

*Domestiquer le handicap psychique ?
Pratiques et expériences de l'accompagnement en santé mentale*

Soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2022 à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS)
sous la direction d'Isabelle Ville (INSERM/EHESS) et de Nicolas Henckes (CRNS/EHESS)

Cette thèse analyse à la fois les modalités de mise en œuvre et de réception de l'accompagnement médico-social à destination d'adultes handicapés psychiques. Elle répertorie et évalue un ensemble de prestations qui se situent au carrefour des politiques de psychiatrie et de santé mentale, du handicap et du logement et apporte des connaissances qui intéressent non seulement la communauté scientifique mais aussi les autorités publiques, les actrices et acteurs du secteur médico-social, ainsi que les destinataires de l'accompagnement.

Formalisée dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la politique d'accompagnement à la vie quotidienne est un instrument de compensation des limitations d'activité et de participation à la vie en société. Mais que veut concrètement dire « accompagner » et « être accompagné.e » ? Quelles structures et professionnel.le.s réalisent ce travail ? Quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes accompagnées ? Quelles sont les réponses apportées à ces difficultés par les équipes ? Dans quelle mesure cette politique permet-elle ou non de soutenir et de promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes accompagnées ?

Pour répondre à ces questions, j'ai réalisé une enquête de terrain d'une durée de 18 mois au sein de trois structures d'accompagnement : un ensemble de logements accompagnés¹ ; un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ; et un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). J'ai observé le travail de ces trois équipes, interviewé leurs membres, participé à leurs réunions, aux différentes activités organisées dans leurs locaux lorsque cela était le cas (ateliers culinaires, groupes de parole, entretiens individuels), j'ai assisté aux différentes activités organisées dans l'espace de la ville (dans des lieux culturels, de restauration, dans des espaces verts) et j'ai aussi assisté aux visites à domicile réalisées par les membres de ces équipes. Enfin, j'ai interviewé une trentaine de personnes accompagnées par ces trois structures afin d'avoir leur avis sur les prestations reçues.

Divisée en quatre parties, la thèse met au clair les différents moments des programmes d'accompagnement, ainsi que les tensions et impasses qui les traversent dès le début jusqu'à la fin. Dans la première partie I (Approche), je me suis intéressé aux conditions d'appariement de l'offre

¹ Des logements sociaux qui sont loués par une association créée et animée par des professionnel.le.s de la psychiatrie et qui sont sous-loués à la patientèle psychiatrique du territoire étudié.

et de la demande d'accompagnement. J'ai montré que les équipes d'accompagnement recrutent des personnes qui sont jugées *suffisamment stables* sur le plan médical et social. Alors que les places au sein de ces structures sont limitées, que leurs tutelles administratives les incitent à renouveler le public accompagné, et que les professionnel.le.s cherchent à préserver les meilleures conditions de travail possible (en termes de cadence et de charge de travail), les opérations de recrutement que j'ai mises en évidence mettent au jour les logiques de *sélection prédictive* des programmes d'accompagnement.

Dans la partie II (Accroche), j'ai établi que cette logique de sélection prédictive, c'est-à-dire qui conduit les équipes à recruter des personnes jugées en mesure de devenir autonomes ou *plus* autonomes, se manifeste aussi dans la façon dont les équipes recrutent des personnes qui sont jugées en capacité « d'entrer en relation ». Ce sont des personnes qui s'expriment en français, qui manifestent des compétences à parler d'elles-mêmes, qui se montrent disposées à souscrire aux règles d'accompagnement (rencontres régulières, adhésion aux soins psychiatriques, mise en récit de soi et de son quotidien, etc.). Les personnes les plus marginalisées (sans domicile fixe, immigrées, consommatrices de drogues, etc.) ont donc moins de chances d'être accompagnées par les structures étudiées.

Ensuite, dans la troisième partie (Accompagnement), je me suis intéressé à l'organisation du travail des équipes, à leurs routines et à la manière dont elles tentent de routiniser la vie quotidienne des personnes accompagnées. Ce travail quotidien et du quotidien implique une surveillance des conduites les plus ordinaires des personnes accompagnées : les heures et la durée du sommeil ; la quantité et la qualité des aliments ingérés ainsi que la régularité des repas ; la prise des médicaments ou la consommation d'autres substances psychoactives ; les relations amicales, familiales, affectives et sexuelles ; les manières de s'approprier et d'habiter son chez soi. In fine, ce travail aspire à faire en sorte que les personnes accompagnées s'alignent sur les normes d'habiter le plus souvent attribuables aux classes moyennes, aux citoyens actifs et valides.

Si cette *veille* et cette *surveillance* des comportements quotidiens a pour but de promouvoir l'autonomie des personnes accompagnées, j'ai expliqué dans la quatrième et dernière partie de la thèse (Autonomie) que cela ne va pas de soi, notamment lorsque l'idée d'autonomie que se fait chaque équipe peut aller à l'encontre de celle que se font les personnes accompagnées. Et c'est pour donner à voir l'hétérogénéité de ces formes de dire, d'évaluer et de vivre l'autonomie que j'ai choisi de clôturer la thèse par l'analyse de trois portraits de personnes accompagnées. À travers la notion d'*expérience accompagnée de l'habiter*, ces portraits permettent d'analyser les formes de réception de l'accompagnement et de fabrication de sa propre vie quotidienne – en dépit, indépendamment ou grâce à l'accompagnement.



Aequitas

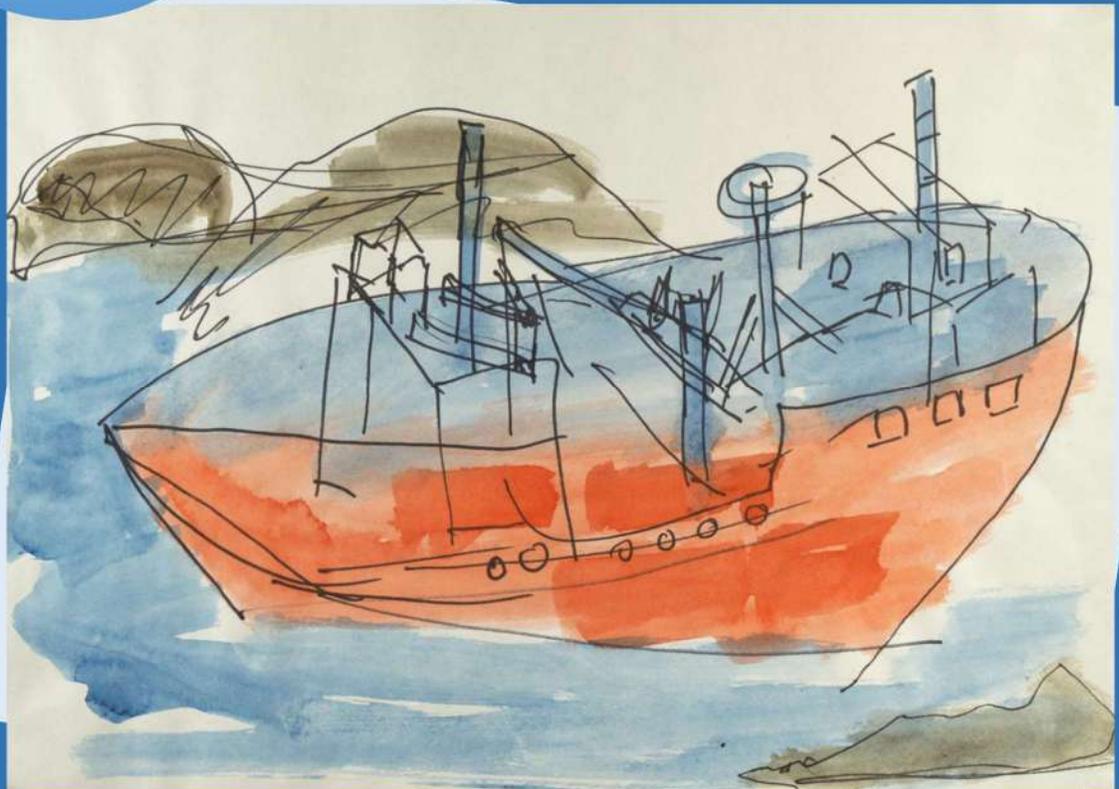
Revue de développement humain,
handicap et changement social

*Journal of Human Development,
Disability, and Social Change*

Rédactrices invitées
Guest Editors

Myreille St-Onge
Michèle Clément
Maria Fernanda Arentsen

Vol. 27, no 2, octobre 2021 • October 2021



Intégrer les troubles de santé mentale dans le champ du handicap

Integrating mental health disorders in the field of disability

ISSN 2563-1268

iNDiCP
International Network on the
Disability Creation Process



RiPPH
Réseau international sur le
Processus de production du handicap

Aequitas Revue de développement humain, handicap et changement social *Aequitas Journal of Human Development, Disability, and Social Change*

Volume 27, no 2, octobre 2021 ● October 2021

Intégrer les troubles de santé mentale dans le champ du handicap *Integrating mental health disorders in the field of disability*

RÉDACTEUR (TRICE) EN CHEF ● EDITORS

Catherine BARRAL, *Paris, France*

Patrick FOUGEYROLLAS, *Université Laval, Canada/Québec*

RÉDACTEURS ASSOCIÉS ● ASSOCIATE EDITORS

Loïc ANDRIEN, *Institut national supérieur de formation et de recherche - handicap et enseignements adaptés, France*

Maria ARENTSEN, *Université de Saint Boniface*

Normand BOUCHER, *Université Laval, Canada/Québec*

Anne MARCELLINI, *Université de Lausanne, Suisse*

Martial MEZIANI, *Université de Cergy Pontoise, France*

COMITÉ D'ÉDITION ● PUBLICATION COMMITTEE

Chantal CLOUTIER

Lucie MOFFET

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION ● EDITORIAL SECRETARIE

Pauline CHEYNOUX

PAGE COUVERTURE ● COVER PAGE

Romain Peuvion, sans titre, 2003

gouache et crayon-feutre sur papier 30,5 x 45,5 cm

© Collection les Impatients

Les Impatients est un organisme qui vient en aide à des personnes ayant des problèmes de santé mentale par l'intermédiaire de l'expression artistique.

« Romain Peuvion (1934-2017), est né à Bénic en Bretagne [où] il a connu l'occupation allemande. À 14 ans, il émigre avec sa famille à Montréal. Atteint d'une forme grave d'autisme, il est interné et considéré comme muet pendant près de 35 ans, jusqu'à ce qu'il participe aux ateliers des Impatients. En fréquentant les ateliers, il a graduellement recouvré l'usage de la parole ».

Source : Au début de tout, il y eut un café, Éditions Les Impatients, 2018.

IMPRESSION ● PRINTED BY

Les Copies de la Capitale Inc.

DÉPÔT LÉGAL ● LEGAL DEPOSIT

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 2563-1268

RIPPH ● INDCP

525, boulevard Wilfrid-Hamel Est, F-117.4

Québec (Québec) Canada, G1M 2S8

Téléphone ● Phone : 418-529-9141, poste 6202

Télécopieur ● Fax : 418-780-8765

Courrier électronique ● Email : ripph.irdpq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Site Internet ● Website : www.ripph.qc.ca

COMITÉ DE RÉDACTION ● EDITORIAL BOARD :

Line BEAUREGARD

Québec (Canada)

Nicolas BIARD

Association nationale française de ergothérapeutes, Paris (France)

Romuald BODIN

Université de Poitiers (France)

Francis CHARRIER

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Université Laval Québec (Canada)

Catherine DORISON

Université Cergy-Pontoise (France)

Hugo DUPONT

Université de Poitiers (France)

Sylvain FERREZ

Université de Montpellier (France)

Eve GARDIEN

Université Rennes 2 (France)

Sébastien KESSLER

id-Geo Lausanne (Suisse)

René KNÜSEL

Université de Lausanne (Suisse)

Mélanie LEVASSEUR

Université de Sherbrooke, Québec (Canada)

Élena PONT

Université de Genève (Suisse)

Hadi SABA AYON

Université Le Havre Normandie (France)

Myreille ST-ONGE

Université Laval, Québec (Canada)

Didier SÉGUILLON

Université Paris Nanterre (France)

William SHERLAW

École des hautes études en santé publique, Rennes (France)

ABONNEMENT ● SUBSCRIPTION

2 numéros/année - 2 issues/year

Individuel – Individual : CAD\$ 70

Organisationnel – Organizational : CAD\$ 85

ripph.irdpq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

418-529-9141, ext. 6202

AEQUITAS est indexée dans
les bases de données de l'EBSCO

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION ● PUBLICATION DIRECTOR : Jean-Pierre Robin

TABLE DES MATIÈRES • CONTENTS

- Éditorial : Intégrer les troubles de santé mentale dans le champ du handicap • Editorial: Integrating mental health disorders in the field of disability**
Myreille St-Onge, Michèle Clément et Maria Fernanda Arentsen 3

Articles originaux • Original Articles

- Analyse philosophique des ressemblances entre l'approche du rétablissement et le Modèle de développement humain et du Processus de production du handicap • Philosophical analysis of the similarities between the Recovery Approach and the Human Development Model-Disability Creation Process**
Anick Sauvageau, Marie-Josée Drolet, Breitner Gomez et Catherine Briand 9
- Adapter le milieu ordinaire? Pratiques de mobilité quotidienne de personnes bénéficiant d'un accompagnement en santé mentale en France • Adapting the ordinary environment? Daily mobility practices of people receiving mental health home-based care in France**
Marcos Azevedo 29
- Que sont les GEM devenus? Que j'avais de si près tenus, et tant aimés • What has become of the self-help groups? That I held so close and loved so much**
Claude Deutsch 43
- Créer des milieux inclusifs pour les stagiaires en situation de handicap en sciences infirmières : miser sur le climat de confiance • Creating inclusive environments for students with disabilities in the context of nursing clinical internships: The importance of trust**
Evy Nazon, Dominique Therrien, Isabelle St-Pierre et Ruth Phillion..... 51

Hors thème • Off Topic

- Entre le mouvement des femmes et le mouvement des personnes handicapées : mobilisations intersectionnelles des femmes handicapées en Haïti • Between the feminist movement and the disability movement: Intersectional activism of women with disabilities in Haiti**
Dominique Masson, Stephen Baranyi et Ilionor Louis 69

Echo de la communauté • Echoe of the Community

- Hommage à Roger Gentis • A tribute to Roger Gentis**
Claude Deutsch 87



Recensions de livre • Book Reviews

Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée

Myreille St-Onge 93

Vers une anthropologie politique du handicap, à propos du livre « Comprendre la condition handicapée. Réalité et dépassement »

Loïc Andrien 99

Appel à articles • Call for Papers

Changement climatique et situations de handicap • *Climate change and disability*

Loïc Andrien 103

SITE INTERNET DU RIPPH • INDCP WEBSITE

www.ripph.qc.ca



Adapter le milieu ordinaire? Pratiques de mobilité quotidienne de personnes bénéficiant d'un accompagnement en santé mentale en France

Adapting the ordinary environment? Daily mobility practices of people receiving mental health home-based care in France

MARCOS AZEVEDO

Doctorant en sociologie, École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Centre d'étude des mouvements sociaux (CEMS). Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3)

Article original • Original Article



Résumé

J'analyse dans cet article la manière dont le travail d'accompagnement médico-social influe sur les pratiques de mobilité quotidienne de personnes vivant avec des troubles psychiques. Je présente des données issues d'une enquête composée d'une observation directe et d'entretiens réalisés, d'une part, avec des professionnel.le.s intervenant dans des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et dans des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) situés dans une métropole française et, d'autre part, avec des personnes accompagnées par ces services. À partir du récit de certaines d'entre elles, je montrerai comment des comportements de retrait social conduisent à l'isolement à domicile et, par conséquent, à des pratiques de mobilité quotidienne limitées. Chargées de maintenir ces personnes à domicile tout en favorisant leur insertion dans la ville, les équipes étudiées proposent des interventions médicales, paramédicales et socio-éducatives diverses qui visent à promouvoir l'apprentissage de certaines aptitudes spatiales dans la vie courante, notamment en ce qui concerne les déplacements réguliers. Je montre que les SAMSAH et les SAVS produisent et façonnent à la fois les pratiques professionnelles des équipes et les pratiques de mobilité quotidienne des personnes accompagnées. Les premières sont amenées à se déplacer à domicile et à adapter leur intervention à l'espace-temps domestique tandis que les personnes accompagnées développent des habitudes et des rapports à leur environnement ordinaire plus favorables à leur participation sociale.

Mots-clés : mobilité quotidienne, troubles psychiques, accompagnement à domicile, aptitudes spatiales, milieu ordinaire

Note de l'auteur : Je tiens à remercier Tonya Tartour, Vincent Schlegel, Myriam Winance et Pierre-Yves Baudot pour avoir relu, commenté et critiqué les versions précédentes de cet article. Je remercie également les relecteurs et relectrices anonymes pour leurs remarques et suggestions qui ont certainement collaboré à améliorer cet article. Enfin, je suis redevable à Anne-Marie Havard et Marie Herrmann pour la révision d'orthographe et de grammaire. Les imprécisions ou faiblesses présentes dans cette version n'engagent bien évidemment que moi.

Auteur correspondant. Adresse courriel : marcosvoazevedo@gmail.com



Abstract

I analyse in this article how health and social home-based care shapes daily mobility practices of people living with mental health disorders. I present data from a fieldwork and from interviews conducted, on the one hand, with professionals working in two different structures: Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) and Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) located in a French metropolis and, on the other hand, with users of these two kinds of home-based service. Based on the life stories of some of them, I will show how social withdrawal behaviours lead to isolation at home and therefore to limited daily mobility practices. Aiming to keep users at home while promoting their inclusion in the city, those teams propose a series of medical, paramedical and socio-educational interventions. By so doing, SAMSAH and SAVS teams try to improve users' spatial skills in everyday life, particularly with regard to daily mobility. The article shows that medical and social support programmes produce and shape, on the one hand, the professional practices while they have to be adapted to domestic space-time, and on the other hand, users' daily mobility practices. They thus develop habits and interactions with their ordinary environment which enable their social inclusion.

Keywords : daily mobility, mental health disorders, home-based care, spatial skills, ordinary environment

Introduction

Cet article a un double objectif : apporter un regard sociologique sur les pratiques de mobilité quotidienne des personnes handicapées psychiques¹ – des pratiques directement liées aux restrictions ou, à l'inverse, à la participation effective à la vie en société – et proposer une analyse des effets de l'accompagnement médico-social sur ces pratiques. Partant de données recueillies à travers une enquête de terrain², deux types de service d'accompagne-

ment³ existant en France seront pris comme objets d'étude : les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)⁴.

Les pratiques de mobilité quotidienne peuvent être définies comme « l'ensemble des déplacements réguliers de l'individu dans l'agglomération » (Oppenheim, 2011, p. 16) et se fondent sur « des habitudes transmises par un certain nombre d'instances de socialisation » (Oppenheim, 2011, p. 29). Par ce terme, je renvoie ici principalement aux déplacements

¹ Dans cet article, « personne handicapée psychique » est avant tout une catégorie administrative ouvrant l'accès à des droits sociaux. En effet, les personnes qui bénéficient des prestations des SAVS et des SAMSAH doivent avoir obtenu ce statut auprès d'une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

² Les résultats présentés dans cet article proviennent de la recherche collective « *Habiter avec un accompagnement. Une sociologie de l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves : problématiques des besoins, réponses institutionnelles et recours informels* » coordonnée par Nicolas Henckes, chargé de recherches au CNRS, et financée par l'Institut de recherche en santé publique (GIS-IReSP) dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2017, programme « Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux ».

³ L'accompagnement est un domaine d'intervention protéiforme : « [m]algré le flou qui entoure la notion et la diversité des pratiques qu'elle peut générer, on peut tenter de dégager quelques points communs qui relèvent d'une démarche d'accompagnement. D'une façon générale, les pratiques d'accompagnement consistent à guider, appuyer, soutenir ou encore aider » (Boulayoune, 2012, p. 9). Il s'agit ainsi d'un champ d'exercice qui « s'apparente à un vaste continuum de pratiques et de démarches touchant une diversité de domaines et de populations, ce qui fait qu'il est toujours difficile, encore aujourd'hui, d'en préciser les contours exacts » (Boulayoune, 2012, p. 9).

⁴ Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) énumère 447 SAMSAH et 892 SAVS dans toute la France.



variés effectués depuis le domicile – pour effectuer des courses, pour se rendre à des locaux destinés à la scolarisation, au travail, au loisir, aux soins, au tissage ou à l’entretien de liens sociaux en général – par des personnes atteintes de troubles psychiques. Les services étudiés seront ainsi considérés comme des instances, parmi d’autres, qui façonnent les habitudes de déplacement de ces personnes. Il s’agit, dans ces cas, d’une socialisation aux pratiques de mobilité quotidienne qui se réalise à la fois *par* l’espace et *à* l’espace (Cayouette-Remblière, Lion et Rivière, 2019).

Je traiterai, dans la première partie de ce texte, des limitations des pratiques de mobilité quotidienne qui sont associées aux troubles psychiques. Il est amplement admis que l’apparition de ces troubles est, dans la majorité des cas, suivie de processus de stigmatisation et de discrimination et que le désavantage social qui en découle se traduit par une fragilisation voire une rupture des liens sociaux. Le cumul de ces facteurs produit des formes diverses d’isolement et de désinsertion sociale (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016; OMS, 2013). Comment alors ces ruptures sociales affectent les rapports à l’espace de ces personnes? Quelles pratiques de mobilité ou, à l’opposé, d’immobilité, ces ruptures engendrent-elles?

Dans la seconde partie de ce texte, il s’agira de mettre en évidence la manière dont des équipes médico-sociales ciblent ces problèmes, évaluent leur portée et interviennent pour y pallier. Alors que s’orienter dans son quartier, prendre les transports en commun, faire ses courses, donner suite à des activités quotidiennes... sont des actions qui peuvent devenir difficiles à entreprendre en raison du retentissement de la maladie et du traitement social qui va avec, les équipes d’accompagnement médico-social proposent, incitent ou contraignent les personnes accompagnées à ‘faire quelque chose de leurs journées’⁵. En ce sens, la fréquence et l’étendue des déplacements

de ces personnes constituent, d’une part, des éléments pour l’évaluation de leur état psychique; et d’autre part, des éléments pour la transformation de leurs habitudes de déplacement.

Par conséquent, en prenant en compte ces deux axes et à l’aune du modèle de développement humain et du processus de production du handicap (MDH-PPH) en vigueur au Québec, mais aussi en France, en Suisse et en Belgique (Fougeyrollas et al., 2018), j’analyserai dans un troisième temps les liens entre les pratiques de mobilité quotidienne et la participation sociale. Je montrerai que les interventions médico-sociales visent à produire des habitudes de vie extra-résidentielles (honorer ses rendez-vous, s’engager dans des activités culturelles, sportives, de travail, éducatives, rencontrer d’autres personnes...) qui sont supposées favoriser la participation à la vie en société des personnes accompagnées. Ce faisant, ces équipes œuvrent pour réduire les barrières sociales qui affectent la mobilité des personnes vivant avec des troubles psychiques. Alors que les capacités physiques de déplacement de ces dernières sont préservées, les équipes opèrent à travers une adaptation des *rapports* que les personnes accompagnées entretiennent avec leur milieu de vie ordinaire. Les récits de ces personnes mettent en évidence tant les facteurs qui participent à la production de pratiques de mobilité réduite que la manière dont l’intervention des équipes médico-sociales peut accroître la régularité et l’amplitude des déplacements quotidiens. Si ce travail contribue à l’insertion dans la ville des personnes accompagnées, il importe de s’interroger sur son potentiel de régulation de leurs habitudes de vie.

Méthodologie

Les résultats présentés dans cet article proviennent d’une étude doctorale composée de plusieurs opérations de recherche. Premièrement, de l’observation directe du travail d’un SAVS et d’un SAMSAH localisés dans une métropole française, spécialisés dans l’accompagnement de personnes atteintes de troubles psychiques. Les périodes d’observation au sein

⁵ Les passages entre guillemets simples (‘ ’) correspondent à la transcription textuelle issue des entretiens, avec les professionnels et avec les personnes accompagnées, et des notes prises sur le terrain.

du SAMSAH se sont déroulées entre juillet 2017 et mai 2018 à raison d'au moins quatre heures par semaine, pouvant aller jusqu'à seize heures⁶, et entre novembre 2018 et février 2019 au sein du SAVS, de façon plus soutenue avec au moins dix heures de présence sur ce site par semaine. J'ai participé, dans un premier temps, aux réunions hebdomadaires de chaque équipe avant de suivre les salarié.e.s lors des divers rendez-vous, entretiens, activités socio-éducatives et visites à domicile (VAD) réalisées.

Ces visites ont été non seulement des situations privilégiées d'observation de l'activité d'accompagnement, mais aussi un moyen de constituer l'échantillon de personnes accompagnées interviewées (n= 35 dont 20 hommes et 15 femmes, âgé.e.s de 16 à 61 ans). La majorité de ces personnes avaient reçu un diagnostic de schizophrénie, de troubles de l'humeur (troubles bipolaires ou troubles dépressifs) ou de troubles obsessionnels-compulsifs. Elles ont ainsi été recrutées, pour la plupart, après une première rencontre en présence d'un membre d'une équipe médico-sociale. Ultérieurement, sans la présence d'un.e intervenant.e, ces personnes ont été interviewées et ont livré des récits sur leurs histoires de vie et de soins, leurs pratiques d'habiter (au domicile et en dehors de celui-ci) et, enfin, sur leur accompagnement. Des questions concernant les activités et les déplacements habituels ou réalisés à la veille de l'entretien ont été posées systématiquement.

Les deux équipes étaient constituées de la façon suivante : huit travailleuses sociales en ce qui concerne le SAVS et une vingtaine d'intervenant.e.s issu.e.s tant des filières sanitaires que socio-éducatives (infirmier.ères, éducateur.ices spécialisé.e.s, psychologues, aides-soignantes...), au sein du SAMSAH. Ces professionnel.le.s ont été également interviewé.e.s à la fin de la période d'observation et ont pu engager, lors d'entretiens collectifs, une réflexion sur leur activité, les difficultés rencontrées sur le terrain et les solutions élaborées

pour mener à terme leur mandat. Enfin, parallèlement, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de chef.fes et de membres d'autres services homologues : appartements associatifs, équipes mobiles d'intervention en parc locatif social (44 professionnel.le.s interviewé.e.s lors de 24 entretiens, dont 11 individuels et 13 réalisés dans le cadre d'entretiens collectifs).

Ces entretiens ont rendu possible une caractérisation de l'ensemble des actions réalisées par les différentes équipes, d'une part, et la qualification des particularités de chaque service, d'autre part. Suivant une démarche inductive de théorisation à partir des données collectées sur le terrain, les retranscriptions d'entretiens et les comptes rendus d'observation ont été stockés, codés et analysés avec le logiciel NVivo® tout au long de l'enquête. Les catégories analytiques mobilisées dans cet article se fondent sur le lexique employé par les participant.e.s à notre enquête et les opérations de recherche décrites ci-dessus ont été adaptées au fur et à mesure de l'étude, en fonction des pistes d'analyses qui ont émergé après les codages successifs des données, suivant l'approche de la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1994). Pour l'analyse des pratiques de mobilité quotidienne, j'associerai cette perspective interactionniste au MDH-PPH afin de souligner le rôle de facteurs environnementaux, ou bien des représentations que les personnes font de leur environnement, dans la production de situations de handicap ou, à l'inverse, de participation sociale.

Les troubles psychiques : des mobilités quotidiennes bouleversées

Les personnes souffrant de troubles psychiques sont exposées à des désavantages sociaux importants : « isolement et rupture du lien social dans la vie relationnelle, difficultés dans la vie quotidienne et courante, dans le maintien ou l'accès à l'emploi et à l'habitat... » (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [ANESM], 2014, p. 9). Les résultats de mon enquête permettent d'affirmer que l'intersection de ces phénomènes produit

⁶ Les noms et prénoms des personnes citées dans cet article ont été changés afin de préserver leur anonymat.



très fréquemment des pratiques d'immobilité ou de mobilité réduite⁷. D'après les personnes accompagnées rencontrées, ces perturbations de la mobilité quotidienne résultent de l'interaction de divers éléments : des symptômes de la maladie, d'effets secondaires de la médication et, enfin, de la stigmatisation ressentie lors des rencontres en face à face avec autrui.

D'abord, des signes caractéristiques des troubles psychiques comme l'entente de voix, la vision perturbée de la réalité (« délires », selon la sémiologie psychiatrique), la perte d'intérêt pour le monde social et la désorientation dans l'espace-temps sont présentés par ces personnes comme des facteurs à l'origine de leur retrait social, notamment sous la forme de l'isolement à domicile. De même, la fatigue engendrée par la prise de médicaments et par des altérations du cycle veille-sommeil ébranlent considérablement leur quotidien déjà fortement marqué par l'inactivité (physique, professionnelle) et par des hospitalisations psychiatriques longues ou répétées (Blum, 2017). Enfin, les interactions sociales qui se déroulent dans l'espace extra-résidentiel sont des sources potentielles ou avérées de discrimination et d'inconfort, ce qui contribue également à leur évitement. Cela peut se matérialiser sous forme d'une immobilité (isolement à domicile) ou d'une mobilité réduite (déplacements restreints au périmètre extra-résidentiel immédiat ou qui se font exclusivement à l'intérieur des réseaux de soins en psychiatrie, par exemple). Ces pratiques de mobilité quotidienne peuvent être entendues tant comme la cause de leur isolement social que comme le résultat de l'évitement des interactions en société.

« Ne rien faire » : immobilité et mobilité réduite

Deux tiers des personnes interrogées affirment se sentir gênées de se déplacer dans l'espace public ou avoir expérimenté cette sensation les

jours précédant notre entretien. Des journées ou des nuits entières passées 'devant la télé' ou dédiées à des activités solitaires à leur domicile (Internet, pratiques musicales, lecture, écriture, jeux vidéo, notamment pour les plus jeunes) sont décrites comme fréquentes. Bien qu'occupées par des activités individuelles, elles associent ces moments à l'improductivité et les rassemblent sous l'expression 'ne rien faire'. Celle-ci a été utilisée à plusieurs reprises, à la fois par les personnes interviewées ('Je n'ai rien fait ces derniers jours'), par leurs proches ainsi que par les professionnel.le.s qui les accompagnent ('Elle/il n'a rien fait ces derniers jours') et représente, dans le cadre de cette étude, une catégorie d'analyse des représentations de l'« inactivité ».

À ce titre, la manière dont M. Duchamp présente les problèmes qui motivent sa demande d'accompagnement exemplifie la façon dont ce rétrécissement de la mobilité spatiale quotidienne peut se manifester : 'Je me suis coupé de la société, je vis comme en autarcie... ça fait quatre ans que je me suis isolé, je reste à la maison vingt-quatre heures par jour, sept jours sur sept, c'est terrible', affirme ce sexagénaire lors d'un entretien d'accueil avec les intervenantes d'un SAVS. Les propos de M. Duchamp font écho à des récits produits par d'autres personnes accompagnées rencontrées durant l'enquête de terrain, à des âges différents et vivant dans des situations socio-économiques diverses. Ces personnes relatent des difficultés importantes pour donner suite aux activités qui sont attendues de la part du citoyen « socialement inséré » : se doucher, faire le ménage et ranger son chez-soi, faire ses propres courses et cuisiner, quitter son domicile pour se rendre à des lieux ouverts au public ou, plus amplement, transiter par différents espaces de la ville. Une partie d'entre elles affirment avoir des difficultés à se déplacer au-delà de leur périmètre résidentiel immédiat (quartier ou arrondissement par exemple), en raison des multiples facteurs cités, mais aussi à cause de certaines réticences à l'usage des transports en commun. Par 'peur de la foule' ou 'd'être regardées ou jugées' par autrui, certaines personnes affirment effectuer la majorité de leurs trajets à pied, suivant des parcours fixes ou

⁷ La mobilité concerne « l'aptitude à mouvoir tout le corps dans l'espace » entre autres « à passer d'une position donnée à une autre, à se déplacer d'un lieu à un autre, [à] utiliser ses mains » (Fougeyrollas et al., 2018, p. 101-106). Dans cet article, la notion de mobilité réduite renvoie moins aux capacités physiques d'effectuer ces mouvements qu'aux dispositions psychiques pour les réaliser.

des trajets qui permettent d'éviter les sites les plus peuplés. Tout cela contribue à la réduction des contacts avec d'autres individus ainsi que de leur périmètre de déplacement au quotidien.

Dans le cadre d'une enquête sur les rapports entre la ville et la souffrance psychique, le géographe Marc Winz (2019) argue que les capacités de déplacement des personnes vivant avec des troubles psychiques sont liées à leur façon de faire avec « l'expérience urbaine », ce qui comprend des moments « de transition et de basculement », de « ruptures spatio-temporelles » qui ont lieu lorsque quelqu'un quitte son domicile pour se déplacer dans l'espace urbain (ou rural). Des propositions similaires ont été avancées par des chercheurs.e.s en Allemagne⁸, en Angleterre⁹ ou encore en Suisse¹⁰ et qui mettent en évidence les rapports existant entre troubles psychiques, espaces urbains et mobilité spatiale. Dans le MDH-PPH, aussi, des éléments comme le bruit, le temps, l'aménagement du territoire

⁸ Adoptant une approche inspirée des études sur les sciences et les technologies et de l'anthropologie, Bister et al. (2016) proposent une analyse du travail de prise en charge communautaire en psychiatrie comme un exercice de création, par le moyen de négociations entre des acteurs humains et non-humains, de « niches » à l'intérieur de la ville au sein desquelles les personnes souffrant de troubles psychiques graves peuvent se mouvoir, se repérer et se construire une place en tant que citoyens.

⁹ Dans une approche sociologique qui intègre des découvertes récentes dans le domaine de la biologie et des neurosciences, le sociologue Nikolas Rose a mis en place un programme de recherche (*The Urban Brain Program*) afin de saisir comment se construisent les « paysages contemporains de détresse urbaine » et comment ceux-ci affectent la santé mentale des populations. Rose y propose un modèle d'investigation autour de la notion d'« urbanicité », c'est-à-dire, une démarche qui croise l'étude des propriétés matérielles des espaces urbains et l'étude de ses dimensions sociales et citoyennes (Fitzgerald et al., 2016).

¹⁰ Dans une perspective aussi transdisciplinaire, des géographes et des psychiatres suisses proposent une analyse des effets de la vie dans les milieux urbains sur l'état de santé de personnes atteintes de troubles psychiques graves. Il est intéressant de noter que ces chercheurs considèrent que le traitement psychiatrique devrait permettre de « déballer la ville » (*unpack the city*) afin d'intégrer à l'accompagnement les potentiels thérapeutiques que les espaces publics renferment (Söderström et al., 2016).

sont des éléments à considérer dans ce processus. De façon convergente, ces différentes grilles de lecture insistent sur la nécessité de prendre en compte l'environnement (naturel, architectural, sonore, sensible en somme) dans les réflexions sur l'insertion sociale des personnes en souffrance psychique. Dans le prolongement de ces analyses, je considère que les transitions entre l'espace privé et l'espace public sont des objets particulièrement féconds pour mieux comprendre les difficultés de mobilité des personnes vivant avec des troubles psychiques ainsi que les possibilités de résolution de ces difficultés.

C'est le cas de Hugo, un jeune de 21 ans qui, dans le cadre d'un entretien, affirme avoir cessé presque entièrement ses déplacements en dehors du domicile après l'apparition des premiers symptômes de troubles psychiques. Il a interrompu ses études universitaires et sa mère doit le conduire en voiture à ses rendez-vous médicaux, un des seuls déplacements réguliers qu'il effectue, outre ses sorties pour 'aller à l'épicerie en bas de l'immeuble' ou pour se 'balader dans le parc près de la maison', affirme-t-il. Au cours de sa troisième année de licence, Hugo affirme avoir commencé à 'se sentir jugé, à avoir l'impression de sentir mauvais et que les gens s'en apercevaient'. Son désinvestissement progressif des activités sociales met en évidence l'imbrication de ces phénomènes psychiques avec des comportements d'isolement et une réduction accentuée des déplacements en dehors du domicile :

« En fait, le problème, c'est que j'ai commencé à douter de moi. Avant, j'avais beaucoup de confiance en moi et du jour au lendemain j'ai commencé à douter de moi, alors je suis parti dans un délire au sens où je sentais mauvais en public. Enfin, j'avais l'impression de sentir mauvais en public et du coup, bah, ça me gênait pour prendre la parole en public, pour prendre les transports, pour être avec la famille, des choses comme ça. Et c'est comme ça que je me suis isolé progressivement et, dans mon isolement, comme je n'avais rien à faire, je me



suis mis à jouer aux jeux vidéo et après, du coup, ça a renforcé mon isolement... C'est devenu un cercle un peu vicieux¹¹. »

Le cercle vicieux auquel Hugo fait référence, en écho aux propos de M. Duchamp et à ceux d'autres interviewé.e.s¹², met en évidence quelques éléments constitutifs du processus de production du handicap. En l'occurrence, des facteurs personnels (comme l'âge, par exemple, ici associé à la poursuite d'études supérieures ou à la retraite, l'installation d'un trouble psychique, l'isolement social et la conséquente réduction des déplacements quotidiens) et des facteurs environnementaux (la distance géographique, le système de transports en commun) ou bien les interactions sociales se conjuguent et produisent des habitudes de vie ou, plus précisément, des habitudes de déplacement altérées négativement selon les personnes interviewées.

L'accompagnement médico-social : un travail de proximité, un travail sur la quotidienneté

Dans cette deuxième partie de l'article, je centre mon analyse sur les actions entreprises par les SAMSAH et SAVS qui façonnent la mobilité quotidienne des personnes accompa-

gnées. Ces services ont pour vocation de « contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité »¹³ et, par conséquent, sont ouvertement axés sur le maintien à domicile et sur l'accès à la ville. Au-delà de la diversité des prestations qu'ils proposent, ils structurent leur offre d'accompagnement à partir de quelques axes principaux que je cite de manière non-exhaustive : l'articulation et la coordination des diverses structures et intervenant.e.s engagé.e.s dans l'accompagnement et dans le suivi d'une personne donnée; la proposition de rendez-vous individuels pour assurer une veille sanitaire et sociale 'globale'; des activités à caractère culturel et de loisir; l'encadrement d'ateliers (culinaire, esthétique, hygiène corporelle, par exemple) qui visent à favoriser l'apprentissage ou le perfectionnement de gestes et d'aptitudes jugées nécessaires à la vie en logement dit autonome... Le cadre hybride dans lequel se déroule l'accompagnement, à la charnière du chez-soi, des lieux de soins et des espaces de la ville, nous invite à considérer les propriétés matérielles de ces lieux, les possibilités de rencontre, d'interaction et d'intervention qu'ils rendent possibles, limitent ou interdisent.

Selon les professionnel.le.s interviewé.e.s, le travail d'accompagnement est, avant tout, un travail de 'proximité'. Des discussions sur le sens de ce « rapprochement » et sur les transformations récentes de la relation de l'État avec les populations assistées ont été engagées dans la recherche en sciences sociales (Breviglieri, 2005). Je m'attache, dans cet article, à deux dimensions de la proximité : géographique puis relationnelle. Premièrement, les professionnel.le.s affirment que les personnes admises en accompagnement doivent, de préférence – mais pas exclusivement – habiter

¹¹ Entretien réalisé au domicile de l'interviewé. Je ne déconsidère pas l'effet de « mise en récit de soi » provoqué par le traitement psychiatrique et par l'accompagnement médico-social. Dans mon analyse, il s'agit moins de contester la vérité ou validité des récits produits par les participant.e.s que de saisir comment ces représentations (de soi, de l'espace, de la maladie et des réponses sociales qui les suivent) se matérialisent et donnent forme à des manières de vivre avec des troubles psychiques.

¹² En effet, presque la totalité des personnes accompagnées interviewées ont affirmé avoir vécu des expériences de mobilité réduite à un moment de leur vie, notamment lorsqu'elles étaient hospitalisées ou passant par des périodes de 'tristesse', de 'dépression' ou de 'moral bas' à domicile. Ces phases de retrait social, vécues de manière intermittente par beaucoup d'entre elles, sont devenues un mode de vie pour d'autres personnes, outre Hugo, participant à mon enquête : ces personnes ne quittaient plus leur chez soi, sauf pour des rendez-vous médicaux ou lorsqu'elles étaient invitées et soutenues par les équipes médico-sociales à entreprendre une action quelconque en dehors du domicile.

¹³ Art. D. 312-155-5 du décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

dans une aire géographique accessible via les transports en commun : puisque leurs déplacements sont fréquents, les distances doivent être prises en compte afin d'éviter que les accompagnant.e.s passent beaucoup de temps à se déplacer ou, à l'inverse, que la distance soit un facteur qui empêche les personnes accompagnées de se rendre aux activités assurées par les équipes dans leurs locaux. Au sein du SAMSAH, par exemple, où l'enquête par observation s'est réalisée, où chaque intervenant.e réalise environ une dizaine de rendez-vous à l'extérieur ou à domicile par semaine, la proximité vis-à-vis du lieu de résidence des personnes accompagnées est décisive. Ce sont ainsi des équipes à forte mobilité spatiale, une caractéristique en expansion dans les pratiques de travail en santé mentale (Henckes, 2019), qui inscrivent leur intervention dans la vie ordinaire des personnes accompagnées, comme l'explique un infirmier exerçant en SAMSAH :

« [O]n travaille avec les partenaires [des services de soins ambulatoires en psychiatrie, notamment]. Les partenaires, ça leur donne aussi un appui cette proximité qu'on a dans la relation avec les personnes et leur quotidien pour se dire « ah, d'accord, il fait comme ça avec son traitement? D'accord, je savais pas... il le prend à quatre heures de l'après-midi? Bah, oui, je comprends mieux pourquoi il ne dort plus à partir de trois heures du matin ». On a accès à leur quotidien, quand même. »

Pierre, infirmier en SAMSAH

Suivant le récit de cet infirmier, la *proximité* peut aussi faire référence au 'lien' qui doit exister entre les membres des équipes médico-sociales et les personnes accompagnées, une « éthique du proche » (Astier, 2007) basée sur l'engagement réciproque entre les deux parties de la relation d'accompagnement. Pour les accompagnant.e.s, ce rapprochement est une condition indispensable à l'exécution du travail, ce qui sous-entend la collecte d'informations intimes jugées nécessaires pour l'amorce de l'intervention. Géographique et affective, cette

proximité donne ainsi lieu à des pratiques d'accompagnement qui visent tant à évaluer qu'à transformer l'état psychique, les comportements et, plus largement, les habitudes de vie des personnes accompagnées.

Ce sont d'abord des évaluations *in situ* des aptitudes à vivre en logement dit autonome et, par extension, dans la ville, des évaluations réalisées explicitement ou implicitement, à travers de multiples interventions. Les membres des équipes peuvent demander des descriptions des habitudes (lors des entretiens en face à face, notamment), proposer des simulations d'activités ou observer les comportements des personnes accompagnées lors de situations imprévues d'interaction dans l'espace public, par exemple. Je m'intéresse ici à la manière dont certaines « aptitudes spatiales » sont attendues, évaluées ou fabriquées dans les pratiques post-asilaires de soin et d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble psychique. Ces enjeux spatiaux, traditionnellement assimilés aux situations de handicap rencontrées chez les personnes présentant des incapacités d'ordre moteur, méritent d'être explicités et analysés à l'égard des troubles psychiques. Grâce à l'accent qu'il met sur le rôle de l'environnement dans l'exécution des activités courantes, le MDH-PPH fournit des outils théorico-pratiques pertinents pour notre analyse. Sous le prisme de ce modèle, nous verrons comment les facteurs environnementaux peuvent être considérés à la fois comme des obstacles et des facilitateurs pour les déplacements quotidiens ou, plus amplement, pour l'accomplissement de rôles dans la société.

« *Faire quelque chose* » : évaluer les pratiques d'habitation, produire des pratiques de mobilité quotidienne

Lors d'une visite à domicile réalisée par une aide-soignante intervenant en SAMSAH, Hugo, le jeune adulte cité plus haut, nous décrit son emploi du temps quotidien. Il relate ses activités journalières (préparation des repas, ménage de sa chambre, écriture de poèmes, lecture, entraînement au piano électrique) avant d'entamer une discussion sur ses difficultés à



quitter le domicile dans lequel il s'est 'isolé' depuis plus d'un an au moment de notre rencontre. L'aide-soignante, Nora, l'invite par la suite à faire une courte balade autour de sa résidence, ce qui avait été convenu précédemment. Il nous guide alors au long d'une promenade qui aura duré une quinzaine de minutes et pendant laquelle Hugo nous décrit simultanément les bâtiments qu'il entrevoit depuis la fenêtre de sa chambre, un temple religieux qui lui fait se rappeler des voyages de vacances réalisés par le passé et, enfin, les sensations (insécurité, tremblements de main et hypersudation, par exemple) déclenchées, d'après lui, par la sortie de son domicile et par le contact visuel avec les passant.e.s. Outre la présence de Nora, qui cherche à le rassurer, le garçon se sert ce jour-là d'un outil matériel pour contrer le malaise provoqué par le regard d'autrui : il porte des lunettes de soleil, seule façon, selon lui, pour pouvoir se déplacer dans l'espace extra-résidentiel. De retour à son domicile, il nous explique que les lunettes l'aident à se 'protéger' du regard des autres et à cacher ses yeux en cas de plafonnement du regard¹⁴. Nora le félicite pour la tâche accomplie et lui propose un rendez-vous dans un café dans les jours suivants auquel Hugo devrait se rendre en métro.

L'intervention de Nora peut être lue comme une invitation à l'accroissement, de façon progressive, du périmètre de mobilité quotidienne de Hugo. Sa présence et son soutien ont permis, affirme le garçon à la fin du rendez-vous, qu'il se sente moins en 'insécurité'. La tentative de lui faire prendre le métro et de se rendre à un rendez-vous ultérieur va dans cette même direction et montre comment les professionnel.le.s mettent en place des modalités graduelles de « sensibilisation » à l'espace urbain dans le cas de personnes pour lesquelles la ville est devenue une épreuve.

Dans cette même lignée, les entretiens individuels, servent dans certaines situations de mobile pour 'faire sortir' certaines personnes

de leur enceinte domiciliaire. Ainsi, un.e professionnel.le peut proposer un rendez-vous préférentiellement dans son bureau, dans l'environnement résidentiel immédiat de la personne accompagnée ou dans un café ou espace vert de la ville afin d'assurer que telle ou telle personne aura quitté son domicile 'au moins une fois dans la semaine', comme l'affirme une des travailleuses sociales d'un SAVS, faisant écho à des propos similaires tenus par l'équipe du SAMSAH.

Pour un jeune garçon réfractaire à l'usage des transports en commun et 'atteint d'un déficit cognitif' d'après ses soignant.e.s, un 'atelier signalétique' est organisé par un membre d'une équipe SAMSAH afin de mettre en relief ses difficultés d'orientation spatio-temporelle, d'une part, et l'aider dans l'apprentissage des principes de fonctionnement des lignes de métro, d'autre part. Enfin, les sorties au théâtre, au cinéma ou dans des lieux d'exposition artistique qui sont proposées de façon hebdomadaire par les travailleuses sociales en SAVS visent à les inciter à 'découvrir des nouveaux endroits', à 'prendre goût' à ces activités et à 'rencontrer des nouvelles personnes', comme l'affirment les membres de cette équipe.

Les services médico-sociaux étudiés ont pour ambition de transformer les manières dont les personnes atteintes de troubles psychiques habitent leur domicile et, plus largement, l'espace urbain, ce qui dépend, en bonne partie, des possibilités de déplacements de ces personnes. Il s'agit d'un travail qui consiste, somme toute, à inciter les personnes à réaliser des activités extra-résidentielles. Mais cette activité comprend aussi une dimension d'évaluation, comme je l'ai signalé, de leurs manières de se mouvoir, de se repérer et d'entrer en contact non seulement avec d'autres personnes mais aussi avec le cadre bâti, les moyens de transports, les lieux publics, les espaces verts... D'une façon ou d'une autre, les équipes d'accompagnement visent à transformer durablement les habitudes de déplacement des personnes accompagnées.

¹⁴ Le plafonnement du regard, attribuable à des spasmes qui tirent les yeux dans une position fixe, le plus souvent vers le haut, est un effet secondaire lié à la prise de neuroleptiques.

L'accompagnement en santé mentale : transformer les habitudes de déplacements quotidiens?

Pour Jacques Lévy, géographe et urbaniste, « [o]n peut aborder la mobilité comme un système de mouvements potentiels, plus ou moins actualisés, qu'on appellera *virtualité*. On peut classer ces virtualités en trois catégories. La mobilité est rendue *possible* parce qu'il existe une offre de mobilité, l'accessibilité. La mobilité est *effective* parce que ses opérateurs.trices possèdent une compétence de mobilité. La mobilité prend *sens* parce que, au titre de maîtrise de l'espace, elle entre dans la composition du capital social des individus. » (Lévy, 2000, p. 158, italiques dans l'original). Suivant cette approche théorique, il est possible d'affirmer que les équipes d'accompagnement cherchent justement à établir un « ajustement » entre ces virtualités : elles essaient, à travers leur travail, de « rendre effectives » les compétences (ou aptitudes, suivant le lexique du MDH-PPH) de mobilité que possèdent les personnes accompagnées – ou, de façon plus ambitieuse, de produire ces compétences.

Par le moyen de l'environnement intra et extra-résidentiel, à travers des interventions thérapeutiques ou socio-éducatives, les membres de ces services participent, ouvertement ou implicitement, à l'adaptation des rapports au milieu ordinaire qu'entretiennent les personnes destinataires de leurs aides. Ces adaptations se présentent sous deux différents registres. D'une part, par le moyen d'une coopération, en proposant aux personnes des rendez-vous ou des activités auxquelles elles peuvent se rendre ou non. D'autre part, par l'usage de la contrainte : à travers l'usage de l'influence que les équipes exercent invariablement sur les personnes, en raison de leur autorité professionnelle ou encore de la « proximité » établie au quotidien, contraignant les personnes accompagnées à effectuer ou poursuivre certaines habitudes de vie (se rendre aux consultations de psychiatrie, honorer les rendez-vous au siège du service médico-social, réaliser des déplacements réguliers en dehors du domicile). L'adaptation, dans ce cas, n'est pas une action unilatérale – bien qu'asymétrique – mais jus-

tement un processus qui se fait avec la participation des personnes accompagnées, qui acceptent, négocient ou refusent ces interventions. Compte tenu de ces faits, il importe de souligner que ces interventions ne sont donc pas exclusivement productrices de pratiques de mobilité, elles sont aussi, dans une certaine mesure, normalisatrices au sens où elles envisagent la possibilité d'un retour à une situation de mobilité « normale ».

Ce processus de normalisation du handicap a été étudié par la sociologue Myriam Winance (2004) dans un article dédié à l'analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et dans les interactions quotidiennes. L'autrice propose une double lecture de ce processus en établissant, d'un côté, la possibilité de concevoir la normalisation comme un « alignement » ou une assimilation à des référentiels prédéfinis (« normaux ») de comportement, et d'un autre côté, comme le résultat d'une négociation en interaction à l'issue de laquelle une norme commune est produite. Cette deuxième interprétation peut nous aider à comprendre comment les interactions entre personnes accompagnées et équipes d'accompagnement médico-social reconfigurent les référentiels normatifs de mobilité quotidienne, et ce, en fonction des lieux de rencontre et d'intervention.

Dans une perspective similaire et davantage opérationnelle, le MDH-PPH souligne que le handicap est le résultat d'un processus multifactoriel (Fougeyrollas et al., 2018). Les « situations » conduisant à la limitation ou à l'empêchement de la réalisation d'une activité découlent de l'interaction, dans un cadre temporel évolutif, entre des facteurs personnels (comme l'identité, les systèmes organiques et psychiques, les aptitudes) et les facteurs qui constituent le milieu de vie de chacun, contenant à la fois des éléments environnementaux (physiques et sociaux) qui peuvent jouer tantôt comme facilitateurs tantôt comme des obstacles à l'accomplissement d'activités de la vie courante et des rôles sociaux valorisés. Suivant cette grille de lecture sociale, interactionniste et situationnelle du handicap (Fougeyrollas, 2016), les services médico-sociaux



d'accompagnement peuvent être considérés comme des aides humaines destinées à faciliter la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux, intervenant à plusieurs égards sur les facteurs qui génèrent les situations de handicap.

Les vignettes ethnographiques présentées dans cet article mettent en évidence la manière dont les relations sociales, d'une part, et les transactions avec l'environnement, d'autre part, constituent un *continuum* au sein duquel ces différents facteurs se mêlent et se façonnent mutuellement dans la production du handicap. Plus que des facteurs isolés, ce sont des éléments qui s'emboîtent lors des déplacements réguliers que les personnes sont *censées* effectuer, comme pour Hugo, pour qui l'environnement extra-résidentiel évoque des gênes liées tant à la structure des transports en commun, à l'agitation des stations de métro, qu'à la rencontre avec d'autres individus (ou, plus précisément, avec le regard d'autrui).

Différemment des consultations médicales ordinaires ou des entretiens de service social en bureau, l'accompagnement se fait dans des cadres mouvants (Lovell, 1996), ce qui provoque aussi une modification des positions occupées par chaque individu en fonction des possibilités ouvertes par l'environnement dans lequel elles se trouvent. Ainsi, une visite à domicile peut être vécue par certain.e.s professionnel.le.s (plus habitué.e.s à leurs bureaux) comme un moment de perte de la maîtrise spatiale et, en même temps, elle assure la continuité d'une expérience de sécurité à celui ou celle qui accueille l'intervenant.e chez soi. Le domicile peut constituer un obstacle (pour l'intervenant.e) et un facilitateur (pour la personne accompagnée) pour la continuité de l'interaction en face à face. De même pour les activités et interventions extra-résidentielles : comme le cas qu'Hugo soulève, un changement de lieu peut déclencher des sensations gênantes qui ne sont pas éprouvées à domicile. Dans cet exemple, bien que les troubles psychiques et les effets secondaires des médicaments perdurent, ce n'est qu'en interaction avec l'environnement extra-résidentiel qu'ils sont *ressentis* comme des facteurs qui empê-

chent la réalisation d'habitudes de vie extra-résidentielles – le déplacement en transport en commun, les études ou les rencontres amicales, affectives et sexuelles – et créent ainsi la situation de handicap qui se matérialise sous forme d'évitement des contacts sociaux et, par conséquent, d'isolement à domicile.

La ligne de travail adoptée par l'intervenante qui rend visite au jeune garçon est moins celle d'imposer une nouvelle habitude de vie (reprendre les études, par exemple) que de développer progressivement les aptitudes spatiales de Hugo. Ce faisant, les deux effectuent un travail (non accompli, ouvert dans l'espace-temps) sur la norme de mobilité, commençant par une balade autour du domicile avant d'effectuer des trajets plus longs, en y appliquant des comportements ou stratégies d'adaptation à l'environnement (comme l'usage des lunettes de soleil), en intégrant, *in situ*, tant les difficultés de déplacement que les aptitudes spatiales ou bien les stratégies individuelles pour s'adapter au milieu ordinaire. De ce fait, le travail des équipes d'accompagnement, en agissant sur les habitudes de vie des personnes accompagnées, semble ainsi établir de nouvelles lignes de démarcation entre le milieu ordinaire et ledit milieu adapté : c'est dans la vie quotidienne des personnes, et non dans des établissements spécialisés, que s'érigent des appuis (matériels, symboliques) pour la participation à la vie sociale, mais c'est aussi dans la vie quotidienne que des mécanismes de surveillance ou de contrôle peuvent s'immiscer.

Conclusion

Les troubles psychiques se produisent à travers l'interaction dynamique d'un état de santé et de facteurs contextuels. Les désavantages sociaux ainsi que les ruptures des liens sociaux qui en découlent se caractérisent par une réduction importante des déplacements quotidiens. L'immobilité ou la mobilité réduite se présentent alors comme des manières de (ne pas) se déplacer en dehors du domicile lorsque la maladie, ses conséquences organiques ou sociales viennent perturber le quotidien. Dans le cadre de leur mission d'insertion sociale, les

services d'accompagnement médico-social du type SAMSAH ou SAVS cherchent donc non seulement à favoriser le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi à promouvoir leur accès à la ville. Le travail effectué par les professionnels de ces équipes consiste en partie à inciter, voire à contraindre les personnes présentant un trouble de cet ordre à réaliser des activités extra-résidentielles. Ce faisant, ces équipes médico-sociales produisent des déplacements quotidiens, des habitudes, façonnent les rapports à l'espace des personnes accompagnées. L'accompagnement comporte ainsi une dimension de (trans)formation des pratiques de mobilité quotidienne – donc de socialisation à l'espace et par l'espace – des personnes vivant avec des troubles psychiques dans l'optique de produire ou d'améliorer des aptitudes spatiales jugées nécessaires à leur vie en société. Néanmoins, cette transformation des comportements de mobilité va de pair avec une tentative d'assimilation des personnes ayant des incapacités à des référentiels normatifs. Cette visée se heurte au pouvoir d'agir des personnes accompagnées, notamment lorsqu'elles se trouvent à domicile ou dans des espaces « neutres » lors des interventions. La prise en compte des facteurs environnementaux, soulignés par le MDH-PPH, révèle alors la difficulté d'imposition de normes de mobilité quotidienne par les équipes d'accompagnement puisque ces normes, notamment lorsqu'elles ont affaire à l'intimité et à la vie à domicile, doivent être constamment négociées.

Références

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2014). Lettre de cadrage « *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques* ». Conseil d'orientation stratégique du 30 septembre 2014 et Conseil scientifique du 1^{er} octobre 2014.

Astier, I. (2007). Se rapprocher. Dans I. Astier (dir.), *Les nouvelles règles du social* (p. 67-102). Presses universitaires de France.

Bister, M., Klausner, M., et Niewöhner, J. (2016). The cosmopolitics of 'niching'. Rendering the city habitable along infrastructures of mental health care. Dans A. Blok et I. Farias (dir.) *Urban cosmopolitics. Agencements, assemblées, atmosphères* (p. 187-206). Routledge.

Blum, P. (2017). *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*. [Thèse de doctorat inédite], École normale supérieure, Paris.

Boulayoune, A. (2012). L'accompagnement : une mise en perspective. *Informations sociales*, 169(1), 8-11. <https://doi.org/10.3917/inso.169.0008>.

Breviglieri, M. (2005). Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. Dans J. Ion (dir.), *Le travail social en débats* (p. 219-234). La Découverte, coll. Alternatives sociales.

Cayouette-Remblière, J., Lion, G. et Rivière, C. (2019). Socialisations par l'espace, socialisations à l'espace. Les dimensions spatiales de la (trans)formation des individus. *Sociétés contemporaines*, 3(3), 5-31. <https://doi.org/10.3917/soco.115.0005>

Fitzgerald, D., Rose, N, et Singh, I. (2016). Revitalizing sociology: Urban life and mental illness between history and the present, *British Journal of Sociology*, 67(1), 138-160. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12188>.

Fougeyrollas, P. (2016). Influence d'une conception sociale, interactionniste et situationnelle du handicap au sein d'un mécanisme de suivi de la mise en œuvre du droit à l'égalité : le modèle québécois. *Revue française des affaires sociales*, 4, 51-61. <https://doi.org/10.3917/rfas.164.0051>.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., St-Michel, G., Côté, J., Barral, C., Robin, J.-P., Castelein, P. et Korpès, J.-L. (2018). *Classification internationale. Modèle de développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH)*. Réseau international sur le processus de production du handicap.

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

Lévy, J. (2000). Les nouveaux espaces de la mobilité. Dans M. Bonnet (dir.), *Les territoires de la mobilité* (p. 155-170). Presses universitaires de France.

Lovell, A. M. (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs ». Dans I. Joseph et J. Proust (dir.), *La folie dans la place : pathologies de l'interaction* (p. 55-81). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016). *Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021, volet handicap psychique*. France. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico_sociale_volet_handicap_psychique.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020 - FSF-IHCE.

Oppenchain, N. (2011). *Mobilité quotidienne, socialisation et ségrégation : une analyse à partir des manières d'habiter des adolescents de zones urbaines sensibles*,



[thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Est Marne-la-Vallée]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/pastel-00715300v1>

Söderström, O., Abrahamyan, E. L., Codeluppi, Z., Söderström, D., Baumann, P. et Conus P. (2016). Unpacking 'the City': an experience-based approach to the role of urban living in psychosis. *Health & Place*, 42, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.09.002>

Strauss, A. et Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 273-285). Sage Publications.

Winance, M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, 2(2), 201-227. <https://doi.org/10.3406/polix.2004.1022>

Winz, M. (2019). Rythmes urbains et santé mentale. *EspacesTemps.net*. <https://doi.org/10.26151/espacestems.net-dy8t-5v48>

L'appropriation de l'habitat à l'épreuve de l'accompagnement en santé mentale : le cas des personnes vivant en logement accompagné en France

The ordeal of belonging: home-making and supported housing for people living with mental health conditions in France

Marcos Azevedo

Numéro 87, 2021

Inégalités d'appropriation du logement et de l'habitat

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1088101ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1088101ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Azevedo, M. (2021). L'appropriation de l'habitat à l'épreuve de l'accompagnement en santé mentale : le cas des personnes vivant en logement accompagné en France. *Lien social et Politiques*, (87), 233–254. <https://doi.org/10.7202/1088101ar>

Résumé de l'article

Cet article analyse, d'une part, le travail d'intermédiation locative, de soin et d'accompagnement à domicile à destination de personnes atteintes de troubles psychiques graves et, d'autre part, les difficultés d'appropriation de l'habitat vécues par ces personnes. Cette analyse s'appuie sur une enquête de terrain réalisée dans une métropole française au sein d'une équipe chargée d'accompagner des patient-es psychiatriques vivant dans des logements accompagnés, une structure combinant l'offre d'habitat aux soins et à des interventions socioéducatives. L'article montre que, si cette équipe cherche à « sécuriser » les cohabitations en essayant de prévenir et de réguler des pratiques d'habitation jugées déviantes (isolement à domicile, incurie, squattage, consommation de drogues, par exemple), les résident-es expriment des sentiments d'insécurité (au sens d'instabilité) et des difficultés d'appropriation qui sont associés tantôt à leurs trajectoires résidentielles morcelées et vulnérables, tantôt à leurs conditions de vie et d'habitation (précarité économique, surveillance de leurs modes de vie, incertitude quant à leur avenir en matière de logement). La prise en compte du point de vue des personnes concernées permet de voir comment des pratiques supposées favoriser l'inclusion sociale, dans et par le logement, de personnes stigmatisées peuvent en vérité organiser des mécanismes de régulation et de contrôle de leurs modes de vie à domicile, de leurs pratiques de mobilité quotidienne et, *in fine*, de l'exercice de leur citoyenneté.

L'appropriation de l'habitat à l'épreuve de l'accompagnement en santé mentale : le cas des personnes vivant en logement accompagné en France

MARCOS AZEVEDO

Doctorant en sociologie – École des hautes études en sciences sociales (EHESS, France)

Membre du Centre d'étude des mouvements sociaux (CEMS) et du Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3)

—

Introduction

En France, des organismes publics et privés anticipent un « virage domiciliaire¹ » des politiques de santé, c'est-à-dire un déplacement partiel, mais progressif des prises en charge institutionnelles vers le domicile. En effet, on observe que des structures intervenant dans et autour du domicile des personnes atteintes de maladies chroniques, âgées ou atteintes d'un handicap assument aujourd'hui une place centrale dans le paysage médico-social français (Bungener, Le Galès et Groupe Capabilités, 2015; Ennuyer, 2007; Hennion *et al.*, 2012; Puech et Touahria-Gaillard, 2018). Parallèlement, l'offre croissante et diversifiée de modalités d'habitat dit inclusif atteste du fait que les enjeux relatifs au maintien à domicile et au soutien à l'autonomie de ces populations sont aujourd'hui d'importants problèmes publics (Bertillot et Rapegno, 2019). En ce qui concerne la psychiatrie, plusieurs études ont examiné les conséquences de ce processus et ont analysé ses effets aussi bien sur l'organisation des soins que sur le quotidien des familles de personnes malades ou sur la vie à domicile avec des troubles psychiques (Blum, 2017; Bungener, 1995; Coldefy, 2012; Eidelman, 2009; Henckes, 2020; Velpry, 2009). En revanche, la façon dont cette *domestication* – au sens d'ancrage à domicile – de la prise en charge influe sur les modes d'habiter des personnes concernées reste peu étudiée, alors qu'elle a une incidence directe sur leur vie quotidienne et, plus précisément, sur leurs manières de s'approprier l'habitat.

L'appropriation est ici entendue à la fois comme l'adaptation de quelque chose à un usage défini ou à une destination précise, et comme l'action visant à rendre propre quelque chose, au sens de la posséder matériellement et symboliquement (Serfaty-Garzon, 2003). Si « l'espace approprié est significatif de la position des individus et des groupes dans la hiérarchie sociale » (Ripoll et Veschambre, 2005 : 8), l'étude de l'appropriation de l'espace domestique de personnes accompagnées en psychiatrie est avant tout un moyen de rendre compte de la place inégale qui leur est réservée dans la société, après le transfert des soins psychiatriques « de l'asile à la ville » (Coldefy, 2010) et à l'heure d'un « virage domiciliaire » préfiguré.

Il convient donc de se demander dans quelle mesure le passage² d'un cadre institutionnel vers le domicile a été suivi d'une transformation (ou non) des modalités de contrôle social qui traditionnellement pèsent sur les individus soignés en psychiatrie. Comment les pratiques d'accompagnement « domicile-centrées » affectent-elles les modes d'habiter de ces personnes ainsi que les processus d'appropriation de leur domicile ? Les pratiques d'accès, de maintien et d'accompagnement à domicile sont-elles effectivement productives de participation sociale ou finissent-elles par ériger de nouveaux mécanismes de contrôle social ?

Cet article³ esquisse des réponses à ces questions à partir, d'une part, de l'observation de pratiques d'accompagnement⁴ à domicile en santé mentale qui visent à compenser les désavantages sociaux entraînés par les troubles psychiatriques et, d'autre part, de l'analyse des récits des bénéficiaires de ces pratiques. L'étude se concentre sur les « appartements associatifs à visée thérapeutique », un service qui conjugue le logement accompagné⁵ à des interventions médicales et socioéducatives, et qui semble constituer un terrain fécond pour comprendre comment le domicile s'intègre à la politique de santé mentale, comment il s'est transformé en « nouvelle frontière de la psychiatrie française » (Henckes, 2018) et, enfin, comment ce travail d'accompagnement influe sur les modes d'habiter des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Après avoir décrit le terrain et la méthodologie d'enquête appliquée, je caractérise les appartements associatifs et discute des contraintes – notamment, celle de poursuivre un traitement en psychiatrie – qui pèsent sur les personnes souhaitant y accéder. Ensuite, l'article restitue le point de vue des sous-locataires que j'ai interrogé·es sur ces contraintes et sur leur façon

de s'approprier leur habitat. Ce faisant, je mets en évidence les inégalités d'appropriation qui se creusent lorsque les populations logées dans des logements non ordinaires se voient imposer des mécanismes de surveillance et de régulation de leur vie quotidienne. Je propose, en conclusion, une réflexion sociologique sur les liens entre habitat, santé mentale et insertion sociale.

Enquête et méthode

Cet article s'appuie sur une enquête réalisée au cours du premier semestre de 2018 auprès d'une équipe de psychiatrie publique chargée d'accompagner une quinzaine de personnes vivant dans six logements HLM (habitations à loyer modéré) d'une métropole française. Ces logements sont loués par une association périhospitalière⁶ créée et gérée par des membres d'une équipe de secteur psychiatrique et par des bénévoles. Ils sont ensuite sous-loués à des patient·es recruté·es dans la file active des secteurs psychiatriques participant à cette initiative. Au moment de mon enquête, le dispositif comprenait un studio individuel et cinq appartements collectifs. Ces derniers étaient répartis en deux colocations de quatre hommes chacune, une colocation de trois femmes, et deux de deux hommes.

L'enquête de terrain s'est déroulée en trois étapes. D'abord, j'ai participé aux réunions mensuelles de l'équipe de l'association responsable de la gestion et de l'intermédiation locative (location et sous-location des logements, interlocution avec les bailleurs sociaux, entretien et réparations éventuelles, collecte des loyers auprès des sous-locataires, etc.). Ensuite, j'ai participé aux réunions bimensuelles de l'équipe de soignant·es (un psychiatre, un psychologue, une stagiaire de psychologie, trois infirmier·ères) responsable de la sélection et du suivi des résident·es – notamment des visites à domicile à raison de deux fois par mois. Enfin, après quelques rencontres avec les sous-locataires lors de ces visites à domicile, j'ai pu mener des entretiens avec certain·es d'entre elles et eux. Trois ex-résident·es des appartements associatifs ont également été interviewé·es. L'échantillon des entretiens était constitué de quatre femmes et huit hommes âgé·es de 21 à 50 ans, et diagnostiqué·es d'une schizophrénie ou de troubles de l'humeur (troubles bipolaires et troubles dépressifs). Toutes ces personnes avaient connu des hospitalisations psychiatriques longues et/ou répétées. Parmi elles, neuf ne sont pas nées en France ou sont descendantes d'immigré·es. Aucune de ces personnes n'avait dépassé le niveau d'études secondaires, elles avaient toutes une insertion faible, voire inexistante, sur le marché du travail (trois

personnes avaient une activité professionnelle dans des établissements médico-sociaux de travail dit protégé), elles étaient célibataires et, pour la plupart, avaient des liens familiaux distendus. Au moment de l'entretien, l'Allocation aux adultes handicapés⁷ (AAH) était leur principale source de revenus. Avant leur installation en appartement associatif, l'ensemble de ces personnes avaient connu des situations de précarité résidentielle diverses en raison de procédures d'expulsion, de décohabitation non choisie, avaient vécu des périodes d'itinérance ou avaient vécu en foyer d'hébergement.

Les entretiens, réalisés à leur domicile, ont porté à la fois sur leurs trajectoires de vie et de traitement en psychiatrie, sur leur trajectoire résidentielle et, enfin, sur leur quotidien tant au sein des appartements associatifs que dans l'environnement extra-résidentiel. Je les ai aussi interrogées au sujet de l'accompagnement à domicile qui leur était dispensé. Dans cet article, je ne m'attacherai qu'aux éléments concernant leurs trajectoires résidentielles et à ceux relatifs à l'appropriation du domicile au regard de l'accompagnement.

Loger pour soigner, loger pour (sur)veiller : l'accompagnement en appartement associatif

Comme nous l'avons montré précédemment (Azevedo, 2016; Henckes, Azevedo et Quintin, 2018), la question de l'hébergement et du logement des patient-es psychiatriques est devenue un enjeu important au moment du déploiement de la politique de sectorisation – l'organisation par découpage géographique de l'assistance psychiatrique – dans les années 1970 et de la mise en place d'une politique unifiée du handicap bâtie au long des « trente glorieuses » (Ville, Fillion et Ravaud, 2020). Dans les années 1980, dans un contexte de planification des politiques sanitaires, de réduction des lits hospitaliers (et des coûts financiers sous-jacents), la critique de l'institution hospitalière – ouvertement assimilée à l'institution totale décrite par Goffman (1968) – a donné lieu à de nombreuses initiatives cherchant à élaborer des « alternatives à l'hospitalisation ». Dans le cadre d'une transformation plus ample du modèle de protection sociale français, marquée par l'émergence du nouveau management public (*new public management*) et par une territorialisation de l'action publique, le modèle de l'institution avec hébergement a cédé la place à des services situés au plus près du domicile des personnes soignées ou assistées (Bresson, 2018).

Historiquement, la domiciliation est une variable constitutive du système d'assistance et de protection sociale français. En réalité, l'octroi de l'assistance est conditionnel à la possession d'une adresse, comme l'indique Robert Castel, en soulignant que la domiciliation ne correspond pas seulement « à un impératif technique pour instrumentaliser la distribution des secours », mais qu'elle est d'abord « la condition de possibilité qui décide du fait d'être secouru ou non » (Castel, 1995 : 57). À la fin du XX^e siècle, pourtant, plus qu'une condition de possibilité pour avoir accès à l'assistance sociale, le fait d'avoir un domicile semble être devenu une variable centrale dans l'idéal de citoyenneté en vogue actuellement dans la société française. C'est d'ailleurs l'argument soutenu par la sociologue Maryse Bresson, pour qui « le logement revêt le sens ou la forme d'une norme dans la mesure où la possession d'un toit et d'une adresse constitue une règle sous-tendue par des attentes particulièrement fortes, dont la violation peut être socialement dénoncée » (Bresson, 1997 : 114-115). Dans son analyse, fondée sur l'émergence de la figure des « personnes sans domicile fixe », elle insiste sur le fait que le logement a la même valeur normative que le travail : ce dernier garantissait autrefois l'intégration sociale des personnes et leur accès à la citoyenneté dans les sociétés capitalistes. Les appartements associatifs sont ainsi un exemple fécond pour comprendre comment le logement devient une norme et pèse sur des populations minorisées qui se retrouvent à la fois aux marges du marché locatif et de ce régime normatif de la citoyenneté, dans un contexte d'augmentation accentuée du coût du logement (Plateau, 2006) et de multiplication des formes de précarité résidentielle (Fondation Abbé Pierre, 2021; Lion, 2018; Lévy-Vroelant et Vanoni, 2014).

Au carrefour de ces transformations, les appartements associatifs répondent au double besoin d'assurer un accompagnement « domicile-centré », et de favoriser l'accès à un domicile et son maintien pour un public vulnérable à plusieurs égards. En outre, ces appartements sont une traduction, appliquée au champ de la psychiatrie, de la manière dont le milieu associatif s'est emparé de la question de précarité résidentielle. Or, le tiers-secteur est, depuis quelques décennies déjà, un des régulateurs de ce marché (Hely, 2009; Fijalkow, 2009). Plus récemment, leur engagement dans des actions d'intermédiation locative contribue, quoique de façon marginale, à ajuster les inégalités d'accès au logement de personnes sans domicile ou vivant dans des structures d'hébergement provisoire.

C'est dans ce contexte, à partir de la mobilisation de parents de personnes malades, d'élu-es, de bailleurs sociaux et de soignant-es, que des initiatives comme les appartements associatifs à visée thérapeutique ont vu le jour. Ni foyers d'hébergement ni logements ordinaires, ces structures ont été subventionnées par la plupart des hôpitaux psychiatriques français, et ce, dès la fin des années 1980⁸. Ce sont des logements loués dans le parc locatif social par des associations périhospitales et sous-loués, pour une durée généralement indéterminée, à des usagers et des usagères des équipements du secteur psychiatrique, notamment des unités ambulatoires de soin comme les Centres médico-psychologiques (CMP). Les sous-locataires sont sélectionné-es par une équipe de soignantes et soignants de ces unités, et cette équipe les accompagnera à domicile après leur emménagement. Sur quels critères l'équipe effectue-t-elle cette sélection ? Quelles sont les caractéristiques valorisées par l'équipe d'accompagnement au moment de recruter les sous-locataires ? Des réponses à ces questions peuvent être trouvées dans trois documents de travail de l'équipe : son projet associatif, le contrat de sous-location passé avec l'association et avec les résident-es, et, enfin, le règlement intérieur d'habitation et de cohabitation.

Selon le projet associatif, les logements s'adressent à des « patients psychotiques ou névrotiques stabilisés, majeurs protégés ou non, en soins libres ou en programmes de soins, pour lesquels un projet de réinsertion professionnelle a été mis en place », et qui « possèdent déjà un numéro d'inscription actif de demandeur de logement [social] ». À l'inverse, ils sont « contre-indiqués » pour des personnes atteintes de « troubles cognitifs ou somatiques sévères nécessitant une surveillance particulière » ou pour des personnes atteintes de « troubles du comportement », qui ont des « difficultés à respecter les règles de vie commune » ou qui présentent des « conduites addictives ».

Quant au contrat de sous-location passé entre l'association et les résidentes et résidents, il prévoit quatre axes autour desquels s'organise l'accompagnement : « [1] la restauration, le maintien et le développement de l'autonomie du patient dans les actes de la vie quotidienne; [2] le développement de ses capacités relationnelles; [3] le maintien et le développement d'activités thérapeutiques et/ou professionnelles; [4] l'accompagnement à la réalisation d'un projet de vie (par exemple, appartement individuel) ».

Enfin, le règlement intérieur prévoit un certain nombre de conditions et décrit une série de *sanctions* en cas de non-respect :

[...] les patients sont admis pour une période d'un an renouvelable; la prise en charge initiale (médicale, sociale, infirmière) doit être maintenue durant le séjour à l'appartement; l'entretien des parties communes et de l'espace privé de chacun est nécessaire; les visites sont autorisées, jusqu'à 22 h, dans les limites du respect de la vie collective et du bon fonctionnement de l'appartement, sauf avis contraire de l'équipe; l'hébergement d'une personne non résidente n'est pas autorisé; la consommation de boissons alcoolisées et la prise de produits toxiques ne sont pas autorisées; le non-paiement du loyer peut entraîner l'exclusion de l'appartement; l'équipe se réserve le droit d'exclure un résident en cas de non-respect du présent règlement.

L'équipe d'accompagnement justifie l'application de ces critères par le besoin de « sécuriser » le projet associatif, pour reprendre une expression utilisée lors des réunions. Sécuriser, en l'occurrence, signifie prévenir les situations inquiétantes qui pourraient fragiliser les relations avec les bailleurs sociaux, ou mettre en danger l'intégrité physique et psychique des sous-locataires. L'isolement à domicile, l'incurie, l'occupation illégale des logements par des tiers, la consommation de drogues, les conflits entre colocataires ou avec les voisins sont les exemples les plus fréquemment cités. Les HLM sont décrits par nos enquêté-es comme des organismes réfractaires à loger un public très stigmatisé et qui comptent donc sur les équipes de psychiatrie pour anticiper les problèmes et intervenir s'ils adviennent – en ayant par exemple recours à des hospitalisations.

Ces mécanismes de prévention et de sanction mis en œuvre au sein de ces appartements constituent un exemple révélateur de la manière dont le modèle *treatment first* (qui conditionne l'accès au logement à la poursuite d'un traitement psychiatrique) se met en place dans le travail d'accompagnement à domicile. En outre, ce conditionnement s'opère « en escalier » (Sahlin, 2012), c'est-à-dire qu'il ordonne les trajectoires résidentielles autour d'étapes et de lieux d'habitation plus ou moins autonomes : d'abord l'hébergement, puis le logement accompagné et, dans le meilleur des cas, un « logement autonome ». Suivant des initiatives (scientifiques, militantes et politiques) développées aux États-Unis et au Canada puis implantées en Europe, une approche du type « logement d'abord » (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013;

Goering *et al.*, 2011; Tsemberis, 2010) s'est répandue au cours des dernières décennies, au point de devenir une directive politique d'État⁹ en France (Laval et Estecahandy, 2018). À rebours des approches préconisant la priorité au logement (*Housing First*) sans exigence de contreparties, l'équipe des appartements associatifs impose des conditions contraignantes et des modalités de surveillance à l'égard des sous-locataires, et ce, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des logements.

En dehors du domicile, les gardien·nes des immeubles sont invité·es, par exemple, à transmettre à l'équipe d'accompagnement des informations relatives aux habitudes et aux éventuels comportements déviants des résident·es. Plusieurs événements peuvent faire l'objet d'un signalement auprès de l'équipe : des bruits nocturnes, des odeurs désagréables dans les couloirs, des fréquentations jugées suspectes (des squatteurs ou *dealers*, par exemple). De même, les soignant·es exerçant dans les structures de soins fréquentées par les résident·es peuvent être amené·es à donner des informations à l'équipe d'accompagnement au sujet de la participation aux activités, des comportements et des habitudes des résident·es. Des absences aux activités thérapeutiques peuvent, dans ces cas, être interprétées comme des signes de non-observance du traitement psychiatrique ou de déstabilisation psychique susceptibles de compromettre le respect du règlement intérieur des appartements.

Dans la continuité de ces procédures de surveillance, les habitudes de vie à domicile des sous-locataires peuvent aussi faire l'objet d'évaluations de la part de l'équipe, notamment lors des visites qui ont lieu deux fois par mois. L'équipe considère que ces visites sont un moyen de promouvoir l'autonomie des résident·es : les sous-locataires sont incité·es à décorer leurs chambres, à partager des moments conviviaux à la maison, à fréquenter des activités thérapeutiques (ateliers divers, travail adapté, etc.) ou bien à diversifier leurs activités extra-domiciliaires quotidiennes¹⁰ (se promener dans les espaces verts proches, fréquenter des lieux culturels, etc.). Pour l'équipe, ces injonctions s'inscrivent dans un projet d'inclusion « dans la Cité » de personnes qui, autrement, passeraient leurs journées « à ne rien faire », selon le psychiatre en tête de l'équipe. De ce fait, une personne qui se conforme aux prescriptions médicales, qui s'investit dans l'exécution de tâches ménagères et qui s'engage dans une activité thérapeutique peut être perçue par l'équipe comme une « bonne élève », pour reprendre une expression utilisée, non sans ironie, par l'un de ses membres de l'équipe lors d'une réunion. À l'inverse, toujours selon

l'équipe, l'isolement dans une chambre ou le refus d'honorer un rendez-vous médical peuvent être considérés comme des signes avant-coureurs d'une « décompensation psychique ». De même, si des déplacements ou activités extra-résidentielles contreviennent aux clauses prévues dans le contrat thérapeutique, elles peuvent être interprétées moins comme des signes d'autonomisation que comme des déviations : le comportement d'une résidente, qui fréquente une église pendant la nuit et qui se présente somnolente le lendemain à son Établissement et Service d'aide par le travail (ESAT) ou lors d'une visite à domicile, a été perçu par les soignant·es à la fois comme le signe d'un manque d'engagement vis-à-vis de ses activités thérapeutiques et comme un indice d'altération de son état psychique – qui se manifesterait par l'exacerbation de ses croyances religieuses.

Faisant écho à une grille clinique répandue parmi les professionnel·les de la psychiatrie (Agneray, Tisseron et Mille, 2015; De Lagausie et Sudres, 2018; Fèvre, 2017), le psychologue que j'ai interviewé explique en effet que, « quand ça se détricote dans la tête d'un patient, souvent c'est le logement qui prend, voilà, s'il en a entre-temps. Il y a quand même cette capacité qu'a la psychose à attaquer les liens mais aussi attaquer l'habitat ». Il souligne ainsi l'imbrication qui existerait entre vie psychique et vie quotidienne ou, plus précisément, entre état psychique et modes d'habiter. Cette représentation semble coïncider avec la manière dont l'équipe d'accompagnement en appartement associatif associe fonctions psychiques et capacités d'habiter, c'est-à-dire les possibilités réelles ou supposées de vivre en logement dit autonome. Si mon analyse ne vise pas à examiner ou à contester cette articulation, elle interroge la façon dont l'équipe d'accompagnement « interprète le domicile et évalue le danger » (Léon et Rey, 2019) de déviance des sous-locataires par rapport aux normes d'habitation.

C'est donc précisément sur une interprétation clinique des comportements, des habitudes et des usages de l'espace domestique que se fonde le travail de l'équipe d'accompagnement en appartement associatif. Cela se traduit dans la manière dont des éléments du droit sont combinés à des contraintes morales, à des prescriptions médicales et à des injonctions socioéducatives. D'un côté, les personnes signent un bail de sous-location d'un an qui peut être renouvelé plusieurs fois, ce qui leur permet d'avoir une domiciliation relativement stable. D'un autre côté, les règles de sécurité énoncées dans les documents associés au bail, qui façonnent les rapports des résident·es au logement et les façons dont ils et elles peuvent se l'approprier, reflètent

l'ambiguïté de leur statut de sous-locataires : ils et elles n'ont pas l'impression d'être dans une structure d'hébergement, mais ne parviennent pas pour autant à habiter pleinement leur logement et font part de sentiments d'insécurité résidentielle, ici entendue comme la crainte d'être expulsé·es ou de ne pas pouvoir renouveler le bail de location.

« J'estime pas que c'est un logement à partir du moment où il y a un contrôle » : sentiments d'insécurité et (dés)appropriation du chez-soi

Les conditions d'accès à un appartement associatif et celles assurant son maintien font l'objet d'une critique de la part de certain·es locataires lors des entretiens. En effet, une partie de ces résident·es se montrent insatisfait·es de ces conditions, mais sont contraint·es d'accepter ce contrôle sur leur vie quotidienne en raison de leur fragilité socioéconomique et de la précarité résidentielle dans laquelle elles et ils se retrouvent. M. Adamou, par exemple, explique qu'il avait « fait une crise » et s'était mis à « hurler à la maison » où il habitait seul à l'époque : « Je me rappelle que je faisais... je mettais de la musique fort et puis je me rappelle que je faisais du bruit, mais je ne savais pas à quelle fréquence, c'était puisque ça gênait les voisins. Après ils ont appelé les flics et puis ils sont venus me chercher. » L'absence à son poste de travail au cours de ces jours « de crise », puis l'hospitalisation qui s'en est suivie, ont entraîné la perte de son emploi et de son logement : « Au bout de six mois [à l'hôpital], j'avais perdu mon logement. Donc, j'avais plus d'endroit où partir. Donc, j'étais obligé de rester à l'hôpital même. » Lorsqu'il obtient le rappel de son Allocation aux adultes handicapés (AAH), une assistante sociale de l'hôpital lui parle de l'existence des appartements associatifs où il est accepté peu de temps après avec un colocataire. Au moment de son emménagement, comme la quasi-totalité des personnes enquêtées, M. Adamou ne possède que l'AAH comme ressource financière stable. Elle lui permet de régler son loyer ainsi que les dépenses annexes, mais limite considérablement ses possibilités de subvenir à ses besoins et d'accéder à des activités culturelles ou au loisir.

Dans un autre entretien, Mme Hamoud, aussi bénéficiaire d'une AAH, raconte un parcours qui donne à voir l'articulation entre les trajectoires résidentielles et les troubles psychiques. Elle explique avoir passé son enfance et le début de sa vie adulte dans le foyer familial, puis elle a vécu plusieurs années entre différents logements. Cette période de sa vie, affirme-t-elle, est marquée

par des difficultés psychiques importantes et par plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, en alternance avec des retours à la maison familiale. À l'issue d'une de ces hospitalisations, en détresse financière et décidée à ne pas être hébergée par un de ses proches, elle s'installe dans un foyer de post-cure sur les conseils de son assistante sociale. Elle décrit ce séjour, *a posteriori*, comme quelque chose de nécessaire au rétablissement de ses liens avec sa famille (« J'ai eu des problèmes familiaux, que je n'ai plus maintenant. Maintenant ça va, puisque j'habite plus avec eux, c'est pour ça »). Cela lui permet de chercher une solution de rechange à la cohabitation avec ses parents. Après ce passage en foyer, elle se retrouve alors en appartement associatif : « un point de chute stable », affirme-t-elle. Lors de notre entretien, réalisé au moment où s'achève sa première année en appartement associatif, elle souhaite pourtant s'installer ailleurs et indique avoir effectué une demande de logement social dans un quartier proche de celui où elle habite : « J'ai fait une demande, je fais beaucoup de démarches administratives qui existent au niveau logement en France par exemple le DALO¹¹. [...] Parce que j'estime que ce logement pour moi n'est pas mon logement [parce qu']on est plusieurs [et] il y a des visites donc on n'est pas, c'est pas notre logement même si on paye un loyer et qu'on a un bail. »

Elle fait référence notamment aux « visites aux chambres » effectuées par les membres de l'équipe d'accompagnement afin de vérifier que le logement n'est pas dégradé, que les pièces individuelles sont « bien tenues » et qu'elles restent propres et « bien rangées ». Ces visites ne sont pas systématiques et ont lieu lorsque l'équipe estime, après une visite à domicile, que l'hygiène des pièces communes est délaissée ou que l'état psychique d'une personne est compromis. Les sous-locataires sont prévenu·es au préalable des visites, mais n'ont pas le droit de les refuser. Il faut préciser que l'association gestionnaire investit une partie de son budget dans l'acquisition et dans le changement du mobilier (matelas, électroménager, ampoules, carrelage, etc.) en cas d'avarie ou de dégât. Pour les personnes interviewées, cela représente une source de soulagement financier, mais cela contribue aussi à la dépossession et à la désappropriation de l'espace dans lequel elles vivent. Elles se retrouvent ainsi dans des espaces déjà meublés, voire décorés, mais ne possèdent pas les moyens financiers pour acquérir des objets personnels ou estiment qu'il s'agit justement d'un lieu de vie transitoire qui ne mérite pas un tel investissement de leur part.

Ici, l'appropriation ou bien, au contraire, les sentiments de dépossession de l'espace habité peuvent être appréhendés à travers la notion de « marquage », qui renvoie à la fois aux dimensions matérielles et symboliques de l'appropriation : « le marquage, par la disposition des objets ou les interventions sur l'espace habité, est l'aspect matériel le plus important de l'appropriation » (Segaud, Brun et Driant, 2002 : 28), ce qui est inexorablement doublé d'un « marquage symbolique », destiné à « signaler une appropriation » (Brunet, Ferras et Théry, 1993 : 193). À l'appui de ces définitions, Veschambre (2004 : 73) conclut qu'« il n'y a pas d'appropriation sans marquage d'espace ». Or, le « sous-marquage » de l'espace habité des sous-locataires des appartements étudiés peut être considéré, tantôt comme un effet de leur appropriation manquée (en raison des objets déjà existants sur place ou de la perspective d'un relogement), tantôt comme le produit de cette faible appropriation (à cause notamment des contraintes présentes dans le règlement de cohabitation, du retentissement des troubles psychiques, ou du morcellement et de l'incertitude qui caractérisent leurs trajectoires résidentielles). Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de l'expression d'un manque d'attaches affectives avec le domicile habité, un aspect souligné par plusieurs personnes interrogées, alors que ces attaches constituent une dimension centrale de l'appropriation des espaces, explique Jacqueline Coutras (1987).

En ce sens, la durée des baux de location peut aussi être considérée comme source d'incertitude. Bien que les contrats puissent être prolongés, les sous-locataires sont fréquemment rappelés à la nécessité de se « projeter dans un logement autonome », ce qui contribue par ailleurs à un sous-investissement des logements, puisqu'ils sont considérés comme provisoires. C'est le cas pour M. Duplaa, vivant avec trois autres colocataires hommes en appartement associatif depuis deux semaines au moment où se déroule l'entretien : « On nous dit qu'on a un contrat d'un an mais un an [qui peut théoriquement être renouvelé à plusieurs reprises], c'est peu et je sais pas, moi personnellement je sais pas comment ça va se passer après... la cohabitation, ça va, c'est pas le problème. C'est surtout : "Qu'est-ce qu'on va faire après ?" C'est une peur que j'ai, hein ?! »

La peur ressentie par M. Duplaa est associée à la manière dont les conditions d'accès aux appartements associatifs et les conditions de maintien de ceux-ci créent une pression liée à l'injonction qui est faite aux sous-locataires d'« accéder à un logement autonome », injonction qui les conduit à assimiler leur logement à un lieu d'habitation provisoire. Suivant le raisonnement de

David Grand (2015) dans son étude des épreuves d'appropriation de l'espace vécues par des personnes vivant dans des lieux d'hébergement, il est possible d'affirmer que les sous-locataires des logements accompagnés interviewé·es dans le cadre de cette étude font l'expérience, en quelque sorte paradoxale, d'être *hébergé·es dans leur chez-soi*¹². D'après Grand, ce paradoxe se produit lorsque les institutions (d'hébergement pour lui, de logement accompagné dans le cas de cet article) transmettent simultanément des messages contradictoires aux personnes hébergées ou logées. En l'occurrence, l'association gestionnaire et l'équipe d'accompagnement répètent sans cesse que les « patients » sont « chez eux » tout en renvoyant ces personnes à un « projet d'autonomie » en matière de logement, sans parler du fait que ces personnes n'ont pas le statut de locataires mais, j'insiste, de sous-locataires. Par conséquent, si l'installation en logement accompagné a permis à ces personnes et à leurs colocataires de trouver un « point de chute stable », pour reprendre l'expression de Mme Hamoud, les contraintes auxquelles elles sont confrontées rendent l'appropriation de l'espace domestique difficile. En intégrant donc leur point de vue ou, plus précisément, la réception (Revillard, 2018) qu'elles et ils font de l'accompagnement à domicile, quelles leçons sociologiques pouvons-nous tirer ?

Réguler l'insertion sociale dans et par le logement : l'inégale (dés)appropriation du logement

Selon Vincent Veschambre, l'étude de l'appropriation de l'habitat ne peut se passer de l'analyse de « la dimension collective du processus d'appropriation de l'espace résidentiel avec ses conflits et ses enjeux de positionnement social » (Veschambre, 2005 : 116). Il importe donc de considérer tant les aspects politiques et organisationnels qui soutiennent les appartements associatifs, que les conditions sociales qui conduisent des personnes comme Mme Hamoud et MM. Keita et Duplaa à faire l'expérience d'une appropriation ou d'une désappropriation de leur habitat.

Cette appropriation est d'abord inégale, puisque la majorité des sous-locataires se retrouvent dans l'impossibilité d'*élire* leur domicile et de choisir d'y *rester* – deux variables, selon Kirsteen Paton (2013), directement associées à la position sociale d'un individu dans la hiérarchie sociale. Pour les sous-locataires que nous avons interrogé·es, qui se situent dans les fractions inférieures des classes populaires (Schwartz, 2011), le manque de choix au

moment qui les conduit aux appartements associatifs se conjugue à la crainte d'expulsion ou à l'impossibilité de prolonger le bail de sous-location. En outre, leur parcours d'immigration (ou celui de leurs parents) peut jouer un rôle défavorable dans leurs trajectoires résidentielles, comme le montre Pascale Dietrich-Ragon (2017) dans une étude sur l'accès à l'hébergement social en Île-de-France : en comparant la trajectoire des personnes sans-domicile de la population majoritaire et de la population immigrante, et en excluant les femmes avec enfants, qui bénéficient d'une prise en charge prioritaire, on constate que l'origine est un frein à l'accès au logement.

Il s'agit aussi d'une appropriation inégale dans la mesure où les personnes sont sélectionnées au regard de leur accord préalable des conditions contraignantes de sous-location, telles que l'obligation à s'engager dans des activités de soin ou l'interdiction d'accueillir des partenaires affectifs et sexuels pendant la nuit. De même, les mécanismes de surveillance auxquels les personnes sont soumises fragilisent, voire empêchent l'appropriation matérielle et symbolique de l'habitat : bien qu'elles puissent, théoriquement, jouir comme elles le souhaitent de leur logement, les visites à domicile viennent leur rappeler qu'elles sont passibles de sanctions en cas de non-respect des règles de cohabitation. Désireuses d'accéder à une stabilité matérielle et symbolique dans leurs trajectoires résidentielles, elles sont conduites à payer non seulement un loyer mais, en quelque sorte, à payer de leur personne (Astier, 1996), puisque la permanence des logements est conditionnelle à l'adoption de conduites et de modes d'habiter. Autant de facteurs qui génèrent des sentiments d'insécurité résidentielle.

De ce fait, l'accompagnement qui est censé aider, soutenir et rendre autonomes les sous-locataires de ces logements devient vecteur de normes et d'exigences de contrepartie qui pèsent sur les bénéficiaires de politiques sociales (Astier, 2007; Chelle, 2012) : la norme d'avoir un domicile, mais aussi et surtout de *bien l'habiter*. L'équipe espère que les sous-locataires s'aligneront sur les pratiques d'habitation associées aux classes moyennes ou supérieures de la population, dans les domaines de l'hygiène, du cycle veille-sommeil, de travail, de la sociabilité ordinaire et des mobilités quotidiennes.

En dépit de l'hétérogénéité de situations que la notion de « classes moyennes » recouvre (Charle, 2003), leur position « entre-deux » – ni riches, ni pauvres (APUR, 2006) – s'exprime particulièrement dans leur choix contraint de logement et dans leurs stratégies de positionnement au sein du marché locatif

à travers lesquelles elles cherchent à se distancer des lieux d'habitation et des styles de vie des classes populaires (Cusin, 2012; Damon, 2015). Ce sont des populations qui ont tendance à s'installer dans les territoires périurbains (Bacqué et Vermeersch, 2012; Jaillet, 2004; Vermeersch, 2011) qui privilégient des formes de liens de proximité (écoles, commerces, services, familles, amis, voisins) dans une quête de synchronisation entre vie professionnelle et vie familiale (Aragau, Berger et Rougé, 2016). Dans cette même logique, elles privilégient la convivialité et la décontraction dans les rapports interpersonnels, et considèrent donc la sociabilité comme une ressource sociale (Authier et Grafmeyer, 1997).

Si les travaux s'intéressant aux pratiques d'habitation franchissent rarement « le seuil du domicile, dont le caractère privé et intime rend malaisée l'observation sociologique » (Gilbert, 2016 : 10), quelques caractéristiques générales ont été vérifiées (Bernard, 1992) dans la façon dont les classes moyennes s'approprient l'espace domestique : elles cherchent à obtenir et à maintenir le confort domestique à travers l'acquisition d'équipements ménagers, et la répartition des pièces du domicile en fonction des usages individuels et/ou collectifs des ménages; leur temps quotidien dans l'espace domestique s'organise autour de deux activités essentielles qui sont le sommeil et les repas, avec une priorité accordée à la convivialité familiale et aux activités de semi-loisir (jardinage, bricolage, couture, etc.) ou de loisir (télévision, écouter de la musique, lecture, etc.). Ainsi, l'encadrement assuré par l'équipe qui intervient dans les logements accompagnés peut être considéré comme une tentative d'aligner les manières d'habiter des personnes accompagnées – issues des fractions les plus fragiles des classes populaires – sur les pratiques d'habitation et les styles de vie des classes moyennes ou, en d'autres termes, du citoyen « normal » (valide, actif, domicilié, entouré, mobile, etc.)¹³.

En définitive, mon enquête suggère que des initiatives comme les appartements associatifs influent non seulement sur les trajectoires résidentielles et les pratiques d'habitation des populations logées, mais aussi, par conséquent, sur la façon dont ces dernières s'approprient ou non leur lieu de vie, alors qu'il est aussi assimilé à un lieu de soin. Cette ambiguïté traduit en vérité un paradoxe qui traverse l'ensemble des pratiques de soin en psychiatrie : favoriser l'autonomie de personnes vulnérables et veiller sur leur bien-être tout en exerçant un contrôle sur leurs comportements. Si tant est que l'accès au logement soit un facteur d'autonomisation et d'insertion sociale, cette étude de cas montre qu'il s'agit en vérité d'une « autonomie sous contrôle » (Revillard, 2020) qui met à l'épreuve l'appropriation du logement.

Conclusion

En France, la structuration géographique et organisationnelle de la psychiatrie semble connaître une inflexion qui place le domicile au centre de la cartographie post-asilaire du soin. Ce mouvement s'inscrit dans le sillage d'une mutation plus profonde des politiques sociales d'insertion de populations vulnérables et marginalisées depuis les années 1980. Au sein de ces politiques, le domicile devient un lieu d'intervention sanitaire et sociale et, en même temps, une norme d'insertion sociale sur laquelle les individus doivent s'aligner. En ce qui concerne les personnes atteintes de troubles psychiques, on observe qu'elles doivent non seulement posséder une domiciliation pour être considérées comme des citoyennes à part entière, mais qu'elles sont aussi soumises à des contraintes concernant l'accès, le maintien et l'appropriation de l'habitat. L'exemple présenté dans cet article montre comment la convergence de ces processus se matérialise dans le cadre d'une modalité d'habitat dit inclusif : les appartements associatifs. Tout en cherchant à promouvoir l'autonomie des sous-locataires, l'équipe d'accompagnement met en place des mécanismes de « sécurisation » qui affectent les modes d'habiter des résident·es. Le témoignage de ces derniers et dernières éclaire sur la façon dont l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques reste fortement contrôlée, malgré les évolutions connues depuis la réforme de l'assistance psychiatrique et de l'essor de la politique du handicap. Si ce contrôle s'exerçait autrefois à l'hôpital, des formes plus subtiles – mais tout aussi contraignantes – de régulation semblent en effet prendre forme aujourd'hui dans et à travers le domicile.

—

Bibliographie

- Agneray, Fabien, Serge Tisseron, Christian Mille, Michel Wawrzyniak et Silke Schauder. 2015. « L'habitat et ses liens avec le psychisme : aspects psychopathologiques et cliniques de l'attachement à l'habitat », *L'Évolution Psychiatrique*, 80, 3 : 489-499.
- Aragau, Claire, Martine Berger et Lionel Rougé. 2016. « Les classes moyennes dans les couronnes périurbaines : l'exemple de l'ouest de la région parisienne », *Cybergeo : European Journal of Geography*, Espace, Société, Territoire, document 775, 18 mars 2016. <<http://journals.openedition.org/cybergeo/27532>>. Page consultée le 8 octobre 2021.
- Astier, Isabelle. 2007. *Les nouvelles règles du social*. Paris, Presses universitaires de France.
- Astier, Isabelle. 1996. « Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne? », *Politix*, 34 : 99-113.

Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR). 2006. *Les classes moyennes et le logement à Paris*. Paris, Observatoire de l'habitat de Paris. <<https://www.apur.org/fr/nos-travaux/classes-moyennes-logement-paris>>. Page consultée le 8 octobre 2021.

Authier, Jean-Yves et Yves Grafmeyer. 1997. *Les relations sociales autour du logement. État des savoirs et perspectives*. Paris, Plan construction et architecture.

Azevedo, Marcos. 2021. « Adapter le milieu ordinaire ? Pratiques de mobilité quotidienne de personnes bénéficiant d'un accompagnement en santé mentale en France », *Aequitas – Revue de développement humain, handicap et changement social*. Numéro spécial « Santé mentale », 29-41.

Azevedo, Marcos. 2016. *De l'intermédiation locative à l'intermédiation des liens sociaux : les associations travaillant pour loger des personnes atteintes de troubles psychiatriques dans le nord de la France*. Mémoire de master, École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

Bacqué, Marie-Hélène et Stéphanie Vermeersch. 2013. « Les classes moyennes dans l'espace urbain : choix résidentiels et pratiques urbaines », *Sociologie et sociétés*, 45, 2 : 63-85.

Ben-Moshe, Liat et Sandy Magaña. 2014. « An introduction to race, gender, and disability: intersectionality, disability studies and families of color », *Women, Gender and Families of Color*, 2, 2 : 105-114.

Bernard, Yvonne. 1992. *La France au logis. Étude sociologique des pratiques domestiques*. Liège, Mardage.

Bertillot, Hugo et Noémie Rapegno. 2019. « L'habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées comme problème public », *Gérontologie et société*, 41, 159, 2 : 117-132.

Blum, Pauline. 2017. *Un quotidien ébranlé : des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille dans la France contemporaine*. Thèse de doctorat en sociologie, Paris, Paris Sciences et Lettres (PSL).

Boulayoune, Ali. 2012. « L'accompagnement : une mise en perspective », *Informations sociales*, 1, 169 : 8-11.

Bresson, Maryse. 1997. « Exclusion et "norme Logement". Pour une étude des représentations associées à la question sociale », *Sociétés contemporaines*, 28, 4 : 111-126.

Bresson, Maryse. 2018. « L'intervention à domicile dans le champ du handicap : déclin de l'institution ou nouveaux arrangements institutionnels ? », dans Isabelle Puech et Abdia Touahria-Gaillard (dir.). *L'accompagnement du handicap à domicile*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble : 25-40.

Brunet, Roger, Robert Ferras et Hervé Théry. 1993. *Les mots de la géographie, dictionnaire critique*. Paris, La Documentation française.

Bungener, Martine. 1995. *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*. Paris, Les éditions INSERM.

Bungener, Martine, Catherine Le Galès et Groupe Capabilités (dir.). 2015. *Alzheimer : préserver ce qui importe. Les « capacités » dans l'accompagnement à domicile*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. 2019. *Communiqué de presse du Conseil du 2 octobre 2019*. <<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-espace-presse/2019/communiquede-presse-du-conseil-du-2-octobre-2019>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

- Castel, Robert. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.
- Charle, Christophe. 2003. « Discours pluriel et histoire singulière (1870-2000) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 50, 4 : 108-134.
- Chelle, Elisa. 2012. *Gouverner les pauvres. Politiques sociales et administration du mérite*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Coldefy, Magali. 2010. *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*. Thèse de doctorat en Géographie, Université Panthéon-Sorbonne – Paris I.
- Coldefy, Magali. 2012. « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », *Questions d'économie de la santé*, 180, octobre : 1-8.
- Coutras, Jacqueline. 1987. *Des villes traditionnelles aux nouvelles banlieues. L'espace public au féminin*. Paris, Sedes.
- Cusin, François. 2012. « Le logement, facteur de sécurisation pour des classes moyennes fragilisées ? », *Espaces et sociétés*, 148-149 : 17-36.
- Damon, Julien. 2015. « Le logement des classes moyennes en France : un déclassé objectif, subjectif et politique », *Environnement Urbain/Urban Environment*, 9. <<http://journals.openedition.org/eue/621>>. Page consultée le 10 décembre 2020.
- De Lagausie, Véronique et Jean-Luc Sudres. 2018. « Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soin clinique », *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 176, 6 : 597-606.
- Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. 2017. *Un chez-soi d'abord : retour sur six années d'expérience*. <<https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/ucsa.pdf>>. Page consultée le 14 décembre 2020.
- Dietrich-Ragon, Pascale. 2017. « Aux portes de la société française. Les personnes privées de logement issues de l'immigration », *Population*, 72 : 7-38.
- Dorvil, Henri et Sarah Boucher Guèvremont. 2013. *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au Projet Chez Soi à Montréal*. Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada. Montréal, Faculté des sciences humaines, UQAM.
- Ennuyer, Bernard. 2007. « 1962-2007 : regards sur les politiques du "maintien à domicile" : Et sur la notion de "libre choix" de son mode de vie », *Gérontologie et société*, 30, 123, 4 : 153-167.
- Eideliman, Jean-Sébastien. 2009. « Vivre avec un handicap psychique à domicile : une approche statistique par les arrangements pratiques », *Revue française des affaires sociales*, 1-2 : 41-63.
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP). 2017. « Le domicile : nouveau centre de gravité », *Revue Perspectives sanitaires & sociales*, 254, septembre/octobre.
- Fèvre, Éric. 2017. *Handicap psychique et exclusion sociale. Place des phénomènes cliniques et psychopathologique dans les risques d'expulsion d'un logement*. Thèse de doctorat en psychologie. Angers, Université d'Angers.

Fijalkow, Yankel. 2009. « Le tiers-secteur associatif dans la régulation de l'habitat en France : une hypothèse géographique », *L'Information géographique*, 73, 2 : 47-59.

Fondation Abbé Pierre. 2021. *L'état du mal-logement en France*. Rapport annuel, 26.

Gardella, Edouard. « L'urgence comme chronopolitique : le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités*. <<http://journals.openedition.org/temporalites/2764>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

Gilbert, Pierre. 2016. « Classes, genre et styles de vie dans l'espace domestique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 215 : 4-15.

Goering, Paula, David Streiner, Carol Adair, Tim Aubry, Jayne Barker, Jino Distasio, Stephen Hwang, Janina Komaroff, Éric Latimer, Julian Somers et Denise Zabkiewicz. 2011. « The At Home/Chez Soi trial protocol : a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities », *BMJ Open*, 1, 2, e000323.

Goffman, Erving. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Éditions de Minuit.

Grand, David. 2015. « Être chez soi en hébergement ? Les paradoxes de l'hébergement pour les personnes sans domicile », *VST – Vie sociale et traitements*, 128 : 67-72.

Hely, Matthieu. 2009. *Les métamorphoses du monde associatif*. Paris, Presses universitaires de France.

Henckes, Nicolas. 2018. « Les deux désinstitutionnalisations. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la seconde guerre mondiale », dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.). *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. Paris, CNRS éditions : 109-124.

Henckes, Nicolas. 2020. « Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ? », *Pratiques en santé mentale*, 66, 2 : 37-45.

Henckes, Nicolas, Marcos Azevedo et Anne Quintin. 2018. *Loger et soigner, une sociologie d'un dispositif médico-social : les appartements accompagnés en santé mentale*. Rapport de recherche, Paris, Fondation de France, Santé mentale France et CERMES3.

Hennion, Antoine, Pierre Vidal-Naquet, Franck Guichet et Léonie Hénaut. 2012. « Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie : Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs ». hal-00722277v2.

Jaillet, Marie-Christine. 2004. « L'espace périurbain : un univers pour les classes moyennes », *Esprit*, 303, 3-4 : 40-62.

Laval, Christian et Pascale Estecahandy. 2019. « Le modèle "Un chez-soi d'abord" au risque de sa diffusion », *Rhizome*, 71, 1 : 101-110.

Léon, Stéphane et Claudie Rey. 2019. « Interpréter le domicile, évaluer le danger. Les visites à domicile dans le champ de la protection de l'enfance », *Espaces et sociétés*, 176-177, 1-2 : 87-101.

Lion, Gaspard. 2018. *Habiter en camping. Trajectoires de membres des classes populaires dans le logement non ordinaire*. Paris, Thèse de doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales.

Lévy-Vroelant, Claire et Didier Vanoni. 2014. « Le mal-logement est-il soluble dans le logement social ? De l'émergence de la demande au refus d'attribution », *Informations sociales*, 184 : 92-102.

Ministère de la transition écologique, 2021. « Mal-logement : les différentes solutions d'hébergement et de logement accompagné ». <<https://www.ecologie.gouv.fr/mal-logement-differentes-solutions-dheberbergement-et-logement-accompagne>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

Phillipson, Amélie. 2017. « Santé : Le centre de gravité, ce n'est plus l'hôpital, c'est le domicile », *La Dépêche*. <<https://www.ladepeche.fr/article/2017/07/10/2609823-sante-centre-gravite-est-plus-hopital-est-domicile.html>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

Paton, Kirsteen. 2013. « HSA Special Issue: Housing in "Hard Times": Marginality, Inequality and Class », *Housing, Theory and Society*, 30, 1 : 84-100.

Plateau, Claire. 2006. « Vingt ans de dépenses de logement ». *Données sociales – La société française*. Insee : 475-484.

Pichon, Pascale, Katia Choppin, David Grand et Élodie Jouve. 2010. *Sortir de la rue : les conditions de l'accès au « chez-soi »*. Rapport pour la DGAS, Saint-Étienne.

Puech, Isabelle et Abdia Touahria-Gaillard. 2018. *L'accompagnement du handicap à domicile : enjeux moraux, sociaux et politiques*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Revillard, Anne. 2021. « Les normes interrogées par le handicap, dans le sillage du genre », texte préparé pour communication orale en session plénière de la conférence ALTER 2021 (Société Européenne de Recherche sur le Handicap) sur le thème « Les normes interrogées par le handicap ». <<https://annerevillard.com/les-normes-interrogees-par-le-handicap-dans-le-sillage-du-genre/>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

Revillard, Anne. 2020. « Chapitre 3. Une autonomie sous contrôle », dans Anne Revillard. *Des droits vulnérables : Handicap, action publique et changement social*. Paris, Presses de Sciences Po : 111-150.

Revillard, Anne. 2018. « Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants. La réception de l'action publique », *Revue française de science politique*, 68, 3 : 469-491.

Ripoll, Fabrice et Vincent Veschambre. 2005. « Introduction », *Noroi*, 195, 2 : 7-15. Mis en ligne le 5 août 2008. <<http://journals.openedition.org/noroi/477>>. Page consultée le 1^{er} octobre 2021.

Sahlin, Ingrid. 2012. « Policies to address homelessness: "staircase" models », dans Susan J. Smith (dir.). *International Encyclopedia of Housing and Home*. San Diego, Elsevier : 255-260.

Schwartz, Olivier. 2011. « Peut-on parler des classes populaires ? », *La Vie des idées*, 13 septembre. <<https://laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>>. Page consultée le 14 décembre 2020.

Serfaty-Garzon, Perla. 2003. « L'appropriation de l'espace », dans Marion Ségaud, Jacques Brun et Jean-Claude Driant (dir.). *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*. Paris, Armand Colin : 27-30.

Tabin, Jean-Pierre, Monika Piecek, Céline Perrin et Isabelle Probst. 2019. *Repenser la normalité : perspectives critiques sur le handicap*. Lormont, Le Bord de l'eau.

Tsemberis, Sam. 2010. *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders*. Center City, Hazeldean Publishing.

Vehmas, Simo et Nick Watson. 2016. « Exploring normativity in disability studies », *Disability & Society*, 31, 1 : 1-16.

Velpry, Livia. 2009. « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue française des affaires sociales*, 1-2 : 171-186.

Vermeersch, Stéphanie. 2011. « Bien vivre au-delà du "périph" : les compromis des classes moyennes », *Sociétés contemporaines*, 83 : 131-154.

Veschambre, Vincent. 2005. « La notion d'appropriation », *Noroi*, 195, 2 : 115-116. Mis en ligne le 11 août 2008. <<http://journals.openedition.org/noroi/589>>. Page consultée le 2 juin 2021.

Veschambre, Vincent. 2004. « Appropriation et marquage symbolique de l'espace », *ESO*, 21 : 73-77.

Ville, Isabelle, Emmanuelle Fillion et François Ravaud. 2020. *Introduction à la sociologie du handicap : histoire, politiques et expérience*. 2^e édition. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

Notes

¹ Le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), par exemple, attire l'attention sur le fait que certaines mesures de l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020 étaient « insuffisamment budgétées ou n'étaient pas présentes dans ce cadre, en particulier pour engager le virage domiciliaire, qui appelle une réforme profonde et globale des services d'aide et d'accompagnement à domicile ». De même, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) stipule que « le centre de gravité [du système de santé], ce n'est plus l'hôpital, c'est le domicile » (Interview du directeur de la FEHAP : <https://bit.ly/3jTUzzJ>). Le message est, par ailleurs, illustré dans la couverture du numéro 254 (septembre/octobre 2017) de la revue *Perspectives Sanitaires et Sociales* que la fédération édite et dont le titre est justement « Le domicile : nouveau centre de gravité ».

² Il s'agit, en réalité, plutôt d'un cumul que d'un passage : les personnes accompagnées à domicile sont invariablement suivies dans des établissements de prise en charge en régime ambulatoire et, très fréquemment, hospitalisées pendant les périodes de « crise », telles qu'elles sont définies par les soignant-es et par les entrepreneur-es de morale associé-es. L'idée de passage exprime ici un changement de cadre d'intervention, sans déconsidérer la coexistence de ces cadres.

³ Cet article a bénéficié des relectures de Mathias Seguin, Nicolas Henckes, Vianney Schlegel, Anne-Marie Havard et Marie Herrmann. Je leur suis redevable. De même, je remercie les relectrices et relecteurs anonymes de *Lien social et Politiques* qui ont considérablement contribué à son amélioration. Les imprécisions ou faiblesses qui peuvent éventuellement subsister n'engagent bien évidemment que l'auteur.

⁴ L'accompagnement est un domaine d'intervention protéiforme. En dépit du flou qui entoure la notion et la diversité des pratiques qu'elle peut générer, il est possible de dégager quelques points communs qui relèvent d'une démarche d'accompagnement : « D'une façon générale, les pratiques d'accompagnement consistent à guider, appuyer, soutenir ou encore aider. » (Boulayoune, 2012 : 9) Il s'agit ainsi d'un champ d'exercices qui « s'apparente à un vaste continuum de pratiques et de démarches touchant une diversité de domaines et de populations, ce qui fait qu'il est toujours difficile, encore aujourd'hui, d'en préciser les contours exacts » (*Ibid.*).

- ⁵ Je retiens la formule « logement accompagné », suivant l'appellation adoptée par les autorités publiques en France pour nommer un ensemble de formules (résidences sociales et logements-foyers, pensions de famille, intermédiation locative, appartements de coordination thérapeutique, appartements associatifs, etc.) censées combattre le mal-logement et favoriser l'accès à un habitat pérenne à des personnes « qui ne remplissent pas, temporairement ou durablement, les conditions pour accéder à un logement autonome » (Ministère de la transition écologique, 2021).
- ⁶ L'expression indique à la fois la dépendance (financière, notamment) et l'indépendance (du point de vue du fonctionnement) de ces associations vis-à-vis des directives hospitalières.
- ⁷ Qui peut s'élever jusqu'à 903,60 euros (depuis avril 2021). Le loyer au sein des appartements associatifs s'élève en revanche à 300 euros en moyenne.
- ⁸ Aujourd'hui, bien que ces structures soient difficilement quantifiables et repérables, il est possible d'affirmer que de tels logements existent encore dans chaque département français. Cette difficulté a été identifiée dans le cadre de l'enquête « Loger et soigner » (Henckes, Azevedo et Quintin, 2018), réalisée dans quatre départements français en collaboration avec une importante fédération d'associations intervenant dans le domaine de la psychiatrie. L'étude a permis de reconstituer le processus d'émergence de cette initiative et de saisir ses aspects économiques, organisationnels et politiques. Puisqu'elles ne figurent sur aucun annuaire public ou organigramme officiel comme le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), elles sont néanmoins difficilement quantifiables et localisables.
- ⁹ En France, le modèle *Housing First* s'est matérialisé, dans un premier temps, sous la forme d'un projet expérimental de recherche-action mené pendant six années (2011-2016) dans quatre territoires différents. Il s'appuie sur quelques principes fondamentaux (notamment celui selon lequel le logement est un droit fondamental) associés à un accompagnement intensif et adapté aux demandes des personnes logées. Depuis 2017, l'expérimentation est devenue une politique publique nationale inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le site internet de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, notamment le dossier « Retour sur dix années d'expérimentation » (DIHAL, 2017).
- ¹⁰ Les pratiques de mobilité quotidienne des personnes vivant avec des troubles psychiques et accompagnées à domicile ont donné lieu à une publication à part, complémentaire à l'analyse ici présentée. Voir Azevedo, 2021.
- ¹¹ Droit au logement opposable. Référence à la Loi 2007-290 du 5 mars 2007 qui permet aux personnes mal logées d'être reconnues prioritaires afin de faire valoir leur droit à un logement ou à un hébergement digne.
- ¹² David Grand étudie le phénomène inverse, celui de personnes vivant en hébergement qui se sentent, pourtant, chez elles.
- ¹³ La référence à l'a/normalité, en tant que réalité sociale et politique, est consubstantielle à l'étude du handicap. Dans son acception la plus simple, l'individu « normal » est celui qui n'est pas affecté par des maladies et/ou par des déficiences de tout ordre, et qui est donc capable d'assumer « pleinement » des rôles sociaux. Ce standard de normalité intègre inexorablement des référentiels de genre, de classe, d'âge et de race, dont l'analyse dépasse la portée et l'intention de cet article. Ces dimensions sont explorées dans la thèse dont il est tiré. Pour une discussion sur les rapports entre norme, handicap et rapports sociaux de race et de sexe : Ben-Moshe et Magaña, 2014; Revillard, 2021; Tapin, Piecek, Perrin et Probst, 2019; Vehmas et Watson, 2016.