final un petit nombre de lits. Ces différentes initiatives reposent sur une impulsion forte des acteurs associatifs porteurs de projet, qui créent des collaborations avec des acteurs psychiatriques, recherchent des subventions des ARS, du département, de l'Etat ou, dans le cas de l'expérimentation 10 000 logements accompagnés, de l'Union Sociale de l'Habitat et assurent concrètement la gestion du dispositif. Sur le plan idéologie ces acteurs revendiquent tous la philosophie du rétablissement.

Par contraste avec les Bouches du Rhône, le Nord se caractérise également par le rôle moindre joué par les acteurs politiques locaux dans l'impulsion des projets, qu'il s'agisse du département ou des communes. Si l'animation du dispositif implique les conseils municipaux dans un certain nombre d'expérimentations, ceux-ci paraissent suivre leurs

promoteurs plus qu'ils n'initient les démarches. L'agglomération du grand Lille a vu se créer sur son territoire 4 conseils locaux de santé mentale au cours des dernières années qui tous ont mis à leur ordre du jour la question du logement, ces créations n'ont pas eu à première vue pour effet le développement d'initiatives dans l'accompagnement dans le logement.

En Essonne : l'héritage de la sectorisation et les dynamiques du médico-social

L'Essonne paraît trancher par rapport aux deux autres territoires de notre étude. Département densément peuplé si on le compare aux Bouches du Rhône et au Nord, il doit sa densité de population à son intégration, pour la partie nord du département, à l'agglomération parisienne, le reste du département étant couvert de terres rurales. L'attraction de la métropole capitale fait que le département se caractérise par ailleurs par l'absence d'un pôle urbain central, titre auquel seule l'agglomération d'Evry-Corbeil Essonne pourrait éventuellement prétendre, et surtout par l'absence de grande ville : le tissu urbain du département est ainsi composé d'une série de villes moyennes dont la plus importante, Evry, ne dépasse 60 000 habitants. D'un autre côté le département présente des indicateurs de pauvreté en dessous de la moyenne nationale.

Ces données succinctes permettent de comprendre la physionomie des équipements de santé mentale du département. Historiquement, le département – créé en 1968 après la dissolution de la Seine et Oise – sert de base arrière ou d'arrière pays à l'équipement psychiatrique de la capitale : il accueille notamment l'établissement de Perray Vaucluse qui dessert jusque dans les années 2010 la ville de Paris ainsi que, à partir des années 1960, l'hôpital desservant le Treizième arrondissement parisien à Soisy sur Seine. Un certain nombre de structures médico-sociales notamment en direction des enfants s'implantent par ailleurs également sur le territoire départemental. Dans ces conditions, et malgré la présence de ces équipements, la constitution du dispositif de secteur départemental repose sur la création les années 1970 d'un ensemble nouveau d'établissements et de services. Le département est ainsi l'un des sites historiques de la sectorisation et de la psychothérapie institutionnelle, sous l'impulsion de figures comme Philippe Rappart, Stanislas Tomkiewicz, ou Lucien Bonnafé, lequel y théorise avec l'expression d'« implantation préalable » le processus de création d'un système psychiatrique aux prises avec le tissu social. Les acteurs de la psychiatrie portent aujourd'hui encore cet héritage qui marque profondément leurs visions de leur métier.

Les lits psychiatriques du département sont ainsi répartis entre un établissement spécialisé ouvert à Etampes en 1963, qui dessert les secteurs ruraux du sud du département, et une série de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux du nord du département ouverts à partir des années 1970. Dans tous ces établissements les premiers appartements sont ouverts à la fin des années 1970 et au tout début des années 1980, portés comme ailleurs à la fois par l'objectif pragmatique de désengorger les lits, par la volonté d'inscrire la psychiatrie dans les communautés et dans un esprit empruntant à la psychothérapie institutionnelle. Le dispositif connaît une croissance tout au long des années 1980 et 1990 dans la plupart des établissements jusqu'à atteindre dans certains services, des volumes extrêmement important : à l'hôpital psychiatrique d'Etampes une seule association gère 70 places, chiffre à comparer aux quelques 300 lits de l'établissement ; l'équipe d'un autre secteur dispose de 35 places. Au total l'Essonne totalise dans notre échantillon le plus grand nombre d'appartements associatifs rapporté à la population du département. Si le tissu associatif de secteur se maintient ainsi à des volumes supérieurs à celui du Nord, il est cependant resté, contrairement à celui-ci, largement décentralisé et il continue à être animé par les équipes des secteurs sur le mode du volontariat et du bénévolat. C'est notamment le cas de l'association desservant l'hôpital psychiatrique du département, qui ne dispose d'aucun personnel en propre et dont les appartements sont en fait gérés par les équipes de secteur.

A côté de ce dispositif de secteur, quelques appartements ont été créés ces dernières années par des associations œuvrant dans le secteur médico-social sous la forme de foyers éclatés. Seules expérimentations de ce type dans notre échantillon, elles ont cherché à faire évoluer le modèle du foyer de vie pour le rapprocher d'un chez soi. Ces services inscrivent pleinement leur action dans la philosophie du handicap, mobilisant notamment ses outils d'évaluation et de projet. Les professionnels de ces structures ont développé par ailleurs de forts liens d'interconnaissance avec les animateurs des associations de secteurs ce qui explique peut-être la prégnance des problématiques médico-sociales dans la façon dont ces derniers conçoivent leur action, par contraste avec l'insistance de leurs collègues du Nord et des Bouches du Rhône sur des enjeux plus proprement politiques et sociaux.

Rendre compte du dispositif territorial

Quelles leçons tirer de ces tableaux ? Reflètent-ils des dynamiques voire des processus que l'analyse pourrait mettre en évidence par-delà les particularismes et les contingences locales ? Ou bien les logiques de bricolages que l'on a mises en avant depuis

le début de ce rapport conduisent-elles à une dispersion des initiatives et en fin de compte du dispositif ? La question qui se pose est évidemment de savoir si l'analyse des données permet de dépasser les apories de notre discussion du chapitre précédent sur les besoins : est-il possible de déduire de la carte des services et, précisément, des volumes de place présents dans nos territoires, des indications sur les besoins auxquels ces dispositifs répondent ?

Nous serons, sur cette question, nécessairement décevants. Il n'est pas question dans cette section de mener des analyses quantitatives sur les données que nous avons présentées plus haut : si nous n'étions pas complètement inhibés par les petits nombres de nos échantillons, nos réserves sur leur validité achèveraient de nous convaincre de notre incapacité à en proposer un traitement statistique qui ait la moindre significativité. Les traiter nécessiterait par ailleurs de mobiliser des données qui ne sont pas disponibles sur le système de santé mentale des territoires concernés et notamment sur le système médico-social. Les limites des données médico-administratives recueillies en routine rendent à l'heure actuelle difficile l'analyse de type écologique des dispositifs de santé mentale que cette entreprise appellerait. Nous voulons plutôt explorer ici une série d'hypothèses de nature à éclairer quelques-uns des processus en jeu dans le façonnement du dispositif sur nos différents territoires.

Le premier point à examiner concerne les volumes de places que nous avons recensés. On peut être tenté de les expliquer par deux facteurs : d'une part les dynamiques de création de places au fil du temps ; et d'autre part le maintien de ces places jusqu'à aujourd'hui. Les établissements disposant d'un grand nombre d'appartements accompagnés sont en première approximation ceux dans lesquels un nombre important de places ont été créées et où ces places sont restées actives. Le déclin d'un certain nombre de services historiquement importants le suggère, ces deux phénomènes correspondent a priori à des processus différents. Pour autant création et maintien des places n'ont pas la même signification dans tous les services : pour ceux dans lesquels les personnes sont d'une certaine façon titulaires de leur appartement, dont elles ont vocation à reprendre le bail en leur nom propre et qui ne sera pas attribué à quelqu'un d'autre après qu'elles en seront parties, chaque nouvelle admission est une création de place, même si elle n'augmente pas le stock ; a contrario il s'agit bien de gérer un stock de places dans les services qui disposent d'un nombre donné d'appartements attribués en fonction de la demande. En d'autres termes, les volumes observés actuellement peuvent être l'aboutissement dans certains

services d'une croissance liée à des créations de places en continu au cours du temps quand d'autres ont bâti leur croissance à partir de forts volumes initiaux qu'elles ont su préserver.

Pour expliquer les volumes de création de place il peut être utile de revenir aux motivations avancées par les équipes lorsqu'elles analysent l'origine de leur service. Trois éléments principaux reviennent dans ces analyses. Ils ont été largement évoqués tout au long de ce rapport : la désinstitutionnalisation, les philosophies de prise en charge, et la pauvreté ou la précarité des populations desservies. Il vaut la peine de les reprendre rapidement pour en discuter la pertinence dans l'explication du paysage actuel des appartements accompagnés sur nos territoires.

La fermeture de lits psychiatriques et plus largement la désinstitutionnalisation ont de toute évidence joué un rôle majeur dans l'essor des appartements accompagnés, et en particulier des appartements associatifs à visée thérapeutique de secteur : nos interlocuteurs nous le rappellent, c'est la nécessité de trouver des solutions d'accompagnement pour des malades pris en charge à l'hôpital au moment de la fermeture de lits qui a été dans bien des sites la motivation première à la création de places. On pourrait penser en conséquence que les territoires présentant de forts volumes de place historiques sont ceux où la désinstitutionnalisation a été la plus prononcée. On peut ainsi être tenté d'analyser les différences entre le nombre d'appartements associatifs de secteur dans les Bouches du Rhône et dans le Nord par ce facteur. Les grands hôpitaux psychiatriques du nord où se trouvent les associations les plus grosses sont ceux qui dans notre échantillon ont connu les fermetures de lits les plus conséquentes dans les années 1980 : l'un des trois hôpitaux psychiatriques de l'agglomération lilloise a ainsi vu son nombre de lit être pratiquement divisé par 10. Aucun des trois établissements spécialisés des Bouches du Rhône n'a connu tel déclin. Surtout ce département se caractérise par des densités de lits parmi les plus importantes de France ; les hôpitaux psychiatriques du département accueillent également dans des proportions plus importantes qu'ailleurs des durées d'hospitalisation longues.

Le cas de l'Essonne peut également être éclairé de cette façon : le département n'a pas connu de processus de désinstitutionnalisation aussi marqué que le Nord ou même les Bouches du Rhône dans la mesure où il disposait d'un équipement psychiatrique très limité au moment de sa création dans les années 1960. Mais il a vu sa population croître dans des proportions nettement plus importantes que les deux autres territoires de notre échantillon. On pourrait suggérer que la création d'alternatives à l'hospitalisation a été nécessaire pour faire face à des besoins nouveaux liés à cette explosion démographique.

Cette discussion concerne moins les créations plus récentes issues du secteur social ou médico-social. On pourrait vouloir l'adapter et suggérer que les appartements accompagnés étant une façon relativement peu coûteuse d'augmenter l'offre de services, ils sont créés là où les structures de logement ou d'hébergement à caractère social ou médico-social peinent à répondre à la demande. Le cas marseillais pourrait nourrir cette hypothèse : le nombre relativement important d'appartements créés sur ce territoire par des acteurs du social sans expérience antérieure dans le logement ou l'hébergement de personnes souffrant de troubles psychiatriques – notamment la mairie de Marseille ou l'UDAF - suggère ce que l'on pourrait caractériser comme un phénomène de niche, ces acteurs venant pallier le faible développement local des acteurs traditionnels de ce champ.

Le rôle des philosophies du soin et plus largement des représentations collectives, de même, peut paraître plus difficile à examiner avec nos données. On l'a vu, l'une des nombreuses ambiguïtés des appartements accompagnés est d'avoir été à la fois une solution pragmatique et contingente à un problème – des malades à accompagner et à loger – et un dispositif fortement investi par certains courants de la psychiatrie tels que le mouvement des structures intermédiaires, certains courants se revendiquant de la psychothérapie institutionnelle et du mouvement associatif en santé mentale, ou, plus récemment, certains promoteurs de la philosophie du rétablissement. Entre d'une part l'absence d'idéologie et le pragmatisme des uns, et, d'autre part, la revendication idéologique des autres, on peut penser par ailleurs que dans un grand nombre de sites, des appartements ont par ailleurs été créés parce que « c'était quelque chose qui se faisait » pour répondre à des situations tendues. Il paraît compliqué dans ces conditions d'identifier la part exacte jouée par les représentations collectives dans la constitution du dispositif.

Un indicateur permet cependant peut-être d'aller plus loin. Dans le cas des appartements associatifs à visée thérapeutique, le nombre de places créées dans les secteurs reflète certainement l'engagement collectif des équipes dans ces projets et donc une certaine philosophie du soin. Les équipes de secteur gérant des plus gros volumes de places dans nos trois territoires sont également celles qui ont les discours les plus riches et l'engagement le plus construit dans ces pratiques d'accompagnement. Ce point peut être évalué à l'aide un certain nombre d'observations : identification d'une culture partagée mais aussi publications dans les revues professionnelles ou encore participation à des fédérations d'association. A contrario le rôle des philosophies du soin dans certains services est également révélé par le fait que les équipes des secteurs voisins, faisant face à des conditions locales proches tant du côté des populations desservies que de l'administration

hospitalière, ne s'engagent pas dans la création d'appartements. Cela ne signifie pas que les secteurs ne disposant pas de volants importants d'appartements ne soient pas mus par des options philosophiques fortes : mais celles-ci les conduisent à s'investir dans d'autres projets.

Ces remarques valent aussi pour les appartements relevant du secteur social à condition de les adapter. Les appartements accompagnés ne correspondant pas jusqu'à ces dernières années à un modèle reconnu par la réglementation, l'ouverture des services relève pour les associations d'une forme d'engagement minimale pour une cause qu'elles estiment nécessaire. Cette citation d'un responsable associatif exprime bien ce point :

> C'est-à-dire qu'on va expérimenter des choses, on ne va pas attendre qu'un appel à projet passe, si on pense avec les usagers, enfin là je vous donnais l'exemple de l'association les cris des saltimbanque, la loi demandait a minima de faire un CVS [Conseil de la Vie Sociale] on pourrait faire un CVS, notre côté militant fait qu'on n'est pas convaincu que c'est vraiment ça le sens qu'il y avait derrière la loi, donc du coup on va trouver une alternative à ça et on va trouver le moyen de créer autre chose qui pourra à la fois correspondre à la loi mais qui en même temps sera plus proche du besoin ou du sens qu'on veut y mettre. Le militantisme il est là. Le [action spécifique mise en œuvre par l'assocaition] on n'était pas obligé de le faire. On pouvait dire que l'organisation administrative et économique sur le territoire nous permet pas et puis basta, eh bien tant pis. C'est là que [l'Association] par son militantisme, permet à ses salariés, permet à ses organisations de pouvoir le faire parce que ça engage quand même sa responsabilité, sa reconnaissance de l'extérieur, d'autoriser les salariés à faire ça. Et ça c'est expliqué au niveau des tutelles comme étant une alternative à quelque chose.

Il convient ici de distinguer deux situations. Les structures créées en adaptant la réglementation, par exemple dans le cas d'un foyer de vie éclaté avec notification MDPH, traduisent une volonté de leurs promoteurs de faire évoluer les cadres. Les structures issues des associations œuvrant dans le social expriment par contraste sur des projets revendiquant le plus souvent l'*empowerment* des personnes et la philosophie du rétablissement.

Les caractéristiques sociales des populations desservies peuvent paraître, elles aussi, un facteur difficile à identifier dans nos données. On peut certes juger que la carte des appartements accompagnés épouse celle de la précarité sociale dans certaines zones au moins : c'est notamment le cas à Marseille où les appartements desservent les secteurs parmi les plus défavorisés de la ville ; ou encore dans l'agglomération Lilloise. (A contrario on peut être tenté de rappeler que le nombre d'appartements est globalement le même sur nos trois territoires qui présentent pourtant des taux de pauvreté différents, mais cette

corrélation n'a pas grande signification.) Pour autant il n'est pas facile de juger du rôle exact de la précarité sociale du territoire dans ce résultat.

Pour nos interlocuteurs la réponse spécifique des appartements accompagnés à la pauvreté des populations tient à ce que l'équipe d'accompagnement joue le rôle de garant dans la relation de location. Dans une situation où l'accès au parc locatif est restreint, l'équipe permet aux personnes de bénéficier d'un logement qui leur serait interdit sinon. L'obstacle qui se dresse devant les personnes est moins le fait qu'elles ne disposent pas des moyens pour financer une location – puisqu'elles doivent prendre en charge la location de leur logement dans les appartements accompagnés aussi – que leur faible capital social qui limite leur capacité à trouver un logement, à fournir un garant et plus généralement à voir leur dossier accepter par le bailleur. Pour les malades concernés, la pauvreté se traduit moins par l'absence de revenu - puisqu'elles disposent des minimas sociaux et même si ceux-ci sont limités – que dans l'absence de ressources familiales ou amicales. Pour autant on l'a évoqué plus haut dans un certain nombre de cas la pauvreté du territoire se traduit aussi par un marché du logement plus ouvert notamment à des populations disposant de revenus garantis même s'ils sont faibles. Un certain nombre d'équipes estiment ainsi parvenir à répondre aux besoins de leurs clientèles sans avoir recours à des services d'intermédiation locative en se contentant de les assister au parc locatif de droit commun. D'un autre côté les territoires présentant des taux de précarité élevés ont aussi tendance à attirer des équipes plus sensibles à la dimension sociale de la psychiatrie et donc éventuellement enclines, en raison de leur philosophie, à s'engager dans des projets d'appartements accompagnés. Cette explication vaudrait, encore une fois, pour Marseille.

Les appartements accompagnés ne sont donc une réponse à la précarité des populations qu'ils desservent que dans le cadre d'une problématisation portée par les acteurs. A l'intérieur de ce cadre l'impact de ce facteur peut cependant être observé dans certaines situations locales. D'une part, les programmes portés par les administrations, qu'il s'agisse de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » ou du programme d'intermédiation locative marseillais, sont actuellement par définition une réponse à ces situations qui les justifient. D'autre part certains de nos interlocuteurs décrivent une situation où l'absence de ressources de leurs patients s'est imposée à eux et les a forcé, d'une certaine manière à adopter un rôle qu'ils n'adopteraient pas spontanément en ouvrant un appartement. La création d'appartements dans certains services d'hôpitaux généraux de création récente relève de cette dynamique.

Désinstitutionnalisation, philosophies du travail psychiatrique et précarité des territoires paraissent ainsi s'exprimer quoi que de façon différentielle dans la création des services d'appartements accompagnés de nos territoires. La question du maintien des places dans ces services se pose différemment. Deux explications paraissent s'imposer d'elles-mêmes pour rendre compte de la permanence dans la durée de certains services par rapport à d'autre : leur institutionnalisation ou l'engagement continu des équipes.

Les services présentant les volumes de places les plus importants paraissent relever de ces deux explications. Du côté des services issus d'associations à caractère social, les appartements relevant de programmes nationaux comme « Un chez-soi d'abord » ou les UDAF sont des exemples évidents de structures soutenus dès leur création par des institutions fortes, encore que dans les deux cas l'absence de recul permette évidemment difficilement de tirer des conclusions. Par contraste les expérimentations de petite taille fonctionnant sur des subventions ponctuelles que nous avons rencontrées dans la plupart des départements de notre enquête paraissent plus menacées. D'un autre côté les services issus des secteurs les plus dynamiques correspondent davantage à la seconde explication : ainsi des grosses associations de secteur que nous avons rencontrées dans le Nord ou l'Essonne, et dans une moindre mesure dans les Bouches du Rhône.

Ces explications suggèrent que par contraste les services moins résilients pourraient être victimes d'une perte des soutiens qu'ils avaient à l'origine que ce soit du côté des institutions ou des équipes. Une autre explication de nature épidémiologique pourrait être mobilisée qui soulignerait le glissement des prises en charge des appartements accompagnés vers des structures alternatives correspondant mieux à la demande ou aux besoins des personnes. Ce glissement aurait été stimulé au cours du temps par la constitution d'un champ d'institutions qui traduiraient en même temps qu'elles contribueraient à façonner de nouvelles trajectoires de soin. On aurait affaire à des patients moins marqués à la fois par les très longues hospitalisations et par la précarité, et mieux encadrés par un tissu à la fois familial institutionnel, ces processus appelant ainsi un déplacement de l'innovation et de la création institutionnelle.

Les formes d'intégration locales

A côté de l'impact des conditions locales sur les volumes de places disponibles dans les services, il est peut-être possible de proposer un autre niveau d'analyse portant sur les systèmes d'acteurs à l'œuvre dans la création des appartements accompagnés et le façonnement local du dispositif. On ne peut qu'être frappé par une série d'idiosyncrasies

locales dans le tableau que nous avons dressé du dispositif : la professionnalisation des services issus des hôpitaux psychiatrique dans le nord, le succès du militantisme de secteur dans l'Essonne, la revendication sociale des appartements accompagnés dans les Bouches du Rhône. Tout se passe comme si le dispositif était façonné localement par une forme de coordination des acteurs qui échangent des savoir faire ou des façons de faire, sont soumis à des régulations et des contraintes identiques, et en viennent à proposer les mêmes arrangements dans la mise en œuvre de leurs projets.

Pour éclairer ce point on peut revenir brièvement sur la structuration des réseaux d'acteurs locaux à partir d'une analyse en termes d'arènes sociales. Dans la sociologie des problèmes publics, les arènes sociales sont des espaces de débats qui impliquent des acteurs de mondes différents et dans lesquels des problèmes sont travaillés collectivement et font émerger des positions diverses. On peut compléter cette définition qui insiste sur la fluidité des débats et l'indétermination de leurs frontières en soulignant le rôle des conditions structurelles qui donnent une forme à ces débats en organisant les rencontres entre acteurs, canalisant les échanges et les circulations ou encore en contraignant le type d'arguments qui peuvent être échangés. Les arènes sociales s'incarnent ainsi dans des instances qui peuvent être structurées à plusieurs niveaux, du plus local au national voir transnational. Précisément on peut identifier trois arènes au sein desquels les questions d'accompagnement dans le logement sont travaillées.

La première est celle de la psychiatrie. Le principal problème qui se pose dans cette arène est celui des meilleures façons de soigner les personnes avec les moyens disponibles. La question du logement se pose, on l'a dit, à la fois quand il est conçu comme une façon d'apporter des soins aux personnes, et lorsque l'absence de logement paraît empêcher la délivrance des soins aux personnes elles-mêmes ou à d'autres personnes parce que des personnes sans logement sont obligées de rester dans les établissements. On l'a souligné également la réponse qu'apportent les appartements accompagnés à ces deux problèmes tient à la fois à leur plasticité et aux capacités de mobilisation des acteurs, soignants comme malades, qu'ils paraissent mettre en jeu.

Localement cette arène est structurée à deux niveaux différents. D'une part, les établissements jouent jusqu'à un certain point un rôle de structuration des débats et d'intégration des positions pour les faire converger dans une série de solutions pratiques. Plusieurs processus y concourent : la proximité entre chefs de service qui partagent souvent des visions proches de leur métier du fait de processus de cooptation, les circulations de personnels d'un service à l'autre, les discussions dans les instances de gouvernance de

l'établissement, les coopérations pour monter les projets et finalement les incitations ou les contraintes imposées par les directions d'établissements. Lorsque ces dernières s'impliquent et font des questions du logement un enjeu, elles sont ainsi une source de régulation interne.

A l'échelle du territoire, on l'a évoqué, des échanges s'organisent entre établissements par la circulation des professionnels soignants et les rencontres dans des instances locales, ou encore les coopérations dans la prise en charge de certains patients. Ces réseaux de coopération permettent là encore la circulation d'idée, de pratiques ou de techniques. A contrario les échanges au niveau territorial conduisent aussi à des formes de spécialisation locales de certains services ou établissements qui développent des approches spécifiques de certains problèmes pour se distinguer de leurs collègues.

La deuxième arène est celle du médico-social. Cette arène implique à la fois des acteurs associatifs, les administrations des collectivités locales et de la santé ou encore des psychiatres. Dans cette arène le problème est d'apporter des réponses de long terme aux besoins d'accompagnement des personnes tout en respectant leurs droits. Les appartements accompagnés sont une réponse à ce problème parce qu'ils permettent de faire évoluer les modèles de l'hébergement et du logement. Localement cette arène est structurée par les échanges entre un petit nombre d'acteurs associatifs qui sont en concurrence pour des appels d'offre ou au contraire coopèrent dans des réseaux fédérateurs locaux, par l'intervention des administrations qui négocient les appels d'offre et élaborent les schémas départementaux, ou encore par les échanges à l'occasion de journées professionnels et d'étude.

La troisième arène, enfin, peut être identifiée comme celle du social et des politiques urbaines. Dans cette arène le problème essentiel est l'accompagnement des personnes dans le cadre du droit au logement. Ce problème se traduit à la fois par les difficultés du maintien de certaines personnes dans le parc locatif notamment public et par la nécessité de trouver des réponses à des personnes exclues du logement. Les débats sur ces questions sont animés par les acteurs politiques locaux, par certains psychiatres, par les acteurs du logement et par des acteurs du champ de la solidarité. Localement la création des CLSM est venue formaliser des réseaux de coopération qui pouvaient exister auparavant entre professionnels de la santé mentale, élus et acteurs du social. D'autres formes d'échanges passent par des discussions autour du suivi de certains patients, ou encore par la négociation d'appels à projets et de financement dans le cadre de la planification locale.

Cette analyse rapide a surtout visé à suggérer le rôle les dynamiques locales de structuration et de circulation des pratiques autour des pratiques d'accompagnement dans le logement. Si les appartements accompagnés apparaissent comme des formes de bricolages, reposant sur des arrangements locaux et des savoirs souvent réinventés, leur création et leur développement met également en lumière l'organisation de ce qui apparaît comme un monde à la fois ouvert et fragmenté. L'une des caractéristiques des mondes du médico-social entendu au sens large que l'o a mobilisé tout au long de ce rapport est en effet aujourd'hui la conjonction de régulation et d'ouverture qui le caractérise. Peut-être plus que d'autres secteurs des services, ce champ se caractérise par la mobilité de ses frontières, la renégociation permanente de son extension ou encore les formes toujours renouvelées des problèmes qui y sont abordés. L'analyse en termes d'arènes sociales nous paraît particulièrement de nature à éclairer ces processus. Les appartements accompagnés en sont par ailleurs un analyseur privilégié.

V. Perspectives

Ce rapport a tenté de proposer une analyse d'ensemble du dispositif des appartements accompagnés à partir d'observations et d'entretiens menés dans trois territoires. Nous avons d'abord exploré l'histoire de ce dispositif que nous avons reconstituée à partir des témoignages que nous avons recueillis de ses animateurs actuels, qui en sont souvent des acteurs historiques, ainsi que d'une analyse bibliographique. Cette histoire a permis de montré les vies multiples du dispositif qui s'est incarné dans des organisations, des pratiques, ou encore des modes d'insertion dans le tissu local des services et établissements de santé mentale variés en fonction à la fois des contextes locaux et des moments historiques de leur création. Les appartements accompagnés ont toujours été le produit d'un bricolage local dans une logique de réinvention continuelle des pratiques. Si certains modèles ont circulé et été discuté dans la littérature, si par ailleurs à certains moments des mouvements sociaux et professionnels ont porté leur développement, les appartements accompagnés ont été par nature un dispositif contingent. C'est ce qui explique les évolutions du sens global que lui ont donné ses acteurs : alternative à l'hôpital psychiatrique et lieu de façons nouvelles de pratiquer la psychiatrie dans ses premières incarnations, les appartements accompagnés sont plus souvent aujourd'hui abordés comme un instrument au service de l'accès au logement. A cet égard le bilan actuel des appartements témoigne de la vitalité du dispositif même si c'est au prix d'une évolution de ses acteurs : porté principalement par la psychiatrie de secteur pendant ses deux premières décennies d'existence, il est plus souvent aujourd'hui animé par des coopérations impliquant équipes psychiatriques, association à caractère social ou médico-social, voire politiques. En cela l'histoire du dispositif est un analyseur des transformations contemporaines de la psychiatrie et plus largement des mondes de la santé mentale, et singulièrement de la place et des rôles joués par la première au sein des seconds.

Les trois chapitres centraux du rapport se sont efforcés de mettre en évidence quelques dimensions de l'organisation du travail d'accompagnement dans les appartements accompagnés. Dans un premier temps nous avons insisté sur les multiples tensions qui découlent de la temporalité spécifique de ce travail tel qu'il est abordé et mis en œuvre par les professionnels : visant un progrès des personnes, que ce soit vers la guérison, la réadaptation, la réinsertion, l'autonomie, ou le rétablissement, et donc bornés par cet horizon, les accompagnements se déploient néanmoins dans la quasi-totalité des expériences dans une temporalité indéfinie marquée par les incertitudes des processus pathologique autant que les contingences des vies des personnes. Si les projets individuels, qu'ils soient formalisés ou non, sont bien les outils pour tenter de structurer cette

temporalité nous avons suggéré que les équipes que nous avons rencontrées ont deux façons d'aborder ces projets : en abordant l'insertion dans le service comme un projet ou en constituant l'accompagnement comme une façon de créer et de mettre en forme des projets.

Le second temps de l'analyse a porté sur l'articulation des accompagnements proposés par les équipes des appartements avec l'ensemble du travail accompli par des équipes diverses auprès des personnes. Nous avons montré que la division du travail qui se met en place dans les réseaux formels et informels de coopération prend de formes très variées selon les services et parfois à l'intérieur des mêmes services pour des patients différents : tant les tâches d'accompagnement accomplies au sein de ces réseaux que leur distribution entre acteurs peuvent différer. Certains accompagnements se limitent à une forme de veille quand d'autres proposent aux personnes de véritables programmes d'activités orientés vers l'apprentissage de compétences données ou l'élaboration d'expériences de vie. En particulier si la démarcation entre travail d'accompagnement et travail de soin est éminemment variable d'un service à l'autre, tous les services d'accompagnement ont de leur ressort des tâches relevant à proprement parler du soin : surveillance des traitements, veille des symptômes, accompagnement dans les rendez-vous etc. Si une forme d'indétermination marque ainsi les relations entre services d'accompagnement et équipes psychiatriques – dans le sens où ces relations ne sont déterminées ni par des propriétés institutionnelle des services, ni par celles du travail lui-même – nous avons mis en évidence trois façons pour les équipes d'organiser cette indétermination : les premiers voient les services d'accompagnement comme des agences de moyens au service des équipes psychiatriques, les seconds comme des prestataires, tandis que les troisièmes se conçoivent comme des gestionnaire d'une trajectoire de maladie dans laquelle interviennent également des professionnels de la psychiatrie.

Dans un troisième temps notre analyse revenait sur la notion de conditionnalité – ou de non conditionnalité - mobilisée de façon croissante aujourd'hui pour caractériser la relation entre accès au logement et aux soins dans ces services. Nous avons montré que ce terme relevait d'une problématisation – le logement comme droit et les traitements comme contrainte, plus largement les appartements accompagnés comme accompagnement vers le logement – qui occulte la complexité de l'économie de contraintes et conditions qui pèsent sur les personnes. D'une part tous les services proposent un accès conditionnel au logement dans le sens où le fait d'être orienté par la psychiatrie et celui de suivre un accompagnement sont des nécessités pour y être admis. D'autre part ces conditions sont de

façon variable selon les services au service d'un projet thérapeutique ou de réadaptation : plus souvent elles sont imposées, dans l'esprit des professionnels, pour garantir l'accès au logement. A cet égard, et c'est le troisième point, ces conditions sont difficiles à penser en dehors des propriétés physiques des logements et des contraintes propres qu'ils imposent aux personnes. La revendication de non conditionnalité mise en avant par certains services tend ainsi à occulter les ressources que les services doivent mettre à disposition des personnes et plus souvent celles dont celles-ci doivent disposer par ailleurs pour pouvoir habiter un logement indépendant. Le rapport entre droit au logement et contrainte d'être soigné ou accompagné est marqué là encore par une forme d'indétermination qui se projette sur l'ensemble des activités des services.

Les différentes indéterminations que nous avons mises en évidence dans ces quatre premiers chapitres ont un impact profond sur la régulation de ce dispositif et son implantation sur les territoires. Les deux derniers chapitres de cette étude sont consacrés à ce point. Nous y analysons d'une part les façons dont les besoins auxquels répondent les services et les pratiques des professionnels sont évaluées par leurs acteurs dans les différentes arènes dans lesquelles ils interviennent. Nous y montrons ensuite les logiques qui président à leur implantation dans les territoires de notre étude. Nous soulignons ainsi d'une part que si les politiques de santé mentale et plus largement les politiques sociales et de santé insistent sur l'importance de créer des services et établissements qui répondent effectivement à des besoins mesurés, dans les faits leur programmation repose sur l'identification de groupes de populations concrets dont les besoins paraissent mal couverts dans des processus de nature plus politique qu'épidémiologique et pour lesquels sont créés les services. A cet égard, d'autre part, non seulement la distribution des services sur les territoires de notre étude ne correspond pas nécessairement à des besoins identifiés en population générale, mais elle paraît également marquée par d'autres processus liés aux dynamiques de débat dans les arènes locales de la santé mentale.

Pour conclure ces analyses nous voudrions revenir sur trois points de discussion importants en filigrane de l'ensemble de ce rapport.

Le premier est l'immense plasticité des appartements accompagnés dont les indéterminations que nous avons évoquées à l'instant sont un aspect. C'est cette plasticité qui a permis à la fois leur essor dans des contextes divers et leur maintien en dépit des transformations nombreuses de la psychiatrie, des politiques médico-sociales et plus largement de la société française depuis la création des premières expériences. Cette plasticité a des dimensions à la fois organisationnelles, pratiques, financières, ou encore

idéologiques. Les services peuvent être créés sous la forme d'organisations dédiées reposant sur des financements spécifiques, ou, de façon informelle ,sur la base de coopérations entre acteurs bénévoles. Cette plasticité est indubitablement pour bon nombre d'acteurs l'un des intérêts de ce dispositif. Pour autant elle pose de nombreuses difficultés aux équipes.

Sa contrepartie est en effet le fait que les arrangements sur lesquels reposent les services doivent être constamment reconstitués ou réactivés par les équipes qui en dernière analyse sont les seules responsables de son fonctionnement et de son existence. Pour ces dernières ce point se traduit par un sentiment d'insécurité que nous avons retrouvé dans la quasi-totalité des expériences auxquelles nous avons rendu visite. Si cette insécurité pose vraisemblablement moins de problèmes à des équipes bien intégrés dans des organisations de travail solides et soutenantes comme devraient l'être en principe les hôpitaux ou les associations médico-sociales, la difficulté est qu'un certain nombre de services se retrouvent en situation de fragilité structurelle lorsque les soutiens dont bénéficiaient les équipes dans leur hiérarchie en viennent à disparaître. Les évolutions actuelles des services issus des équipes de secteur sont profondément marquées par cette dynamique.

Une autre dimension de cette discussion concerne la connaissance du système et son évaluation. Tout ce rapport l'a souligné : il est aujourd'hui impossible de rassembler une information exhaustive sur ce dispositif ; notre deuxième chapitre l'a souligné, on manque même des catégories pertinentes pour qualifier les différentes expériences sur le terrain. Si on peut être tenté de penser que l'invisibilité des services, y compris même localement, a des avantages quand elle permet par exemple de créer l'illusion que les personnes seront accompagnées « dans le droit commun », on ne peut s'empêcher de penser qu'elle a aussi pour prix l'invisibilité des personnes concernées et de leurs expériences, et du même coup la difficulté à rassembler les moyens nécessaires pour leur permettre d'accéder à leurs droits. On reviendra plus loin sur ce point. D'autres pourront critiquer le manque d'évaluations de dispositifs qui coûtent malgré tout à la solidarité nationale. A cet égard si les appartements accompagnés sont peut-être un cas extrême, ces constats valent pour l'ensemble du médico-social. Si ces tensions sont probablement jusqu'à un certain point indépassables on ne peut cependant qu'appeler à l'amélioration des systèmes d'information dans le champ de la santé mentale de manière à mieux rendre compte des trajectoire d'accompagnement tels qu'ils s'organisent effectivement.

Notre deuxième élément de discussion prolonge ces points. Il concerne le rôle et la position de la psychiatrie dans l'initiation et l'animation des services. On l'a évoqué tout au long de ce rapport, la tendance actuelle est de distinguer dans l'organisation des soins et des

accompagnements ce qui ressort de la gestion des parcours de soins et de celles des parcours de vie. En tant que services d'accompagnement vers le logement les appartements accompagnés devraient selon cette logique être pris en charge par des acteurs du social et du médico-social. Mais, nous l'avons montré par ailleurs, il est difficile de penser l'existence de ces dispositifs sans l'apport de la psychiatrie. Même si un certain nombre d'expériences issues du secteur social ou médico-social que nous avons caractérisées comme « gestionnaires de trajectoire » abordent les accompagnements qu'elles proposent d'une certaine façon à distance de la psychiatrie, celle-ci joue au minimum un rôle essentiel dans l'orientation des personnes, et souvent dans les accompagnements eux-mêmes. Ce point serait à vérifier et approfondir : l'intérêt des équipes psychiatriques pour le logement de leurs patients paraît bien jouer un rôle central dans l'accès de ces patients à des services d'accompagnement.

Au-delà de ce constat la question que posent les services d'appartements accompagnés est celle du rôle que devraient effectivement prendre les équipes psychiatriques dans l'animation du dispositif. La réponse à cette question peut être formulée à deux niveaux. Le premier est l'implication des équipes dans l'initiation des projets et le travail d'accompagnement au quotidien. La plasticité des appartements accompagnés permet de fait à celles-ci de jouer des rôles extrêmement divers dans des organisations créées au cas par cas. Il y a ainsi de ce côté peu d'obstacles à ce que les équipes psychiatriques s'engagent dans la création de dispositifs à l'intérieur desquels leur créativité paraît pouvoir s'exercer sans limites. Encourager les équipes à le faire dépend en revanche de recommandations développées par les instances professionnelles et les autorités du monde de la santé, et à cet égard on ne peut qu'encourager l'ensemble des acteurs à affirmer l'importance que prend la question du logement pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves : cette question a en effet probablement un impact direct non seulement sur leurs difficultés, sur leur insertion sociale, sur la possibilité d'apporter une réponse à un ensemble vaste de difficultés dans toutes les dimensions de leur vie, mais aussi sur la qualité de vie de leurs proches.

Le second niveau est celui de la prise de responsabilité des équipes dans la gestion des services à travers notamment des associations. A cet égard, on l'a rappelé, rien dans la réglementation n'empêche les équipes hospitalières de créer des associations et les établissements de les financer, et ce point est rappelé par l'ensemble des administrations, jusqu'au plus haut niveau, pour justifier le statu quo de la réglementation. Si ces associations ne font ainsi face à aucun vide juridique, la réglementation actuelle offre

manifestement un cadre trop peu structurant pour organiser les relations des équipes et des administrations. Bon nombre d'entre elles se trouvent d'une certaine façon dans une situation d'entre deux qui met certains professionnels dans des situations difficiles. Une recommandation forte issue de cette recherche est de sécuriser juridiquement la situation des structures associatives issues des établissements hospitaliers.

Un troisième élément, enfin, est le rôle que joue dans la régulation du dispositif, à tous les niveaux, la discrétion professionnelle. Au fond face aux indéterminations multiples qui affectent le service, ce sont des décisions prises par des professionnels au cas par cas en fonction de jugements synthétiques qu'il est difficile d'abstraire des conditions dans lesquels ils sont émis. Ce point vaut tant pour les créations de service que pour leur animation au quotidien, de l'admission de nouveaux entrants à la gestion au jour le jour des relations avec les résidents. La discrétion professionnelle est non seulement ce qui permet de faire face aux incertitudes multiples auxquels font face ces services. C'est aussi parce que les appartements accompagnés ont offert un débouché au professionnalisme des équipes que bon nombre d'expérience ont été créées : c'est parce qu'ils ouvraient un espace où les professionnels ont eu le sentiment de pouvoir exercer leur mandat qu'ils s'y sont engagés.

Profondément ce point indépassable en l'état actuel façonne la nature du droit au logement auquel ces services donnent accès. On pourrait suggérer que ces services mettent en forme un type spécifique de droits *accompagnés* : des droits dont l'exercice repose de façon essentielle sur l'accompagnement dont font l'objet les personnes ; des droits qui n'existeraient pas sans cet accompagnement. L'accès au logement serait ainsi impossible pour bon nombre de personnes accueillies dans les services de notre étude en dehors de ces services. Penser la nature de ces droits, leurs garanties, leurs conditions d'accès et d'exercice, paraît une tâche importante pour leur donner toute leur place – et dépasser les apories de la discussion sur la non conditionnalité des services de logement accompagnés.

Tout ce rapport a tendu à le montrer, les appartements accompagnés occupent aujourd'hui une place singulière dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques, à la fois interstitielle et prégnante. Dispositif phare de la psychiatrie de secteur comme des nouveaux services il joue un rôle substantiel dans l'accompagnement d'une proportion vaste de personnes La vitalité du dispositif, que reflètent tant les expérimentations les plus récentes que les volumes de place disponible dans les territoires de notre étude, reflète à la fois le fait qu'il traduit un certain nombre d'aspirations et d'idéaux et sa justesse au sens où il est bien ajusté à l'organisation actuelle de notre système de santé mentale.

Références

Acker F., 1997, Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier, *Raisons pratiques*, 8, 65-93.

Ackerknecht E., 1986, *La médecine hospitalière à Paris*, Paris, Payot

Agamben G., 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Éd. Payot & Rivages

Astier I., 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses universitaires de France

Barrès M., 2015, L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques en Ile de France. Quel rôle, quel regard, quelles pratiques ?, Paris, Agence Régionale de Santé Ile de France.

Bauduret J.-F., Jaeger M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation*, Paris, Dunod

Bertrand L., Caradec V., Eideliman J.-S., 2012, Saisir les personnes. Le fonctionnement des commissions dans l'aide au logement et aux personnes handicapées, In: Bureau M.-C., Sainsaulieu I., eds., *Reconfigurations de l'État social en pratique.* Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion., pp. 153-166.

Bloch M.-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod

Bloor M., McKeganey N., Fonkeyrt D., 1988, *One foot in Eden. A sociological study of the range of therapeutic community practice*, Londres-New York, Routledge

Bloor M. J., Fonkert J. D., 1982, Reality construction, reality exploration and treatment in two therapeutic communities, *Sociology of Health & Illness*, 4, 2, 125.

Bowker G. C., Star S. L., 1999, *Sorting things out : classification and its consequences*, Cambridge, Mass., MIT Press

Brodwin P., 2011, Futility in the practice of community psychiatry, *Medical Anthropology Quarterly*, 25, 2, 189-208.

Brodwin P., 2013, *Everyday ethics : voices from the front line of community psychiatry*, Berkeley and Los Angeles, California, University of California Press

Castel R., 1976, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Ed. de Minuit

Chevallier J., 1996, *La gouvernabilité*, Paris, Presses universitaires de France

Clarke A., 1991, Social worlds/Arenas theory as organizational theory, In: Maines D., ed. *Social Organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss.* New York, Aldine de Gruyter,

Coldéfy M., 2007, La prise en charge de la santé mentale: recueil d'études statistiques, Collection Études et statistiques / DREES, Paris, La Documentation Française.

Corin E., 1990, Facts and Meanings in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics, *Culture, medicine and psychiatry*, 14, 153-188.

Deleuze G., 1986, *Foucault*, Paris, Éd. de Minuit

Diatkine R., 1954, Fantasme et réalité en thérapeutique dramatique, *Evolution Psychiatrique*, 4, 659-684.

Dietrich-Ragon P., 2011, *Le logement intolérable. Habitants et pouoirs publics face à l'insalubrité*, Paris Presses Universitaires de France

Dodier N., Barbot J., 2016, La force des dispositifs, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2, 421-450.

Douglas M., 1999, *Comment pensent les institutions*,

Driant J.-C., 2015, *Les politiques du logement en France*, Paris, la Documentation française

Durkheim E. m., Mauss M., 1903, De quelques formes primitives de classification. Contribution à l'étude des représentations collectives, *L'Année sociologique*, 6 (1901-1902), 1-72.

Duvoux N., 2012, *Le nouvel âge de la solidarité pauvreté, précarité et politiques publiques*, [Paris], Seuil la République des idées

Estroff S. E., 1993, Identity, Disability and Schizophrenia. The problem of Chronicity, In: Lindenbaum S., Lock M., eds., *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life.* Berkeley, University of California Press, pp. 247-286.

Foucault M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard

Fourquet F., Murard L., 1975, Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?, *Recherches*, 17.

Gauchet M., Swain G., 1980, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique.*, Paris, Gallimard

Gilbert N., 2002, *Transformation of the welfare state : the silent surrender of public responsibility*, Oxford ; New York, Oxford University Press

Grémion P., 1976, *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Le Seuil

Hacking I., 1986, Making up people, In: Heller T., Sosna M., Wellberry D. E., eds., *Reconstructing individualism.* Stanford, Stanford University Press,

Hacking I., 2001, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi?*, Paris, Editions de la Découverte,

Henckes N., 2005, Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement", Rapport pour le programme Sciences biomédicales, Santé, Société, MiRe/INSERM/CNRS.

Henckes N., 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de sociologie, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Henckes N., 2009, Narratives of change and reform processes: Global and local transactions in French psychiatric hospital reform after the Second World War, *Social Science & Medicine*, 68, 511-518.

Henckes N., Bungener M., 2011, L'émergence du secteur médico-social en France, 1945-1990 : entre planification, expertise médico-économique et la transformation de l'organisation des soins. Communication présentée à la conférence "Between the medical and social. Institutions of chronic disease and disability in the twentieth century », Paris, 8-9 décembre 2011.

Henckes N., 2012, Entre maladie et handicap: repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *ALTER, European Journal of Disability Research*, 6, 242-254.

Hughes E. C., 1958, *Men and their work*, Glencoe, Ill.,, Free Press

Lascoumes P., Le Galès P., 2004, Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po.

Le Roy-Hatala C., 2014, *Les appartements associatifs à visée thérapeutique. Rapport d'étude pour le programme Maladies psychiques et vie sociale*, Paris, Fondation de France

Lhuillier J.-M., 2011, Actualités. Etablissements sociaux et médico-sociaux. Contrat de séjour , établissement médico-social , établissement public de santé , situation contractuelle ou statutaire de l'usager, paiement des frais d'hébergement *Revue de droit sanitaire et social*, 5, 965-966.

Lovell A. M., 1997, "The City Is My Mother": Narratives of Schizophrenia and Homelessness, *American Anthropologist*, 99, 2, 355.

Lovell A. M., Henckes N., Troisoeufs A., Velpry L., 2011, Sur quelques mauvais jeux de mots, *Information Psychiatrique*, 87, 3, 175-183.

Paul M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan

Rebourg M., 2016, Admission en établissement et contrat de séjour : un droit perfectible, *Gérontologie et société*, 38, 2, 173-187.

Roussel P., Sanchez J., 2008, *Habitat regroupé et situations de handicap*, Paris, Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

Smith T. B., 1998, The social transformation of hospitals and the rise of medical insurance in France, 1914-1943, *The historical journal*, 41, 4, 1055-1087.

Strauss A., 1978, A social world perspective, In: Denzin N., ed. *Symbolic interaction.* Greenwich, CT, JAI Press,

Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, *The social organization of medical work*, Chicago, The University of Chicago Press

Strauss A., 1993, *Continual permutations of action*, New York, Aldine de Gruyter

Timmermans S., Bowker G., Star S. L., 1998, The Architecture of Difference: Visibility, Control, and Comparability in Building a Nursing Intervention Classification, In: Berg M., Mol A., eds., *Difference in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies.* Durham, Duke University Press, pp. 202–225.

Velpry L., 2008, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin

Verdier P., 2004, Le contrat de séjour est-il un vrai contrat ?, *Journal du droit des jeunes*, 6 (N° 236), 36-43.

Vidon G., Goutal M., 1990, L'hébergement thérapeutique: une alternative à l'hospitalisation psychiatrique, Toulouse, Erès.

Vidon G., Halmos P., Goutal M., 1992, Situations européennes de l'hébergement thérapeutique, Toulouse, Erès.

Wilmann C., 2012, Politiques de l'emploi, prestations sociales: existe-t-il un modèle vertueux? À propos de la « conditionnalité » des revenus de remplacement et autres minima sociaux, *Droit Social*, 1, 79-86.