



HAL
open science

L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord

Nicolas Chambon, Élodie Gilliot, Mathilde Sorba

► To cite this version:

Nicolas Chambon, Élodie Gilliot, Mathilde Sorba. L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Revue française des affaires sociales*, 2020, 2 (2), pp.97-116. 10.3917/rfas.202.0097 . halshs-03181517

HAL Id: halshs-03181517

<https://shs.hal.science/halshs-03181517>

Submitted on 25 Mar 2021

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

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

L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord

Chambon, N., Gilliot, É. & Sorba, M. (2020). L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Revue française des affaires sociales*, 97-116.

Nicolas Chambon

Sociologue, responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra (Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés), maître de conférences associé à Lyon II, directeur de publication de la revue *Rhizome*, responsable pédagogique du diplôme universitaire « logement d'abord » et membre du Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS). Nicolas.chambon@ch-le-vinatier.fr

Elodie Gilliot

Psychologue, consultante à l'Orspere-Samdarra et doctorante en psychologie (LPN, université Paris 8). Ses recherches portent sur le pouvoir d'agir dans les champs de la psychiatrie et du travail social, et notamment sur les liens entre pouvoir d'agir et rétablissement.

Mathilde Sorba

Sociologue chargée d'étude à l'Orspere-Samdarra et doctorante en sociologie (Centre Max Weber, université Lyon 2). Son travail doctoral porte sur les situations dites d'« incurie dans l'habitat ».

Résumé

Cet article problématise les effets d'une perspective de « rétablissement » sur les pratiques d'accompagnement social, notamment dans le cadre de la politique de « logement d'abord ». La préoccupation pour la santé mentale (négative comme positive) des personnes bénéficiaires de l'accompagnement est alors centrale. L'approche du rétablissement induit de s'intéresser aux capacités, savoirs, choix, désirs, volontés, droits et environnement des personnes confrontées à des difficultés. Elle nécessite un décloisonnement entre les champs du sanitaire, du médico-social et du social et conduit les intervenants de ce dernier champ à devoir être en mesure d'évaluer les effets de leurs interventions sur les personnes. Sur notre terrain d'enquête, l'accompagnement en multiréférence, l'attention aux forces et aux compétences et l'adoption de dispositions professionnelles particulières sont alors autant de principes qui visent à redonner du pouvoir d'agir aux personnes, qu'elles soient intervenantes ou bénéficiaires.

Social intervention put to the test of concern for mental health: the mobilization of recovery and the *Logement d'abord* policy

Abstract:

This article explores the effects that the prospect of “recovery” has on social support practices, particularly in the context of the French government’s *logement d’abord* (housing first) policy. Concern for the mental health (both good and bad) of the beneficiaries of support is central. The recovery approach involves a focus on the capacities, knowledge, decisions, desires, wills, rights, and environment of the people facing difficulties. It requires the decompartmentalization of the healthcare, medical-social, and social fields, and leads actors in the latter to be capable of evaluating the effects of their interventions on people. In our field of study, team-based support, attention to strengths and skills, and the adoption of specific professional arrangements are therefore principles that aim at once again empowering people to act, whether they are professionals or beneficiaries.

Introduction

Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons aux effets d'une perspective de santé mentale dite de « rétablissement » sur les pratiques d'accompagnement social à partir de notre activité à l'Orspere-Samdarra¹ et plus précisément d'une enquête aux côtés d'une équipe de travailleurs sociaux² redéfinissant ses pratiques en lien avec la politique de « logement d'abord ». C'est principalement une préoccupation pour la santé mentale (négative comme positive) des personnes bénéficiaires de l'accompagnement qui est centrale dans les nouveaux projets de type « logement d'abord »³, et celle-ci à des incidences sur les pratiques et les métiers du travail et de l'intervention sociale. Une hypothèse en découle : cette préoccupation permet d'incarner pratiquement ce qui est attendu lorsqu'on mobilise les principes capacitaires dans le champ de l'intervention sociale. Nous commencerons par contextualiser les liens entre santé mentale et intervention sociale, avant de thématiser et problématiser comment le concept de rétablissement (et sa distinction avec le concept de guérison), de manière théorique voire injonctive, s'implémente dans le champ de l'intervention sociale. Nous finirons par documenter les perspectives pratiques que cela amène à partir d'extraits de matériaux d'enquête.

I. Santé mentale et intervention sociale

La diffusion de la problématique de la souffrance psychique prolifère de manière concomitante à l'individualisation de nos sociétés occidentales. Nous rejoignons alors l'hypothèse d'Alain Ehrenberg affirmant (Ehrenberg, 2005) que « le couple souffrance psychique-santé mentale s'est imposé dans notre vocabulaire à mesure que les valeurs de propriété de soi, de choix de sa vie, d'accomplissement personnel et d'initiative individuelle s'ancraient dans l'opinion. Autrement dit, ce qu'on appelle l'individualisme aujourd'hui désigne une dynamique d'institution de l'individu comme mode d'action ». La catégorie de

¹ L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur des thématiques qui lient problématiques de santé mentale et de vulnérabilité sociale, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Bron. L'observatoire édite notamment la revue *Rhizome* et porte les diplômes universitaires « Santé, société, migration » et « logement d'abord ».

² Les professionnels de cette équipe ne distinguent pas « intervenants sociaux » et « travailleurs sociaux », quand bien même certains auraient un niveau de qualification qui leur permettrait de s'affirmer comme travailleurs sociaux. Nous utiliserons donc ces deux catégories de manière équivalente.

³ Nous expliquerons plus loin dans le développement les liens entre le dispositif « un chez soi d'abord » et la politique dite de « logement d'abord ».

santé mentale prévaut et implique que les souffrances ne sont pas forcément des maladies⁴ et peuvent avoir une dimension positive. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».

La question de la santé mentale, de son évaluation, de sa prise en compte et de sa prise en charge, se pose aujourd'hui à l'ensemble des acteurs du travail social. « Psychologisation des rapports sociaux » (Castel, 2008), « sanitarisation des problèmes sociaux » (Fassin, 2004), « sociologisation de l'intervention psychologique » (Ravon, 2006), nombreuses sont les formules qui désignent cette perméabilité entre le social et le sanitaire, et pour ce qui nous intéresse ici, entre le travail social d'accompagnement des personnes « vulnérables » et leur prise en charge en santé mentale. Pour Jacques Ion, Christian Laval et Bertrand Ravon (Ion, Laval, Ravon, 2007), « confronté à l'extension de la "souffrance psychique", le travail social se voit de plus en plus exposé à des problématiques de santé mentale [...] La vie psychique (ou la santé psychique) devient ainsi l'une des préoccupations centrales du travail social, particulièrement dans les dispositifs dits d'accompagnement [...] Il s'agit d'intervenir avec la personne prise en tant que telle, dans toute sa singularité, avec ses difficultés et ses handicaps du moment ; entreprendre non pas de relever l'individu, mais comme le dit bien le maître-mot de cette pratique, d'accompagner la personne. »

De manière générale, le mouvement d'individualisation dans le champ du travail social, indexé à une politique de l'individu (Castel, Duvoux, 2013 ; Ion, de Singly, Corcuff, 2005) est maintenant bien documenté en sciences humaines et sociales. Selon Isabelle Astier (Astier, 2009), « nous avons affaire à un individu en maintenance, qu'il faut entretenir dans ses fonctions et qualités, sujet à révision lorsque se dressent des embûches sur son parcours. [...] Le travail avec autrui suppose un usager actif et, de surcroît, indéterminé. [...] L'accompagnement peut, d'une certaine manière, être considéré comme une politique de la reconnaissance, dans la mesure où ce que l'on cherche à produire s'apparente à de l'estime sociale concourant à de l'estime et à du maintien de soi ». Les travailleurs sociaux se

⁴ Didier Fassin définit par exemple la santé « comme le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre. C'est dire qu'elle est à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie à quoi on la ramène souvent ou que l'idée de bien-être global dont les institutions sanitaires assurent la promotion » (« Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, 2000, p. 95-116).

« doivent » d'avoir tout particulièrement le souci de la santé mentale des personnes accueillies. Si le passage d'un travail « sur autrui » à un travail « avec autrui » se formalise avec la loi du 2 janvier 2002 sur l'extension du droit des usagers et la mise en place d'outils obligatoires, afin notamment de les associer au fonctionnement des établissements, le travail « ensemble » s'appuie sur la personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies ou suivies et leur autonomisation.

Les frontières entre santé mentale et travail social

La plus grosse difficulté, pour les intervenants sociaux, réside dans l'identification des problématiques de santé mentale et les moyens d'assurer une prise en charge efficace. Si des solutions de prises en charge existent pour les personnes qui ont des troubles psychiatriques avérés, l'orientation est plus complexe pour les personnes identifiées comme « ayant des problématiques de santé mentale » qui ne reposent sur aucun critère nosographique ; la définition des personnes rentrant dans cette catégorie n'étant pas réalisée par des professionnels de la santé mentale mais par des travailleurs sociaux au quotidien (Einhorn, 2018). Dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et autres dispositifs de la précarité et de la demande d'asile, les signes de mal-être et de souffrance psychosociale sont très prégnants, avec des symptômes souvent réactionnels à des causes sociales, affectant négativement la santé mentale.

L'accès aux soins en santé mentale de personnes en situation de vulnérabilité sociale nécessite souvent l'adaptation des cadres et pratiques « classiques » (demande de soins, respect du cadre, présence au rendez-vous...). Par exemple, sur le territoire de l'Ain (Einhorn, 2018), les professionnels des CHRS mettent en avant le déni des troubles, et la « non-demande » comme étant les facteurs principaux qui les mettent en difficultés dans l'accompagnement vers le soin de ces personnes. Ils sont très nombreux à exprimer la difficulté à aborder les problématiques de santé mentale, d'addictions, mais également d'hygiène avec les personnes en situation de précarité. Lorsque ces intervenants ont réussi à amener la personne vers le soin ou que celle-ci est en demande, la proposition de soin paraît souvent non adaptée. D'un autre côté, le recentrement de l'hôpital psychiatrique sur la prise en charge des malades pendant le temps de leur crise (Mougeot, 2019) exclut de plus en plus les personnes avec des souffrances psychosociales.

En conséquence, nombre de travailleurs sociaux se plaignent de devoir gérer eux-mêmes des « problèmes psys », que ce soit dans le champ du soutien aux migrants, ou celui de la précarité, avec le constat de ne pas toujours savoir quoi faire. Ils se trouvent dépositaires d'une demande qui les met en difficulté. Ces problèmes « psys » sont susceptibles de brouiller plus encore la relation. Pour beaucoup, la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre du travail social détourne celui-ci de ses véritables missions et vient en questionner le sens et la finalité (Chambon, 2017).

La perméabilité des frontières entre « santé mentale » et « vulnérabilité sociale » nous interroge aussi sur les limites de la catégorisation et leur performativité. Généralement, dans le champ de l'intervention sociale, le cadrage de l'individu se fait eu égard à une catégorisation préalable (comme « sans abri ») ou suivant la situation administrative (comme « demandeur d'asile »). Historiquement, dans le champ de la psychiatrie, il en était de même au regard de catégories nosographiques (schizophrénie, bipolarité...). Aujourd'hui, le rapport entre « soin » psychique et « traitement » social est en mutation profonde. Le « trouble en santé mentale », historiquement vu sous l'angle de la folie, n'est plus une exception (qui justifiait l'asile), mais est de plus en plus pensé comme partie intégrante de la condition humaine. Comment alors pratiquement penser la prise en charge des questions de santé mentale dans le champ de l'intervention sociale ?

Clinique psychosociale

Les travaux de l'Orspere (notamment Jean Furtos, Valérie Colin et Christian Laval) ont participé à la reconnaissance d'une expertise des travailleurs sociaux concernant la souffrance psychologique et psychosociale. Jean Furtos et Valérie Colin (Colin, Furtos, 2005) écrivent que « les travaux de l'Orspere proposent de légitimer le champ d'une clinique psychosociale définie comme la prise en compte, par les professionnels, d'une souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social (au sens large), avec ses caractéristiques propres ». Plus loin, ils affirment que la clinique psychosociale « s'étend à toute sorte de pratiques qui ont été conduites à développer leur écoute clinique du fait de leur rencontre avec elle et de leur reconnaissance de la souffrance psychique de l'autre » (Colin, Furtos, 2005, p. 104).

Mais cette perspective de mobiliser la souffrance psychosociale principalement du côté des intervenants paraît être aujourd'hui insuffisante, voire critiquable au regard du « nouvel esprit du soin » (Ehrenberg, 2016) qui accorde une place prépondérante à l'expérience vécue des personnes concernées. Aussi les problématiques de santé mentale sont globales : il s'agit aussi bien de la question de la prise en charge des troubles psychiques, du repérage de symptômes réactionnels à une situation sociale, mais aussi de la santé mentale dans son versant « positif ». Surtout, les demandes d'avoir des compétences en santé mentale des intervenants sociaux sont nombreuses. Pour les travailleurs sociaux qui interviennent, par exemple, auprès de personnes en situation de précarité et/ou de migration, devant le constat que certaines paraissent avoir vécu des événements traumatiques, il importe d'avoir des pratiques adaptées au vécu de ces personnes, sans forcément attendre une prise en charge spécialisée en psychiatrie.

II. Diffusion du rétablissement dans le champ social

Dans le domaine de la santé mentale, le concept de rétablissement se diffuse. Comment alors peut-il se traduire dans le champ de l'intervention sociale ? L'émergence du concept de rétablissement prend racine dans les mouvements de lutte pour les droits civiques menés aux États-Unis dans les années 1970. Des usagers et ex-usagers de la psychiatrie fondent alors des collectifs (associatifs) tels que le Mental Patients' Liberation Front (New-York, 1971) ou le Network Against Psychiatric Assault (San Francisco, 1972), qui constituent des initiatives éparpillées, regroupées plus tard sous le nom de Psychiatric Survivors Movement (Chamberlin, 1978). Si leurs organisations et leurs objectifs sont divers, et plus ou moins radicaux, il semble possible de synthétiser leurs revendications (communes) en deux points principaux :

- ils revendiquent la possibilité d' « aller mieux » des personnes concernées par les troubles psychiques dits sévères (notamment schizophrénie), et s'opposent ainsi aux représentations fatalistes, marquées par l'idée de chronicité, d'invalidité, mais aussi de violence et d'imprévisibilité – et donc d'irresponsabilité – qui y sont attachées. L'accent est mis sur un changement de regard sur ce qu'ils sont et ce qu'ils peuvent être ;
- ils luttent également contre les (conditions de) « traitements » qui leur sont proposés, ou plutôt imposés, par la psychiatrie et plus largement par la société de cette époque. Ils invoquent les effets néfastes du modèle médical biologique dominant, du manque

d'alternatives à l'hospitalisation, et des relations soignant-soigné asymétriques, infantilisantes et déshumanisantes auxquelles ils sont confrontés.

Schématiquement, on pourrait dire que la première revendication évoquée ci-dessus – la possibilité d'aller mieux malgré la maladie mentale – a donné lieu au développement de la notion de rétablissement au sens strict de sa définition : il s'agit d'un mode d'évolution positif des personnes ayant un diagnostic psychiatrique, une manière de considérer le mieux-être des individus concernés. Il s'agit de s'opposer, ou de compléter, celle qu'avaient envisagée les professionnels auparavant.

L'objectif de rémission ou stabilisation visé jusqu'alors apparaît incomplet car centré uniquement sur la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, telle que définie par les normes des professionnels. C'est un état ou résultat, identique pour tous, qui semble ne pouvoir être atteint que grâce aux traitements réalisés par la psychiatrie, dont la médication constitue le point central. Le principe de rétablissement envisage de dépasser la question de l'évolution des troubles et d'un résultat à atteindre, et de considérer le « devenir de la personne » (Pachoud, 2012), le chemin personnel et singulier, s'apparentant plus à un processus dont l'évaluation ne peut passer que par la personne elle-même, à travers un sentiment subjectif de mieux-être tel qu'elle le définit pour elle. Selon P. Deegan (1996), il s'agit de transmettre le message selon lequel le « recovery is about changing our lives, not changing our biochemistry [le rétablissement consiste à changer nos vies, et non pas réguler notre biochimie] ». Les moyens évoqués dépassent alors le champ de l'expertise psychiatrique. Sont défendues notamment l'importance de l'entraide et la notion d'inclusion sociale. Il ne s'agit alors plus seulement d'adapter les individus à la société. Cette dernière doit « elle aussi faire sa partie du chemin » (Jouet, Greacen, 2012).

La seconde revendication présentée – lutte contre les conditions de traitement jugées indignes – conduira plus spécifiquement au développement de la notion d'*empowerment* ou de restauration du pouvoir d'agir. La remise en cause concerne ici la question des droits et de la « transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (OMS, 2006). Les notions de citoyenneté, d'*advocacy* et de participation y sont plus spécifiquement associées, ce qui lui donne une coloration plus politique et juridique que le rétablissement tel qu'évoqué précédemment. Notons que cette notion ne concerne pas alors spécifiquement les usagers de la psychiatrie, mais plus largement l'ensemble des minorités qui dénoncent une stigmatisation et

l'oppression de la société dans laquelle elles vivent (« les femmes », « les noirs », « les pauvres », « les porteurs du VIH »...). Elle sera particulièrement mobilisée dans le champ du travail social à partir des années 1980.

Un nouveau paradigme et de nouvelles pratiques

L'ensemble de ces notions et revendications constituera peu à peu ce qui est aujourd'hui considéré comme un nouveau paradigme dans le champ de la santé mentale, comprenant à la fois un changement de regard sur les individus, sur les causes de leurs problématiques, et les moyens ou solutions à envisager. Tantôt appelé rétablissement ou *empowerment*, ce paradigme ou « mouvance » conduit alors à une définition élargie de ces deux concepts, dont les termes sont souvent employés aujourd'hui pour évoquer le vaste ensemble incluant les notions de savoir expérientiel, d'inclusion sociale, de participation, de citoyenneté... et donnant lieu au développement de pratiques telles que la professionnalisation de la pair-aidance par exemple. Il s'agit globalement d'une approche réclamant une ouverture de l'attention aux capacités, savoirs, choix, désirs, volontés, droits et environnement des personnes confrontées à des difficultés. Le paradigme mobilise une perspective holistique, dans laquelle les causes des difficultés ou troubles ne sont pas toujours à envisager seulement du côté de l'individu (Vallerie et Le Bossé, 2006). La nécessité d'un décroisement entre les champs du sanitaire, du social et du médico-social est régulièrement évoquée comme un changement indispensable à l'application effective de cette perspective.

Cette « nouvelle » définition du mieux-être comme dépassant la question des troubles, semble permettre ce décroisement en créant du commun entre les intervenants des différents champs. Si jusqu'alors le mandat ou la mission de ces diverses professions de la relation d'aide apparaissait clairement (accès aux droits pour les uns, au logement pour d'autres, traitement des symptômes ou troubles pour les soignants), l'objectif d'un mieux-être global de la personne, tel que défini par celle-ci, implique une attention de chacun à la demande personnelle des individus qu'elle reçoit, demande qui n'est plus alors prédéfinie par le cadre de la rencontre. Il devient nécessaire de faire participer la personne, de collaborer avec elle dans la définition même des objectifs, des besoins et des moyens/solutions pour y parvenir. Tout comme la psychiatrie s'est mise alors à se préoccuper de toutes les dimensions ne concernant pas directement les troubles mais impactant potentiellement le mieux-être

(subjectif) de la personne (emploi, logement, activités, etc.), on peut envisager que les travailleurs sociaux soient amenés à se préoccuper de la santé mentale, au sens de bien-être ou mieux-être global, dans leurs interventions.

Pragmatisme et care

Nous évoquons la question suivante, dans le cadre d'une recherche sur les facteurs de rétablissement en santé mentale : « Et si le rétablissement était alors une sorte de clinique psychosociale, ou plutôt un mode d'intervention mélioriste qui répond à une demande pratique (et urgente ?) de chercher à atteindre un mieux-être ? » (Chambon, 2018). Dans le champ de l'intervention sociale, la mobilisation du rétablissement s'adosse à la théorie de la pratique qui avait commencé à s'élaborer autour des théories du *care*. Ce concept peut se traduire en français par sollicitude⁵, et concerne l'ensemble des aides et soins apportés en réponse concrète aux besoins d'un autrui singulier et non pas une assistance basée sur le respect de principes abstraits ou l'application de règles universelles. Il a bénéficié d'un fort engouement notamment parce qu'il a permis de thématiser une dimension jusqu'alors minorée de la pratique, et qui concerne non pas le *cure*, mais le *care*. En opposition cette fois à une vision médicale et inégalitaire de l'attention (Gilligan, 2008), ce concept permet de caractériser différents modes d'interventions auprès de la personne concernée. Parmi les acteurs du *care* on trouve par exemple les aidants informels (la famille, la communauté, les proches...), mais également des professionnels, qu'il s'agisse d'éducateurs, d'assistants sociaux, de psychologues, d'infirmiers ou de bénévoles d'associations. Pour caractériser et répondre à la souffrance d'autrui, il n'y a pas que le tableau pathologique, la nosographie et son mode d'abstraction du symptôme, mais aussi des singularités avec leurs souffrances situées, qu'il s'agit d'écouter. Dans cette double perspective (*care* et rétablissement), il importe de porter le focus sur la différence, et non sur la déficience, le manque. Il s'agit moins de s'intéresser aux causes du trouble mais à ses conséquences, autrement que dans une vision

⁵ Sandra Laugier et Pascale Molinier, « Politiques du care », *Multitudes*, n° 37-38 ; « Politique du care, Micropolitiques de l'habitat non-ordinaire », Éditions Amsterdam, Automne 2009, p. 74. Mais cette traduction est l'objet même de controverse. Ainsi, Sandra Laugier et Patricia Parpeman écrivent dans l'introduction qu'elles font de la version française de l'ouvrage de Carol Gilligan (Carol Gilligan, *Une voix différente, pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2008) qu'elles ne souhaitent pas traduire *care* par sollicitude pour éviter de rabattre « l'idée du care sur une espèce de sentimentalisme affairé » (p. 6).

uniquement déficitaire. Cette conception va trouver un écho favorable dans certains programmes promus par la puissance publique.

« Un chez soi d'abord » et rétablissement

En France, la théorie du rétablissement et ses nouvelles pratiques se diffusent notamment à travers le programme « Un chez soi d'abord » qui, suite à son expérimentation de trois ans de 2012 à 2015 sur quatre sites⁶ se pérennise aujourd'hui sur le territoire national. Le programme « Un chez soi d'abord » propose un accès direct à un logement pour des personnes atteintes de pathologies psychiatriques qui sont sans domicile fixe (Laval, 2018). Celles qui intègrent le dispositif se voient proposer un accès direct à un logement et bénéficient d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux et médiateurs de santé pairs. Ce programme relève d'une volonté de renverser les paradigmes, en supposant l'existence chez tout un chacun d'une « capacité à habiter ». Ainsi, réaffirmant le logement comme un droit fondamental, « ce programme permet un accès prioritaire au logement sans que cet accès ne soit fondé sur des capacités dont il s'agit de faire la preuve – observance médicale ou encore mérite – » (Vives, 2019). Cette expérimentation s'accompagne de la constitution d'une communauté de pratiques (Laval et Estecahandy, 2019), permettant à ses promoteurs de se former au rétablissement et aux pratiques d'accompagnement prévues par le programme.

« Un chez soi d'abord » et « logement d'abord »

En 2016, dans le cadre de l'adoption du plan de lutte contre le sans-abrisme, le gouvernement annonce la généralisation d'une politique de « logement d'abord », pour toutes les personnes sans-abri. Si dans cette annonce publique est notamment mise en avant l'augmentation de l'offre de logements, l'évolution proposée par cette nouvelle politique dépasse la question structurelle et la crise du logement, puisqu'elle propose une réforme des modalités d'intervention sociale, d'accès aux logements, et fait la promotion d'une nouvelle modalité de vivre ensemble autour de l'inclusion sociale. L'accompagnement social doit être

⁶ L'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord » s'est déroulée sur quatre villes françaises : Toulouse, Lille, Paris et Marseille.

plus respectueux des désirs de la personne, s'adapter aux besoins et aux projets des personnes concernées. La mise en œuvre du plan est déléguée aux territoires. Par exemple, la métropole de Lyon en lien avec les services de l'État et la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) est, depuis 2018, engagée dans la mise en œuvre accélérée du « logement d'abord ». Les objectifs affichés par le plan sont la réduction de moitié du nombre de personnes sans-abri en 5 ans, la fin des « sorties sèches » d'institutions, le développement d'actions de prévention des expulsions locatives et le renforcement des maillages des dispositifs, afin d'assurer la continuité du suivi des personnes sortant de la rue. Les moyens mis en œuvre pour soutenir ces objectifs sont le développement de l'offre de logements, le soutien des projets d'accompagnement social respectant les principes du logement d'abord, et l'accompagnement des « changements de pratiques » et des « cultures professionnelles ». En référence au « guide sur le logement d'abord en Europe » (Pleace, 2017) la puissance publique invite les dispositifs souhaitant inscrire leurs actions dans le cadre du logement d'abord à proposer des services d'accompagnement orientés vers le rétablissement.

En France, les liens entre le dispositif « Un chez soi d'abord », la politique de « logement d'abord » et le rétablissement font encore l'objet de discussions où perdure le clivage entre les champs sanitaires et sociaux. Pour une partie des initiateurs du programme « Un chez soi d'abord », il importe de soutenir l'idée que le rétablissement est une pratique de soin spécifique, destinée à des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères incluses dans le programme « Un chez soi d'abord ». De l'autre côté, on observe dans le champ de l'accompagnement social des tentatives d'application de ce cadre théorique à des pratiques d'accompagnement, qui sont soutenues par des réseaux de soutiens aux professionnels proposant des formations au rétablissement. Cette approche, qui encourage la prise en compte des désirs et espoirs des personnes et prône leur implication dans leur accompagnement, permettrait de lutter contre l'aspect chronique de certaines difficultés sociales, en donnant aux personnes les moyens d'agir sur ces difficultés, au même titre que le rétablissement permet aux personnes de vivre au mieux avec leur trouble psychiatrique.

Historiquement, en France comme en Espagne, « Un chez soi d'abord » et « logement d'abord » sont des programmes construits de façons distinctes et ne s'adressent pas aux mêmes types de publics. Or dans de nombreux pays européens, comme au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas, « logement d'abord » est considéré comme une philosophie globale, mettant

d'«abord» et avant tout l'accent sur la généralisation de l'accès au logement et la revendication du logement comme droit fondamental. Dans nos liens avec des professionnels ou chercheurs d'autres pays européens, nous constatons que la question des pratiques d'accompagnement et des cadres théoriques qui les modélisent semble être abordée de façon secondaire, ou tout du moins de manière plus pragmatique. En France, la tension entre le champ sanitaire et social semble être encore très présente et anime des discussions sur la place qu'il s'agit d'accorder et de reconnaître au rétablissement dans le cadre de la philosophie du «logement d'abord». Nous pouvons supposer que derrière ces discussions, se retrouvent des enjeux liés aux décloisonnements des institutions (et leurs financements), de la redistribution des savoirs et de la requalification des métiers.

III. Des pratiques en mutation

La dynamique impulsée par l'expérimentation «Un chez soi d'abord» en France a suscité l'intérêt d'intervenants sociaux avant même l'annonce officielle de son extension et de la mise en place d'une politique de «logement d'abord». Les professionnels qui n'étaient pas impliqués directement dans l'expérimentation ont ainsi pu se familiariser avec le programme, le concept et les pratiques de rétablissement, notamment grâce aux événements publics qui ont accompagné l'expérimentation. Ainsi, une équipe d'intervenants sociaux d'une association lyonnaise s'est formée aux principes du rétablissement, dans l'idée de faire évoluer leurs pratiques auprès d'usagers de leur service d'accompagnement vers et dans le logement⁷. Bien que recevant un public non spécifiquement confronté aux troubles psychiques, les principes de rétablissement portés par «Un chez soi d'abord» sont apparus en effet aux divers intervenants sociaux comme un moyen susceptible de permettre une évolution de leurs pratiques potentiellement bénéfique pour les usagers de leurs services.

Dans le cadre de formations théoriques qu'ils suivent, les professionnels ont pu appréhender la théorie du rétablissement et apprendre les outils mobilisés par les équipes d'«Un chez soi d'abord». Le modèle dit CHIME, auquel ils ont été formés, propose de

⁷ Créée en 1968, cette association propose différents types de services d'accompagnement : CHRS regroupé, CHRS en diffus, mesures d'accompagnement vers et dans le logement, accompagnement à l'emploi. Notre étude porte ainsi sur deux services de l'association : un CHRS en diffus et un service d'accompagnement vers et dans le logement, qui ont fusionné dans le cadre de l'évolution des pratiques.

conceptualiser le principe de rétablissement à travers les cinq dimensions suivantes : le lien social (*connectedness*), l'espoir (*hope*), l'identité ou redéfinition de soi (*identity*), le sens (*meaning*), la restauration du pouvoir d'agir ou autodétermination (*empowerment*). Ces dimensions constituent, pour les professionnels, un point d'appui pour penser le changement de pratiques (Leamy, Bird, Le Boutillier *et al.*, 2011).

Un accompagnement et une enquête

Plusieurs mois après avoir amorcé ce changement, l'équipe nous sollicite dans le cadre d'une évaluation de ces nouvelles pratiques. La commande initiale visait plusieurs objectifs. D'une part, face à la prédominance des indicateurs de santé mentale dans la théorie du rétablissement, les professionnels s'interrogeaient sur la pertinence de mobiliser ces principes auprès d'un public où les problématiques des personnes ne sont pas forcément appréhendées par des termes psychologisants et ne se posent pas forcément de manière objective. Lors de nos premières rencontres avec ces intervenants, nous observons alors que la notion de « pouvoir d'agir » leur apparaissait plus concrète et plus adaptée au public reçu dans leur service.

D'autre part, l'équipe s'inquiétait de l'impact des nouvelles modalités d'accompagnement et du changement de posture des professionnels sur le soutien du pouvoir d'agir des personnes, puisqu'il s'agissait là de la principale perspective poursuivie par l'association. Dans ce cadre, les professionnels souhaitaient faire évaluer cette nouvelle modalité d'accompagnement par les usagers. Par ailleurs, cette perspective d'évaluation rejoignait celle visée par les professionnels dans le cadre de ce changement, à savoir, favoriser la participation des personnes accompagnées et leur implication dans le fonctionnement du dispositif.

Enfin, l'équipe se retrouvait régulièrement en difficulté lorsqu'il s'agissait de présenter les nouvelles modalités d'accompagnement aux réseaux de partenaires, mais aussi aux financeurs qui ne comprenaient pas toujours l'intérêt de l'adoption d'un nouvel outil, la multiréférence, qui mobilise plusieurs intervenants sociaux sur une situation ou sur une visite à domicile. Ici, il s'agissait notamment de trouver les moyens de valoriser les pratiques d'accompagnement autrement que selon des référentiels gestionnaires et rationnels, de fonctionnement du service.

Pour répondre à cette commande, l'équipe d'intervenants sociaux nous propose d'investir les séances consacrées à l'analyse de la pratique. Ici, se faisait ressentir l'un des premiers effets de l'évolution des pratiques, la perte de sens des analyses de pratique telles qu'elles étaient réalisées jusqu'à présent. Selon les professionnels, elles avaient pour fonction de travailler sur les épreuves que l'accompagnement leur faisait vivre. L'approche d'inspiration psychanalytique de l'analyse de la pratique professionnelle ne produisait plus les effets escomptés, puisque la question de la mise à distance nécessaire pour la relation était, depuis le changement de pratique, supportée et assurée par le travail en équipe et le binôme. Nous convenons alors d'investir ces temps d'équipe pour discuter des principes véhiculés (participation, rétablissement, pouvoir d'agir, inclusion sociale...). Par ailleurs, le travail d'accompagnement et d'enquête a été alimenté par une série d'observations de la pratique qui permettront de modéliser l'action, de mesurer les effets de ce changement sur la pratique professionnelle, et de voir comment les principes se concrétisent. Enfin, des entretiens semi-directifs ont été conduits avec les professionnels de l'équipe et avec une dizaine d'utilisateurs du service. Ils visaient à explorer de part et d'autre les représentations et définitions du pouvoir d'agir et du rétablissement, les moyens employés susceptibles de le soutenir, ainsi que le vécu associé au changement de pratique. Nous proposons maintenant d'illustrer ici quelques conséquences de l'adoption d'une perspective de rétablissement sur les pratiques d'accompagnement social.

Multiréférence et pouvoir d'agir

L'apport de la multiréférence n'est pas clairement défini dans les guides et cahiers des charges. Il est seulement indiqué que : « l'accompagnement proposé aux personnes incluses dans le programme sera individualisé, réalisé dans le milieu de vie de la personne, par des professionnels travaillant préférentiellement en multiréférence et en binôme⁸ ». La multiréférence est appréhendée comme une pratique permettant de supporter la pluridisciplinarité et vue comme une plus-value pour l'ensemble des acteurs. Elle vise à ouvrir une pratique d'intervention communément partagée au-delà des découpages par métier,

⁸ Dispositif ACT « Un chez soi d'abord », Cahier des charges national. Ce cahier des charges réalisé par la DIHAL s'appuie sur les résultats de la recherche qui a accompagné l'expérimentation « Un chez soi d'abord » pour définir les conditions de réalisation et de fonctionnement des dispositifs d'appariement de coordination thérapeutique « Un chez soi d'abord ».

mais aussi, elle permet de ne pas cantonner chaque professionnel à son « rôle propre » dans le dispositif. Par conséquent, elle évite de réduire la personne bénéficiaire à un statut particulier, déterminé par la relation dans laquelle elle est engagée avec un professionnel-expert.

Sur notre terrain, l'accompagnement en multiréférence vient remplacer le fonctionnement en référence unique, dans lequel chaque professionnel avait à sa charge un certain nombre de personnes à accompagner. Il n'y a plus un professionnel pour un usager, mais toute l'équipe pour toutes les personnes accompagnées par le service. Voici ce que nous confie une travailleuse sociale :

« Quand on a commencé à être en multiréférence, on a pu dire aux gens qu'on n'allait pas être porteur de leur histoire, mais que c'est eux qui l'étaient. Et on a bien réexpliqué que comme on n'allait jamais être les mêmes travailleurs sociaux, enfin les mêmes personnes qu'ils rencontraient, qu'il y a des choses qu'ils allaient nous dire à nous, mais qu'on n'allait pas forcément indiquer à nos collègues et donc que c'était eux qui en étaient détenteurs, et donc qu'ils partageaient ce qu'ils voulaient, ils pouvaient choisir. Donc je pense que ça les rend un peu plus, enfin ils sont détenteurs vraiment de ce qu'ils veulent, de leur histoire, et ils partagent avec qui ils veulent et comme ils veulent quoi. C'est vrai que ça a pu être compliqué avec certaines personnes, notamment celles pour qui on avait tendance à faire à leur place. »

Cette perspective critique sur l'ancien fonctionnement se poursuit dans le cadre de l'accompagnement en binôme : « C'est vrai que maintenant que on est à deux sur les situations, ben si l'un d'entre nous a tendance à faire à la place de la personne, l'autre est toujours là pour le lui rappeler discrètement ». Accompagner en multiréférence permettrait ainsi d'éviter une forme de passivité, de favoriser l'émancipation des personnes accompagnées. Cette nouvelle modalité de fonctionnement nous indique ici la perspective visée par les professionnels dans le cadre de cette évolution des pratiques, à savoir : permettre à la personne de (re)devenir actrice de sa vie à partir de l'activation de dispositions, de compétences et de capacités.

L'accompagnement en multiréférence conduit ainsi à une forme de lâcher prise de la part des professionnels qui n'ont plus forcément accès à tous les tenants et aboutissants de la situation. La perspective que poursuit cet outil est donc de contribuer à un « affaiblissement » du pouvoir du professionnel sur la situation, et à un rééquilibrage de la relation entre

professionnel et usager. Ainsi, la multiréférence contribue à renforcer le pouvoir d'agir de la personne.

Enfin, l'outil de la multiréférence semble également permettre de rejoindre l'une des propositions centrales du rétablissement : « Les professionnels doivent être particulièrement attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes. Il s'agit de travailler avec elles sur leurs capacités d'agir sur le monde tel qu'il est⁹ ». Sur notre terrain, cet outil de la multiréférence s'accompagne de réunions d'équipe quotidiennes. Outre le fait qu'elles viennent répondre à des besoins d'ordre organisationnel (répartition des suivis, échanges d'informations, distribution des tâches), ces réunions sont aussi le lieu où les comportements, les réactions perçues chez la personne peuvent faire l'objet de discussions. La personne peut surprendre, elle n'est pas figée dans la relation mais se dynamise, est changeante.

Un individu vulnérable et capable : une attention aux forces et aux compétences

En mobilisant une perspective de rétablissement, l'idée globale est de passer d'un sujet-catégorie objet de l'intervention (« schizophrène » ou « sans-abri » ou autre dénomination réductrice) à une personne vulnérable, en difficulté, troublée, mais aussi compétente et capable. Il importe d'avoir une attention aux forces, aux compétences, mais aussi aux vulnérabilités des personnes rencontrées.

Il est intéressant d'observer comment l'attention aux forces et aux compétences est mobilisée dans les situations les moins évidentes. C'est précisément en effet pour les personnes les plus vulnérables et en difficulté, pour lesquelles on a du mal à penser des possibles – que ce soit en termes d'évolution ou de capacités actuelles –, qu'il va être essentiel de procéder à une ouverture d'attention permettant un recadrage de notre perception. Il s'agit de ne pas figer la personne dans une représentation qui conduirait à ne plus envisager un avenir meilleur, et à agir alors comme si elle avait toujours été et sera toujours dans cette incapacité d'aller mieux. C'est la prise en compte des expériences de vie qui permet alors de dépasser la représentation centrée sur les incapacités perçues dans le temps de l'accompagnement.

⁹ Selon le cahier des charges national du « Un chez soi d'abord ».

Si l'ouverture de l'attention aux forces et aux compétences est essentielle pour restaurer la singularité des sujets, la prise en compte de leurs vulnérabilités et difficultés n'est pas pour autant évincée. Cela permet d'ailleurs d'orienter l'action des intervenants sociaux. Il s'agit de prendre en compte à la fois la volonté des personnes, leurs capacités et vulnérabilités, et l'impact des actions de leur accompagnement sur le vécu des usagers.

Entretenir l'espoir : solliciter et écouter

Dans le cadre de la formation théorique, il est demandé aux professionnels de « développer l'espoir de façon globale dans la vie de la personne. L'associer à la possibilité de rêver, à l'espérance d'un avenir meilleur ». L'espoir serait le moteur de l'engagement dans la relation. Dans ce cadre, les professionnels sont invités à encourager les rêves et les désirs exprimés par la personne. Voici ce que nous confie une intervenante sociale :

« En fait, il me semble qu'on n'a jamais empêché les gens d'exprimer ce qu'ils voulaient. Mais ce qui a peut-être un peu évolué c'est de croire ou non à ce que la personne voulait faire. Alors ce qu'on fait maintenant, c'est peut-être qu'on ramène les souhaits de la personne par exemple au contexte locatif, en lui faisant remarquer que ce serait peut-être difficile d'obtenir tout de suite ce qu'elle veut, mais on ne coupe pas l'espoir. Couper l'espoir, ce serait empêcher la personne d'exprimer ses désirs. Et ça, précisément, ce n'est pas à faire ».

Ici l'espoir pour le professionnel, c'est de croire en une évolution possible, même si son rôle est de ramener un certain principe de réalité. En tout état de cause, le professionnel a besoin d'ingrédients, tels qu'une demande, un souhait, une préférence, sans forcément qu'ils cadrent avec ce qui est attendu par ailleurs. Une intervenante sociale affirme :

« C'est vrai qu'auparavant, quand on recevait les personnes, on avait en tête les objectifs qui pouvaient être inscrits dans le contrat. On savait qu'il y avait des choses qui devaient se faire, que c'était impératif dans le cadre des mesures, des financements, etc. Aujourd'hui, effectivement, quand on reçoit les gens, on est plus en position de recevoir les demandes du moment ».

Mais l'attention aux demandes de la personne peut obliger les intervenants à être créatifs pour traduire celles qui ne rentrent pas forcément dans leur champ de compétence.

Cette notion d'espoir reconnaît la présence du sujet au-delà de l'acte d'engagement dans l'accompagnement. La subjectivation de l'engagement conduit à considérer tous types de demandes, y compris celles qui semblent le moins légitimes ou irraisonnables. L'écoute, la sollicitude, l'ouverture d'esprit, l'absence de jugement, l'attention aux désirs de l'autre et l'ouverture d'esprit deviennent des qualités professionnelles ou des savoirs-être recherchés dans le cadre des processus de recrutement. Il est assumé qu'il ne s'agit pas seulement d'appliquer ou de connaître des techniques ou des outils, mais d'avoir certaines dispositions à être dans la relation.

Enfin, à travers la notion d'espoir, on retrouve également l'idée que chaque individu est unique. Les rêves, les espoirs qu'ils expriment, aussi farfelus puissent-ils être, permettent à la personne de s'affirmer comme un individu non interchangeable. Ainsi, priver d'espoir, ne pas entendre les désirs et les rêves d'une personne, ce serait l'empêcher de cultiver sa différence, et donc l'empêcher de « trouver le sens de son existence dans la différence par rapport aux autres » (Rosanvallon dans Hayat *et al.*, 2018).

Conclusion

« Rétablissement », « empowerment », « logement d'abord » sont parfois « scandés » comme des mantras, suscitant clivages et controverses, mais aussi – et paradoxalement – une forte adhésion des intervenants formés et ainsi « convertis ». Cette diffusion est d'autant plus rapide que de véritables entrepreneurs œuvrent à cette reconfiguration du champ de l'action sociale en mettant au cœur l'apprentissage des « principes » derrière ces terminologies. Nous avons présenté ici quelques effets, sous un angle positif, de ce « nouveau » logiciel de l'action sociale qui intègre une préoccupation pour la santé mentale des personnes accompagnées. Ces transformations modifient la nature du positionnement des professionnels par rapport à ces personnes et viennent signer une nouvelle répartition des rôles entre les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et entre les intervenants professionnels, les personnes accompagnées et leurs pairs.

Parmi les critiques, notons d'abord l'invisibilisation, paradoxale, des rapports de pouvoir entre intervenants et bénéficiaires au fur et à mesure de l'avènement des notions de pouvoir d'agir et de rétablissement (Lemay, 2005). Les moyens mis en œuvre pour symétriser plus avant la relation professionnel-usager, au cœur des principes portés par ces notions, tendent à

faire oublier les éléments – structurels et sociaux notamment – à l’origine d’inégalités encore présentes entre ces deux parties, malgré la volonté de changement (Bourbonnais et Parazelli, 2018). Par ailleurs, la définition des notions de rétablissement et de pouvoir d’agir, ainsi que leur traduction pratique, font débats (Bacqué et Biewener, 2015). Cette approche « orientée rétablissement » radicalise une modalité d’intervention par projet. Les initiatives qui s’inscrivent dans la politique de « logement d’abord » s’imprègnent en effet d’une logique capacitaire (Génard, 2009) qui suppose de reconnaître les aptitudes comme une qualité commune, permettant d’assurer l’accès aux droits fondamentaux. Elle exige donc des uns et des autres un projet et la possibilité de (se) projeter. L’autre est individu, pleinement apte et lucide, et notamment en capacité de savoir énoncer ses préférences. Mais l’expérience de la vulnérabilité et la fréquentation des dispositifs d’assistance peuvent-elles avoir pour conséquence l’érosion de cette capacité (Soulet, 2014) ? Que faire alors de celles et ceux qui dérogent au projet ? Penser l’exclusion et ses effets conduit à continuer à porter l’attention sur celles et ceux qui ne peuvent prétendre avoir des projets dont les supports sociaux seraient accessibles aux intervenants sociaux. On peut penser notamment aux étrangers en situation irrégulière ou avec des difficultés administratives qui ne peuvent *a priori* prétendre pouvoir « s’intégrer » dans la société d’accueil sans changer de statut. Cette impossibilité participe d’ailleurs de la dégradation des conditions de travail des intervenants du domaine de la précarité.

Finalement, le processus d’individualisation rend de plus en plus inopérante une vision institutionnalisée de l’exclusion sociale ou du trouble en santé mentale ou tout du moins une vision cloisonnée. Il y a, pour nous chercheurs, un enjeu à proposer une vision pragmatiste du trouble ou de la vulnérabilité dans lesquels ce sont les attributs situés qui importent et non une caractéristique qui serait intrinsèque à l’individu. Si des modes d’organisation se cherchent, précisément pour répondre aux besoins d’autonomisation et de reconnaissance des uns et des autres, ce sont aussi les postures professionnelles qui sont amenées à être repensées. Si dans une perspective de rétablissement, toute expérience (même négative) est vue comme potentiellement heuristique, cela induit que chaque acteur soit dans une position d’enquêteur.

Références bibliographiques

- Astier I. (2009), « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 152, p. 52-58.
- Bacqué M.H. et Biewener C. (2015), *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, Paris, La Découverte.
- Bourbonnais M. et Parazelli M. (2018), « L'empowerment en travail social et les significations de la solidarité », *Reflets*, 24(2), p. 68-73.
- Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Castel R. (2008), « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, n° 17, p. 15-27.
- Castel R. et Duvoux N. (2013), *L'avenir de la solidarité*, Paris, Presses universitaires de France.
- Chambon N. (2017), « Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens », Doctorat de sociologie, sous la direction de Michel Peroni, université de Lyon.
- Chambon N. (2018), « Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble », *Rhizome*, 65-66(3), p. 37-39.
- Chamberlin J. (1978), *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system*, New York, McGraw-Hill.
- Colin V. et Furtos J. (2005), « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », in Joubert M. et Louzoun C., *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, Érès, p. 99-115.
- Corcuff P., Ion J., de Singly F. (2005), *Politiques de l'individualisme. Entre sociologie et philosophie*, Paris, Textuel.
- Deegan P. (1996), « Recovery and the Conspiracy of Hope », Conférence donnée au colloque *There's a Person In Here: The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand*, Brisbane, Australia.
- Devereux G. (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.

- Ehrenberg A. et Lovell A. (2001), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- Ehrenberg A. (2005), « La question mentale », in Furtos J. et Laval C., *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Toulouse, Érès, collection « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », p. 255-262.
- Ehrenberg A. (2016), « Santé mentale : quel cadre de réflexion pour quelle action ? », *Esprit*, n° 12.
- Einhorn L. (2018), *Parcours d'hébergement et santé mentale : une étude dans les CHRS de l'Ain*, Orspere-Samdarra.
- Fassin D. (2004), « Et la souffrance devint sociale. De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions », *Critique*, Tome LX, n° 680-681, p. 16-29.
- Fassin D. (2006), « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute », *Politix*, 73, n° 1, p. 137-157.
- Furtos J. (2000), « Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psys) », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000, p. 23-32.
- Genard J. (2009), « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », in Périlleux T. (ed.), *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Érès, p. 27-45.
- Gilligan C. (2008), *Une voix différente, pour une éthique du care*, Paris, Flammarion.
- Hayat S., Lyon-Caen J. et Tarragoni F., (2018), « La singularité », *Traces*, n° 34, p. 7-21.
- Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J. et Slade M. (2011), « Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health : Systematic Review and Narrative Synthesis », *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), p. 445-452.
- Ion J., Laval C. et Ravon B. (2007), « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social », in Génard J.-L. et Cantelli F. (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, DGLJ, p. 157-168.
- Joubert M. (2003), *Santé mentale, ville et violences*, Toulouse, Érès.
- Jouet E. et Greacen T. (2012), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Érès.
- Laval C. et Estecahandy P. (2019), « Le modèle "Un chez-soi d'abord" au risque de sa diffusion », *Rhizome*, n° 71, p. 101-110.

- Laval C. (2018), « Housing First. Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie » (Numéro spécial), *Vie sociale*, n° 23-24.
- Lazarus A. et Strohl H. (1995), « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" », Paris, La Documentation française.
- Lemay L. (2005), *Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment. Une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir Professionnels <-> Clients*, Doctorat de sciences humaines appliquées, sous la direction de C. Chamberland et D. White, Université de Montréal.
- Marques A. (2010), « Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Équipe Mobile de Psychiatrie-Précarité », *Sociologie*.
- Moreau D. et Laval C. (2015), « Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme "Un chez-soi d'abord" », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 9, n° 3, juillet, 222-35.
- Mougeot F. (2019), *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, Érès, collection « Clinique du travail ».
- Pachoud B. (2012), « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique*, volume 88(4), p. 257-266.
- Pleace N. (2017), *Guide sur logement d'abord en Europe*, Housing First Guide Europe.
- Ravon B. (2006), « Y'a-t-il sociologisation de l'intervention psychologique ? Politiques de la psychologie dans le champ du travail social », in Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, l'Harmattan, p. 241-249.
- Soulet M.-H. (2014), « Le travail social à la croisée des chemins. Les enjeux de professionnalité de l'accompagnement social palliatif », in Lacroix A., *Quand la philosophie doit s'appliquer*, Paris, Éditions Hermann.
- Vallerie B. et Le Bossé Y. (2006), « Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l'éducation*, volume 39(3), p. 87-100.
- Velpry L. (2008), *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin.
- Vives L. (2019), « Le logement, allié de la mise en œuvre du programme "Un chez-soi d'abord" ? », *Les Cahiers de Rhizome*, n° 71, p. 92-100.

Wallerstein N. (2006), *What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health ?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report [en ligne] <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>).