



Mémoire de recherche

Master 2 Intervention & Développement Social, parcours Développement de Projets Sociaux et Territoriaux

FAVORISER LE POUVOIR D'AGIR AUPRES DES SANS-DOMICILE-FIXE

*Focus sur les pratiques professionnelles au sein des appartements de
coordination thérapeutique*

MELINA SAIDI

Sous la direction de M. Henri Jorda, maître de conférences

Tuteur professionnel : M. Thibault Marmont, directeur du CREAL Grand Est

Stage réalisé au **C**entre **R**égional d'**E**tudes d'**A**ctions et d'**I**nformations Grand Est

2021-2022

Remerciement

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai eu la chance d'être accompagnée, aidée et conseillée par plusieurs personnes. Ce sont grâce à elles que j'ai pu achever ce mémoire de fin d'études, je tiens ainsi à remercier chacune d'entre-elles.

Tout d'abord, je remercie l'équipe du CREAL et plus particulièrement Lucile Agénor qui m'a accompagné durant tout un semestre. Ses conseils et ses méthodes m'ont permis de construire mon sujet. Je tiens également à remercier mon tuteur professionnel, le directeur du CREAL, Thibault Marmont, pour la confiance qu'il m'a accordé, pour tous ses conseils donnés et pour tout son travail de relecture.

Ensuite, je tiens à remercier l'équipe pédagogique du Master IDS qui ont, directement ou indirectement, contribué à enrichir mon questionnement. Je remercie plus particulièrement Henri Jorda, mon directeur de mémoire, qui a toujours été attentif à mes sollicitations, à mes questionnements, et qui a su me proposer un accompagnement adapté.

Enfin je veux remercier mes camarades de promotion du Master IDS, et notamment Camille Martin et Benjamin Laurent, qui m'ont écouté, soutenu et rassuré tout au long de cette année.

INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE 1 – VAGABONDAGE ET INITIATIVES PRIVEES, A LA QUESTION SDF COMME PRIORITE NATIONALE	6
A. Le phénomène du sans-abrisme, représentations et contours de ces populations	7
B. D'initiatives privées à une priorité nationale : la saisie de l'Etat de ces problématiques	22
PARTIE II – LOGEMENT D'ABORD ET DROITS DES USAGERS : DES POLITIQUES INFLUENÇANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE	32
A. Du paradigme de l'Housing First au politique du Logement d'Abord	33
B. La ré interrogation des pratiques professionnelles induite par les paradigmes sociétaux en matière de place des usagers	40
PARTIE III – FAVORISER LE POUVOIR D'AGIR DES SANS-DOMICILE-FIXE, UNE REALITE ENVISAGEABLE SOUS CERTAINES CONDITIONS	52
A. Le pouvoir d'agir, comme la nouvelle norme dans l'intervention sociale et médicosociale.	53
B. Des modalités d'intervention spécifiques favorisant la promotion du pouvoir d'agir	61
C. Les professionnels et les résidents : entre posture et engagement	72
CONCLUSION	89

Glossaire

ACT : appartements de coordination thérapeutique

ATR / AT : appartements thérapeutique relais

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARSEA : l'association régionale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence

AVDL : aller vers et dans le logement

CHU : centre d'hébergement d'urgence

CHRS : centre d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale

CHS : centre d'hébergement et de stabilisation

CREAI : centre régional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

DALO : droit au logement opposable

DIHAL : délégation interministérielle de l'hébergement et l'accès au logement

DPA-PC : développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités

FCH : fédération de centres d'hébergement

FEANTSA : fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris

HAS : haute autorité de santé

INSEE : institut nationale de la statistique et des études économiques

LAM : lits d'accueil médicalisé

LHSS : lits halte soins santé

PARSA : plan d'action renforcé en direction des personnes sans abri

PAI : projet d'accompagnement personnalisé

RMI : revenu minimal d'insertion

RPE : réunion de préparation et d'évaluation

SD : sans domicile

SDF : sans-domicile-fixe

SFIO : section Française de l'Internationale Ouvrière

SPC : système de prise en charge

VAD : visite à domicile

Introduction générale

La question SDF a brillé par sa faible audience lors de la campagne pour l'élection présidentielle de 2022, alors même que 0,45% d'individus vivant sur le sol français en 2020, étaient considérés comme des sans-domicile-fixe, d'après les données de la fondation Abbé Pierre. Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'à chaque présidentielle, au moins un candidat annonce un objectif qui peut apparaître utopiste : « zéro SDF ». Lionel Jospin, Nicolas Sarkozy, Emmanuel Macron, et dernièrement Jean-Luc Mélenchon ont affiché effectivement cette promesse dite symbolique, bien que le nombre de sans-domicile-fixe n'a cessé de croître sur le territoire national. Prévenir le sans-abrisme est effectivement bien plus complexe qu'il y paraît, comme le précise Julien Damon : « être SDF n'est pas une caractéristique propre à des individus, mais plutôt une circonstance vécue, plus ou moins longtemps, par certaines personnes. Il s'agit avant tout d'une situation instable, et dans la plupart des cas transitoire ¹ » (2012). Toujours est-il que pour prévenir et lutter contre le sans-abrisme, une réponse dite « innovante » a été présentée, lors du premier quinquennat d'Emmanuel Macron, comme étant la solution pour pallier les inefficiences repérées au sein du système de prise en charge : la politique du Logement d'Abord. Pour autant, et même si elle est présentée comme étant une nouveauté, il faut préciser que cette politique avait déjà été initiée en 2007 sous la présidence de Nicolas Sarkozy. Cette politique, remise au jour en 2017, va se distinguer dans la mesure où elle implique une redéfinition et une ré-interrogation à la fois des pratiques professionnelles et des relations d'accompagnement. A noter que par pratiques professionnelles, nous entendons « la mise en œuvre d'un savoir-faire méthodologique et technique. [...] définit par : le caractère unique de chaque situation ; son instabilité ; son degré inévitable d'incertitude ; les conflits éthiques et de valeurs inhérents au travail relationnel sur l'humain.² » (Cristina De Robertis, 2012)

En effet, il est souhaité que les professionnels changent leurs pratiques pour se tourner vers la « pair-aidance », la co-construction, et plus particulièrement vers la promotion du pouvoir d'agir. Ces nouvelles normes de l'action publique, empreintes de néolibéralisme, supposent alors des professionnels une appropriation de nouvelles méthodes, qui permettront notamment la promotion du pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, et ainsi à terme la sortie de la rue de ces personnes. La première question que nous pouvons alors nous poser étant :

¹ DAMON Julien, « 4. Les SDF : des « bricoleurs » cibles d'action publique », dans : , *La question SDF. Critique d'une action publique*, sous la direction de DAMON Julien. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 2012, p. 129-175.

² De Robertis Cristina, « Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition », dans : Association provençale pour la recherche en histoire du travail social (APREHTS) éd., *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Politiques et interventions sociales », 2013, p. 137-144.

qu'est-ce qui est entendu par pouvoir d'agir, et qu'est-ce que cela implique pour les professionnels ?

Tout d'abord le pouvoir d'agir vient de la notion d'empowerment, née à la suite de différents débats, et de mouvements sociaux, aux Etats-Unis, au Canada, en Amérique Latine et puis en Europe. Elle s'étend à différents champs tels que le monde managérial, entrepreneurial, politique, et celui de l'intervention sociale et médicosociale. L'idée est de, dans le cadre du domaine de l'intervention sociale, créer un environnement propice au développement du pouvoir d'agir des usagers, en mobilisant notamment les ressources nécessaires qui permettront à l'individu de se sentir légitime, et capable d'entreprendre ou d'atteindre ses objectifs. Le professionnel ne doit donc pas exercer de pouvoir sur la personne accompagnée, mais doit à contrario tout mettre en place pour qu'un rapport symétrique s'instaure entre les différentes parties.

En théorie, les méthodes d'accompagnement, associées à la promotion du pouvoir d'agir, peuvent sembler appropriées aux personnes sans-domicile-fixe. En effet, ce sont des personnes aux temporalités dites « atypiques », qui s'inscrivent dans l'urgence, et qui peuvent ressentir du désintérêt, de la résignation, de la méfiance, voire de l'hostilité, vis-à-vis des institutions et de leurs représentants (les professionnels). De ce fait, adopter la posture de la personne ressource, bienveillante, qui laisse à la personne le temps dont elle a besoin, et qui met en avant ses compétences et ses savoirs faire, pourrait permettre de rompre avec les rapports traditionnels dits asymétriques dans lequel l'utilisateur pouvait se sentir illégitime ou infantiliser. Cependant, comment cela va se traduire dans les faits ? Comment les professionnels vont pouvoir favoriser le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe ? Bien qu'en théorie cette notion semble louable, il reste que les paradigmes sociétaux et le système de prise en charge des SDF impliquent des représentations sociales et des modalités spécifiques qui peuvent compromettre, ou non, un accompagnement tourné vers la promotion du pouvoir d'agir. De plus, les sans-domicile-fixe vont-ils vraiment être réceptifs à un accompagnement qui serait orienté vers la promotion du pouvoir d'agir, au vu de leur vécu, et du rapport qu'ils peuvent avoir avec les institutions ? Pour une personne qui ne va être intéressée que par sa survie, lui insuffler l'envie ou la volonté de développer son pouvoir d'agir peut être perçu comme dérisoire. Nous pouvons par ailleurs citer un exemple concret avec l'obligation de participation, instituée par la loi 2002-2, qui paraît dans les faits bien plus complexe à mettre en place, au regard de la réalité du terrain. De ce fait, comment entrevoir la possibilité de favoriser le pouvoir d'agir d'une personne, alors même qu'il peut d'ores et déjà être difficile de la faire participer ?

Pour pouvoir approfondir la question de la promotion du pouvoir d’agir auprès des sans-domicile-fixe, il faut s’appuyer sur un terrain d’enquête spécifique qui pourrait sembler approprié pour initier ce type de démarche. En observant le système de prise en charge destiné aux personnes SDF, nous identifions deux types de dispositifs, orientés vers l’urgence ou vers l’insertion. Parmi ces dispositifs, ils existent des sous-catégories qui sont à l’interstice du social et de la santé : les lits d’accueil médicalisés (LAM), les lits halte soins santé (LHSS), et les appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ces structures ont pour objectifs d’accompagner les personnes en situation de vulnérabilité et de précarité, et entendent répondre à des besoins qui n’étaient jusque-là peu ou pas couverts pour les SDF : les problématiques de santé physique, mentale, et psychique. Questionner ainsi la pratique des professionnels au sein d’un de ces dispositifs peut alors se révéler être intéressant, dans la mesure où les sans-domicile-fixe sont justement plus touchés que le reste de la population française par des maladies dites chroniques, somatiques, et psychiques.

Parmi les trois dispositifs cités, il en existe un qui se démarque, et ce parce qu’il propose un appartement individuel en sous-location aux personnes accueillies, avec un accompagnement sanitaire et social par une équipe pluridisciplinaire : il s’agit des appartements de coordination thérapeutique, et c’est la raison pour laquelle nous allons orienter notre enquête vers ce dispositif. Les ACT sont des dispositifs qui visent à accueillir à moyen ou à long terme, dans des appartements individuels ou partagés, des personnes en situation de fragilité psychologique et/ou sociale, qui ont besoin d’un suivi médical. Selon les associations qui portent ce dispositif, tous les ACT n’ont pas les mêmes spécificités. Par exemple, certains seront centrés sur les troubles du comportement addictologique, tandis que d’autres seront ouverts à tous types de problématiques liées à la santé.

Les professionnels au sein des ACT accueillent et accompagnent donc des sans-domicile-fixe qui sont au confluent de différentes problématiques, qui connaissent une socialisation dite à la marge, c’est à dire propre à la survie, les marquant physiquement, socialement, et psychologiquement, et conduisant à redéfinir par la même occasion leur rapport au corps, et à l’action. Ainsi, au regard des spécificités des personnes sans-domicile-fixe, il s’agit donc de questionner le décalage entre le travail prescrit et les capacités réelles des professionnels, et de voir dans quelles mesures ils peuvent alors favoriser le pouvoir d’agir des sans-domicile-fixe au sein des appartements de coordination thérapeutique ?

Pour se faire, il faut d’abord comprendre qui sont les sans-domicile-fixe, et puis comment s’est construit le système de prise en charge qui leur est destiné, car ces éléments nous permettront effectivement de saisir, d’une part, l’impact des représentations sociales sur le traitement de ces populations, et d’autre part, pourquoi le “Logement d’Abord” s’est imposé

comme la solution pour prévenir et lutter contre le sans-abrisme (partie 1). À la suite de cette première partie qui reprend un regard socio historique, nous verrons plus précisément ce qu'implique la politique du Logement d'Abord, et comment ces politiques, en comptant celle des droits des usagers, vont redéfinir les pratiques professionnelles, et placer la notion de pouvoir d'agir comme nouvelle norme de référence dans l'intervention sociale et médicosociale (partie 2). Enfin, nous étudierons à partir d'un cas concret, les éventuels décalages, et paradoxes, qui subsistent dans la promotion du pouvoir d'agir auprès de sans-domicile-fixe dans un contexte dit contraint d'une part, puis que cette promotion reste largement dépendante de plusieurs facteurs, qui constitueront, par ailleurs, les conditions indispensables pour qu'un professionnel puisse favoriser le pouvoir d'agir des personnes accueillies d'autre part (partie 3).

Méthodologie

Plusieurs matériaux ont été mobilisés pour réaliser cette étude, relevant à la fois de données théoriques et empiriques. Une première enquête exploratoire par observation participante a été réalisée auprès du SAMU SOCIAL de l'association Croix-Rouge française à Reims. Durant trois nuits en période hivernale, j'ai accompagné en tant que bénévole l'équipe de maraudeurs, et j'ai pu m'entretenir informellement avec les différents bénévoles, les travailleurs sociaux, et les sans-domicile-fixe rencontrés. Pour compléter cette enquête par observation, je me suis également entretenue, toujours informellement, avec la présidente de l'unité locale de la Croix-Rouge française à Reims, et un ancien chef de service d'appartements thérapeutiques, sur l'accompagnement des sans-domicile-fixe. C'est ainsi à partir de ces différentes données recueillies, avec la recherche documentaire, que se sont donc construites mes hypothèses, servant à la fois de base pour l'élaboration de mon guide d'entretien (cf. annexe 1), et pour conduire ma réflexion :

Hypothèse n°1 : « les professionnels ne pourraient pas favoriser le pouvoir d'agir des SDF chroniques, marqués par la rue, et le système de prise en charge, ou qui seraient éventuellement dans un processus de « désocialisation » ; à l'inverse ils pourraient le favoriser auprès des sans-domicile-fixe qui ne seraient pas ou plus fermés au accompagnement, qui auraient les prémices d'une volonté de s'affranchir ».

Hypothèse n°2 : « les représentations des professionnels à l'égard des SDF peuvent influencer leurs façons de faire, et l'évaluation qu'ils font sur la possibilité de favoriser leur pouvoir d'agir ou non ».

Hypothèse n°3 : « en fonction de leur formation propre, les professionnels pourraient être plus ou moins sujet à promouvoir le pouvoir d'agir des SDF. Or, dans la mesure où tous les

professionnels n'adopteraient pas la même posture, cela pourrait induire des complications notamment dans le cadre de la promotion du pouvoir d'agir ».

Neuf entretiens semi-directifs ont été réalisés, dont cinq collectifs, d'une durée moyenne de 50 minutes. Dix-sept professionnels ont donc pu être interrogés sur leurs pratiques professionnelles, et sur les modalités d'intervention prescrites au sein des appartements de coordination thérapeutiques. Celles-ci peuvent effectivement différer selon les associations qui portent ce dispositif – dans le cadre de cette étude, j'ai par ailleurs pu enquêter auprès de cinq d'entre-elles, réparties sur la région Grand Est. Ces entretiens se sont notamment faits par visio conférence, par téléphone et en présentiel (journal de bord des entretiens en annexe 2). Au vu de la spécificité du terrain, il n'était pas possible d'interroger les personnes accueillies au sein de ce dispositif.

En parallèle de ces entretiens, ont également été mobilisés des études statistiques telles que le bilan national des ACT de 2019 par la Fédération Santé Habitat, les enquête de l'INSEE de 2001 et de 2012 sur les sans-domicile, et l'enquête SAMENTA de 2004. De plus, j'ai pu étudier le bilan d'activité, et divers documents tels que les contrats de séjour de certaines associations.

Partie 1 – Vagabondage et initiatives privées, à la question SDF comme priorité nationale

La question des sans-domicile-fixe est récente, sa mise à l'agenda date effectivement de l'après seconde guerre mondiale. Si la problématique des SDF n'est devenue une priorité nationale qu'à partir de cette période, c'est en grande partie en raison de la réappréciation du phénomène du sans-abrisme liée à l'évolution des représentations sociales, et du fait de la saisie de ces phénomènes par les acteurs associatifs. Du vagabond, au clochard et puis au SDF, nous verrons que chaque dénomination induit un traitement particulier, et que la dernière en date, les sans-domicile-fixe, implique une responsabilisation de l'Etat à l'égard de ces publics, qui subiraient les défaillances du système économique. Pour autant, nous verrons que malgré cette saisie de l'Etat de la question SDF et de la mise en place de dispositifs à visée assistancielle, des limites vont émerger et elles vont conduire à développer ou à accentuer des sentiments de frustration, d'impuissance voire de méfiance à l'égard des représentants des institutions. La façon dont sont représentés les SDF, et la configuration du système de prise en charge, vont effectivement avoir un impact sur les relations d'accompagnement entre les sans-domicile-fixe et les professionnels. Ainsi, pour cerner en partie les enjeux autour de l'accompagnement des SDF, il faut dans le cadre de cette partie, d'abord revenir sur qui sont les sans-domicile-fixe, en rappelant les différentes représentations sociales qui leur ont été associées, et en précisant lesdites idées reçues actuelles sur les SDF, pour ensuite voir comment s'est construit le système de prise en charge qui leur est destiné.

A. Le phénomène du sans-abrisme, représentations et contours de ces populations

Le sans-abrisme n'est pas un phénomène récent, il a porté différentes dénominations au cours des siècles, mais il reste que la problématique reste sensiblement la même : ce sont des personnes sans toit, sans un « chez soi ». Toujours est-il que ces populations, considérées comme à la marge et déviantes, vont se voir traiter d'une manière différente selon la façon dont elles vont être représentées socialement, ou autrement dit, selon l'étiquette sociale qu'il va leur être attribuée. Entre désintérêt, répression et assistance, nous verrons comment ces différentes logiques se sont « succédées », et comment elles ont pu parfois cohabiter. Logiques qui demeurent, par ailleurs, largement dépendantes des représentations sociales. Ces représentations sociales qui ont évolué au rythme des siècles, traduisent les mutations sociales (structuration de la société, configuration et normes autour des comportements et interactions sociales) et économiques de la société française. Il s'agit alors d'aborder un regard socio historique sur ce qui a été appelé le phénomène du vagabondage et qui est devenu le sans-abrisme, pour ensuite voir plus précisément comment se composent les populations de sans domicile fixe du XXI^e siècle en France, et les représentations sociales ou les « idées reçues » associées.

1. Du sans aveu menaçant l'ordre public aux SDF victime d'un système défaillant

Du vagabond, à l'errant, du clochard au SDF, il est intéressant de constater la diversité d'appellations pour qualifier des individus sans logement individuel. Ces appellations ne sont pas neutres dans la mesure où elles traduisent la façon dont ces populations étaient perçues et comprises. Elles reflètent ainsi les représentations sociales à l'égard de celles-ci. Par ailleurs, ces représentations sociales nous permettent certes de comprendre la façon dont ces populations vont être définies, mais également la façon dont elles vont être prises en charge.

Les représentations sociales, inspirées de la psychologie sociale, sont au cœur de nos sociétés. Elles sont partagées, véhiculées et héritières de l'histoire d'une société et de sa culture. Moscovici définit les représentations sociales comme « une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus³ » (1961). Ainsi, les représentations sociales, comme construction sociale, et comme produits d'un collectif, d'une culture et d'une socialisation, sont des images fondées sur un ensemble de jugements et de stéréotypes. Celles-ci vont jouer un rôle important sur la façon dont vont être traités les phénomènes définis comme des problèmes, ou autrement dit, sur la façon dont les autorités vont se saisir des problèmes dits publics ou sociaux. Comment étaient

³ Moscovici, S, 1961, la psychanalyse son image son public, Paris : presses universitaires de France.

perçus les vagabonds ? Comment étaient-ils pris en charge ? Nous verrons ainsi au fil de cette partie le lien entre les représentations sociales, les appellations et les modes de prises en charge qu'ils soient absents, répressifs ou assistanciers.

Ce n'est qu'à partir de la fin du XXe siècle que l'appellation sans-domicile-fixe se popularise et pour qu'il y ait, d'une certaine manière, une réappréciation du phénomène du sans-abrisme. En effet jusque-là, les personnes sans logement étaient définies comme des vagabonds, des mendiants, des clochards, d'errants, ainsi de suite. Il ne leur était prêté que des assignations à connotation négative, non sans lien avec une opinion publique récalcitrante et hostile face à ces figures de la grande pauvreté et de la misère. Ainsi, du Moyen-Âge au XVIIIe siècle, les vagabonds sont réprimés et stigmatisés (Viguié, 2013⁴). L'image partagée du vagabond est celle de la personne errante, sans foyer, avec aucune source de revenu : « Tous vagabonds, oisifs, gens sans aveu et autres qui n'ont aucun bien pour les entretenir et qui ne travaillent, ne labourent pour gagner leur vie. » (Ordonnance de François 1^{er}, 1534). Cette première ordonnance nous donne par ailleurs des indications quant à la façon dont les autorités perçoivent les vagabonds. En effet, considérés comme des individus ne pouvant générer qu'un trouble à l'ordre public, la solution trouvée pour « corriger » ce « fléau social », est la répression. À cela s'ajoute qu'à cette même époque (XIVe siècle), le pouvoir en place a pour ambition d'exercer un contrôle social sur la population et plus particulièrement sur les vagabonds, et ce en raison de la méfiance qu'ils inspirent. De plus, si les autorités font preuve de non-assistance auprès de ces individus, c'est parce que l'existence même de la misère est considérée comme « normale » et justifiée. En effet, la hiérarchie sociale est comprise comme étant la volonté de Dieu, cela légitimant les privilèges accordés aux membres du clergé et de la noblesse, et le fait qu'il y ait à contrario, des miséreux. Ce n'est qu'à partir du XVIe siècle que les autorités vont commencer à mettre en place des mesures pour assister les vagabonds.⁵ Ils joueront un rôle ambigu entre secours et soumissions de ces individus (Brousse, Firdion et Marpsat, 2008⁶), et ce en raison de la mise en place d'un système dual en termes de traitement de la pauvreté. Une dichotomie va s'opérer entre les bons mendiants, les vagabonds qualifiés de valides inspirant de la pitié (bénéficiant ainsi de l'aide de l'Eglise), et les autres qualifiés d'invalides méritant la répression (notamment de la part des autorités).

⁴ Viguié Frédéric, « D'ailleurs et de nulle part. Mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge. André Gueslin, Librairie Arthème Fayard », 2013, *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2013/1 (N° 6), p. 134-138.

⁵ À noter tout de même que c'était l'Eglise, avant même qu'il y ait des mesures étatiques, qui s'occupaient de la charité et de la prise en charge de ces populations.

⁶ CÉCILE BROUSSE, MARYSE MARPSAT, et JEAN-MARIE FIRDON, 2008. *Les sans-domicile*. La découverte. Paris : Collection Repères. Sociologie.

À partir du XIXe siècle, les représentations à l'égard des vagabonds se dégradent. C'est une période marquée par l'industrialisation des sociétés, un flux d'immigration au sein de la société française et par des crises qui conduisent à allonger la période de pauvreté. Les vagabonds sont alors considérés comme de dangereux délinquants par les pouvoirs publics, car ils voient en eux une menace, dans le cadre des révoltes, à l'égard du pouvoir établi⁷ (nous pouvons citer l'exemple des émeutes populaires en 1848)⁸. À cela s'ajoute que les logiques suivies sont celles du libéralisme, et on tient l'individu responsable de sa situation, d'où la non-assistance à l'égard des vagabonds. Les lois de 1810 dans le code pénal vont par ailleurs contribuer à ceci : la mendicité est reconnue comme un délit et il y a la promotion de la réclusion en dépôt de mendicité. Et même avec l'enracinement de l'assistance dans la Constitution de la IIIe République, les vagabonds et mendiants restent exclus en gardant cette étiquette de pauvre indigne non légitime à une aide publique. Pour illustrer cette inscription du vagabondage et de la mendicité dans le droit pénal, peuvent être cités les articles suivants : Art. 269 : « Le vagabondage est un délit. » ; Art. 274 : « Toute personne qui aura été trouvée mendiant dans un lieu pour lequel il existera un [dépôt de mendicité], sera punie de 3 à 6 mois d'emprisonnement, et sera, après l'expiration de sa peine, conduite au dépôt de mendicité. » ; Art. 278 : « Tout mendiant ou vagabond qui sera trouvé porteur d'un ou de plusieurs effets d'une valeur supérieure à 1 F, et qui ne justifiera point d'où ils lui proviennent, sera puni de la peine portée en l'article 276. »⁹.

À partir du XXe siècle et notamment 1945, avec le développement de l'Etat providence et de l'urbanisation, on assiste à une diminution du vagabondage. Il y a même une évolution en termes d'appellation qui va s'opérer au cours de ce siècle : du vagabond au clochard, entendu comme un nouveau type d'errance qui serait davantage urbain que rural (Damon, 2002). Et puis du clochard au SDF, le sans-abri n'est plus considéré comme un simple mendiant, négligé, vieux, qui aurait choisi sa situation, mais comme une personne qu'il faut prendre en charge car elle serait victime d'un système économique défaillant. Ces évolutions de perception de ces publics vont jouer un rôle non négligeable dans la façon dont les pouvoirs publics vont se saisir de ces problématiques.

À partir de la fin du XIXe siècle, le vagabondage devient une thématique de recherche incontournable dans le champ médical, pour notamment tenter de comprendre le phénomène du sans-abrisme. Les psychiatres cherchent par exemple la cause du « vagabondisme » et de

⁷ Avec l'industrialisation des sociétés, on voit émerger un « nouveau » groupe social : les ouvriers. Ceux-ci représentent une grande partie de la population et ils sont considérés comme une menace par les pouvoirs publics. Il y a une certaine méfiance à leur égard. Ainsi, avec les ouvriers, les vagabonds vont être perçus comme une menace et cela va justifier les modes de traitement répressif.

⁸ Voir site : alloprof.fr, article « Les révolutions politiques au 19e siècle (notions avancées) »

⁹ Voir site : jurislogement.org

la mendicité et en ont conclu que ces personnes sont atteintes d'une maladie mentale « la dromomanie des dégénérés » (Damon 2012)¹⁰. Ce seraient des psychopathes, des criminels, et des personnes impulsives. Ces études ont permis de légitimer d'une certaine manière les représentations sociales en lien avec les vagabonds et les politiques répressives à leur égard. Elles sont aussi à l'origine des modes de prise en charge des vagabonds qui se faisaient notamment en asile. Il faut alors attendre encore quelques années pour que la perception du sans abri change pour devenir celle du clochard « inoffensif, vieux, alcoolique », qu'il faut laisser vivre.

C'est à partir de la Seconde Guerre mondiale que l'on va assister à une inversion des tendances, c'est-à-dire dans la façon dont l'Etat va traiter le dit problème des sans-abris – pour rappel à l'origine de manière répressive. Il va effectivement y avoir de moins en moins de décisions de justice à l'égard des délits de mendicité, et en parallèle, une augmentation de la charge de l'Etat pour l'aide sociale à l'hébergement (Damon, 2012). Ceci n'étant d'abord non sans lien avec le contexte : les revendications de liberté fin des années 60, les études critiques sur les établissements psychiatriques, sur les relations de pouvoir dans le monde du social, et les crises à partir des années 70 (Damon, 2012). Et puis, parce que le phénomène du sans-abrisme est envisagé sous un prisme différent : les vagabonds deviennent des figures de la grande exclusion, et vont porter alors plus communément la dénomination de « SDF ».

Encadré n°1 : SDF

Il faut préciser que la dénomination SDF se détache des autres car on y retrouve le mot « domicile », impliquant ainsi d'inclure la problématique du logement à celle des personnes sans-domicile-fixe. De plus, cette façon de qualifier ces populations amène également à une réappréciation, dans le sens où l'accent n'est plus mis, en théorie, sur un attribut physique ou sur une attitude, mais plutôt sur le manque de quelque chose : le logement ¹¹(Damon, 2002). C'est en 1983 qu'apparaît pour la première fois ce sigle dans la presse. Et c'est à partir des années 1990, d'après l'enquête de Julien Damon, que s'intensifie l'usage de ce sigle.

L'après-guerre est aussi marqué par l'institutionnalisation de la sécurité sociale qui conduit à déplacer le type de juridiction auquel vont être soumis les vagabonds : du ministère de la justice à celui des affaires sanitaires et sociales (devenu le ministère des solidarités et de la santé). Il n'est ainsi plus question de « les réprimer mais de les protéger ou de les rééduquer »

¹⁰ JULIEN DAMON, 2012. *La question SDF*. Presses Universitaires de France. Le Lien Social.

¹¹ Damon Julien, « Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? Une étude à partir des dépêches AFP », *Population*, 2002/3 (Vol. 57), p. 569-582.

(Damon, 2012). Le vagabond n'est alors plus un asocial dangereux mais un assisté (le SDF), assisté qui fera par ailleurs l'objet de politiques de ciblage prévues par le VI^e plan (préoccupation du bien-être et de social) pour combler les manques de la sécurité sociale. Au-delà de l'assisté, le sans-abri passe du vagabond déviant au sans-domicile-fixe inadapté – d'où le fait qu'en 1974, ont été créés les centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Dès la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, le 29 juillet 1998, un basculement s'opère. La personne SDF n'est plus inadaptée mais exclue. Les SDF deviennent ainsi les figures de la grande exclusion, et il ne sera plus question de les réadapter à la société, mais de les réinsérer. Ceci s'illustre par exemple avec le changement du « R » dans les CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale – en 1959 « reclassement », et en 1974 « réadaptation », « La thématique de l'exclusion est venue modifier les modes de description d'action qui concernent la pauvreté, les inégalités. » (Damon, 2012).

S'il y a ce basculement des représentations, c'est également parce que le contexte socio-économique et politique change. À partir des années 70, les SDF connaissent une visibilité croissante. La particularité de ces populations est que ce problème social est identifiable à l'œil nu, c'est une « souffrance à proximité » (Boltanski, 1993¹²). Avec les phénomènes de rénovation urbaine et d'harmonisation des quartiers, les sans-abri ont quitté les habitations dites insalubres, du fait de leur destruction. Ils ne sont alors plus concentrés à un même endroit et se sont dispersés dans la ville. À cela s'ajoute qu'à partir des années 90, des journaux de rue sont vendus par les SDF, conduisant à de nouvelles formes d'interactions entre les SDF et les habitants : il n'est plus question d'une relation de mendicité mais d'une relation commerciale. Ces nouveaux rapports ont conduit à une évolution en termes de représentations sociales, en des termes moins hostiles et plus sympathiques. Enfin, si l'opinion publique change, c'est parce qu'elle éprouve une certaine empathie vis-à-vis des personnes qui subissent une situation qu'elles n'ont pas envie de rencontrer. Par ailleurs, il peut être intéressant de souligner que l'opinion publique à l'égard des SDF varie en fonction des saisons : le froid en hiver provoque une hausse de la sympathie et de la compassion, tandis que l'été, il est plutôt souhaité de ne pas voir cette pauvreté dans les rues, et donc cela sous-entend des mesures d'invisibilisation de cette population – arrêts anti-mendicité, mobilier anti-sdf. Ceci s'illustre par ailleurs au travers des dépêches de l'Agence France Presse (AFP) : le nombre de dépêches en lien avec les personnes SDF augmente en hiver et notamment lors des fêtes de fin d'année, d'abord, parce que les périodes de grand froid provoquent la mort de personnes sans-domicile-fixe, et puis, parce que les fêtes de fin d'années produisent un sentiment de sympathie et une volonté accrue de solidarité. (Damon, 2002). Par ailleurs, ceci

12 Boltanski Luc, La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique. Éditions Métailié, « Leçons De Choses », 1993.

nous permet de comprendre cette certaine ambiguïté des actions publiques qui vont à la fois suivre des logiques assistancielles et répressives. Celles-ci reflètent et traduisent l'opinion publique.

En 1955, est créée la brigade d'assistance ayant pour objectif de les conduire à la maison de Nanterre – ancien dépôt de mendicité. En 1960, une circulaire du ministre de la Santé publique dans le cadre de l'hébergement des vagabonds, va promouvoir l'accès de cette population à l'aide sociale. En 1974, les centres d'hébergement deviennent des centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Avec la fin des Trente Glorieuses, les chocs pétroliers et la montée du chômage, la question qui deviendra celle des SDF prend une place spéciale au sein de l'agenda médiatique et conduira par ailleurs à l'abolition de la loi du délit de mendicité et de vagabondage en 1994. On assiste donc bien au cours du XXe siècle à une réappréciation du phénomène du sans-abrisme : du « fléau social » à « un problème social ». Ainsi, les évolutions sociétales ont conduit à ce que l'on passe de logiques à dominante coercitive à des logiques à dominante assistancielle. Le fait est que les représentations sociales, en lien direct avec ce basculement, ont une incidence sur les modes de prises en charge. Rappelons les études psychiatriques à l'égard des vagabonds telles que la thèse de Dubourdieu en 1894 : *Automatisme ambulatoire de la dromomanie des dégénérés* ; ou les études de Charcot à la fin du XIXe et de Benon, début XXe. Celles-ci ont cherché à trouver les raisons ou les origines du vagabondage, et elles en ont conclu que cela relèverait de la maladie mentale. Le vagabond aurait comme une « impulsion irrésistible de fuite » (Federico Caro, 2006), il serait dans un « état morbide [...] sous l'influence de troubles psychiques ». Il pourrait devenir « violent, il casse, il brise tout, [...], peuvent assassiner quelqu'un ou se suicider ».¹³ Ces différentes analyses ont conduit au développement d'asiles pour vagabonds car ils étaient considérés comme des malades mentaux. Cette appréciation du phénomène du vagabondage sous un prisme psychiatrique et donc sanitaire, permettait également de légitimer la non-présence de politiques d'assurances à leur égard car ils ne relevaient pas du champ du social, selon les représentations sociales. De ce fait, les réponses apportées dans le cadre du système de prise en charge de ces populations étaient des établissements publics tels que les hôpitaux, les dépôts de mendicités, et des établissements privés tels que les asiles de nuits et les maisons d'assistance par le travail (Aranda, 2019¹⁴). Il s'agit alors de « déviants » qui vont être ancrés dans un parcours d'internement, et puis dans des centres de triage (Aranda, 2019).

¹³ DUBOURDIEU, V.C., 1894. *Automatisme ambulatoire de la dromomanie des dégénérés* [en ligne]. Thèse pour un doctorat en médecine. Impr. du Midi, P. Cassignol.

¹⁴ ARANDA, Mauricio, 2019. Good vagrants for the state. *Politix*. 2019. Vol. 127, n° 3, pp. 85-107.

Cette façon de désigner ces populations est en fait très importante car elle permet de comprendre les réponses apportées pour les invisibiliser ou pour les assister. Le vagabondisme ne va pas être de la responsabilité de la société, mais va plutôt être considéré comme un problème à la marge. Tandis que la question SDF va devenir un problème public qu'il faut solutionner par des modes de prises en charge. De plus, ces représentations qui vont influencer les politiques publiques, vont dans le même ordre d'idées, influencer les modes d'accompagnement de ces populations. En effet, la façon dont les professionnels vont accompagner une population va d'abord être en lien avec l'encadrement réglementaire et législatif, et puis elle va également dépendre de la manière dont ils vont percevoir ces populations : accompagner un vagabond considéré comme un « malade mental » ne reviendra pas à accompagner un SDF considéré comme un « inadapté ».

Il a été question pour cette partie de voir comment les représentations sociales ont évolué à l'égard de ces populations. Cependant, pour cerner les populations de sans-domicile-fixe, il ne faut pas se contenter des représentations, qui restent des constructions sociales. Il convient donc de voir ce qu'il est entendu institutionnellement par sans-domicile-fixe, et quelles sont les caractéristiques sociales de ces populations.

2. Les SDF, des populations aux parcours multidimensionnels

a) *Sans logement, sans-abri, sans domicile fixe, quelles définitions ?*

Comme cela a été évoqué précédemment, le sigle SDF a vu le jour au cours du XIXe siècle, mais il s'est popularisé à partir de la fin du XXe siècle – et ceci n'est pas sans lien avec la mise à l'agenda de la question SDF qui s'est opérée sur la même période. En reprenant Julien Damon (2002), être SDF « est une situation qui peut être transitoire, permanente ou chronique ». Le sigle SDF se caractérise aussi par sa définition assez large dans le sens où y sont compris : « Les sans-logis (privé de logement), les sans-abri (victime d'une catastrophe), les clochard (marginale n'appelant pas d'intervention publique), les vagabonds (qui fait plutôt peur), ou encore les mendiants. » (Damon, 2002).

De plus, d'après le dictionnaire Le Robert, la personne sans-domicile-fixe est définie comme suit : « Personne sans ressources, qui n'a pas de logement régulier, vit dans la rue. »¹⁵. Cette dénomination se veut ainsi englobante car elle permettrait de prendre en considération le phénomène du sans-abrisme¹⁶ dans son ensemble (Claudia Girola, 2011).

¹⁵ Voir site : dictionnaire.lerobert.com

¹⁶ Par phénomène du sans-abrisme, nous entendons le fait que la croissance du nombre de sans-domicile-fixe conduit à ce que l'on ait à partir des années 90, une reconsidération du phénomène comme relevant d'abord d'un fait social et puis d'un problème social.

Il est également intéressant de constater qu'il n'existe pas de définition légale de la personne sans-domicile-fixe, et ce même dans le code de l'action sociale et des familles. Alors même qu'il existe un ensemble de dispositifs et de réglementations en lien avec la prise en charge de ces populations. Comment définir alors cette population ? Faut-il s'appuyer des travaux de Julien Damon ? Des définitions présentes dans les différents dictionnaires ? De la typologie européenne de la Fédération européenne des organisations nationales travaillant avec les sans-abris (FEANTSA) ? Ou bien sur les éléments donnés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) ? Il peut être noté par ailleurs que la FEANTSA ne parle pas de sans-domicile-fixe à proprement parler, mais de « personnes en situation d'exclusion du logement », et que dans la même idée, l'INSEE parle de « sans-domicile », et non de sans-domicile-fixe.

La FEANTSA donne une typologie précise des personnes en situation d'exclusion du logement. Cette fédération a, avec des experts spécialistes de la question SDF, travaillé sur cette typologie à l'échelle européenne :

Tableau 1 : Typologie européenne

Être sans-abri	Dort à la rue ou en hébergement d'urgence.
Être sans logement	Un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers.
Être en logement précaire	Menacé d'exclusion en raison de baux précaires.
Être en logement inadéquat	Caravanes sur des sites illégaux, logement indigne, conditions de surpeuplement.

Source : FEANTSA, 2007

Tandis que l'INSEE définit les sans-domicile de cette manière : « Dans le cadre de l'enquête auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite, une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ». ¹⁷

Ces différentes approches peuvent, par ailleurs, questionner la façon dont va être nommer la population étudiée. Faut-il rester sur l'approche englobante que veut se donner le sigle SDF ? Ou faut-il, à l'instar de certains chercheurs sur cette thématique, prendre parti sur une appellation précise, (qui pourrait correspondre à la typologie européenne de la FEANTSA par exemple) ? Dans le cadre de cette étude, il est préférable de garder le sigle SDF, et ce en

¹⁷ Voir site : insee.fr

raison de sa définition englobante. S'il est utilisé par exemple la typologie européenne de la FEANTSA, il s'agirait alors d'utiliser à la fois plusieurs dénominations. En effet, au premier abord, il se trouve que d'utiliser la catégorie sans-abri pourrait être la plus appropriée. Cependant, dès lors que l'on traiterait la question des SDF au sein des ACT, il serait question de basculer vers une autre catégorie : les sans logement – par définition : un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers. Il faudrait donc jongler entre ces différentes catégories dès lors que l'on précisera le parcours des SDF, par exemple : « le sans logement était dans cette situation lorsqu'il était encore sans abri... ». Utiliser le sigle SDF permet ainsi d'éviter d'exclure une catégorie de sans-domicile-fixe.

Au regard des différentes manières d'appréhender ces populations qui se traduisent par les différentes dénominations, nous comprenons qu'il n'existe pas une population de sans-domicile-fixe qui vivrait universellement la même situation, et qui aurait eu le même parcours. En effet, s'il y a bien un point qui va converger quelle que soit la source, c'est bien la diversité des situations et des profils rencontrés à la rue. Ainsi, c'est pour cette raison qu'il n'est pas question de parler d'une population de sans-domicile-fixe mais des populations. Il est indispensable de mettre l'accent sur le pluriel lorsque nous parlons des sans-domicile-fixe, il existe bien des catégories et des parcours hétérogènes. À noter que par populations hétérogènes, il est entendu la question de la disparité, ou le fait d'être protéiformes. Quant au passage à la rue d'un individu, entendu comme un processus ou comme un parcours multidimensionnel, l'idée est que le passage à la rue d'un individu se fait en raison d'une pluralité de facteurs qui sont à la fois de l'ordre de l'individuel (ruptures « *sociales* », de liens de filiations, conjugaux, intégrateurs...), et de l'ordre du structurel (par exemple un déséquilibre entre l'offre et la demande de logement). En tenant compte de ces approches, il peut être d'ores et déjà appréhendé la complexité du phénomène. Par ailleurs si le terme multidimensionnel est employé, c'est aussi pour faire le parallèle avec les travaux de Léa Morabito et de Camille Peugny ¹⁸ sur les chemins de la précarité, le caractère multidimensionnel des parcours des précaires peut effectivement être associé à ceux des SDF : « Ruptures cumulatives tendant à s'alimenter les unes et les autres. » (Paugam, 2018 ¹⁹).

b) *Éléments de contours autour du phénomène du sans-abrisme ?*

Afin de comprendre dans quelle mesure ces populations sont hétérogènes, il faut voir plus en détail les contours de ces populations. Pour se faire, vont notamment être mobilisées, d'une

¹⁸ M Morabito Léa, Peugny Camille, « Chapitre 2 / Les chemins de la précarité », dans : Céline Braconnier éd., *Les inaudibles. Sociologie politique des précaires*. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2015, p. 51-78.

¹⁹ Paugam Serge, *Le lien social*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2018.

part, les données statistiques issues des enquêtes de 2001 et 2012 de l'INSEE²⁰. Ces enquêtes se sont centrées sur « les personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas implantés dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus.²¹», et d'autre part sur l'étude de Cécile Brousse, Jean-Marie Firdion et Maryse Marpsat dans « sans-domicile »²².

Les sans-domicile (SD) seraient majoritairement des hommes (64%) – INSEE 2001. Parmi les hommes sans-domicile, 67% d'entre eux sont seuls (c'est-à-dire en non-concubinage, ou autres) contre 19% à l'échelle de la population française dans son ensemble. D'ailleurs, au moment de l'enquête INSEE 2012, il était dénombré 140 000 personnes SDF en 2012, soit une augmentation de plus de 50% sur la période de 2001 à 2012 – ceci s'explique par « l'arrivée » de nouveaux publics SD : les migrants, les femmes et les enfants. Ainsi, le phénomène du sans-abrisme connaît une certaine féminisation et un rajeunissement (Damon, 2003). Ces tendances ressortaient par ailleurs dès l'enquête 2001, dans la mesure où 36% de sans-domicile avaient entre 18 et 29 ans (16% ont 50 ans ou plus). Pour les femmes sans domicile, il est constaté que près de la moitié sont mères avec des enfants.

En 2012, 23% des sans-domicile hommes étaient en emploi, 41% au chômage et 36% en inactivité. Pour les femmes, on retrouve des données similaires : 25% en emploi, 36% au chômage et 39% en inactivité. Parmi les salariés (hommes et femmes confondus), 93% occupent un emploi peu qualifié (ouvriers ou employés), contre une personne sur deux à l'échelle de la population occupant un emploi dans son ensemble. De plus, au regard des données statistiques portant sur les catégories socio-professionnelles actuelles ou passées des sans-domicile, nous pouvons penser que les personnes occupant des postes d'ouvriers, et d'employés, ont plus de chance d'être sans-domicile, que les personnes occupant des postes de cadres. Il en ressort effectivement que parmi les hommes 57% ont été ouvriers, 56% des femmes ont été employées, et moins de 10% des SD tous sexes confondus ont occupé un poste de cadres ou de professions intermédiaires. Ils occupent également des emplois plus précaires dans le sens où 24% sont en contrat à durée déterminée, 15% en travail temporaire, et 22% sans contrat de travail, contre 39% en contrat à durée indéterminée. De plus, les femmes sans-domicile seraient davantage concernées par les emplois à temps partiels (67% contre 37%). Dans le même ordre d'idée, les sans-domicile au chômage sont plus touchés par

²⁰ Dans le cadre de l'enquête de l'INSEE, la définition retenue était la suivante : « Une personne est dite sans-domicile au sens de l'enquête un jour donné, si elle a dormi la nuit précédente dans un lieu non prévu pour l'habitation [sans-abri] ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation ».

²¹ Voir site : insee.fr

²² Cécile Brousse, Maryse Marpsat, Jean-Marie Firdion, 2008. *Les sans-domicile*. La découverte. Paris : Collection Repères. Sociologie. ISBN 978-2-7071-5310-4.

le chômage de longue durée (56% contre 41% pour la population française). Les sans-domicile ont, dans la plupart des cas, comme principale source de revenu le RSA et pour 60% d'entre eux (2012), ils ont moins de 900€ pour vivre²³, tandis que 85% ont moins de 1 200€ pour vivre. Parmi les sans domicile, 50% sont dans un hébergement collectif et 12% dans un hôtel (enquête 2001). De plus, les SD seraient plus sujets que le reste de la population à des maladies dites chroniques (pathologies respiratoires), des troubles psychiques (30%) et aux problématiques liées à l'addictologie. Les problèmes de santé seraient exacerbés chez ces populations.

À partir de ces données, il est clair que les populations de sans domicile fixe sont assez hétérogènes, dans le sens où l'on retrouve des profils sociodémographiques variés. De plus, ces statistiques illustrent le fait que ces populations sont au confluent de différentes problématiques liées au logement, la santé, l'emploi et la précarité financière. Aussi, c'est pourquoi il existe une véritable stratégie interministérielle qui s'opère pour les sans domicile fixe.

Pour cerner davantage les contours de ces populations, il faut également s'intéresser aux facteurs qui peuvent conduire à ce passage la rue, et ce afin de comprendre les différents mécanismes qui peuvent s'opérer. Il est observé que 26% des sans-domicile ont perdu leur logement en raison d'un départ du domicile conjugal, 21% pour cause de départ du domicile familial, 19% car ils venaient d'arriver sur le territoire national, 16% pour des raisons économiques, et 12% car ils sortaient d'institutions comme la prison, l'hôpital ou les foyers de travailleurs. Le plus souvent, le passage à la rue se fait donc à la suite d'une rupture qui cause une certaine instabilité, ici liée directement à la « perte » d'un logement. Il faut tout de même préciser que ce n'est pas seulement parce qu'une personne va connaître une de ces situations, qu'elle va finir sans-domicile. Le passage à la rue est bien le fruit d'une accumulation de différentes ruptures : par exemple le départ du domicile familial, avec le fait de ne pas avoir de moyens économiques, et/ou de réseau sur lequel s'appuyer pour une éventuelle aide, amènent à ce passage à la rue. D'où le caractère multidimensionnel des parcours des sans-domicile-fixe.

Par ailleurs, il faut nuancer les données présentées au sein de cette partie. Cette enquête ne prend pas en compte toutes les catégories de sans-domicile-fixe. De plus, elle n'a pas élargi son enquête à tous les territoires, y étaient effectivement exclues les agglomération de moins de 20 000 habitants, et celles ne proposant pas de services pour ces populations.

²³ Ils se situent donc bien en dessous du seuil de pauvreté fixé à 60% du niveau de vie médian établi par l'INSEE en 2017 : 1 041€.

Malgré ces limites, il faut tenir compte de la difficulté à dénombrer avec exactitude le nombre de personnes SDF présent sur un territoire, et ce en raison de leur temporalité qui est différente. Ainsi, même si ces enquêtes présentent des limites, il reste qu'elles constituent un réel appui dans le cadre de notre démarche. Au-delà des statistiques qui donnent des indications quant aux contours et aux différentes caractéristiques de ces populations, certains auteurs ont développé des concepts qui servent de grille d'analyse pour comprendre, et appréhender le phénomène du sans-abrisme (directement ou indirectement). Toujours est-il qu'au regard des caractéristiques et des trajectoires de ces populations, étudiées plus tôt, nous pouvons identifier certains décalages qui peuvent nous questionner. Il s'agit donc de voir plus précisément quels sont les concepts qui vont être associés aux sans-domicile-fixe, et dans quelle mesure peuvent-ils être non appropriés ou adaptés ?

c) Les SDF, des populations désocialisées, et désaffiliées ?

D'après les recherches de Thibault Besozzi dans « les idées reçues »²⁴, les concepts de désocialisation et de désaffiliation seraient utilisés pour caractériser les sans-domicile-fixe. Cependant, au regard des données citées en amont telles que : 23% de sans-domicile hommes, et 25% des sans-domicile femmes sont en emploi, nous pouvons nous interroger quant à ces concepts et leur véracité dans certains cas. Peut-on toujours parler de désocialisation (Vexliard, 1957²⁵) ou même de désaffiliation (Castel, 1995²⁶) pour qualifier ou caractériser le parcours de vie des sans-domicile-fixe ?

La désocialisation est un processus théorisé par Vexliard en 1957, il s'inscrit dans une approche psychosociologique. Ce serait un processus auquel les SDF seraient confrontés, et qui permettrait d'expliquer les différentes réactions et comportements qu'ils adopteraient. La désocialisation des SDF amène à ce qu'ils développent une nouvelle personnalité à la suite de quatre phases successives :

- La phase d'agressivité : le SDF est à la rue et n'accepte pas sa situation. Il va ainsi adopter un comportement hostile et de rejet à l'égard des institutions et d'autrui.
- La phase régressive ou de repli : le SDF commence à accepter sa situation.
- La phase de « résolution du conflit », « rupture avec le passé » : le SDF commence à intérioriser sa situation et perd « sa dignité » dans le sens où il ne va plus suivre la logique

²⁴ BESOZZI, Thibaut, 2020. *Idées reçues sur les SDF* [en ligne]. Le Cavalier Bleu.

²⁵ ALEXANDRE VEXLIARD, 1957. *Le clochard : Étude de psychologie sociale* : Desclée de Brouwer. Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française.

²⁶ Castel Robert, Zecca Marine. Les métamorphoses de la question sociale. In: *Agora débats/jeunesses*, 2, 1995. Les jeunes, acteurs du politique. pp. 97-102.

du : je dois prouver que je mérite ce don ou je dois faire une action en retour. Il commence ainsi à mendier, à boire, et à accepter de réduire ses besoins.

- La phase de renoncement social : le SDF est replié sur lui-même, il est juste dans un état de survie où il ne se contente que du strict minimum.

Les SDF sont-ils alors désocialisés ? Il est assez difficile d'affirmer à l'unanimité que tous les SDF sont confrontés à ce processus de désocialisation, d'abord parce que pour ceux qui travaillent, ils sont encore affiliés ou intégrés à un espace socialisateur : le monde du travail. Quant aux personnes au chômage, elles ne sont pas purement désocialisées ou autrement dit, arrivées au terme du processus de désocialisation, car elles ne sont pas dans une phase de renoncement social. En effet, pour percevoir le chômage, il y a une certaine conditionnalité qui implique que les SDF allocataires doivent « s'activer » en allant aux rendez-vous, et en prouvant qu'ils sont dans une logique de recherche d'emploi. Percevoir le chômage peut être interprété comme un signe de non-acceptation du strict minimum, et d'une volonté de s'affranchir de sa situation. Par ailleurs, d'après l'enquête INSEE de 2012, les sans-domicile au chômage interrogés, ont en moyenne effectué trois démarches de recherches d'emploi à Pôle Emploi.

Ensuite, concernant le concept de désaffiliation de Castel, nous comprenons que c'est un processus dans lequel s'opère une double rupture : une liée au travail ; et une liée à la sociabilité, c'est-à-dire l'insertion relationnelle (Gardella, Souloumiac, 2004)²⁷. Les données que nous venons d'évoquer concernant le chômage et la recherche d'emploi, traduisent par exemple, le fait que tous les SDF ne sont pas dans une situation de rupture avec le monde du travail. De plus, les SDF ne sont pas nécessairement et mécaniquement dans une situation d'autarcie ou de repli sur soi. Ils restent des acteurs sociaux qui vont, dans le cadre d'un autre processus relatif au monde de la rue, connaître une socialisation dite à la marge ou « eninterne », c'est-à-dire une « socialisation propre à la survie qui serait, tout au plus, pendant une relative désocialisation face aux normes et pratiques dominantes. [...] qui opère de manière indispensable pour survivre dans les conditions de précarité qu'impose la rue. » (Besozzi, 2020). De ce fait, pouvons-nous parler de désaffiliation à proprement parler, ou de rupture sociale, bien que les SDF peuvent développer un nouveau réseau, propre au monde de la rue ? À cela s'ajoute que cette socialisation dite à la marge, n'implique pas nécessairement une rupture de liens d'affiliation ou sociaux. C'est ce qui a été observé lors des maraudes :

²⁷ GARDELLA, Édouard et SOULOUMIAC, Julien, 2004. Entretien avec Robert Castel: Propos recueillis par Édouard Gardella et Julien Souloumiac. *Tracés*. 1 octobre 2004. N° 6, pp. 103-112.

19/11/2021 : un SDF trentenaire a indiqué être encore en contact avec ses parents et qui les voyait régulièrement. Il justifie le fait qu'il soit à la rue par le fait qu'il préférerait se « débrouiller » seul, et ne souhaitait pas « déranger » ses parents avec ses problèmes.

Certains SDF vont ainsi être dans une nouvelle logique de sociabilité dans laquelle ils vont se construire un réseau d'interconnaissance, d'abord auprès d'autres SDF, pour notamment développer leur répertoire, et partager leur savoir-faire (équivalent aux expériences partagées), et puis auprès des professionnels, et ce pour qu'il y ait certains arrangements.

11/11/2021 : des SDF se regroupent pour se soutenir dans les démarches. Un SDF migrant ne connaissait pas le 115, et c'est son compagnon de route qui a appelé le 115 pour lui.

19/11/2021 : le responsable du SAMU SOCIAL m'explique qu'il est en contact direct avec certains SDF qui n'hésitent pas à le solliciter s'il y a un problème.

19/11/2021 : le responsable du SAMU SOCIAL donne un téléphone avec un abonnement de 2 ans à un SDF pour qu'il puisse le contacter.

19/11/2021 : rencontre avec des SDF qui vivent ensemble dans un squat. Ils ont découvert ce squat grâce à leurs réseaux de connaissances.

23/01/2022 : rencontre avec un groupe de 5 SDF dans le « garage ». Ils se sont rassemblés pour notamment partager ce lieu, et se protéger des autres. Il y avait quatre hommes et une femme, pour une moyenne d'âge de 35 à 60 ans. Lors de l'arrivée du SAMU SOCIAL, ils étaient tous autour d'un feu, qu'ils ont allumé dans une brouette.

Enfin, l'existence même de formes de solidarité entre les personnes sans-domicile-fixe, traduit le caractère parfois inapproprié des concepts de désocialisation et de désaffiliation pour rendre compte du phénomène du sans-abrisme. Nous pouvons citer un exemple observé lors d'une maraude, un des sans-domicile-fixe présent dans le garage, nous demandais avec un air soucieux : « et les autres, ils arrivent à s'en sortir, à trouver des solutions pour se réchauffer, s'abriter ? ».

Par ailleurs, admettre que les SDF ne sont pas que des simples exclus marginalisés, désocialisés et/ou désaffiliés, c'est aussi accepter que ces mêmes individus ne soient pas que des personnes « sans » mais aussi des personnes « avec ». Autrement dit, les SDF ont des

ressources qu'ils vont notamment développer grâce à leur propre expérience, et les expériences partagées. Ce sont des personnes qui peuvent développer un véritable savoir-faire qu'il faut prendre en compte (Claudia Girola, 2011). Pour illustrer ces propos, nous pouvons revenir sur ce qui a été constaté lors des différentes observations en maraude, par exemple le feu dans la brouette qui été alimenté par des planches que le groupe de SDF avait trouvé dans une zone industrielle dans les alentours. Toujours est-il que même si nous présentons ici des situations dans lesquelles les sans-domicile-fixe ne sont pas, vraisemblablement, dans des processus dits de désocialisation, et de désaffiliation, il reste que dans certains cas, nous pourrions utiliser ces grilles d'analyse pour étudier le comportement de certains SDF. Lors des maraudes, nous avons effectivement constaté qu'il y avait différents « profils » de sans-domicile-fixe :

- Les SDF qui préfèrent se regrouper pour se protéger des autres, pour garder un certain lien social, et pour se partager les ressources (exemple le garage ou le squat).
- Les SDF qui préfèrent être seuls. Ce sont généralement les SDF qui ont connu un long parcours dans la rue, et qui ont des troubles du comportement addictologique.
- Les SDF qui ne préféreraient pas être seuls mais qui n'ont pas encore développé leur réseau d'interconnaissance. C'est donc une solitude qui peut être qualifiée de contrainte. Ce sont généralement des nouveaux arrivants sur le territoire, ou des personnes qui viennent d'arriver à la rue.

Dans le cadre de cette étude, il n'est ainsi pas question d'écarter ces processus de désocialisation et de désaffiliation car même si ceux-ci ne peuvent pas s'appliquer pour tous, ils permettent de comprendre les mécanismes qui peuvent s'opérer pour certains SDF qualifiés de « chroniques », ou qui correspondent à la description faite par Vexliard. De plus, ils nous permettent de comprendre le caractère complexe que peut prendre un accompagnement orienté vers la promotion du pouvoir d'agir auprès des SDF dits « désocialisés ».

Par ailleurs, outre les concepts de désocialisation et de désaffiliation, il existe une autre notion et c'est celle de carrière, qui permet également d'analyser le phénomène du sans-abrisme. Julien Damon aborde la carrière du SDF comme un processus non linéaire dans lequel il peut y avoir des allers-retours, il y aurait trois phases : la fragilisation, la routinisation et la sédentarisation. La première phase se comprend comme l'entrée dans le monde de la rue, le sans-domicile-fixe n'a pas encore intériorisé « les rouages du réseaux qui pourraient l'aider » (Damon, 2012). À la fin de cette première phase, soit il sort de la rue, soit il entre dans la deuxième phase, c'est-à-dire la routinisation. Cela se traduit comme une familiarisation et une appropriation du monde de la rue, du système de prise en charge et du développement

de savoirs faire. Enfin, il y a une dernière phase qui est celle de la sédentarisation, elle se comprend comme un ancrage dans le monde de la rue, et une éventuelle méfiance ou hostilité vis-à-vis du système de prise en charge. Si nous reprenons les trois profils présentés en amont, nous pouvons distinguer les différentes phases de la carrière du SDF de Julien Damon. Les SDF qui se regroupent, seraient dans la phase de routinisation, ceux qui préfèrent s'isoler dans la phase de sédentarisation, et enfin ceux qui sont seuls par contrainte, ils pourraient être dans la première étape de fragilisation. Penser le parcours des sans-domicile-fixe comme une carrière peut ainsi se révéler être intéressant, dans la mesure où cette notion nous permet d'aborder le sans-abrisme avec un autre regard, et sous un autre prisme. De ce fait, elle apporte un complément non négligeable.

Les sans-domicile-fixe forment ainsi des populations aux réalités complexes, dans le sens où on retrouve une diversité de situations et de parcours, d'abord, ce sont des populations constamment stigmatisées, qui seront traitées négativement ou positivement au gré des représentations sociales. Ceci pouvant ainsi contribuer à l'émergence de sentiment d'hostilité et de résignation des sans-domicile-fixe à l'égard des institutions. Et puis, ce sont bien des sans-domicile-fixe aux profils hétérogènes et aux parcours multidimensionnels, et pour les cas les plus extrêmes, certains seront dans des processus dits de désocialisation et/ou de désaffiliation. Il n'existe pas un sans-domicile-fixe universel, comment prendre alors en charge ces populations ? Comment les professionnels peuvent alors adapter leur accompagnement auprès de ces populations aux profils différents et aux réalités complexes ? Dans quelle mesure, cet accompagnement pourra-t-il se faire ? Accompagner un SDF « chronique » qui serait désocialisé, ne revient pas à accompagner une personne qui serait passée à la rue depuis quelques jours seulement. Au-delà de cette question de faisabilité, les politiques publiques, comme le reflet des paradigmes sociétaux, vont également avoir une incidence sur les relations d'accompagnement entre les professionnels et les sans-domicile-fixe, et elles vont même parfois contribuer à accentuer le sentiment de méfiance ou d'hostilité à l'égard des représentants des institutions. Pour cerner tous les enjeux autour de l'accompagnement des sans-domicile-fixe, il faut donc faire un détour par le système de prise en charge qui leur est destiné, et voir rétrospectivement ce qui a été fait pour comprendre les évolutions récentes.

B. D'initiatives privées à une priorité nationale : la saisie de l'Etat de ces problématiques

L'après seconde guerre mondiale marque en France une évolution, notamment en termes de traitement des vagabonds. En effet, entre la revendication des droits, des libertés, et l'évolution des représentations sociales, le sort des personnes sans logement ne va plus être

du seul ressort de l'Eglise et des associations. De plus, la problématisation du vagabondage conduite par différents acteurs privés (associations) et publics (législateurs), avec les mutations économiques et sociales, va également permettre la mise à l'agenda de la question SDF et la constitution du système de prise en charge. Toujours est-il que la façon dont a été pensé ce système de prise en charge va provoquer des effets pervers et notamment deux jeux : celui de l'Oie et du Ping Pong. Des limites vont ainsi émerger et vont avoir pour conséquence d'accroître le sentiment d'hostilité, de méfiance ou de résignation de certains sans-domicile-fixe vis-à-vis des représentants des institutions.

1. Mise à l'agenda de la question SDF

Pour comprendre la configuration actuelle que prend le système de prise en charge des SDF, il faut revenir sur la mise à l'agenda de cette question. La mise à l'agenda politique²⁸ (Muller, 2018) est un processus par lequel une autorité publique va se saisir d'une question ou d'un phénomène qui fait débat, pour y apporter une réponse qui prendra la forme de politiques publiques. Ce processus représente d'une certaine manière le passage d'un objet considéré comme un fait social à un problème public dont la responsabilité d'agir incombe à l'Etat. Ce basculement ne peut s'opérer que si des acteurs vont identifier au préalable qu'une situation est anormale et qu'il y a une nécessité d'agir. Il existerait quatre formes d'émergence d'un problème, mais celles que nous allons retenir sont : l'émergence progressive et l'émergence captée. L'émergence progressive se déroule comme suit : une personne va constater le problème et va le mettre au débat pour signaler la nécessité d'agir. Quant à l'émergence captée, c'est lorsque plus globalement une institution non étatique – des associations par exemple –, vont s'approprier un phénomène et c'est parce qu'il y a une appropriation que l'on va avoir une mise en lumière du problème. Ainsi dans le cadre des sans-domicile-fixe, et au regard de l'histoire de leur prise en charge, nous comprenons que l'émergence de la figure du SDF comme problème public, s'est opéré principalement grâce à des acteurs privés ou, autrement dit, à des entrepreneurs politiques (personnalités publiques, associations, militants). En effet, l'histoire du monde du social est empreinte de la charité privée, et dans le cadre des sans-domicile-fixe, nous observons les mêmes logiques. Même s'il y a eu une visibilité plus accrue du phénomène du sans-abrisme, ceci n'a pas constitué la cause principale de la mise à l'agenda – même si ceci y a participé et a conduit à réapprécier les représentations sociales à leur égard. Ce sont bien des fortes personnalités publiques et des associations, qui s'étaient déjà appropriées ce problème, qui vont le porter pour que les autorités publiques s'en saisissent à leur tour. Pour comprendre le déroulement, il faut recontextualiser la période à laquelle s'est opérée cette mise à l'agenda.

²⁸ Muller Pierre, *Les politiques publiques*. « Que sais-je ? ». Presses Universitaires de France, 2018.

D'abord, et avant qu'il y ait eu mise à l'agenda de la question SDF, une nouvelle problématisation du vagabondage ²⁹s'est produite au cours des années 50 (Mauricio Aranda, 2019). Il est important de le mentionner car c'est bien cette réflexion autour du vagabondage qui va permettre par la suite, l'émergence de la question SDF. Au cours des années 50, la France connaît une conjoncture économique en pleine expansion. Dans ce contexte, la sécurité sociale a été mise en place (1945), et il est question d'un renouveau de l'assistance sociale. De plus, et ce en raison des Trente Glorieuses, l'Etat n'avait pas pour préoccupation majeure les problématiques de pauvreté – il faut tout de même préciser que cette question n'était pas totalement écartée, et c'est pourquoi l'une des missions confiée à la sécurité sociale était de prévenir la pauvreté. Cependant lors de l'hiver 1953-1954, et avec la baisse extrême de la température (-15°C), il est mis en lumière la crise du logement et les conditions de vie difficiles et parfois inhumaines de certaines familles, et de personnes qualifiées comme étant les « sans logis ». La sécurité sociale ne suffit ainsi pas à prévenir et à solutionner toutes les formes de pauvreté. Ce sont des acteurs associatifs et notamment Emmaüs et l'Abbé Pierre qui vont appeler les décideurs à agir. Par ailleurs, l'Abbé Pierre va par la même occasion mettre au jour les conditions de vie, qualifiées comme étant déplorables, des « sans-logis » et des « mal-logés » dans « l'insurrection de la bonté ». Les pouvoirs publics vont alors réagir. D'abord cela s'illustre par l'ouverture d'hébergements temporaires d'urgence à Paris, et puis par la mise en place de politique de logement sociaux : les habitations à loyer modéré (HLM). Les appels de l'Abbé Pierre ont aussi conduit à la mise en place d'actions à l'échelle locale et nationale, destinées aux vagabonds. Ce premier fait illustre, ce qui va caractériser la mise à l'agenda de la question SDF, cette influence et la forte présence des entrepreneurs de politiques associatives. Par ailleurs, au-delà des associations précédemment citées, d'autres se sont également mobilisées et vont capter ce dit problème telles que le secours populaire, le secours catholique, et ATD quart monde (Aranda, 2019).

Pour autant, l'ambivalence de traitement des vagabonds est toujours présente, Mauricio Aranda précise que les actions publiques nationales et locales qui vont suivre, seront empreintes de cette dualité de traitement, et l'illustre par l'exemple des dépôts de mendicité : Il est à la fois question d'invisibiliser ces populations, en mettant en place des équipes de ramassages des vagabonds (1954) afin de les emmener à la Maison de Nanterre – qui était un dépôt de mendicité. Mais en même temps, il était donné aux dépôts de mendicité une mission d'assistance à l'égard des vagabonds et des clochards.

²⁹ ARANDA, Mauricio, 2019. De bons vagabonds pour l'Etat. *Politix*. 2019. Vol. 127, n° 3, pp. 85-107.

Ces mobilisations ont conduit à une réinterrogation du vagabondage et de son traitement. En effet, d'autres acteurs vont se saisir de cette problématique, et vont engager toute une démarche pour que des actions publiques à l'échelle nationale se mettent en place. Des députés vont, par exemple, engager des initiatives législatives pour qu'il y ait une mise à l'agenda de la question des vagabonds. Il peut être cité l'exemple des députés de la Section Française de l'Internationale Ouvrière (SFIO) qui vont en 1956 : « inviter « le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour assurer le relogement des asociaux et tenter leur réadaptation sociale. [...] la construction de centres d'accueil réservés à l'hébergement des asociaux. » » (Aranda, 2019). En parallèle, un groupement de gestionnaires associatif de centre d'hébergement vont créer la Fédération des Centres d'Hébergement (FCH). Ils souhaitent participer à cette mise à l'agenda afin que l'accent soit mis sur un « traitement social » des vagabonds (Aranda, 2019). Et ils vont réussir en mettant notamment en place, une instance officieuse, réunissant différents ministères dont celui de la justice et de la santé publique. S'ils vont paraître légitime auprès des acteurs publics, c'est en raison de l'augmentation du nombre de centres d'hébergement et d'asile de nuit à la suite du grand hiver de 1953-1954. Un grand nombre de ces structures vont appartenir au secteur associatif, et c'est ce qu'il va leur donner de la légitimité sur la question du vagabondage. Il est donc constitué une commission des vagabonds où de nombreuses négociations se sont déroulées, au sujet de nouvelles réformes à mettre en place. À partir de ces négociations, une réforme va par ailleurs être mise au jour : le décret de 1959 sur l'aide sociale³⁰. Les vagabonds vont être dorénavant qualifiés comme étant « reclassable » et vont pouvoir bénéficier de l'aide sociale. Ce décret va également permettre le développement de nouvelles institutions d'accueil qui seront financées par l'Etat. Ces institutions deviendront les centres d'hébergement et de reclassement social, dans lesquels les accueils sont conditionnés. En parallèle, de ces institutions, sont mis en place des centres d'hébergement d'urgence avec accueil inconditionnel. Il est alors question d'une nouvelle forme de dualité de prise en charge entre l'insertion et l'urgence.

À partir des années 70, la France entre dans une période de crise avec notamment les chocs pétroliers, et un ralentissement de sa croissance économique. Il y a alors l'émergence de ce qui sera appelé, la nouvelle pauvreté composée notamment de plus en plus de jeunes, et de femmes. Dès les années 80 vont ainsi se développer, ce qui relève à l'époque d'une innovation sociale, des plans hivernaux de lutte contre la pauvreté et la précarité, pour répondre justement à cet état de crise. Même si ceux-ci n'ont pas à l'origine pour cible les sans-domicile-fixe, ils vont progressivement ne se destiner qu'à ces populations. Par ailleurs,

30 Décret n° 59-143 du 7 janvier 1959 modifiant certaines dispositions des titres III et IV du Code de la famille et de l'aide sociale », JORF, le 9 janvier 1959.

s'il y a eu la mise en place de telles politiques publiques, c'est parce qu'à partir des années 70, les autorités ont commencé à se soucier de la nouvelle pauvreté. Elles vont donc commander un certain nombre d'études afin de pouvoir résoudre ce dit nouveau problème social, – à savoir qu'une distinction sera même faite entre les anciens et les nouveaux pauvres (dont font partis les SDF). Il peut être cité l'exemple des rapports du commissariat au Plan et la direction de l'action sociale : ils vont avoir une incidence directe sur les formes que vont prendre les modes de prises en charge : c'est-à-dire dans l'urgence (dispositifs sous la forme d'accueil et d'hébergement d'urgence). Ceux-ci vont également contribuer au développement d'une boîte à outils pour la « prise en charge des phénomènes de pauvreté et de précarité », par exemple avec la mise en place du revenu minimum d'insertion (RMI, 1988). Ces rapports et notamment le programme de lutte contre la pauvreté et la précarité en 1984, ont aussi amené à distinguer davantage les dispositifs relevant de l'urgence et ceux de l'insertion, « cette coupure entre l'urgence et l'insertion constitue un clivage très clair dans la formulation et la prise en charge des SDF. » (Damon, 2012).

Par ailleurs, les années 80 ont été marquées par des innovations institutionnelles, des mouvements sociaux et par une médiatisation des phénomènes du sans-abrisme, « les pouvoirs publics ont réagi, les médias ont contribué à rendre le problème plus visible. Tout cela s'est développé sur une rhétorique du scandale, de l'indignation et a poussé à l'inscription du problème sur l'agenda politique à partir de la rhétorique de l'urgence. » (Damon, 2012). Les droits des SDF sont reconnus et on tend davantage vers des modes de prises en charge assistanciels que répressifs. Il faut tout de même garder à l'esprit que même si les SDF sont appréhendés sous un regard « nouveau » et plus compatissant, il reste que des mesures répressives prises localement persistent – arrêtés anti-mendicités, mobiliers urbain anti-sdf..

En 1993, un entrepreneur du monde médical Xavier Emmanuelli propose à Jacques Chirac (maire de Paris) de créer un nouveau dispositif d'urgence : le SAMU SOCIAL et ce en raison du nombre croissant de sans-domicile-fixe et de l'absence de CHU à Paris³¹. En 1995, il devient secrétaire d'Etat chargé de l'action humanitaire d'urgence. Le SAMU SOCIAL devient alors un dispositif national qui se décline localement, c'est-à-dire qu'il sera géré localement par le secteur associatif. Il est alors une nouvelle fois question d'insister sur le caractère urgentiste des modes de prises en charge des sans-domicile-fixe. Toujours est-il qu'avec la loi de lutte contre les exclusions de 1998, il va y avoir une réaffirmation des dispositifs relatifs à la réinsertion, et de leur nécessité. Cela se traduit par exemple par le changement du « R » au sein du sigle CHRS : de réadaptation à réinsertion. L'accent sera donc de nouveau mis sur les dispositifs dits d'insertion, plutôt que ceux relatifs à l'urgence.

³¹ Voir site : samusocial.paris.fr

Ainsi le système de prise en charge des SDF, d'abord caractérisé par l'urgence et puis par l'urgence et l'insertion, va s'étendre pour devenir un complexe bureaucratique assistanciel dans lequel cohabite une diversité d'acteurs issus du privé et du public, des financements qui relèvent à la fois du public et du privé, et des modes de gestion qui peuvent différer selon les localités. Celui-ci représentant un ensemble de mesures et de dispositifs mis en place pour sortir le SDF de la rue. La mise à l'agenda de la question SDF a alors conduit à la mise en place d'un système de prise en charge complexe. Le système de prise en charge mis en place, prenant la forme de centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation, de réinsertion sociale, de dispositifs d'accueil, d'équipes médico-sociale, ou même de maraudes, devait donc pouvoir atténuer le phénomène du sans-abrisme – pour avoir un regard sur les dates importantes et les créations de dispositifs (cf. annexe 3). Pour avoir un aperçu des différents dispositifs, et des missions attribuées³² :

Tableau 2 : présentation de dispositifs

	Dispositif	Mission/prestation	Financements
Premier accueil et hébergement d'urgence	115 : numéro téléphonique d'accueil et d'aide aux personnes sans-abri	Accueil, écoute, information. Centralisation de l'information sur les capacités d'hébergement disponibles	Subvention (le plus fréquemment) ou dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)
	Services d'accueil et d'orientation	Accueil inconditionnel, parfois guichet unique départemental	
	Équipes mobiles	Aller vers les personnes les plus désocialisées ; « Samu social »	
	Accueils de jour	Espace en libre accès, accueil inconditionnel	
	Hébergement d'urgence	Répondre à une nécessité de mise à l'abri immédiate	
Hébergement d'insertion	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	Stabilisation, orientation, accès à la vie autonome (vie sociale, emploi, hébergement)	Dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)

Source : Cour des comptes, op. cit., p. 145, d'après le référentiel national « accueil, hébergement, insertion »

Malgré la mise en place d'un système de prise en charge, le nombre de sans-domicile-fixe ne cesse de croître. À cela s'ajoute que les personnes sans-domicile-fixe prises en charge dans

³² Tableau repris depuis : https://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/conference_de_consensus_fiche_7.pdf

ce système peuvent développer de l'hostilité à l'égard des institutions. Pourquoi observe-t-on ces phénomènes ? Quelles sont, en soit, les limites de ce système de prise en charge ?

2. Emergence du jeu de Ping Pong et de l'Oie au sein du système de prise en charge des SDF

Il y a plusieurs éléments à prendre en compte pour comprendre les limites du système de prise en charge des sans-domicile-fixe. Comme il a été précisé en amont, la façon dont a été pensé ce système de prise en charge a justement conduit aux limites que l'on va identifier. Et c'est notamment en lien avec la pluralité d'acteurs, pluralité qui est due d'abord aux entrepreneurs politiques (Muller, 2020) telles que les associations qui se sont saisies de ce problème, et qui se sont donc vu attribuer un rôle. Et puis, parce qu'il y a eu une réorganisation de l'Etat avec notamment les phénomènes de décentralisation conduisant à avoir davantage d'acteurs prenant les traits des collectivités territoriales.

Encadré n°2 : Réorganisation de l'Etat et coordination

Depuis les phénomènes de décentralisation et de réorganisation de l'Etat, l'Etat ne tient plus que les rôles d'arbitre et de pilotage. Il existe ainsi : une commission de l'action sociale d'urgence (créé pour donner suite à la loi d'orientation contre les exclusions de 1998). Au niveau régional, il existe différents schémas pour adapter les plans d'action pour lutter contre le sans-abrisme : schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Celui-ci a également pour objectif de coordonner les différents dispositifs, et d'identifier s'il y a la nécessité d'ouvrir d'autres dispositifs complémentaires à ceux déjà existants sur un territoire. Au niveau régional, il y a aussi la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui a pour visée de veiller à la cohésion de l'ensemble. Peut également être cité l'agence régionale de la santé, notamment pour les établissements médico-sociaux à destination des SDF.

C'est surtout au niveau départemental que l'on retrouve le plus de schémas et de plans qui se sont succédé pour coordonner l'ensemble des dispositifs et pour identifier les éventuels manques. La direction départementale des affaires sociales est le maître d'œuvre.

- Programme départemental d'insertion (initié par la loi du 1^{er} décembre 1988).
- Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (initié par la loi Besson 1990).
- Plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri (initié par la loi du 21 janvier 1994).
- Comité départemental de coordination des politiques de préventions et de lutte contre les exclusions.
- Schéma départemental d'accès aux soins de proximité.

À cela s'ajoute une diversité de dispositifs qui vont, en fonction de leur nature et du service proposé, être de la responsabilité des associations ou des acteurs publics territoriaux. On a alors un véritable jeu du « ping-pong » qui peut s'opérer. Ce jeu qui serait l'effet du partenariat

(Damon, 2012) représente le fait que lorsqu'il existe un certain nombre d'acteurs hétérogènes qui sont censés coopérer, on peut avoir mécaniquement « une dynamique constante de renvoi des problèmes d'un territoire à l'autre ». Ceci traduit d'une certaine manière le phénomène de la « patate chaude » où on estime que la responsabilité incombe à l'autre. Cependant, les « problèmes », qui vont être renvoyés d'un territoire à un autre, ou pour le dire autrement, d'un dispositif ou d'un interlocuteur à un autre, sont les sans-domicile-fixe. Lors d'une maraude réalisée le 19 novembre, un sans-domicile-fixe que nous pouvons qualifier de chronique a partagé son expérience : « Je devais rester à l'hôtel 1 mois, j'y suis restée 14 mois. L'administration j'en ai marre, ils se renvoient la balle d'un côté et de l'autre. ³³» - Homme sans-domicile-fixe, la trentaine.

Ce jeu permet de comprendre l'émergence et le développement de sentiments de résignation, et de lassitude de certains SDF à l'égard des institutions et accompagnants.

Au-delà du jeu de Ping-Pong, un autre s'opère et est le résultat des politiques de ciblage : le jeu de l'Oie (Damon, 2012). En effet, le système de prise en charge a été pensé de sorte qu'il y ait une diversité de dispositifs qui suivent la logique de l'escalier (ou de paliers). Cette approche repose sur des étapes ou des objectifs fixés à atteindre, et qui permettront, à terme, de se réinsérer, de se stabiliser, et de retrouver un logement (le sortir de la rue). Comment cela s'illustre-t-il ? Un individu se retrouve à la rue, il peut alors s'orienter vers un centre d'hébergement d'urgence (CHU). Pour autant, et comme son nom l'indique, ces centres n'ont pas pour vocation d'accompagner les sans-domicile-fixe vers le logement. Pour que cet individu puisse se réinsérer, il peut lui être proposé un accompagnement. Des travailleurs sociaux vont donc se rendre au sein des CHU, pour proposer aux SDF accueillis, un accompagnement. Si les travailleurs sociaux estiment qu'il y a besoin, ils passeront d'abord par un centre d'hébergement et de stabilisation (CHS), pour enfin arriver au centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Il s'agit bien de procéder par étapes pour que le SDF puisse progressivement obtenir toutes les clés pour se réinsérer. La méthode par escaliers, c'est également donner des objectifs lors de l'accompagnement tels que : l'arrêt de la consommation d'alcool ou de drogue, réaliser des démarches administratives, ainsi de suite. Cependant, qu'est-ce que l'on observe ? D'abord, cette méthode n'est pas adaptée à tous les SDF car certains ne vont pas accepter la vie en collectivité, ou bien le fait même de se voir imposer des règles ou des objectifs à atteindre (sentiment d'infantilisation). De plus, certains objectifs posés peuvent paraître inatteignables pour ces populations qui pourraient alors

³³ Précision sur sa situation : Dans son cas, il devait bénéficier d'un bail glissant mais pour cela il devait récupérer des documents administratifs. Cependant, l'assistante de service sociale ne lui donnerait pas. Le responsable du SAMU SOCIAL qui accompagne cet homme a indiqué qu'il ne comprenait lui-même pas pourquoi l'assistante de service social ne donnait pas les documents. Il s'agit en soit, selon ses dires, de quiproquo entre les différents accompagnant de ce sans-domicile-fixe.

développer un sentiment de résignation, ou d'échecs. Enfin, la diversité de dispositifs existants peut conduire à ce que les SDF ne fassent que des allers-retours entre les différents centres, accueils, et la rue. D'où l'illustration de ces phénomènes par le jeu de l'Oie. L'idée est que l'on serait sur un jeu avec une case de départ (passage à la rue) et que l'ensemble des dispositifs devrait permettre l'arrivée à la case finale (une stabilisation par un emploi et un toit). Or ces dispositifs se sont multipliés au cours des années et conduisent à complexifier ou à alimenter le répertoire des SDF « accumulation des cases intermédiaires », (Damon, 2012). D'où le fait que ce système peut amener à ce que certains SDF soient résignés et moins réceptifs aux accompagnements, pouvant complexifier la tâche des professionnels. En effet, le responsable du SAMU SOCIAL de la Croix Rouge à Reims, a indiqué lors d'une maraude : « Il faut six mois pour être vu et reconnu par les sans-domicile-fixe. C'est une population marginalisée, il faut du temps pour qu'ils nous fassent confiance ». ³⁴ À cela s'ajoute que le nombre de SDF ne cesse de croître ³⁵, les services sont engorgés et ne peuvent donc plus, pour la plupart, remplir leur rôle. Il peut être cité l'exemple des CHU qui peinent à remplir leur fonction d'hébergement d'urgence auprès de tous les SDF, et ce en raison d'une absence, et d'un manque de places disponibles. Nous sommes alors sur un constat de « l'inefficience des dispositifs par paliers », et ce, malgré la croissance du parc d'hébergement de 75% entre 2012 et 2018. Les méthodes employées montrant leurs limites, les politiques publiques vont emprunter une autre approche, affichée et promue comme innovante et étant la solution : le Logement d'Abord.

Les représentations sociales sur des publics, ici les sans-domicile-fixe, peuvent impacter la façon dont ils vont être pris en charge, d'une manière répressive, ou assistancielle, et donc de la même manière, elles ont une incidence sur les pratiques et les postures professionnelles. Entre traiter un vagabond considéré comme un malade mental, et accompagner un SDF exclu et victime d'un système défaillant, cela ne va pas relever du même ordre. De plus, la façon dont sont compris les SDF, comme des désocialisés, désaffiliés, ou des personnes qui ont des ressources, impactera aussi la façon dont vont être orientés les accompagnements. Par ailleurs, au-delà des représentations sociales, ce sont aussi les paradigmes sociétaux qui vont encadrer les dispositifs et donc les relations d'accompagnement. Les insuffisances repérées au sein du système de prise en charge citées en amont, et les crises du travail social, que nous allons évoquer par la suite, vont par exemple amener les décideurs à aller vers d'autres approches ou positionnements, qui vont impliquer

³⁴ Observation participante, maraude, 19 novembre 2020.

³⁵ D'après la fondation Abbé Pierre, il y aurait 300 000 SDF en France en 2020. Nombre à nuancer car selon les instances, il peut y avoir de grandes variations.

de nouvelles normes de l'action publique. Ce sont notamment les politiques de Logement d'Abord, et la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, qui vont conduire à réinterroger les relations d'accompagnement, en impulsant par ailleurs une théorie, celle du pouvoir d'agir.

Partie II – Logement d'Abord et droits des usagers : des politiques influençant les pratiques professionnelles et les appartements de coordination thérapeutique

Le début du XXI^e siècle en France est synonyme de ré interrogation et de redéfinition des pratiques professionnelles dans le champ de l'intervention sociale et médicosociale. En effet, les limites repérées d'abord au sein du système de prise en charge des sans-domicile-fixe, ont conduit à une nouvelle mise à l'agenda de la question SDF pour aller vers un autre type de politiques, tournées non plus vers des dispositifs d'urgence, et des méthodes par paliers, mais plutôt vers le Logement d'Abord et l'empowerment. En parallèle, des lois se succèdent en matière de places des usagers, pour tendre vers un droit commun des usagers, qui va se traduire par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale. De ce fait, l'évaluation, la transparence et la participation doivent être au cœur des pratiques, et des organisations. Nous verrons donc la façon dont la politique du Logement d'Abord, et la loi 2002-2 vont influencer sur le dispositif étudié : les appartements de coordination thérapeutique, et sur les équipes qui les composent. De plus, nous verrons que cette politique et cette loi impulsent une approche qui va, dans la même logique, avoir une incidence sur les relations d'accompagnement : le pouvoir d'agir, d'où l'importance de revenir sur l'origine à la fois du Logement d'Abord et du droit des usagers pour saisir tous les enjeux autour de cette notion.

A. Du paradigme de l'Housing First au politique du Logement d'Abord

Des mouvements sociaux, tels que les Enfants de Don Quichotte et le collectif Logement/Santé, vont conduire, avec le constat de l'inefficience des dispositifs par paliers, à réinterroger les méthodes employées jusque-là au sein du système de prise en charge, destiné aux sans-domicile-fixe. En parallèle de ces mouvements, dans les pays anglo-saxons, l'approche en Housing First se révèle être la solution pour prévenir et lutter contre le sans-abrisme. Une déclinaison française éponyme, et largement inspirée de ce modèle, est alors mise en place : la politique du Logement d'Abord. Toujours est-il que même si les premières politiques françaises de Logement d'Abord entendent s'inspirer de leur voisin, il faut attendre 2017 pour que celles-ci s'inscrivent davantage dans la logique du Housing First. Dès lors, il est souhaité par le gouvernement, que les professionnels changent leurs pratiques et leurs postures, pour aller vers des principes de réhabilitation psychosociale, de rétablissement, et de pouvoir d'agir. À partir de cette politique du Logement d'Abord, nous verrons par ailleurs par la suite, comment celle-ci peut impacter, ou non, le dispositif étudié : les appartements de coordination thérapeutique.

1. Le Logement d'Abord en France, une déclinaison de la politique anglo-saxonne éponyme

En 2007, est publiée la stratégie nationale du Logement d'Abord 2007-2012, largement inspirée du modèle « Housing First » popularisé dans les pays anglo-saxons: le logement est un droit fondamental. Il faut tout de même préciser que cette conception du droit au logement était déjà présente en France, et ce dès les années 90. Ceci s'est traduit par la volonté d'augmenter l'offre de logement, et de créer des aides pour y accéder ou se maintenir dans le logement : la loi Besson du 31 mai 1990 « droit au logement » en est un exemple, avec notamment la création du fonds de solidarité pour le logement, et la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 en est un autre, renforçant l'intermédiation locative et créant de nouvelles aides telles que l'aide à la médiation locative. Cependant jusqu'en 2007, la méthode largement employée était celle de l'escalier conduisant à ce qui a été évoqué : le jeu de l'Oie. Entre l'accroissement du nombre de SDF et le constat de l'inefficience des dispositifs par paliers, un mouvement social va émerger : les Enfants de Don Quichotte. De décembre 2006 à mars 2007, ce collectif va donner des tentes aux sans-domicile-fixe dans différentes villes, dont à Paris pour commencer, le long du canal Saint-Martin. Cet acte avait pour but de visibiliser davantage la question des SDF et leurs conditions de vie. Et ce, dans l'optique d'avoir soit une révision des dispositifs existants, soit d'en développer des nouveaux plus adaptés et qui prendraient en compte la subjectivité des SDF. Même si des dispositifs supplémentaires ont été mis en place tels que les équipes mobiles médico-psychiatriques,

ceux-ci sont jugés insuffisants. Par ailleurs, c'est en partie, sous l'impulsion de ce mouvement social, que va se mettre en place une loi réaffirmant le droit au logement comme droit fondamental : la loi du droit au logement opposable (DALO) du 5 mars 2007. Dans le même temps, des acteurs militants vont se saisir de l'approche en Housing First pour dénoncer le modèle dominant jugé inefficace : par paliers. C'est alors que le collectif Logement/Santé va en 2007 ouvrir un squat dit thérapeutique pour les SDF de longue durée ayant des troubles psychiatriques sévères – inspiré du modèle Housing First. Celui-ci est légalisé au bout de dix-huit mois. Il va intéresser la Ministre de la santé Roselyne Bachelot qui va donc commander un rapport national sur la santé, dont l'objectif est d'identifier les éventuelles limites des dispositifs existants, et la viabilité de ces squats thérapeutiques. Celui-ci met alors en exergue les limites des dispositifs relevant de l'approche par paliers, et il met également en avant le manque de dispositifs adaptés aux SDF les plus malades.

C'est ainsi dans ce contexte, et parce que des entrepreneurs politiques – les associations – se sont saisis de cette problématique, qu'il va y avoir une nouvelle mise à l'agenda de la question SDF, impliquant à la fois une stratégie nationale du Logement d'Abord, et un plan d'action renforcé en direction des personnes sans abri (PARSA) en 2007. Il faut tout de même préciser que même si l'ambition affichée est celle du Logement d'Abord, il reste que les mesures prises s'inscrivent plutôt dans une logique de fluidification du passage de l'hébergement au logement, plutôt qu'à un passage direct au logement. Il faut attendre 2010, notamment avec la création de la délégation interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement (DIHAL), pour qu'il y ait une véritable stratégie du Logement d'Abord. Cela se traduisant, d'une part, par la mise en place de l'expérimentation du dispositif « un chez soi d'abord » entre 2011 et 2016 sur quatre villes : Toulouse, Marseille, Lille et Paris, et d'autre part, par des dispositifs tels que l'aller vers et dans le logement (AVDL).

Encadré n°3 : « un chez soi d'abord »

Le principe de ce dispositif est de mettre directement en logement ordinaire le bénéficiaire. Il n'a pas pour obligation de suivre un traitement, mais il sera accompagné par une équipe médicosociale pour qu'il puisse s'autonomiser, et se réinsérer. Ce dispositif se donne pour objectif d'accueillir des sans-domicile-fixe ayant une pathologie psychiatrique dite sévère.

Par ailleurs, ce qui distingue l'approche en escaliers de l'approche en Housing First, est que la finalité de l'un, devient l'étape préliminaire de l'autre dans l'optique d'une insertion. Ainsi, l'acquisition d'un logement par les sans-domicile-fixe doit être inconditionnelle et non selon des attentes d'un comportement normé. Les politiques publiques de Logement d'Abord initient alors une approche organisationnelle et théorique qui est censée différer de celle mobilisée jusqu'à présent. Ainsi, c'est entendre d'une certaine manière un changement des pratiques et

des méthodes employées. Pour autant, ces changements vont mettre du temps à se faire accepter, et ce parce qu'ils impliquent une reconfiguration des métiers de l'intervention sociale, et de l'organisation générale du système de prise en charge. Ces changements supposent également des coûts importants, pouvant expliquer pourquoi le gouvernement français n'a pas réformé le système de prise en charge destiné aux sans-domicile-fixe. Cette approche en Logement d'Abord devient en 2012 sous le nouveau gouvernement : la priorité au logement pour tous. Même s'il y a eu un changement en termes de lexiques, il reste que la logique demeure. Par ailleurs en 2018, le dispositif un chez soi d'abord est même étendu sur tout le territoire avec pour appellation : Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) « un chez soi d'abord ».

C'est sous la présidence d'Emmanuel Macron que l'on assiste à un retour du lexique Logement d'Abord. On y retrouve le « Le plan pour le Logement d'Abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022 ». Les principaux axes avancés dans cette nouvelle stratégie relèvent d'une volonté de changement des pratiques professionnelles et des représentations. L'objectif est effectivement de participer à la promotion du pouvoir d'agir des individus « faire confiance aux personnes, s'appuyer sur leurs compétences et valoriser leurs savoirs d'expérience en développant les pratiques de pair-aidance ». Il est ainsi intéressant de constater que cette approche en Logement d'Abord entend bouleverser les pratiques professionnelles, dans le sens où elles devront dorénavant s'inscrire dans la logique du pouvoir d'agir – une « innovation ». Il est de fait avancé que le Housing First, et donc le Logement d'abord, devrait permettre de réapprécier la question du sans-abrisme sous un autre angle, qui serait bien plus inclusif et attentif vis-à-vis des parcours de vie rythmés par des accidents (qu'ils soient de nature sociales, sanitaires, économiques ou émotionnelles). On passe ainsi d'une approche de l'urgence et de la problématique de l'abri, à celle de « l'habiter » – sous ses multiples dimensions : anthropologiques, sociales, et sanitaires – et de l'inclusion sociale (processus essentiel). L'idée est que les SDF ne soient plus dans des logiques de survie, et qu'ils puissent se reconstruire socialement en investissant leur « chez-soi ». Par ailleurs, la Ministre du logement Emmanuelle Wargon a annoncé sa volonté de mettre fin à la gestion dans l'urgence pour préférer des politiques structurelles : une loi de programmation pluriannuelle de l'hébergement d'urgence et du programme « Logement d'abord ». De plus, et d'après un communiqué commun du 17 mars³⁶, Emmanuelle Wargon et Brigitte Klinkert (ministre déléguée chargée de l'insertion) envisagent un rapprochement entre les politiques de Logement d'Abord et le service public de l'insertion et de l'emploi. Cette approche du

³⁶ Vers un rapprochement entre le Logement d'abord et le service public de l'insertion et de l'emploi, 2022. *Banque des Territoires* [en ligne].

Logement d'Abord semble ainsi être devenue le levier phare et incontournable pour prévenir et lutter contre le sans-abrisme. Ces politiques impliquent certes des nouveaux dispositifs mais entendent également s'étendre à ceux existants dans la mesure du possible.

Ainsi, il faut attendre « le plan pour le Logement d'Abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022 », pour que l'approche en Logement d'Abord s'inscrive davantage dans le système de prise en charge des sans-domicile-fixe, et non seulement d'un point de vue organisationnel, mais également d'un point de vue des pratiques et des postures des professionnels. En effet, nous comprenons, au regard de ce plan, que l'accent est mis sur les principes de réhabilitation psychosociale et de rétablissement (principes spécifiques du Housing First). La réhabilitation psychosociale s'appuie sur la favorisation des capacités des personnes en situation de vulnérabilité, plutôt que sur leurs dites incapacités. L'objectif est ainsi de s'appuyer sur les ressources de la personne. La logique du rétablissement met quant à elle l'accent sur l'expertise des personnes malades, qui est considérée comme étant la plus viable (qui de mieux que la personne qui vit une maladie, pour parler de celle-ci ?). L'objectif de ces logiques est que la personne puisse reprendre le contrôle de sa vie, et se sente légitime d'agir. Par ailleurs, ces approches font écho à l'empowerment, qui est traduit par le pouvoir d'agir en France. Ainsi, il est intéressant de constater que la politique du Logement d'Abord, remise au jour en 2017, va davantage mettre l'accent sur l'empowerment comme étant une nouvelle norme de référence dans l'intervention sociale et médicosociale à destination des sans-domicile-fixe. Il faut tout de même souligner que même si l'ambition affichée est le Logement d'Abord, il reste que l'offre de logements sociaux reste insuffisante, et qu'il n'est donc pas encore possible, à ce jour, d'être totalement dans cette démarche.

À partir de cette politique du Logement d'Abord et des principes qui en découlent, il convient de voir plus précisément comment cela se traduit au sein du dispositif étudié : les appartements de coordination thérapeutique. Pour se faire, il faut d'abord revenir sur ce qui caractérisent les ACT, et plus particulièrement ceux dans lesquels une enquête de terrain s'est réalisée, afin de voir par la suite les éventuels effets de la politique du Logement d'Abord sur les professionnels.

2. Logement d'Abord et les Appartements de Coordination Thérapeutique

Les appartements de coordination thérapeutique sont à l'origine issus d'initiatives privées qui se donnaient pour missions, à partir des années 90, d'accompagner la fin de vie des personnes atteintes du VIH en situation de précarité. Avec l'émergence de traitements du Sida, les ACT vont progressivement changer leur public cible, (ils se tournent davantage vers les SDF), et vont plutôt orienter leur accompagnement vers la mise en place de projet personnalisé de l'utilisateur.

Les ACT deviennent alors des dispositifs visant à accueillir à moyen ou à long terme les individus en situation de fragilité psychologique et sociale, ayant besoin d'un suivi médical, dans des appartements individuels ou partagés. Au regard des entretiens, il en ressort que les publics accueillis au sein des ACT sont davantage des hommes, que des femmes, d'une quarantaine d'années en moyenne. Il faut tout de même souligner que de plus en plus de femmes sont admises au sein des ACT, pouvant être la conséquence, par ailleurs, de la féminisation des publics SDF. Ce dispositif accueille également des personnes immigrées dès lors qu'elles présentent une pathologie. Les résidents ont tous une pathologie et/ou un trouble psychique ou du comportement addictologique. Ils sont caractérisés par les professionnels interrogés comme étant des personnes souvent isolées sur le plan familial. La plupart des résidents, avant leur entrée dans les ACT, venaient de structure pénitentiaire, sociale (CHRS), médicosociale (LHSS, LAM) ou médicale (hôpital). De plus une grande partie des personnes accompagnées, est soit sans activité, soit demandeuse d'emploi. Beaucoup de résidents bénéficient du RSA, et acquièrent, au cours de l'accompagnement, la complémentaire santé solidaire. Les résidents au sein des ACT sont, d'une certaine manière, assez représentatifs des populations sans-domicile-fixe.

Au sein de la région Grand Est, et parmi les associations interrogées, la durée de séjour varie. En effet, pour certaines associations on part d'un contrat de trois à six mois renouvelable deux à trois fois maximum. Et pour d'autres, il n'y a pas de durée fixée, l'accompagnement peut ainsi s'étendre sur plusieurs années (*cf.* annexe 4). Cet accompagnement se fait par une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins un médecin (article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles). Les appartements de coordination thérapeutique peuvent également proposer un accompagnement sans hébergement – les ACT « hors les murs » – Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020. Tout comme la durée de séjour, la composition de l'équipe pluridisciplinaire varie selon les ACT et leurs spécialités (toutes maladies chroniques, addictologies, pathologies psychiques, ...). Par ailleurs, le nombre de membres au sein de ces différentes équipes n'est pas proportionnel au nombre de résidents. Ainsi, au sein ACT interrogés, on retrouve à minima un travailleur social, un infirmier, un chef de service et un médecin coordinateur. Ensuite, et selon les ACT, il y aura un nombre plus important de travailleurs sociaux, d'infirmiers, et d'autres professionnels tels que des psychologues (*cf.* annexe 3).

Quant aux missions et aux modalités de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique, ce sont le décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002, et la circulaire de la direction générale de la santé, de l'action sociale et de la sécurité sociale n°2002-551 du 30 octobre 2002, qui les fixent (*cf.* annexe 5).

L'orientation vers un ACT peut se faire par le biais de différents acteurs, soit par une équipe mobile de psychiatrie (L.3221-3 du code de la santé publique), soit par un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire (Article R. 3221-5 du code de la santé publique), soit par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ou d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue. La prise en charge d'un individu se fait selon une évaluation médico-sociale et une « analyse » du projet individuel de celui-ci. Lors de la procédure d'admission, les membres chargés d'étudier le dossier évaluent les motivations de l'utilisateur et si le projet de soins et social est en adéquation avec le dispositif. Généralement, il est demandé au prescripteur de l'utilisateur de remplir un dossier social et un dossier médical. L'utilisateur doit quant à lui écrire une lettre de motivation. À la suite de ces démarches, l'utilisateur est reçu en entretien pour qu'il puisse revenir sur ses motivations, son projet, et pour voir si le dispositif lui convient. Selon les ACT, ce ne sont pas les mêmes personnes qui vont évaluer une demande, soit ce n'est que le chef de service et le médecin coordinateur qui vont décider, soit c'est l'équipe pluridisciplinaire entière qui va échanger sur une demande et évaluer son admissibilité. Le futur utilisateur doit signer un contrat avec l'ACT – mentions prévues au VI de l'article D.311.

Le 28 décembre 2016 est publié un décret n°2016-1940 en lien avec les ACT :

- Article 1 : « Un ACT peut avoir pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères : d'accéder sans délai à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir ; de développer leur accès aux droits, leur autonomie et leur intégration sociale ».

Il est intéressant de constater que les ACT vont peu à peu s'inscrire dans la stratégie nationale initiée en 2009-2012 : Logement d'Abord « pour un service public de l'hébergement et à l'accès au logement ». L'objectif étant de participer et de favoriser l'accès à un logement tout en offrant un accompagnement social si besoin. Pour autant, nous constatons que l'objectif premier des équipes interrogées n'est pas nécessairement que le résident ait un logement autonome, mais plutôt qu'il ait, au terme de son accompagnement, la solution qu'il lui sera la plus adaptée. Ainsi, et à partir des entretiens réalisés, nous pouvons percevoir un premier décalage entre les attentes gouvernementales et le travail réel des équipes au sein des appartements de coordination thérapeutique. La vision des membres de l'équipe pluridisciplinaire au sein des ACT diffère, d'une certaine manière, de celle des décideurs. En effet, ce qui va revenir le plus souvent au sein des entretiens, c'est bien le fait de trouver la solution qui sera la plus adaptée et qui ne mettra pas de nouveau en difficulté le résident. L'objectif n'est ainsi pas de tout faire pour remettre en logement autonome le résident, si c'est

pour que ce moyen soit jugé finalement non approprié. C'est par ailleurs pour cette raison qu'une partie des résidents, qui sortent des ACT, ne sont pas en logement autonome immédiatement. Un chef de service de l'association X précise « on essaye de lui trouver une solution personnelle. La finalité n'est pas forcément d'avoir un appartement. C'est pas en 18 mois que la personne va avoir son logement », un infirmier de l'association V indique quant à lui « on a quand même des gens qui sont en rupture familiale et souvent c'est un peu compliqué à rebrancher. Donc on oriente quand même des gens plutôt vers des pensions familles ou des lieux où il y aura un entourage ». De plus, et au-delà de la question de l'adaptabilité, le fait est que les équipes doivent s'acclimater à leur contexte territorial et institutionnel. Ainsi, toutes les équipes n'auront pas les mêmes possibilités, et ce en raison de la disparité de l'offre de logement selon les territoires. S'ils se trouvent effectivement sur un territoire où il y a une pénurie de logements sociaux, dans ce cas, il va effectivement être plus compliqué de trouver un logement pour le résident en ACT dans un temps imparti, et vice versa. Une assistante sociale coordinatrice (association Z) met par ailleurs l'accent là-dessus en comparant ses ACT avec ceux d'une autre ville « c'est une toute petite ville et on a aucun problème de logement. [...] Donc forcément on a beaucoup plus de personnes qui sortent sur un logement autonome ».

Cette perception de la sortie du dispositif découle également de la façon dont les équipes vont percevoir les résidents. Ils sont notamment décrits comme des personnes qui ont pu avoir eu un « long parcours d'errance derrière eux », « des personnes qui viennent de la rue », « désocialisées », « assez isolées », « une vie fracassée », « marginalisées » et qui ont une pathologie chronique potentiellement couplée d'une addiction ou d'un trouble psychique. Ainsi, les professionnels peuvent estimer qu'en raison de la situation antérieure du résident et de sa condition actuelle (addicte, et/ou avec une maladie somatique et/ou psychique), qu'il n'est pas totalement apte à être en logement autonome. D'ailleurs, il est intéressant de constater que les représentations des professionnels quant à une situation donnée vont avoir une influence sur la façon dont ils vont agir et pratiquer, et ce même si cela ne va pas dans le sens des paradigmes des politiques publiques.

Par ailleurs, les appartements de coordination thérapeutique s'inscrivent dans différentes stratégies et plans nationaux présentés par le gouvernement d'Edouard Philippe. D'abord au sein de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté lancée en 2018, qui prévoit une augmentation de 1200 places en ACT d'ici 2022. Puis, dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui a pour axes d'action : « accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées » et proposer « des solutions innovantes associant approche sociale et sanitaire ». Enfin, ils s'inscrivent dans le plan pour le Logement d'Abord et la lutte contre le sans-abrisme. Et ce qui ressort de celui-ci,

c'est qu'il y a une volonté de changement des pratiques professionnelles et des représentations. L'objectif est effectivement de participer à la promotion du pouvoir d'agir des individus : « faire confiance aux personnes, s'appuyer sur leurs compétences et valoriser leurs savoirs d'expérience en développant les pratiques de pair-aidance ».

Les professionnels en ACT, dans le cadre des politiques publiques, doivent ainsi assurer des missions d'accompagnement avec une posture dite nouvelle où l'accent doit être mis sur la favorisation et la promotion du pouvoir d'agir (Haute Autorité de Santé). Dans les faits, est-ce qu'il y a véritablement un basculement au niveau des pratiques professionnelles ? Et est-ce que c'est la promotion de pouvoir d'agir au sein des politiques publiques qui a initié cette éventuelle évolution ? Au-delà des politiques en matière de sans-abrisme, l'approche du pouvoir d'agir a également été impulsée par l'évolution de la place des usagers. En effet, depuis la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, les usagers doivent être au centre des dispositifs et acteurs / auteurs de leur projet. Cette loi qui a marqué une évolution au niveau des postures et des pratiques professionnelles, a également permis l'émergence et la promotion de l'approche du pouvoir d'agir. Ainsi pour comprendre ce qu'est le pouvoir d'agir, ce qui est attendu, et dans quelle mesure les professionnels peuvent le favoriser auprès des sans-domicile-fixe, il faut revenir sur l'évolution de la place des usagers, ce qui a autrement dit, également permis son émergence et sa démocratisation.

B. La ré interrogation des pratiques professionnelles induite par les paradigmes sociétaux en matière de place des usagers

Les pratiques professionnelles fluctuent en fonction des paradigmes sociétaux, ou pour le dire autrement, selon les normes de l'action publique. Des modèles de pensée, en matière de droit à l'aide sociale, se sont succédés au rythme des mutations économiques et sociales, et ont conduit à « néolibéraliser » le champ de l'intervention sociale. La responsabilisation et l'individualisation en sont des exemples, elles traduisent cette tendance des politiques sociales à se libéraliser. À partir de ces conceptions, dans le début des années 2000, une loi va rénover l'action sociale et médicosociale : la loi 2002-2. Elle réinterroge alors les relations d'accompagnement, dans la mesure où elle redéfinit les pratiques professionnelles, la place des usagers, et la gestion des organismes. Par ailleurs, dans la continuité de cette loi, une approche va être impulsée, et c'est celle du pouvoir d'agir.

1. Les modèles de pensée : de l'égalité formelle aux droits communs

Pour comprendre l'évolution de la place des usagers, il faut, au-delà du cadre législatif, saisir qu'il y a eu des modèles de pensée qui se sont succédés et qui ont justement influencé

la façon dont les usagers étaient perçus – et qui permettra par ailleurs de comprendre les lois qui en ont découlées.

Guy Decrettet ³⁷a identifié trois modèles de pensée : l'égalité formelle, l'équité, et le droit commun (2016). D'abord, le modèle de l'égalité formelle s'inscrit dans une logique de « solidarité héritée de la IIIe République », c'est-à-dire que l'on va considérer les individus bénéficiaires de l'assistance publique, comme des personnes en difficulté, ayant besoin d'un accompagnement par des travailleurs sociaux dans une visée de réinsertion. Ensuite, le modèle de l'équité va se substituer à celui de l'égalité formelle en raison d'un contexte économique traversé par des périodes de crises. On se situe à la fin des Trente Glorieuses avec notamment les chocs pétroliers, le chômage de masse, et le ralentissement de la croissance économique. Ainsi va émerger ce nouveau modèle de l'équité qui vise à promouvoir une égalité des chances en amenant les dits groupes en difficulté « au même niveau que les autres ». Decrettet précise par ailleurs, et en prenant pour appui des dires de John Rawls, que ce modèle peut conduire à la stigmatisation des usagers « les assistés ». Enfin, on retrouve le modèle de droits communs qui prend place à partir de la modernisation de l'action publique. Il prend appui sur les politiques scandinaves, l'idée étant de suivre « un principe de non-discrimination puis de compensation [...] la notion de participation des usagers dans la construction des politiques sociales » (Decrettet, 2016). Cela étant par ailleurs en lien avec une tendance à partir des années 45, prônant l'affirmation des droits sociaux dans le contexte de la libération (Damon, 2012). Ce dernier modèle, aussi appelé participatif, conduit également à ce que l'on ait ce « co » : co-conception, co-construction. On passerait aussi d'une relation verticale à horizontale.

³⁷ Ducretet Guy, « La participation des usagers dans la construction des politiques sociales : un chambardement dans un jeu d'acteurs ? », *Empan*, 2016/2 (n° 102), p. 130-134. DOI : 10.3917/empa.102.0130. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2016-2-page-130.htm>

Tableau 3 : modèles de pensée

Périodes	Modèle dominant	Position de l'État et des collectivités territoriales	Organisations et acteurs	Place des personnes (usagers, habitants)	Modalités dominantes du travail ensemble
Avant 1980	Institution	État grand organisateur Chef de file exclusif	Associations Travailleurs sociaux	Peu ou pas	Travail d'équipe. Circonscription d'Action Sociale (1975)
1980-2000	Ouverture des établissements sur leur environnement Apparition des politiques sociales transversales (insertion, politique de la ville...)	Décentralisation État animateur	Fin du monopole des organisations et des professions sociales Diversification des organisations Apparition des intervenants sociaux	Participation des habitants Prémisses des droits des usagers	Travail d'équipe Partenariat Réseau
2000-2014	Nouvelle gestion publique Performance publique Mise en concurrence	État à distance Conseil départemental chef de file de l'action sociale (2004) Externalisation vers les agences ou les établissements publics	Nouvelle diversification des organisations Opérateurs	Droits des usagers	Coopération Coordination Liaison Fusion
À partir de 2015	Concentration des acteurs Territorialisation des dispositifs	Concentration des acteurs Réduction publics	Regroupement des organisations des professions sociales Externalisation des expertises	Développement du pouvoir d'agir Expertise profane	Co-construction Dispositif intégré

Source : M. Fourdrignier, juin 2016.

Pour comprendre l'évolution de la place des usagers, nous pouvons aussi évoquer la classification par période réalisée par Marc Fourdrignier. L'évolution de la place de l'utilisateur se ferait alors en parallèle – à voir si l'un n'induirait pas mécaniquement l'autre – du développement du travail ensemble. Ainsi l'idée n'est plus de travailler auprès ou sur un usager mais de travailler avec cet usager³⁸. Cela peut également se traduire par les propos tenus dans le cadre d'un rapport sur la participation des usagers dans les politiques sociales : « Dépasser la concertation formelle de façade, vers une réelle co-construction avec les habitants »³⁹.

Le droit des usagers comme droit commun est également en lien avec le développement du principe de responsabilisation des individus. De cette conception de la responsabilité découlent différents points de vue : celui qui va dénoncer ce type de politique empreint de néolibéralisme, et l'autre qui va au contraire, voir en cette politique le moyen de permettre à l'individu d'être au centre du dispositif, et d'avoir non plus un rôle de spectateur/consommateur mais d'acteur. En résumé ce qui se joue ici, c'est qui est le responsable d'une situation donnée ? Et en l'occurrence dans le droit des usagers, on considère que c'est l'individu qui est responsable et qui doit donc agir. Pour permettre la promotion de cette responsabilisation, ont été mis en place des dispositifs suivant un principe d'activation (le RMI qui deviendra le

³⁸ Fourdrignier Marc, « Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? », *Pensée plurielle*, 2016/3 (n° 43), p. 23-35.

³⁹ LESUEUR-ELINEAU, Lucile, BASCOU, Stéphanie, MORNET, Céline, JARADÉ-PIENIEK, Thibault, RAUX, Corentin et GOUSSEFF, Gregoire, 2016. *La participation des usagers dans les politiques sociales*. Rapport final d'étude. INET Promotion Hannah Arendt.

RSA en est un exemple). Par ailleurs Jouffray (2015)⁴⁰ nous indique que ce principe d'activation tire ses fondements des théories de Giddens (1998) : « maintenir un haut niveau de prestation sociale en échange des efforts que les bénéficiaires auraient à faire en vue de leur insertion sociale ». Nous retrouvons des éléments similaires au sein de la notion de responsabilisation : c'est de la responsabilité de l'individu s'il se retrouve dans telle situation et c'est pour cette raison que c'est à lui de trouver les ressources nécessaires pour qu'il puisse s'en sortir (Castel, 2005)⁴¹. On considère alors que ce n'est plus la société qui est responsable des individus, mais les individus qui sont responsables par rapport à la société (Soulet, 2007)⁴². Ainsi, pour permettre une responsabilisation, il faut que l'individu puisse avoir des ressources et pour se faire on va lui donner des droits.

Ces différents paradigmes ont certes fait évoluer la place de l'utilisateur mais également les pratiques et les postures professionnelles. En effet, chaque modèle de pensée implique une façon de percevoir une situation donnée mais aussi un public. Revenons plus précisément sur la question des sans-domicile-fixe. Au cours du XIXe siècle, le modèle de pensée dominant est celui de l'égalité formelle. Cependant à cette même période, les vagabonds étaient caractérisés comme des malades mentaux et non comme des personnes qu'il faut assister, ou pour qui la société doit être responsable. Ainsi, ils n'ont pu voire pas bénéficier de l'aide publique, et dans le cas où ils ont pu en bénéficier, il était davantage question de traiter les vagabonds comme des personnes malades, plutôt que comme des personnes pauvres. Avec les Trente Glorieuses, les représentations sociales à l'égard des vagabonds vont évoluer. En effet, avec l'affirmation des droits sociaux, les vagabonds vont peu à peu pouvoir bénéficier aussi de l'aide publique. En 1959 est créé le centre d'hébergement et de reclassement social. Le terme reclassement est intéressant à analyser car il nous permet de comprendre comment étaient traités les vagabonds. L'idée est qu'à cette période, certes une évolution de l'image du vagabond s'opère, mais il y a toujours cet héritage des études psychiatrique à leur égard. Ainsi, il s'agit de resocialiser, reclasser un individu « malade », « marginalisé », « dangereux », pour qu'il puisse se réinsérer dans la société, il fallait les « prendre en charge » (Maela Paul, 2012/3)⁴³. Les professionnels avaient ainsi une posture particulière dans le sens où ils ne devaient non pas accompagner le vagabond mais le soigner.

⁴⁰ Jouffray Claire, « Passer des discours sur le pouvoir d'agir au pouvoir d'agir en action : une condition pour transformer les pratiques et les logiques à l'œuvre », *Sciences & Actions Sociales*, 2015/2 (N° 2), p. 24-32.

⁴¹ Castel Robert, « Risques, insécurité sociale et psychiatrie Entretien », dans : Michel Joubert éd., *Répondre à la souffrance sociale*. Toulouse, Érès, « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2005, p. 147-162.

⁴² SOULET M.-H. (2007), « La reconnaissance du travail social palliatif », *Dépendances*, n° 33, pp. 14-18.

⁴³ Maela Paul, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/3 (N° 110), p. 13-20.

À partir des années 70, les représentations sociales à l'égard des vagabonds évoluent davantage et amènent à ce que l'on ait deux autres appellations : le clochard, et puis progressivement le SDF. Par ailleurs, à cette période, le modèle dominant est celui de l'équité formelle « amener les groupes au même niveau que les autres ». En 1974 sont mis en place les CHU et les centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Il faut souligner une nouvelle fois ici le terme employé : réadaptation, celui-ci marque une évolution au niveau de la posture et des pratiques professionnelles. En effet, il s'agit de réadapter un individu qui n'a pas su s'adapter ou tirer profit de la croissance économique. Ce sont les clochards notamment, ces individus caractérisés comme des vieux négligés, qu'il faut remettre à la même échelle que les autres. De ce fait, les professionnels ne soignent plus, mais accompagnent dorénavant les vagabonds et les clochards pour qu'ils puissent se réinsérer. Il s'agit d'une « nouvelle modalité de relation à autrui en situation professionnelle » (Maela Paul, 2012/3). Il est ainsi question d'avoir une nouvelle approche à l'égard des individus, et donc des vagabonds et des clochards, qui tend à considérer l'accompagnement comme un rapport entre deux parties avec notamment un lien de subordination. Il s'agit donc d'éventuels rapport de domination, et de procédures pouvant infantiliser la personne, ainsi de suite.

Pour autant, ces méthodes vont être remises en question, tout comme la place qui va être accordée aux individus. À partir des années 80, il y a les prémisses des droits des usagers, et donc du modèle de pensée de droits communs. Ainsi, progressivement les professionnels vont changer la position qu'ils peuvent avoir avec autrui en mettant en avant une logique de sujet – acteur de l'accompagnement. L'individu doit jouer un rôle dans son projet de réinsertion (Maela Paul, 2013). En parallèle de l'émergence de ce modèle de pensée, il y a également la thématique de l'insertion et de l'exclusion qui va prendre de plus en plus de place au sein des discours médiatiques, et politiques. De ce fait, en 1998 est publié la loi de lutte contre les exclusions qui a pour conséquence de changer les termes employés, le « R » de CHRS passe effectivement de réadaptation à réinsertion. Les vagabonds et les clochards deviennent des sans-domicile-fixe, population qui n'est ainsi pas inadaptée, mais victime d'un système économique défaillant, et donc exclue. Ce n'est donc plus la même logique qui est employée pour accompagner les sans-domicile-fixe. Progressivement on passe, en théorie, d'une approche de l'accompagnement qui peut être infantilisante, à une approche de l'accompagnement qui se veut inclusive et qui entend promouvoir le travail avec l'utilisateur et non plus sur l'utilisateur, et c'est notamment la loi 2002-2 qui va marquer ce basculement/cette évolution.

2. De la tendance générale du droit des usagers à la réalité de la spécificité des SDF

La loi qui va marquer l'institutionnalisation du droit des usagers est celle du 2 janvier 2002. Elle s'inscrit dans une volonté de redéfinition des relations entre les usagers et les professionnels, dans le sens où l'utilisateur devient un acteur et est responsable de son projet de vie. Il faut tout de même préciser qu'il y avait eu des prémices du droit des usagers avant cette loi. En effet, en 1978, on retrouve une première affirmation avec la question du « droit d'accès aux documents administratifs ⁴⁴ ». La loi de 2002 viendra par la suite instituer officiellement dans les textes législatifs le droit commun des usagers. La question du droit des usagers va s'accompagner d'une nouvelle définition du rôle même des usagers qui serait à la fois consommateur (poursuivrait la satisfaction de ses besoins) et citoyens (contrôle et évaluation du service public). L'objectif étant de passer d'une relation qui serait « subie » à un accompagnement dans lequel ses droits sont reconnus. Cette loi redéfinit également les pratiques professionnelles car elles supposent une prise en considération du parcours de l'utilisateur et de sa volonté.

Au regard des entretiens menés, cette loi et ses principes semblent être intériorisés par les différentes équipes pluridisciplinaires interrogées. Effectivement, lorsqu'il est abordé la question de l'accompagnement auprès des résidents, certains professionnels évoquent spontanément la loi 2002-2 comme principe qu'ils suivent et sur lequel ils s'appuient. De plus, lorsqu'il est mentionné la loi 2002-2, c'est pour affirmer le fait qu'ils utilisent les outils provenant de cette loi, une éducatrice spécialisée de l'association X), indique : « chaque membre de l'équipe a sa façon de le gérer. [...] Mais on a des outils qui sont obligatoires donc la loi 2002-2, donc c'est les règlements, contrats de séjour, charte des droits et libertés. », un autre éducateur spécialisé d'une autre association (Y) précise quant à lui : « C'est le projet d'accompagnement individualisé, ça fait partie des outils de la loi 2002-2, et voilà, c'est le support que l'on utilise tout le temps. ». La loi 2002-2 est ainsi devenue la référence pour que l'on puisse comprendre leur approche, leur posture et leurs pratiques.

Au-delà des outils, au sein des discours des professionnels, on peut percevoir que même dans la façon dont ils vont décrire les résidents, on retrouve les éléments de la loi 2002-2. Ils évoquent tous le fait que les résidents doivent être acteurs ou auteurs de leur projet. Une éducatrice spécialisée (association W) mentionne que « c'est avec la loi de 2002, c'est l'utilisateur qui est au centre de son projet, donc il faut. On ne peut plus faire le choix pour les gens. ». Et cela se traduit par des accompagnements qui seraient tournés vers les résidents. En effet, même si les méthodes d'accompagnement peuvent différer entre les différentes équipes, il

⁴⁴ la loi de juillet 1978 [\[11\]Loi n° 78.753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures...](#), sur le droit d'accès des personnes aux documents administratifs.)

reste que la logique et la philosophie demeurent sensiblement les mêmes. Au sein de tous les entretiens, nous retrouvons ces termes : volonté de la personne, son désir, ses envies, son individualité, ceux-ci traduisent ainsi cette appropriation des professionnels des grands principes de la loi 2002-2 et plus globalement des paradigmes, et des politiques publiques récents sur la place de l'utilisateur.

Parmi les outils, nous constatons que ce qui va changer d'une structure à l'autre c'est le support pour établir les objectifs et le projet de la personne. Quel que soit le support, les professionnels indiquent toujours que ce sont les résidents qui doivent verbaliser leurs objectifs, leurs envies, et ainsi leur projet. L'objectif des professionnels est alors de travailler sur la volonté des résidents. Par exemple, au sein d'un document utilisé par une association pour accompagner les résidents, il est mentionné en deuxième page : « Il est établi selon un principe de co-construction, dans le respect des droits de la personne accueillie et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment en matière de bientraitance et de prise en compte des attentes de la personne. ».

Pour illustrer ces propos, voici un tableau présentant les différentes méthodes pour accompagner les résidents dans leur projet :

Tableau 4 : Accompagnements en ACT

Associations	Outils	Activités	Suivi
Association Y	- Projet d'accompagnement individualisé (PAI) - Règlement - Contrat de séjour	Minimum une fois toutes les deux semaines, non obligatoire	Visite à domicile (VAD) une fois par semaine ; Bilan tous les trois mois
Association W	- Projet de soins et social - Règlement - Contrat de séjour	Une activité par semaine, présence obligatoire	VAD une fois par semaine ; Bilan des objectifs une fois par mois
Association X	- Projet personnalisé d'accompagnement - Règlement - Contrat de séjour	Une activité par semaine, présence non obligatoire	1 rendez-vous tous les 15 jours ; Bilan tous les 6 mois
Association V	- Projet personnalisé - Règlement - Contrat de séjour	Une activité tous les jours proposée,	VAD une fois par semaine, évolue en

		présence non obligatoire	fonction de l'accompagnement ; Bilan tous les 6 mois
Association Z	- Plan de séjour personnalisé - Règlement - Contrat de séjour	Pas d'activités proposées	VAD une fois par semaine au début de l'accompagnement ; Bilan tous les 3 à 6 mois

Source : Réalisé par mes soins

Il faut préciser que la tranche d'âge des professionnels interrogés est entre 30 et 50 ans. Ceci peut expliquer le fait que l'on retrouve cette appropriation de la loi 2002-2. Un chef de service (association X) a par ailleurs précisé que « la loi 2002 c'est déjà quelque chose d'ancien, donc voilà, ce sont des choses sur lesquelles les travailleurs sociaux sont sensibilisés, [...], est assez naturel de mon point de vue ». Pour autant, nous pouvons nous questionner quant à cette appropriation des principes de la loi 2002-2 par les professionnels, va-t-elle être suffisante sur le terrain pour accompagner les résidents ? En effet, dans le cadre des ACT, il s'agit d'accompagner des personnes qui sont dans une situation particulière : elles ont toutes au moins une pathologie chronique, et selon les personnes, s'ajoute à cette pathologie un trouble psychique et/ou un trouble du comportement addictologique. De plus, une grande partie des personnes accueillies ont connu des « parcours institutionnels lourds, compliqués » (d'après un chef service interrogé de l'association X) – c'est-à-dire qu'elles sont déjà passées par différentes institutions d'hébergement auparavant. Cela fait écho par ailleurs au fameux jeu de l'oie dans lequel les personnes qui se retrouvent à la rue, peuvent être amenées à faire des allers retours entre les différents dispositifs d'hébergement en raison de leur pluralité (cf.I.B.2). Comme nous l'avons indiqué lors de la précédente partie, avoir connu ce type de parcours peut conduire à ce que les personnes développent une représentation négative envers les institutions, et ainsi soient méfiantes et/ou récalcitrantes à l'égard des professionnels et en ce qu'ils auraient à proposer. Ceci permet de comprendre pourquoi il peut être compliqué pour les professionnels de construire ou de travailler sur un lien de confiance avec les résidents (une des difficultés évoquées lors des entretiens).

De plus, avoir connu la rue et être dans une situation d'urgence perpétuelle amène à ce que les personnes concernées aient une temporalité nouvelle s'inscrivant dans l'urgence. Elles vont avoir un rapport au temps différent dans le sens où la priorité sera tournée vers les besoins primordiaux pour survivre : comment je vais me nourrir ? où je peux aller passer la

nuir ? Ainsi, ces personnes vont davantage se centrer sur le présent et sur un avenir proche voire très proche (les jours à venir) que sur un avenir plus lointain (les mois et les années à venir). Julien Levy précise « les « grands exclus » établissent des rapports particuliers au passé et au futur qui nous donnent des indications sur une forme de construction identitaire singulière liée à leurs modes d'existence ⁴⁵ ». De ce fait, comment envisager la construction d'un projet avec des personnes qui ne peuvent être soucieuses que du présent, en raison de leur condition de vie ? Dans la même idée, comment rendre une personne actrice de son projet, alors même qu'elle peut ressentir aucune envie, ou aucun désir ? Ceci peut d'ailleurs être mis en lien avec la dernière phase du processus de désocialisation « le renoncement social » dans lequel le sans-domicile-fixe est dans un état de survie où il ne se contente plus que du strict minimum⁴⁶ (Vexliard, 1957). De plus, certains sans-domicile-fixe peuvent avoir le sentiment d'être dépendant des institutions et donc non légitime à « s'affirmer » ou à « faire reconnaître ses droits ».

Certains professionnels en ACT ont justement exprimé quelques difficultés, en lien avec ce que nous venons d'évoquer, lors de l'accompagnement des résidents. En effet, il peut arriver que le résident n'exprime aucune envie ou n'arrive pas à les verbaliser. Ainsi les professionnels ont indiqué que dès lors qu'ils sont face à ce type de situation, ils peuvent être amenés à établir eux-mêmes des objectifs avec le consentement du résident, à partir de leur compréhension de sa situation et de leur interprétation de ses potentielles envies. Cependant, nous pouvons questionner la finalité de cette méthode, partir de ses propres représentations et interprétations pour « coconstruire » l'accompagnement d'un résident, est-ce vraiment le mettre au cœur de son projet ? Ceci traduit d'une certaine manière une des premières difficultés rencontrées sur le terrain : comment appliquer et rendre concrètes certaines normes de l'action publique, lorsque le contexte ne s'y prête pas toujours ?

Enfin, il faut également prendre en compte le fait que dans les appartements de coordination thérapeutique, il peut y avoir des personnes qui souffrent de troubles psychique et/ou de troubles du comportement addictologique. Ceci est important à prendre en considération car les professionnels doivent non seulement accompagner les résidents dans le cadre de leur problématique liée au logement, mais également dans le cadre de leurs problématiques liées à leur santé physique et mentale. Avant d'en venir plus précisément sur les éventuels impacts de ces troubles sur l'accompagnement, il faut voir ce qui est entendu précisément par trouble psychique et du comportement addictologique.

⁴⁵ Julien Lévy. Temporalités et "grande exclusion". Science politique. 2011.

⁴⁶ Nous n'affirmons pas que tous les SDF sont désocialisés, bien au contraire, mais il peut être intéressant de tenir compte de ce concept et du processus en lien pour comprendre certaines trajectoires ou certains comportements adoptés par quelques sans domicile fixe.

Les troubles psychiques apparaissent au cours de la vie soit de manière progressive ou brutale. La vulnérabilité psychique peut être affectée par des facteurs sociaux, économiques, environnementaux, et sociétaux. C'est lorsque « l'état de bien-être est perturbé. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire, douloureuses et de maintenir son équilibre psychique »⁴⁷. Les troubles bipolaires, schizophréniques, dépressifs, et de la personnalité, sont des exemples de troubles psychiques. Le rapport Samenta de l'Observatoire du SAMU SOCIAL⁴⁸ réalisé en 2004, sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, rapporte que 31,5% des sans-domicile présentent des troubles psychiatriques dits sévères, dont 13,2% avec des troubles psychotiques, 6,7% des troubles sévères de l'humeur, et 12,3% des troubles anxieux. Les sans logement ont plus de chance d'après ce rapport, que le reste de la population, de développer des troubles psychiques et ce en raison de leur condition de vie. Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles psychiques sont également souvent atteintes de troubles du comportement addictologique « 49,3% des personnes atteintes de troubles psychotiques présentent une dépendance à au moins un produit psychoactif. [...] Pour les troubles de la personnalité : dans 42,6% des cas il existe au moins une addiction (alcool ou cannabis principalement). » (Besozzi, 2020). Il est alors question de personnes présentant une comorbidité.

Les troubles du comportement addictologique représente une pathologie dans laquelle une personne va avoir « une consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux) qui conduit à une perte de contrôle du niveau de consommation/pratique, une modification de l'équilibre émotionnel ; des perturbations de la vie personnelle ; professionnelle, et sociale ⁴⁹ ». D'après l'enquête SAMENTA de 2004, près d'un tiers des personnes interrogées avaient des troubles du comportement addictologique, et consommaient notamment des substances psychoactives (médicaments alcool, et/ou drogues illicites). Thibaut Besozzi précise « la situation de sans-domicile (et l'expérience de la rue qui lui est inhérente) engendre forcément des épreuves psychologiques et des remises en question déroutantes. La stigmatisation, l'isolement, la violence, la dépendance envers les services sociaux... sont autant d'expériences traumatisantes. Comment ne pas imaginer que la rue (et la déréliction qu'elle représente) provoque inévitablement de l'incertitude, du stress, de l'anxiété et des formes de dépression ? » ⁵⁰. Être sans-logement implique effectivement de réinterroger son identité

⁴⁷ Voir sur ameli.fr

⁴⁸ LAPORTE, Anne et CHAUVIN, Pierre, 2004. *Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*.

⁴⁹ Voir site inserm.fr

⁵⁰ BESOZZI, Thibaut, 2020. « Les SDF ont des problèmes psychiatriques. ». *Idees recues*. 2020. pp. 73-78.

sociale, son rapport au corps et son estime de soi. L'isolement, produit par le passage à la rue, a de lourdes conséquences que ce soit sur la santé physique que sur la santé mentale. Ainsi, accompagner des sans-domicile-fixe ayant une pathologie chronique ainsi que des troubles psychiques et/ou du comportement addictologique, impliquent un travail sur la durée pour qu'ils puissent rétablir une bonne estime d'eux même, renouer avec un bon rapport au corps, et pour qu'ils puissent s'emparer de leur projet pour qu'ils deviennent véritablement acteur de leur vie. Pour autant, réaliser cet accompagnement et mettre en pratique les principes de la loi 2002-2 ne sont pas toujours évidents pour les professionnels. Ils indiquent effectivement que pour les personnes ayant des addictions, il peut y avoir un risque de déplacement de la dépendance vers les institutions, comment adopter alors la bonne posture dans ce cas ? De plus, ils précisent que pour les personnes ayant des troubles psychiques, il peut être compliqué d'aller vers un logement autonome car leur handicap prend le dessus sur le reste, et les rendrait, en théorie, « inaptes ».

Ainsi, le travail des professionnels commence souvent par un accompagnement centré sur l'estime de soi de la personne et sa représentation d'elle-même. Il y a tout cette phase préliminaire qui est indispensable pour ensuite penser l'accompagnement avec le résident qui sera acteur de son projet.

La loi 2002-2 comprend des principes et des outils en lien avec la place de l'utilisateur, et concède une importance à la participation des usagers au sein des dispositifs, à leur évaluation, ainsi de suite. Au regard de ce qui a été présenté, nous comprenons que la réalité du terrain ne permet pas toujours aux professionnels de mettre en place tout ce qui est préconisé par la loi 2002-2 – par exemple le fait de partir des demandes du résident lorsqu'il ne les verbalise pas, ou de les faire participer. Depuis quelques années, une « nouvelle » norme de l'action publique prend de plus en plus de place et est notamment tirée d'un concept anglo-saxon : l'empowerment, ce qui va être traduit par le pouvoir d'agir en France. Ce pouvoir d'agir, qui est à la fois impulsé par la politique du Logement d'Abord, et par l'évolution de la place de l'utilisateur, est une approche stipulant que toute personne doit pouvoir prendre conscience de son pouvoir d'agir, c'est-à-dire qu'elle doit être en mesure de se sentir légitime, et se sentir capable de décider, pour pouvoir oser par la suite mettre en place des actions pour elle-même. D'après le guide de recommandation des bonnes pratiques professionnelles et les principes de la politique du Logement d'Abord, les professionnels en appartement de coordination thérapeutiques doivent favoriser le pouvoir d'agir de leurs résidents. Mais qu'en est-il du pouvoir d'agir des personnes accueillies ? Elles peuvent présenter des troubles psy

et addictologiques pouvant obstruer leur jugement, elles peuvent ne plus se projeter et ne plus avoir de volonté propre, une estime d'elle-même dévalorisée en raison d'un parcours de vie rythmée par des ruptures, de l'isolement, et de la violence. Comment peut-on ainsi favoriser le pouvoir d'agir de personnes qui peuvent avoir la sensation de n'en avoir jamais eu ? Les professionnels pouvaient déjà rencontrer des difficultés pour promouvoir tous les grands principes de la loi 2002-2, ainsi nous pouvons nous questionner quant à la promotion, cette fois-ci, d'une approche précise : le pouvoir d'agir. Concrètement, il s'agit de comprendre dans le cadre du dispositif des appartements de coordination thérapeutique, dans quelle mesure les professionnels peuvent favoriser le pouvoir d'agir de sans-domicile-fixe pouvant présenter des troubles psychiques et/ou du comportement addictologique ?

Partie III – Favoriser le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, une réalité envisageable sous certaines conditions

Au regard de tout ce qui a été évoqué jusqu'à présent, nous comprenons les enjeux autour de la promotion du pouvoir d'agir de personnes sans-domicile-fixe, et plus particulièrement celles ayant des troubles psychiques et/ou du comportement addictologique. Entre des représentations sociales à connotation négative, un système de prise en charge qui montre ses limites, et des parcours de vie rythmés par des « accidents », dans quelle mesure les professionnels peuvent favoriser leur pouvoir d'agir, alors même que ces populations ont été marqués par la rue, et possiblement par le système de prise en charge ? Nous verrons ainsi au fil de cette partie ce qu'implique la notion de pouvoir d'agir, et que sa promotion dépend de trois éléments ou facteurs : des modalités d'intervention spécifiques permettant de créer un cadre favorable à la fois pour les résidents, et pour les professionnels, des pratiques et des postures professionnelles qui s'inscrivent dans la démaîtrise et la bienveillance, et de l'adhésion et de l'engagement dans l'accompagnement des résidents. Néanmoins, même si des conditions favorables à cette promotion peuvent être réunies, il reste que des limites subsistent, et questionnent quant aux capacités réelles des professionnels à favoriser le pouvoir d'agir des résidents, dans un contexte spécifique et contraint.

Par ailleurs, il faut préciser que le contenu de cette partie, se base en grande partie sur le discours des professionnels interrogés lors de l'enquête par entretiens. Nous présentons ainsi le discours rapporté et les observations des professionnels sur leur lieu d'exercice. De plus, il faut noter que pour la partie C.2 « adhésion et engagement », nous évoquons certes le point de vue des résidents, mais il s'appuie sur les résultats de l'enquête par entretiens, des lectures réalisées, et non sur le témoignage direct des résidents.

A. Le pouvoir d'agir, comme la nouvelle norme dans l'intervention sociale et médicosociale.

La notion de pouvoir d'agir, traduction française de l'empowerment, est devenue en l'espace de quelques années la nouvelle norme de référence dans le champ de l'intervention sociale. En effet, considérée comme la réponse face aux recherches de nouveaux positionnements, à la suite des crises du travail social dans les années 2000, elle fait l'objet de nombreuses études, notamment canadiennes, qui font la démonstration des bienfaits de cette notion, autant pour les professionnels que pour les usagers. Il s'agit donc d'étudier plus précisément comment la notion du pouvoir d'agir a émergé dans le champ de l'intervention sociale et médicosociale, et la façon dont celle-ci, et plus particulièrement une approche conceptualisée par Yann le Bossé : le DPA-PC, peut réinterroger les pratiques et les postures des professionnels d'une manière générale.

1. La démocratisation du pouvoir d'agir

Le pouvoir d'agir s'est imposé comme une nouvelle norme de référence dans le cadre du travail social. Cette approche est effectivement présente dans différents documents institutionnels, dans des rapports ou par exemple dans le guide de recommandation des bonnes pratiques professionnelles établi par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les professionnels doivent alors favoriser ce pouvoir d'agir auprès des publics, mais il peut également être conseillé aux professionnels de développer leur propre pouvoir d'agir. Cette approche n'est ainsi pas seulement destinée à un public qui serait en situation de vulnérabilité ou de précarité, mais à toute personne.

Le premier rapport qui a mis en lumière cette approche est celui de Marie-Hélène Bacqué et de Mohamed Mechmache en 2013 « pour une réforme radicale de la politique de la Ville-Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires ». Par la suite, et ce qui va largement permettre la démocratisation du pouvoir d'agir, c'est le plan d'action du travail social et du développement social publié en 2015 qui va faire mention du pouvoir d'agir comme approche qu'il faut suivre et à intégrer sur le terrain :

- Point 1.2 « Placer le pouvoir d'agir des personnes au cœur des projets des établissements et des services associatifs et publics ».

Il est également question de redéfinir, dans le cadre de ce même rapport, à la fois le travail social qui « doit pouvoir se construire en mobilisant l'ensemble des intelligences, et en s'appuyant sur le ressenti et le vécu de la personne, sur leur « expertise d'usage », et la fonction ou le rôle même du travailleur social qui doit « contribue[r] par sa pratique

professionnelle à la promotion du changement et du développement social, à la cohésion sociale, et au pouvoir d'agir des personnes » (p45).

En 2017, est publié une nouvelle définition relative au travail social : « Art. D. 142-1-1.-Le travail social vise à permettre [...] dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, [...]. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. ⁵¹».

Par ailleurs, et plus précisément dans le cadre des ACT au sein du guide de recommandation des bonnes pratiques professionnelles « ACT, LAM, LHSS, l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours⁵² », il est également fait mention de la promotion du pouvoir d'agir comme une mission et un objectif à part entière des professionnels dans le cadre de ce dispositif : « La mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes. ».

Au regard des différentes citations extraites de rapport, de guide, et de loi, nous comprenons donc bien que l'approche du pouvoir d'agir s'est largement démocratisée dans le champ de l'intervention sociale. Cependant, peut-on affirmer que cette démocratisation dans les textes induit également mécaniquement une appropriation de cette approche par les professionnels ? Parmi les 17 professionnels interrogés au sein des ACT, seulement 4 connaissaient cette approche, et lorsqu'il a été demandé d'en donner une définition, nous constatons plusieurs cas de figures : soit une confusion est faite entre les principes de la loi 2002-2 et le concept du pouvoir d'agir, soit une association est spontanément faite entre le pouvoir d'agir et d'autres concepts en lien – c'est-à-dire le développement du pouvoir d'agir (DPA) et l'autodétermination :

- Le chef de service de l'association X indique « si c'est relié au fait de mettre la personne au centre du dispositif et qu'elle soit à l'initiative de l'accompagnement, c'est quelque chose qui se met en place. [...] De faire en sorte que les usagers soient au maximum associés. [...] On essaye à travers les DPA de partir du désir de la personne et de formaliser les choses à partir de ce qu'elle souhaite ».
- L'éducateur de l'association Y a quant à lui pensé au concept d'autodétermination lorsque la question sur le pouvoir d'agir s'est posée.

⁵¹ Art 1 du décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social JORF n°0109 du 10 mai 2017, Texte n°77 .

⁵² Haute Autorité de Santé

- Un éducateur de l'association Z a précisé qu'il avait été formé au DPA et que pour lui « le pouvoir d'agir, c'est quelque chose qu'on fait déjà sur le DPA ».

La première question que l'on peut alors se poser est, comment les professionnels peuvent favoriser une approche qu'ils ne connaissent pas ? Dans les faits, et ce qui est intéressant, c'est que l'on observe parfois des discours empreints de la philosophie ou des principes du pouvoir d'agir, bien que certains professionnels indiquent ne pas connaître cette approche. Ainsi, nous pouvons penser que connaître le concept du pouvoir d'agir n'est pas forcément indispensable pour pouvoir le promouvoir. De ce fait, et en partant de cette hypothèse, nous pouvons tout de même tenter d'analyser dans quelle mesure les professionnels peuvent favoriser le pouvoir d'agir des résidents, en prenant appui du discours rapporté des professionnels interrogés. Avant cela, il faut tout de même comprendre et déconstruire ce concept du pouvoir d'agir afin d'en saisir les enjeux, et voir dans quelle mesure cette approche peut être promu auprès d'une population de sans-domicile-fixe atteinte de trouble psychique et/ou du comportement addictologique.

2. De l'empowerment au pouvoir d'agir

À partir des années 70, dans un contexte d'émancipation et de mouvements sociaux (féministes, LGBT, « black power ») aux Etats-Unis, une notion émerge et c'est celle de l'empowerment. Les militantes féministes sont les premières à utiliser massivement cette notion, en mobilisant notamment les principes tels que la conscientisation, afin que les femmes victimes de violences domestiques et de viol, puissent s'émanciper et reprendre leur « pouvoir »⁵³ (Bacqué, Biewener, 2015). Elles vont également contribuer à populariser cette notion dans l'optique notamment de rompre avec les rapports de domination homme et femme. Cela va se traduire par une mise en exergue par ces groupes « de perspective sur les démarches et les dynamiques d'acquisition du pouvoir » (Marie-Hélène Bacqué, Carole Biewener, 2013). L'empowerment est ainsi devenu le moyen pour les « have not », les dits marginalisés, ou les personnes subissant des inégalités ou des discriminations économiques et sociales, de revendiquer leurs droits.

Encadré n°4 : les dimensions de la notion d'empowerment

Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener présente, dans « l'empowerment un nouveau paradigme pour l'intervention sociale », les trois dimensions à l'empowerment : l'individuelle, la collective et la politique. Selon les champs, ces dimensions seront plus ou moins mobilisés.

⁵³ BACQUÉ, Marie-Hélène et BIEWENER, Carole, 2015. L'empowerment, un nouveau paradigme pour l'intervention sociale. *Poche / Sciences humaines et sociales*. 2015. pp. 21-57.

La dimension individuelle : processus par lequel un individu se construit une image positive de soi, développe des ressources individuelles, réfléchit à des stratégies pour parvenir à ses objectifs, en bref développe sa capacité à agir, et une « conscience critique » ; La dimension collective : relève de « la capacité d'agir avec et d'agir sur » ; La dimension politique ou sociale : repose sur l'action collective en vue d'une transformation de la société.

Par ailleurs, cette notion est aussi vue comme le moyen de réinterroger les pratiques professionnelles, considérées « comme hiérarchisées, paternalistes, et inefficaces » (Bacqué, Biewener, 2015). Barbara Solomon, travailleuse sociale et doctorante en travail social, publie en 1976 « Black Empowerment », d'une part, dans le but de questionner les pratiques professionnelles dans la communauté noire, et d'autre part, pour réfléchir sur l'impact de la stigmatisation sur l'estime de soi et le pouvoir d'agir des individus. L'émergence de cette notion, et les travaux de différents chercheurs et groupes, s'inscrivent donc dans un contexte de remise en question des formes de hiérarchies verticales, de l'ordre social établi, et « interroge[rait] la question du pouvoir, à la fois individuel, collectif et social » (Bacqué, Biewener, 2013⁵⁴). Par ailleurs, l'intervention sociale fait partie des premiers champs à avoir théorisé la notion d'empowerment, entendu comme « des formes diverses d'assistance, d'encadrement, d'actions sanitaires et d'animation qui vont du travail social individuel au développement social en incluant des démarches plus militantes de mobilisation des citoyens. [...] Elle permet de qualifier un ensemble de pratiques caractérisées par la recherche d'un processus d'autonomisation des usagers et une transformation des relations entre ces derniers et les professionnels » (Bacqué, Biewener, 2015).

L'empowerment se traduit comme un processus par lequel un individu ou un collectif acquiert ou prend connaissance progressivement de son pouvoir, pour à terme se sentir pleinement légitime d'agir. Cette notion comprend ainsi deux dimensions, à la fois celle du pouvoir, et celle de l'apprentissage. Dès les années 90 cette notion va prendre une ampleur internationale, et elle sera, par ailleurs, reprise pour l'évaluation des politiques publiques par des institutions, telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU).

En France, cette notion va surtout se démocratiser à partir des années 2000, d'abord dans le cadre du management, et puis dans le champ du travail social et de la santé. L'émergence de celle-ci en France fait suite aux différentes crises qui ont traversé le pays, et notamment celle de 2008. En effet, cette crise aurait permis de mettre au jour les limites de la logique individuelle suivie jusque-là dans le champ du travail social. Entre « l'intensification des tâches,

⁵⁴ Bacqué Marie-Hélène, Biewener Carole, « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *Idées économiques et sociales*, 2013/3 (N° 173), p. 25-32.

l'empilement des dispositifs, qui a conduit à multiplier et à segmenter les accompagnements pour les personnes, ainsi qu'à accroître les tâches administratives pour les professionnels du travail social ⁵⁵», une remise en question s'imposait.

De ce fait, une recherche de nouveau positionnement face aux usagers s'est opérée, « l'ampleur des problèmes sociaux contemporains [...] exige le développement d'une action sociale et d'un travail social basé sur de nouvelles approches, de nouvelles méthodes d'intervention, de nouvelles organisations, de nouvelles pratiques professionnelles⁵⁶ » (Chassériaud, 2012), et a conduit à la promotion de cette notion dans le champ de l'intervention sociale. Au-delà de cette remise en question du travail social, Manon Grandval met en avant l'idée que si le pouvoir d'agir prend de plus en plus de place dans l'intervention sociale, c'est parce que cette notion « s'érige parallèlement à un intérêt grandissant pour le bien-être, la qualité de vie, le développement. [...] Pour Sen (2012) et Nussbaum (2012), améliorer la qualité de vie consisterait en l'augmentation de l'ensemble des capacités individuelles, [...] c'est-à-dire les choix qui s'offrent à l'individu pour diriger librement son existence⁵⁷ ». Enfin, il faut tenir compte des paradigmes sociétaux et des politiques publiques qui en découlent. À partir des années 2000, le modèle de pensée dominant est celui de droits communs (Guy Ducretet, 2016). Ainsi, il est à la fois souhaité et promu la participation des usagers et la reconnaissance de leur expertise. La participation va justement être vue comme l'un des moyens pour favoriser le pouvoir d'agir des individus. De la même manière, favoriser ce pouvoir d'agir, permettrait également de favoriser « l'augmentation de l'influence collective et politique » des personnes accompagnées (Manon Grandval, 2020). Le pouvoir d'agir s'inscrit donc pleinement dans le modèle de pensée dominant.

L'empowerment s'est ainsi imposé comme une nouvelle référence dans le champ du travail social, et les professionnels sont, de ce fait, censés orienter leur accompagnement vers la promotion du pouvoir d'agir des usagers. Parmi toutes les traductions faites de l'empowerment telles que l'empouvoirement, la capacitation, l'autonomisation, celle qui serait le plus fidèle aux principes de l'empowerment, serait le pouvoir d'agir (Yann le Bossé, 2003)⁵⁸. C'est ainsi pour cette raison que l'on retrouve plus communément comme traduction à l'empowerment, le pouvoir d'agir. Il faut tout de même préciser que cette traduction a reçu

⁵⁵ Plan d'action pour le travail social et le développement social, 2015, Etats généraux du travail social. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_d_action_egts_maquette_20102015_web.pdf

⁵⁶ Chassériaud C., 2013, « Société et travail social », La revue française de service social, vol. 251, p24. n° 4.

⁵⁷ Grandval Manon, « Développer le pouvoir d'agir des parents en contexte contraint. Entre place symbolique et place physique », *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 2020/3 (N° 66), p. 137-150.

⁵⁸ Le Bossé Y. (2003) « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir ». Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment » – *Nouvelles Pratiques Sociales* 16 (30-51).

quelques critiques car elle ne permettrait pas de rendre compte de l'aspect « apprentissage » (Marie-Hélène Bacqué, Carole Biewener, 2013), bien que celui-ci soit constitutif de la notion d'empowerment.

Le pouvoir d'agir constitue également l'un des quatre leviers pour favoriser l'autodétermination des individus afin qu'ils puissent « agir en tant qu'agent causal principal de [leur] vie ou de maintenir [leur] qualité de vie ⁵⁹ ». La notion d'autodétermination part du principe que tout individu est le « plus à même de définir et de comprendre ses besoins et se placer dans une dynamique de développement ⁶⁰ » (Euillet et Lacharité, 2021/2). Ainsi, pour qu'un individu soit autodéterminé, il faut qu'il ait développé ces quatre leviers :

- L'autonomie comportementale, c'est-à-dire qu'il soit en mesure « d'agir en accord avec ses intérêts, préférences et aptitudes, et de manière indépendante sans influence externe induite » (Wehmeyer, Lachapelle, Boisvert, Leclerc, Morrissette, 2001) ;
- L'autorégulation « implique des comportements visant l'atteinte de buts, les comportements visant la résolution de problèmes et les stratégies d'apprentissage par observation. » (Wehmeyer, Lachapelle, Boisvert, Leclerc, Morrissette, 2001) ;
- L'autoréalisation, c'est un processus dans lequel l'individu « apprend à tirer profit de la connaissance de ses forces et faiblesses afin de maximiser son développement personnel » (Wehmeyer, Lachapelle, Boisvert, Leclerc, Morrissette, 2001) ;
- L'empowerment psychologique (le pouvoir d'agir) qui renvoie « aux multiples dimensions de la perception de contrôle [...] les personnes exercent un contrôle sur les événements de leur vie (lieu de contrôle interne), possèdent les habiletés nécessaires à l'accomplissement d'une tâche et peuvent anticiper la résultante à une action potentielle » (Wehmeyer, Lachapelle, Boisvert, Leclerc, Morrissette, 2001).

Le pouvoir d'agir, c'est ainsi être en mesure de dépasser le stade de l'impuissance, ou le sentiment de l'être, pour prendre conscience de ses compétences, des opportunités, et donc de sa capacité à agir. Le pouvoir d'agir ne se résume pas au seul fait d'agir, c'est l'idée qu'il faille que l'individu se sente légitime d'agir, qu'il puisse reprendre le contrôle de sa vie, et qu'il puisse renouer avec son rapport à l'action. Dans le cadre des sans-domicile-fixe, nous comprenons qu'il n'est pas évident d'affirmer qu'ils ont du pouvoir d'agir, alors même qu'ils peuvent être dans une situation de dépendance ou avoir la sensation de ne plus rien contrôler.

⁵⁹ Wehmeyer, M., Lachapelle, Y., Boisvert, D. Leclerc, D. et Morrissette, R. (2001). L'échelle d'autodétermination du LARDI – Guide d'utilisation de l'échelle. Trois-Rivières (Québec), Canada : Chaire de recherche sur les technologies de soutien.

⁶⁰ Euillet Séverine, Lacharité Carl, « L'enfant et ses parents : des sujets-clés en protection de l'enfance », *Vie sociale*, 2021/2-3 (n° 34-35), p. 127-140.

Ce sont des personnes qui ont des vulnérabilités, or celles-ci peuvent justement conduire à obstruer leurs capacités⁶¹, autrement dit cela peut également impacter leur pouvoir d'agir. Soulet (2014) définit la vulnérabilité comme « un déficit de ressources ou le manque de conditions-cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même ⁶²». De ce fait, c'est parce que ces personnes se sentent vulnérables, qu'elles vont se sentir impuissante, voire incapable. Mais cela ne signifie pas, à contrario, qu'elles n'ont pas de ressources ou de compétences.

Ainsi, partir de l'approche du pouvoir d'agir dans le cadre d'un accompagnement, c'est partir du principe que « les gens ne savent pas qu'ils savent ⁶³», et que seuls eux peuvent réussir à dépasser leurs obstacles, leurs contraintes, et leurs problèmes. De ce fait, le professionnel ne doit être qu'une personne ressource et doit favoriser ou permettre l'émergence de l'expertise de la personne accompagnée, qui est donc là plus à même de trouver une solution à son ou ses problèmes. Le collectif pouvoir d'agir créé en 2010, va par ailleurs contribuer à visibiliser les méthodes à employer pour favoriser le pouvoir d'agir. L'association Cordia va même mettre en place une plateforme destinée aux professionnels et aux publics pour que les professionnels puissent orienter leur accompagnement vers la promotion du pouvoir d'agir, tout en laissant à l'usager, la possibilité de garder un regard sur son évolution.

D'ailleurs, ce sont les québécois qui ont beaucoup travaillé sur cette approche, dans le champ de l'intervention sociale, et notamment sur les méthodes d'accompagnement pour parvenir à favoriser le pouvoir d'agir des individus. L'un des travaux les plus connus est celui de Yann Le Bossé, chercheur à l'université Laval au Québec, portant sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC). Il convient donc de voir plus précisément en quoi consiste le DPA-PC et ce qu'il peut apporter comme méthode aux professionnels pour favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées.

3. Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités

Yann Le Bossé s'inspire de la psychologie communautaire, qui équivaut à la psychologie sociale en France, pour développer son approche. L'idée est de prendre en compte deux

⁶¹ Les capacités « sont la conjugaison des ressources et des caractéristiques personnelles dans un environnement donné » (Manon Grandval, 2020).

⁶² Soulet M.-H. (2014) « Les raisons d'un succès. La vulnérabilité comme analyseur des problèmes sociaux contemporains » – in : A. Brodriez-Dolino, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval et B.-A. Rayon (éds.) Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie (59-64).

⁶³ Voir site : educationpopulaire.fr

dimensions, à la fois structurelle (indépendante de l'individu, de l'ordre du macro), et individuelle (en lien direct avec la trajectoire de l'individu et ses caractéristiques sociales). Ainsi pour favoriser le pouvoir d'agir des individus, il faut tenir compte de ces deux dimensions, car ce sont bien celles-ci qui vont influencer l'individu, sa perception de lui-même, et sa capacité d'action. Le DPA-PC repose ainsi sur cette prise en compte de tous les déterminants, ou variables, et sur un travail de co-construction. Il est alors bien question de rompre avec les approches dites paternalistes, hiérarchiques, et inégalitaires. Ne pas exercer de pouvoir sur autrui.

Ce développement ne peut s'opérer qu'en suivant des étapes précises. Ce processus repose d'abord sur une prise de conscience, par l'individu, de l'obstacle rencontré qui l'empêcherait d'avancer, puis par une analyse de sa condition, de son obstacle et des éléments pouvant impacter positivement ou négativement sa situation, et ce afin d'élaborer une stratégie ou un projet, pour qu'il puisse dépasser « son obstacle ». Le professionnel doit être, dans ce processus, qu'une personne ressource qui va créer les conditions nécessaires pour que l'individu puisse redevenir acteur. Il ne doit pas faire à la place de la personne accompagnée. Le but est que l'individu ait mené « à terme le changement souhaité et définit par [lui-même]⁶⁴ », et qu'il soit « en mesure d'agir », et avoir les moyens pour se mettre en action (Le Bossé, 2003). La conscientisation est à la fois une étape pour développer le pouvoir d'agir, mais est également la finalité de ce processus. En effet, celle-ci permet à la personne de « désintérioriser » une image de soi erronée, et de se détacher d'une domination structurelle vécue et ressentie. Ainsi, cette conscientisation permettrait à l'individu de se sentir de nouveau légitime à agir.

En somme : « Il s'agit alors de prendre simultanément en considération l'influence des forces sociales et des caractéristiques individuelles dans l'analyse de toute réalité sociale : l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend, en effet, à la fois des opportunités offertes par l'environnement (cadre législatif, contexte politique, ressources, etc.) et des capacités des personnes à exercer ce pouvoir (compétences, désir d'agir, perception des opportunités d'action, etc.). » (Bernard Vallerie, Yann Le Bossé, 2006)⁶⁵.

Le DPA-PC permettrait alors d'adopter un accompagnement et une posture adaptés aux individus qui auraient connu différents accidents de parcours, des échecs, qui ne se projetteraient plus et qui n'auraient plus le même rapport à l'action. À première vue, les populations sans-domicile-fixe pourraient alors être concernées par cette approche. Ils

⁶⁴ Interview de Yann le Bossé, « le pouvoir d'agir », 2015.

⁶⁵ Vallerie Bernard, Le Bossé Yann, « Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 2006/3 (Vol. 39), p. 87-100.

peuvent ne plus avoir les mêmes temporalités, ils sont dans la survie et ne se projettent plus forcément car ils sont dans l'urgence, et puis certains, en raison d'un système qui a montré ses failles, peuvent se sentir résignés et ne pas ressentir cette capacité d'action. Pour autant, et comme nous l'avons évoqué, appliquer la notion de pouvoir d'agir « au champ des pratiques sociales comporte de nombreux défis théoriques et pratiques ⁶⁶». Un responsable du SAMU SOCIAL interrogé sur la notion de pouvoir d'agir indiquait : « ils sont dans la survie, ils ne se projettent pas, dans l'urgence. Donc ils n'ont pas forcément cette capacité à se projeter, construire un projet c'est compliqué. Des fois, j'essaie de les laisser faire, mais des fois t'es obligé de le faire à leur place pour que les choses bougent. ». En effet, dans le cadre du dispositif du SAMU SOCIAL, favoriser le pouvoir d'agir peut s'avérer être plus compliqué, dans la mesure où les professionnels accompagnent des publics dans un contexte particulier : la nuit, à l'extérieur, pendant cinq à dix minutes. Toujours est-il que dans le cadre des appartements de coordination thérapeutique, il ne s'agit pas des mêmes modalités d'interventions. De ce fait, il va être question de voir comment les modalités d'intervention spécifiques des ACT peuvent à la fois favoriser la promotion du pouvoir d'agir, mais également conduire à instaurer un contexte dit contraint, contraire aux principes du pouvoir d'agir.

B. Des modalités d'intervention spécifiques favorisant la promotion du pouvoir d'agir

Les appartements de coordination thérapeutique offrent des modalités d'intervention spécifiques pouvant, dans une certaine mesure, permettre la promotion du pouvoir d'agir. En effet, les professionnels peuvent être dans le quotidien des personnes accompagnées, prendre en compte leur temporalité, et de ce fait créer un lien de confiance avec les résidents. Ce lien de confiance constitue l'une des conditions indispensables pour que les professionnels puissent favoriser ce pouvoir d'agir. Cependant, et malgré des modalités d'intervention favorables, il subsiste des limites en lien notamment avec les problématiques de certains résidents : les troubles du comportement addictologique. À cela s'ajoute que l'accompagnement au sein des ACT est encadré par un contrat de séjour, il s'agit alors de se questionner quant à cette contractualisation : favoriser le pouvoir d'agir dans un contexte contractuel, est-ce favorable ou paradoxal ?

⁶⁶ LE BOSSÉ, Yann, BILODEAU, Annie, CHAMBERLAND, Manon et MARTINEAU, Suzie, 2010. Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : Quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*. 25 janvier 2010. Vol. 21, n° 2, pp. 174-190.

1. Un contexte organisationnel favorable à la promotion du pouvoir d'agir ?

Avant d'intégrer les appartements de coordination thérapeutique, les sans-domicile-fixe ont pu être hébergés dans diverses structures ou être accompagnés par divers professionnels. La représentation, qu'ils peuvent alors se faire des différents dispositifs d'hébergement, peut constituer un frein ou un obstacle dans le cadre de l'accompagnement des professionnels auprès de ces publics. En effet, cette représentation peut conduire les SDF à adopter un comportement résigné voire hostile à l'égard des professionnels. Pour autant, d'après certains professionnels, cela serait différent au sein des ACT. Certaines personnes – qui feraient la demande pour intégrer les ACT – auraient dès le départ des attentes précises et seraient ainsi plus enclines à s'engager dans l'accompagnement. Un des éducateurs de l'association W a justement fait part de son impression concernant les attentes des résidents « ils considèrent que l'appartement va leur permettre de prendre un nouveau départ ». Il faut tout de même préciser que selon les profils et le parcours des résidents, il peut y avoir de grandes variations. Ils ne vont effectivement pas tous avoir cette vision positive des ACT. Lors de l'entretien réalisé avec le chef de service de l'association X, il est justement fait mention de cette difficulté rencontrée par certains professionnels : « on est sur des personnes qui ont des parcours institutionnels très compliqués, qui ont souvent été accompagnés depuis leur enfance. Donc la création de lien avec la personne, c'est toute une période d'approvisionnement entre les travailleurs et la personne qui arrive. On a des gens qui arrivent et qui en sont à leur cinq ou sixième institution. Ils ont rencontré des travailleurs sociaux toute leur vie et ils font pas forcément la différence ». Cet extrait d'entretien met en lumière toute la complexité en lien avec l'accompagnement de certains sans-domicile-fixe. Comment construire un accompagnement avec une personne qui peut avoir des aprioris sur les professionnels en raison de son expérience vécue ? Comment faire en sorte que la personne se détache de ses éventuels présupposés ? Tout l'enjeu, au début de l'accompagnement, est donc bien de travailler sur la construction d'un lien de confiance entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et les personnes accueillies, et selon les profils, cela prendra plus ou moins de temps.

La construction de ce lien de confiance est ainsi indispensable car c'est ce qui va permettre au professionnel d'avoir une certaine proximité avec le résident, et ainsi lui donner la possibilité d'adopter la posture de la personne ressource, en qui le résident pourra avoir confiance. Le résident pourra alors plus facilement, en cas de besoin, faire appel à sa personne ressource pour justement reprendre le contrôle de sa vie et surpasser un obstacle rencontré et identifié. Ce lien de confiance constitue alors à la fois l'un des premiers objectifs des accompagnements et l'une des premières difficultés rencontrées par les professionnels. Pour que l'équipe pluridisciplinaire puisse travailler sur ce lien de confiance, il faut que les modalités

d'intervention le permettent, et c'est notamment le temps de séjour, et le temps accordé (par les professionnels) qui vont être déterminants. Le chef de service de l'association X explique : « et c'est à partir du moment où le lien est créé que les personnes comprennent qu'elles peuvent avoir un endroit où se poser pour pouvoir s'occuper d'eux, du ménage, de leur santé, de leur bien-être, de son niveau psychique, le niveau des soins techniques, c'est là que l'on va dire que le travail avec les professionnels commence vraiment. Mais il y a ce préalable qui peut quand même durer quelques mois, avant que la personne puisse s'investir réellement dans un vrai projet de soin, et se projeter dans le temps dans un hébergement plus pérenne. La création du lien est super importante. [...] Donc pour moi la première difficulté réside là-dedans. ». Un des éducateurs spécialisés de l'association W fait également mention du temps comme étant un indispensable à prendre en compte : « le lien de confiance se fait avec le temps, et avec les résultats surtout ».

Les appartements de coordination thérapeutique offrent cette possibilité aux personnes accompagnées de prendre leur temps, et ce temps de séjour permet ainsi la construction progressive d'une relation de confiance entre les différentes parties. Il faut comprendre ce temps de deux façons, d'une part par le temps de séjour qui est en moyenne d'un an à deux ans, et d'autre part par le temps que les professionnels se donnent auprès des résidents. C'est bien parce qu'il y a ces deux dimensions, qu'une proximité peut s'installer entre les professionnels et les résidents. L'éducateur de l'association W précise « mais après, ça reste six appartements. Je ne sais pas si on était un plus grosse asso. Si on avait moins de temps pour les personnes, si ça marcherait. Enfin, en tout cas là on a du temps pour eux et on prend le temps. Et ça marche donc voilà ». Cette proximité, permises par les modalités d'intervention de ce dispositif, permet ainsi aux professionnels d'être centrés sur un accompagnement personnalisé et attentif aux besoins identifiés par la personne. Les professionnels ne vont pas être systématiquement dans la contrainte liée au temps, ils peuvent se permettre d'être patient, et de se placer au rythme de la personne accompagnée. Une référence sociale de l'association V a par exemple comparé ces différentes expériences auprès des sans-domicile-fixe dans différents dispositifs et a précisé : « là, il y a dix personnes sur le dispositif donc ce qui est plutôt bien, c'est plutôt très confortable parce qu'on a le temps de traiter les personnes. Par exemple sur Reims j'avais trente personnes, et donc là vous êtes toujours en haut du stress parce qu'il y a tellement à faire c'est compliqué ».

Le temps de séjour et le temps accordé par les professionnels vont également permettre à l'individu d'acquérir ou de développer une « nouvelle » temporalité, plus en phase avec les normes de la société – cela se traduit par exemple par des capacités de projection. Il s'agit effectivement de personnes qui peuvent avoir une temporalité différente : « plus le temps d'inactivité ou d'échec est long, plus le temps nécessaire pour reprendre le risque de l'action

va être long lui-même. [...] Il est nécessaire de comprendre que plus une personne a été détériorée dans son rapport à l'action, plus elle a besoin de temps pour se restaurer, et se donner confiance à nouveau.⁶⁷» (De Lépinay, 2016). De ce fait, proposer un hébergement et un accompagnement sur du moyen à long terme, donne la possibilité aux personnes accueillies de se centrer sur leur propre rapport à l'action et d'adopter une autre temporalité. Ils peuvent effectivement se concentrer sur des questions autres que celles liées à l'urgence (le besoin de se nourrir, de se couvrir, ou de trouver un toit). Par ailleurs, cette question du rapport au temps est essentielle car c'est également grâce à celle-ci que l'individu pourra favoriser son propre pouvoir d'agir. La temporalité constitue l'un des axes à travailler pour justement promouvoir le pouvoir d'agir des individus, et comme nous l'avons indiqué, les modalités d'intervention de ce dispositif permettent de créer les conditions nécessaires pour travailler sur le rapport au temps et à l'action des personnes accompagnées.

Au-delà des questions autour de la temporalité, les appartements de coordination thérapeutique permettent aux professionnels d'être présents dans la vie quotidienne des résidents, ceci pourrait également favoriser la construction d'un lien de confiance. En effet, au début du séjour de la personne accompagnée, une visite à domicile par semaine est prévue par les professionnels. De plus, les locaux de l'association peuvent devenir un lieu de rassemblement pour les résidents, dans le cadre d'activités organisées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, ou pour tout simplement investir les lieux en prenant un café, un thé, tout en discutant avec d'autres résidents ou avec les professionnels présents. Une grande proximité peut s'installer entre les résidents et les professionnels, et ceci est notamment permis par le cadre d'intervention qui reste assez souple et flexible. Les professionnels vont se mettre à disposition des résidents lorsqu'eux-mêmes en auront fait la demande. Demandes qui peuvent prendre la forme d'aide pour des prises de rendez-vous médicaux, pour aider dans la constitution de dossiers administratifs (pour faire des demandes d'aide sociale par exemple), pour trouver une oreille attentive lorsqu'ils peuvent se sentir seuls, ou impuissants, ou même pour avoir une aide dans le cadre de la gestion de leur budget ou pour faire leurs courses. Les professionnels sont, de ce fait, présents dans le quotidien des résidents. Un des éducateurs spécialisés de l'association W va, par ailleurs, comparer les ACT avec le SAMU SOCIAL en expliquant que « faire le lien social, il se crée assez rapidement parce qu'on est dans la vie quotidienne des gens. On n'arrive pas le soir en apportant qu'un seul service. On apporte autre chose que des services, et souvent on est la solution à leurs problèmes, en tout cas pour eux ». Il faut tout de même préciser que les professionnels peuvent intervenir sans

⁶⁷ ADELIN DE LÉPINAY, 2016. Le développement du pouvoir d'agir dans l'intervention sociale - Yann Le Bossé - www.education-populaire.fr. *Education-populaire* [en ligne]. 8 février 2016.

qu'il y ait eu une demande au préalable car eux-mêmes vont constater que le résident aurait des besoins non verbalisés.

Enfin, le système de hiérarchisation présent au sein des ACT permettrait de conserver ou de ne pas affecter les liens de confiance construits entre les professionnels et les résidents. Dès lors qu'une situation difficile ou conflictuelle se manifeste au sein des ACT, ce ne sont pas nécessairement les référents sociaux ou médicaux qui vont intervenir, mais plutôt les chefs de service. La cheffe de service de l'association V indique, par exemple, comment elle perçoit son statut et les avantages en lien : « par exemple il y a quinze jours, trois semaines, il y a un résident qui stockait ce qu'il trouvait dans les poubelles chez lui, des poussettes, des jouets d'enfants, et ça devenait impossible à gérer, j'ai donc dû intervenir en tant que cadre auprès du résident. [...]. J'arrive avec un statut de cheffe. [...] Et moi je trouve que c'est une bonne chose, c'est-à-dire qu'il y a des rappels au règlement, des entretiens, c'est bien ce que ce soit moi la méchante qui rappelle le cadre pour que les référents puissent maintenir ce lien, parfois ténu, avec les résidents ». Ainsi, avoir une personne qui représente symboliquement le « cadre » accorde un autre statut aux professionnels qui accompagnent, le statut de la personne qui ne va pas exercer de contrôle sur le résident, et qui va instaurer une véritable relation de confiance dans laquelle toutes les parties sont égales. De ce fait, toutes ces modalités d'intervention : le temps de séjour et accordé, être dans la vie quotidienne, et le système de hiérarchisation, vont permettre la construction d'un lien de confiance, et vont constituer les conditions préalables favorables voire indispensables à la promotion du pouvoir d'agir. Cependant, ces modalités d'interventions peuvent présenter des limites, et ce en raison des problématiques de certains résidents liés à leurs addictions.

2. Possible conséquence des modalités d'intervention : le risque du déplacement de la dépendance

Au sein des appartements de coordination thérapeutique, il est récurrent de trouver des résidents qui ont eu, ou ont toujours, des troubles du comportement addictologique. Les personnes qui ont déjà connu une addiction, sont plus disposées à tomber dans une nouvelle, et ce en raison de leur manque de plasticité des synapses « leurs neurones ne parviennent pas à se réorganiser entre eux pour contrecarrer les modifications cérébrales provoquées par la substance psychoactive. ⁶⁸ [...] Ce défaut de plasticité synaptique expliquerait que le comportement de ces usagers vulnérables persiste malgré les contraintes et devient de plus en plus compulsif entraînant une perte de contrôle et l'installation d'un trouble ».

⁶⁸ Voir site drogues.gouv.fr

Encadré n°5 : Addiction et Dépendance

L'addiction est comprise comme une affection cérébrale dans laquelle la dopamine – un neurotransmetteur –, a un rôle central : « les substances psychoactives libèrent la dopamine qui active différentes zones du cerveau reliées entre elles (circuit de la récompense). [...] Chez la personne dépendante, ce système est dérégulé. L'absence de substance ou de stimulation crée un manque ⁶⁹». La dépendance à une substance psychoactive peut se comprendre comme un « assujettissement, se manifestant lors de la suppression de cette dernière par un ensemble de troubles physiques et/ou psychiques ⁷⁰».

Cette prédisposition à tomber dans une addiction peut conduire à un phénomène : le déplacement de la dépendance. Dans le cas des ACT, les professionnels peuvent ainsi être amenés à faire face à ce type de situation, dans laquelle certains résidents vont déplacer leur dépendance vers les institutions ou vers les professionnels, et ce en raison des modalités d'intervention qui peuvent favoriser ce risque. En effet, le temps de séjour conduit à ce que les résidents finissent par considérer l'hébergement comme étant leur appartement. De plus, le fait d'avoir un professionnel qui est souvent voire toujours présent, peut amener au développement de rapport affectif, d'une forme de dépendance, et des habitudes peuvent se créer également. La cheffe de service, de l'association V, a par exemple exprimé ces inquiétudes concernant la mise en place d'un poste d'animateur « l'arrivée de X en janvier comme animateur, c'est génial mais il faut qu'on soit extrêmement vigilant parce que là il va y avoir une dépendance à Éric et ça va être difficile le jour où ils vont quitter les ACT. Il va falloir qu'on réfléchisse à quelque chose parce qu'ils vont être tellement bien qu'on arrivera pas à travailler de sortie. »

Plusieurs professionnels ont ainsi présenté ce déplacement de la dépendance comme étant l'une des difficultés auxquelles ils faisaient face. Et ceci notamment en raison de ses conséquences sur le travail autour du projet de sortie : « On arrivait presque à la fin de son accompagnement, mais en général à la fin, quand ils vont sortir, c'est souvent là où ça coince parce qu'il y a d'abord la crainte, il y a la dépendance aussi à notre institution, parce qu'il y a un transfert de dépendance qui peut se faire. On arrête l'alcool, mais du coup, il y a de l'investissement dans notre asso et donc, du coup, le fait d'arrêter l'accompagnement, peut faire revenir les résidents sur l'alcool. » (Éducateur spécialisé, association W). Cet

⁶⁹ Voir site drogues.gouv.fr

⁷⁰ Voir site larousse.fr

engagement dans l'association peut par ailleurs être induit par le contrat qui encadre les accompagnements.

Il est également intéressant de constater que certains professionnels interrogés vont comprendre cette résistance face au projet de sortie comme le développement d'une forme d'assistanat : « c'est compliqué parce qu'en fait, ils s'enferment un peu là-dedans, c'est tu vois les personnes assistées. [...] Il y a quelqu'un qui est là pour toi, on t'aide, on t'encadre, tes rendez-vous sont pris et, en fait, ça peut être vraiment très confortable. [...] Mais vu qu'on est là, c'est facile quoi. Elle se sert beaucoup de nous. » (Infirmière, association W). Ce cadre d'interprétation peut trouver ses fondements auprès des paradigmes sociétaux qui tendent à se libéraliser toujours davantage. En effet, apporter une aide de quelque nature à une personne sans contrepartie, pourrait conduire à développer de l'assistanat selon les libéraux, c'est par ailleurs pour cette raison que des politiques sociales d'activation ont été mises en place. Ainsi, le discours de cette infirmière semble empreint de ce modèle de pensée. Dans la mesure où il est question de personnes qui ont ou ont présenté des troubles du comportement addictologique, l'explication, qui peut sembler être la plus appropriée, est celle du déplacement de la dépendance, plutôt que celle de l'assistanat. La plupart des résidents ont un lourd passé institutionnel, ont connu la rue ou des hébergements d'urgence, et donc ils ont été pendant une période plus ou moins longue dans une situation d'urgence et incertaine. Ce déplacement de la dépendance peut ainsi également se comprendre comme un processus par lequel les résidents ont ce besoin de trouver des repères stables, et vont par crainte (conscientisée ou non), s'y attacher et développer cette forme de dépendance. Une nouvelle fois, nous n'avons pas la prétention de parler pour les résidents, nous nous appuyons sur le discours rapporté des professionnels pour tirer ces conclusions.

Dans la mesure où nous traitons la question de la promotion du pouvoir d'agir, nous comprenons que ce déplacement de la dépendance peut impacter l'accompagnement des professionnels. En effet, ils vont devoir faire en sorte de trouver des solutions pour que la personne puisse s'autonomiser, et pour qu'elle puisse se sentir capable d'agir, même si elle n'est plus dans un cadre précis. Il ne faut effectivement pas que la personne se retrouve désorientée et perde ses capacités d'action, juste parce qu'elle n'aurait plus ses repères : « par exemple un monsieur qui est sorti il y a un mois et demi, l'addiction était stabilisée on va dire, ba le fait de se retrouver seul, même si en soit il ne l'était pas totalement vu qu'on l'avait orienté vers une collègue qui gère l'AVDL, et bien il a arrêté son traitement et il est de nouveau hospitalisé. Et là on repart dans un cercle vicieux » (Cheffe de service, association V). Les professionnels vont ainsi faire en sorte de mettre la personne en relation avec le maximum de personnes ressources extérieures (infirmière libérale, médecin, travailleurs sociaux, ...). Et dans certaines associations, l'infirmière ne va pas prodiguer les soins pour que le résident soit

habitué à avoir une autre infirmière libérale qui ne dépend pas de l'association, et qui sera toujours présente même lors de la sortie du dispositif. Certaines associations vont également fixer une durée maximale de séjour pour inciter les personnes accueillies à s'investir dans le projet de sortie, et pour éviter qu'une forme de grande dépendance se développe. Pour celle qui ne fixe pas de durée maximale, il est intéressant de constater qu'un seul résident a quitté les ACT depuis l'ouverture du dispositif (2018). Nous ne pouvons pas affirmer que les résidents, de cette association, ont développé une forme de dépendance, et ce en raison d'un manque de données, mais nous pouvons questionner la durée de séjour. Faut-il qu'elle soit réglementée pour éviter de tomber dans de la dépendance aux institutions ou aux professionnels ? Mais de la même manière, est-ce que réglementer le temps de séjour ne va pas constituer un obstacle pour la promotion du pouvoir d'agir, dans la mesure où les professionnels ne pourront pas toujours prendre en compte la temporalité des résidents, au vu du temps imparti ?

Ce questionnement peut traduire en partie toute la difficulté que peuvent avoir les personnes qui pensent un dispositif. Fixer un temps de séjour peut certes, dans certains cas, et selon les contextes et territoires dans lesquels les professionnels exercent, être favorable, mais dans d'autres il peut produire l'effet inverse. Au-delà des contextes et des territoires d'exercices des professionnels, il faut tenir compte des résidents. Ils ne vont effectivement pas tous développer de la dépendance aux institutions et/ou aux professionnels, ils ne vont pas tous avoir besoin d'un accompagnement sur du long terme, cela varie en fonction des profils. Il existe tant de variables à prendre en compte, et les prescripteurs, qui peuvent être éloignés du terrain, ne sont pas toujours aptes à toutes les envisager. C'est ainsi dans cette mesure que l'on peut retrouver ce décalage entre le travail prescrit et les capacités réelles des professionnels. Ici, les modalités d'intervention offrent des conditions favorables à un accompagnement tourné vers la promotion du pouvoir d'agir, mais en même temps elles peuvent conduire à l'effet inverse de celui attendu. Au-delà des modalités d'intervention citées jusqu'ici, il ne faut pas omettre que l'accompagnement demeure encadré par un rapport contractuel. Et même si celui-ci peut aider les professionnels dans leur exercice, il peut également constituer un obstacle pour la promotion du pouvoir d'agir des résidents.

3. Paradoxe de la contractualisation

Pour pouvoir bénéficier d'un hébergement au sein d'un appartement de coordination thérapeutique, les personnes doivent signer un contrat de séjour dans lequel elles s'engagent à respecter l'appartement, le règlement intérieur, et à suivre un accompagnement social et thérapeutique. Le contrat peut également imposer aux résidents de participer aux activités organisées toutes les semaines. Si le résident ne respecte pas le contrat parce qu'ils ne

viendraient plus aux activités par exemple, ou parce qu'ils auraient eu différents avertissements en raison d'un comportement à risque ou violent, il pourrait alors être exclu du dispositif. Il faut tout de même préciser que l'exclusion reste assez rare au sein des appartements de coordination thérapeutique. Ainsi, dans la mesure où il est demandé aux professionnels de promouvoir le pouvoir d'agir des résidents, en quoi le contrat peut-il constituer un levier ou un obstacle ?

D'après certains professionnels, le contrat serait bénéfique car il permettrait d'engager les résidents dans l'accompagnement, et il les placerait en tant qu'acteur. De ce fait, celui-ci pourrait favoriser la participation des résidents et donc indirectement leur pouvoir d'agir. Le contrat est également mis en avant comme étant le moyen, pour les professionnels et notamment pour les chefs de service, de rappeler le règlement intérieur aux résidents, les missions des ACT, et ainsi de pouvoir les réinvestir ou les remobiliser dans l'accompagnement. Pour autant, utiliser un contrat pour impliquer une personne dans un accompagnement, n'est-ce pas la placer dans un rapport contractuel dans lequel elle aurait une injonction à participer et à s'engager ? Peut-on alors affirmer, dans ce cas, que la personne est en mesure de développer son pouvoir d'agir, bien qu'elle soit dans un contexte dit contraint ? De plus, accorder à un professionnel le statut symbolique du « cadre » ou pour le dire autrement du « contrôle », n'est-pas en désaccord avec les principes mêmes du pouvoir d'agir ?

Par contexte contraint, il faut comprendre tout ce qui va encadrer une situation à un moment donné. Cela peut se traduire par le cadre d'intervention, c'est-à-dire le lieu d'exercice des professionnels, les modalités d'intervention (à domicile, au sein d'un organisme, dans les locaux d'une association, en extérieur, dans des hébergements temporaires, d'urgence, ...), ou par le contexte juridictionnel (est-ce qu'il y a un aménagement de peine ? Des obligations ?) et administratif (titre de séjour non renouvelé par exemple). C'est par ailleurs Manon Grandval (2020) qui va largement travailler sur la question du développement du pouvoir d'agir dans un contexte contraint, et notamment dans le cadre de la protection de l'enfance. Au sein des ACT, il n'est certes pas question de protection de l'enfance, mais l'apport de Grandval sur l'impact d'un contexte contraint sur la promotion du pouvoir d'agir, permet de saisir les enjeux autour de la contractualisation dans les ACT, et son aspect paradoxal.

La mise en place d'un contrat dans un tel contexte peut se justifier, elle permettrait au résident de s'autonomiser, et assure aux professionnels que l'appartement confié et l'accompagnement seront respectés. Pour autant, ce rapport contractuel amène à un paradoxe dans la mesure où il est compliqué d'évaluer si une personne s'engage dans l'accompagnement ou si elle s'implique dans une action, parce qu'elle se sentirait légitime de le faire, ou parce qu'elle se sentirait obligée pour se maintenir dans le logement. De plus,

comme nous l'avons rappelé, les personnes accueillies au sein des ACT peuvent présenter des troubles du comportement addictologique. Ce rapport contractuel, qui implique donc une certaine participation des résidents, pourrait également conduire à terme à un risque de déplacement de la dépendance aux institutions. Ce risque amène alors à un autre phénomène, les personnes accompagnées « régresseraient », selon les professionnels, dans leur accompagnement. Par régression, il est entendu que ces personnes font « machine arrière », c'est-à-dire que les professionnels doivent reprendre des objectifs qui étaient pourtant atteints parce que les personnes retomberaient dans leur addiction, ou parce qu'elles ne prendraient plus de nouveau leur traitement. Les professionnels interrogés expliquent que ce déplacement de la dépendance conduit à ce que les personnes ne veuillent tout simplement plus partir, parce qu'elles se seraient attachées à l'équipe, et bénéficieraient d'un certain « confort » – par exemple un logement à moindre coût et/ou des professionnels disponibles. De ce fait, elles feraient en sorte de retarder leur projet de sortie. Il faut bien souligner le fait que si ces personnes souhaitent retarder leur projet de sortie, c'est sans doute en raison d'un déplacement de la dépendance – les personnes qui ont déjà connu un trouble du comportement addictologique, ont plus de chance de retomber dans une addiction.

Ce risque de déplacement de la dépendance peut alors constituer un véritable obstacle pour le professionnel, et de la même manière, ce risque peut conduire à obstruer la promotion du pouvoir d'agir. Comment ces personnes peuvent avoir la sensation de reprendre le contrôle, bien qu'elles peuvent vivre avec une dépendance ? De la même manière, comment les professionnels peuvent favoriser le pouvoir d'agir de ces personnes, alors même qu'elles vont se mettre dans une autre position, moins encline à suivre un accompagnement pour retarder le projet de sortie ?

Au-delà de la question du déplacement de la dépendance, il faut également relever les incidences de l'addiction sur les accompagnements. Les professionnels doivent accompagner les résidents dans leur pouvoir d'agir, cependant « que faire quand les décisions des personnes dépendantes et vulnérables compromettent leur sécurité ou celle d'autrui ? ⁷¹ » (Amnon J. Suissa, 2016). Au sein des ACT, les résidents ont leur propre logement et sont autonomes. Il peut donc arriver que des situations caractérisées comme étant à risque se produisent : « il recevait des gens dans son logement, il leur donnait de l'alcool, c'était de l'alcoolisation massive avec une mise en danger de ces personnes-là qui avaient déjà des problèmes de santé et qu'on a dû hospitaliser plusieurs fois. Donc on risquait l'accident clairement. [...] Il y a parfois des inquiétudes quant aux consommations parce que les gens

⁷¹ AMNON J SUISSA. 2016. Addictions et DPA (Développement du pouvoir d'agir) : Fondements et pistes d'intervention. [en ligne]. Université du Québec à Montréal - Ecole de Travail Social.

sont seuls dans le logement, donc il peut y avoir des accidents qui sont liés à des consommations d'alcool. [...] ça m'est déjà arrivé de sortir des bouteilles et des canettes d'alcool d'un logement. Si j'estime que la personne est trop alcoolisée et que là ça devient trop dangereux, à ce moment-là, on se permet de le faire, d'un point de vue sécurité, pour éviter le coma éthylique, les accidents domestiques, et dans ce cadre-là, les gens comprennent sans problèmes » (infirmier, association V). Les professionnels doivent respecter les choix des personnes, leur volonté, mais en même temps ils ne peuvent pas rester à l'écart lorsqu'une situation à risque voire dangereuse se présente. Un dilemme se présente alors : faut-il respecter la volonté de la personne, et par la même occasion son pouvoir d'agir en la laissant agir, et ce même si cela conduit à une situation à risque ? Ou faut-il aller à l'encontre de sa décision, même si cela peut compromettre l'accompagnement vers le pouvoir d'agir ? Il n'est ainsi pas toujours évident d'appliquer des principes en lien avec la promotion du pouvoir d'agir. Le contrat constitue alors un des moyens utilisés par les professionnels pour que le résident n'adopte plus un comportement à risque. Ce rapport contractuel permettrait alors d'assurer « la sécurité » du résident, mais conduit également à ce que celui-ci soit dans un contexte contraint.

Cette ambivalence dans la contractualisation met en exergue toute la complexité pour transposer la théorie du pouvoir d'agir aux pratiques réelles des professionnels. La contractualisation peut certes constituer un outil pour les professionnels, toujours est-il que son utilisation peut placer les résidents dans un contexte contraint, et obstruer leur pouvoir d'agir. Comment trouver alors le juste milieu ? Les professionnels doivent constamment ajuster leurs pratiques et leurs postures en fonction des situations et des profils rencontrés. Les professionnels au sein des appartements de coordination thérapeutique bénéficient certes d'un certain cadre d'intervention qui, comme nous avons pu le voir, présente des avantages et permet de réunir des conditions préalables favorables à la promotion du pouvoir d'agir. Pour autant, ce cadre d'intervention ne se suffit pas en lui-même, et il faut bien que les professionnels adoptent une certaine posture pour que l'accompagnement puisse s'opérer et aboutir sur la promotion du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Il s'agit alors de voir dans un premier temps quelles sont les pratiques professionnelles souhaitées par la théorie du pouvoir d'agir, et comment cela se traduit sur le terrain. Il est ainsi question de voir s'il y a des décalages entre le travail prescrit et les capacités réelles. Ensuite, dans un second temps, il faut voir comment les résidents, leurs perceptions et leurs positionnements vis-à-vis de l'accompagnement, peuvent impacter positivement ou négativement le travail des professionnels autour de la promotion du pouvoir d'agir.

C. Les professionnels et les résidents : entre posture et engagement

Au-delà du cadre d'intervention, ce sont bien les postures et les pratiques des professionnels qui vont avoir un impact sur la promotion du pouvoir d'agir. L'adoption de postures telles que la démaîtrise, la bienveillance ou de la personne ressource, semble effectivement être indispensable. Néanmoins, il peut subsister un décalage entre le travail prescrit, et les capacités réelles des professionnels, qui restent dépendantes des éléments structurels et du positionnement des résidents vis-à-vis du dispositif et de l'accompagnement. En effet, les modalités d'intervention et les postures des professionnels ne se suffisent pas en elles-mêmes, pour qu'un accompagnement puisse se tourner vers la promotion du pouvoir d'agir, il faut également que le résident adhère et s'engage dans l'accompagnement. Comme nous pouvons le deviner, cet engagement dans l'accompagnement n'est pas évident et systématique, et ce en raison des parcours de vie de certains résidents, et de leur possible entrée dans une carrière dite de survie (Pascale Pichon, 2007)⁷². Ainsi, dans l'optique de comprendre dans quelle mesure les professionnels peuvent favoriser le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, il faut donc à la fois préciser quelles sont les pratiques professionnelles souhaitées et réelles, et quelles peuvent être les impacts du positionnement des personnes accompagnées vis-à-vis du dispositif et des professionnels, sur la promotion du pouvoir d'agir.

1. De la théorie du pouvoir d'agir aux pratiques réelles des professionnels en appartements de coordination thérapeutique

a) *Transposition des principes du pouvoir d'agir aux pratiques professionnelles souhaitées*

Les pratiques professionnelles sont empreintes des paradigmes sociétaux, ainsi à l'instar des modèles de pensée, elles sont en constante évolution. De ce fait, nous pourrions imaginer au regard des tendances actuelles, qu'un nouveau grand modèle de pratiques sociales pourrait émerger et s'inscrire dans la transposition de la théorie du pouvoir d'agir dans les pratiques et les postures professionnelles. Selon Adeline De Lépinay, ce sont surtout deux grands modèles qui sont mis en avant : le modèle du policier ou du contrôle social et celui du sauveur. Le premier se fonde sur l'idée que les individus, aidés sans condition, sont des êtres passifs et assistés. Il s'agit alors d'orienter les pratiques sociales vers l'aide conditionnelle et l'activation. Le deuxième, quant à lui, serait majoritaire et s'inscrit dans la logique de l'Etat providence, c'est-à-dire que « c'est la logique médicale qui domine : une logique guerrière, où on va vaincre la maladie, et où la seule personne compétente pour cela est le professionnel » (De Lépinay, 2016). Maela Paul (2009) et Guy Ducretet (2016), dans leurs travaux respectifs,

⁷² Pascale Pichon, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, Aux lieux d'être, 2007, 304 p.

apportent des compléments en précisant que les pratiques sociales ont certes connu ces deux grands modèles, mais elles tendent vers un nouveau, centré sur la co-construction, le travail ensemble, ou même le partenariat, dans lequel le sujet (l'individu accompagné) devient acteur. Ceci est par ailleurs en lien avec la légifération de la loi 2002-2 impliquant une rénovation de l'action sociale et des pratiques qui en découlent. La question que l'on peut alors se poser est : quelle forme pourrait prendre le modèle des pratiques sociales empreints de la théorie du pouvoir d'agir ? Et à partir de ceci, nous pourrions ainsi voir si les pratiques professionnelles des équipes au sein des ACT s'inscrivent dans cette logique.

Pour se faire, nous allons notamment mobiliser la méthode établie par Yann Le Bossé pour développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Le pouvoir d'agir, c'est prendre conscience de sa capacité d'action, reprendre le pouvoir et le contrôle de sa vie, en dépassant le stade de l'impuissance. Ainsi, ce n'est pas en adoptant une posture de sauveur ou de policier que le professionnel pourra accompagner un individu dans le développement de son pouvoir d'agir. Il faut que le professionnel se détache de l'approche dite curative (soulager une souffrance) et militante (s'affranchir des souffrances), pour aller vers une autre approche supposant un positionnement nouveau sur la relation d'aide et sur les personnes accompagnées⁷³ (Deverchère, 2017). Le professionnel ne doit plus se centrer sur les difficultés ou sur les problèmes de la personne mais plutôt sur ses ressources afin de les mobiliser, pour que la personne elle-même prenne ou reprenne conscience de ses capacités à agir. Le DPA-PC suppose alors un véritable travail de co-construction et de négociation, entre le professionnel et le résident, au sujet des modalités d'intervention, des désirs et des attentes de la personne et des problèmes rencontrés et identifiés. Il s'agit d'une « relation du travailleur social et de la personne [qui] évolue vers une « alliance » au sein de laquelle l'utilisateur est un acteur engagé développant ses propres ressources. Quant au travailleur social, il devient un « mobilisateur de ressources » et un « partenaire » qui facilite le processus du pouvoir d'agir » (Deverchère, 2017). C'est ainsi partir de l'expertise des personnes accompagnées, car le DPA-PC part du principe que ce sont elles-mêmes qui sont les plus à même de définir leur besoin. Par ailleurs, accompagner les individus en prenant appui de leur expertise permettrait de produire un accompagnement en « multiréférence ⁷⁴», qui permettrait « d'éviter une forme de passivité, de favoriser l'émancipation des personnes accompagnées. [...] Et conduit ainsi

⁷³ Deverchère Nelly, « Innovations et engagement des travailleurs sociaux en faveur du développement du pouvoir d'agir », *Vie sociale*, 2017/3 (n° 19), p. 91-105.

⁷⁴ CHAMBON, Nicolas, GILLIOT, Élodie et SORBA, Mathilde, 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*. 10 août 2020. N° 2, pp. 97-116.

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 » (Chambon, Gilliot, Sorba, 2020).

Le professionnel ne doit donc plus tenir la posture de la personne qui sait, et qui maîtrise tout, mais plutôt la posture du « lâcher prise » et de la « démaîtrise ». Cela implique donc que le professionnel prenne du recul sur les situations rencontrées, qu'il intériorise le fait qu'il ne peut pas tout maîtriser et tout savoir, et qu'il soit en mesure de faire confiance à la personne accompagnée et en ses capacités. En tant que « mobilisateur de ressources », le professionnel doit toujours être attentif aux besoins identifiés et verbalisés par la personne accompagnée, et il doit prendre en considération tous les éléments qui peuvent impacter le processus d'acquisition du pouvoir d'agir de la personne – qu'ils soient structurels ou liés à l'individu.

b) Les pratiques réelles des professionnels : influencées à la fois par le cadre d'intervention et les spécificités des publics

Au regard des entretiens réalisés, il est intéressant de constater que la plupart des discours des professionnels s'inscrivent dans la philosophie du pouvoir d'agir. Cela se traduit par différents points, quasiment tous évoqués au moins une fois par les professionnels interrogés, en voici une synthèse :

- Mobiliser les ressources de la personne, partir de sa connaissance d'elle-même, de son expérience vécue et de sa volonté ;
- Tenir la posture de la personne ressource en essayant de se rendre le plus disponible possible, et en tentant de ne pas faire à la place de la personne, ou de ne pas partir toujours des besoins que les professionnels auraient identifiés ;
- Prendre le temps nécessaire qu'il faut, et s'adapter au rythme de la personne ;
- S'appuyer sur l'analyse des pratiques pour prendre le recul nécessaire sur des situations et intérioriser la posture du « lâcher-prise » ou de la « démaîtrise » ;
- Essayer de se détacher de ses représentations et de ses évaluations pour rester centré sur la volonté de la personne.

L'un des premiers points qui est mis en avant lors des entretiens, c'est bien le fait de travailler sur la verbalisation des besoins par la personne accompagnée, et ce serait ainsi à partir de celle-ci, que les professionnels établiraient des objectifs avec la personne. Le travail de co-construction est systématiquement mis en avant dans le cadre de la constitution du projet personnalisé de la personne, et comme étant par ailleurs, un impératif pour que la personne accompagnée adhère au projet. Une des infirmières de l'association W l'évoque à plusieurs reprises lors de l'entretien « en fonction des objectifs qu'on aura choisi avec la

personne, il faut vraiment les choisir avec la personne, parce que si tu le choisis pas avec la personne, c'est pas fait toute façon. Il faut vraiment, le mieux, c'est ce que ça vienne d'elle. Si ça vient pas d'elle, si tout le monde essaye au maximum de la pousser et d'en établir avec elle, et des biens. Et souvent, les objectifs qu'on a définis, ont été réalisés dans le mois ». À travers cette citation, nous constatons bien l'importance accordée à la verbalisation des besoins par la personne, mais il faut tout de même préciser que cette verbalisation souhaitée ne traduit pas directement une volonté de promouvoir le pouvoir d'agir, mais est plutôt en lien avec l'incidence qu'elle peut avoir par la suite sur l'accompagnement : un engagement de la personne accompagnée dans celui-ci. Pour autant, même si l'infirmière en question n'oriente pas son accompagnement dans le seul optique de favoriser le pouvoir d'agir (c'est « impensé », c'est-à-dire, qu'elle le fait sans s'en rendre compte), il reste que cette méthode permet tout de même de le favoriser. Ceci est notamment en lien avec ce que nous avons évoqué plus tôt : connaître la théorie du pouvoir d'agir n'est pas indispensable pour le promouvoir, car les pratiques professionnelles s'inscrivent déjà, dans une certaine mesure, dans cette approche. En effet, les principes de la loi 2002-2 impliquent que les individus soient acteurs de leur projet et que donc ils y participent activement. De ce fait, les professionnels tentent toujours d'orienter leur accompagnement en fonction des personnes et de leurs envies, en évitant d'être dans la contrainte. La deuxième infirmière de l'association W l'exprime « il faudra toujours s'adapter à la personne et proposer des choses en fonction du ressenti de la personne ».

L'adaptabilité est également importante, et est en lien avec l'évaluation et les représentations des professionnels sur une situation. Ils évoquent tous le fait qu'un accompagnement, c'est de l'adaptation et de l'évaluation en continue. Cela se traduit par exemple par des bilans mensuels, trimestriels ou semestriels, pour voir l'avancée des objectifs et réajuster au besoin et selon la volonté de la personne. Cette évaluation régulière va également être perçue comme le moyen de montrer à la personne accompagnée qu'elle « progresse ». Yann Le Bossé parle de « l'art du possible » comme « l'exercice d'un talent particulier et délicat de l'aidant qui permet à la personne accompagnée de franchir l'obstacle elle-même et de s'en attribuer les mérites⁷⁵. » (Portal, 2017). Nous pourrions ainsi comprendre les bilans ou les évaluations comme le moyen pour certains professionnels d'attribuer les mérites aux personnes accompagnées : « il faut qu'il puisse eux-mêmes évaluer ce qu'il s'est passé et pas passé, il y a toujours un petit résumé de ce qu'il s'est passé dans la situation de la personne. Ça leur permet de voir l'évolution. Par exemple ce matin on avait un rendez-vous pour un renouvellement de PSP (projet de séjour personnalisé), on a relu l'écrit précédent, et

⁷⁵ PORTAL, Brigitte, 2017. Négociation et stratégie dans la relation d'aide : la personne partie prenante du changement. *Vie sociale*. 2017. Vol. 19, n° 3, pp. 153-164.

lui il a toujours l'impression que jamais rien avance. Quand on a listé l'écrit, on voyait qu'il s'en rendait compte et que oui ça avance » (assistante sociale coordinatrice, association Z).

Cette adaptabilité peut également se traduire par la mise en place de stratégie comme la négociation, l'infirmière de l'association Y l'expose notamment « je pense qu'arrivée à un moment où ce n'est plus possible, il faut négocier. Pour ma part, j'essaie de négocier. Quand je vois que le projet n'aboutit pas ou que ça traîne, je mets en avant la négociation. [...] Discussion, élargir, proposer, ba dire plutôt, essayer de tenter des idées, après ça accroche, ça approche pas, mais au moins ça laisse réfléchir. Et des fois, quelques jours après, on nous rappelle en nous disant ah ba oui je veux bien le faire. ». Négocier avec les résidents peut être vu comme le moyen, une nouvelle fois, de les placer en tant qu'acteur de leur vie, et leur permettre d'avoir la sensation de reprendre le contrôle sur une situation. Si l'infirmière négocie avec une personne, c'est qu'elle ne peut pas lui imposer, de ce fait cette méthode peut justement produire l'effet inverse de l'infantilisation.

De plus, les professionnels vont ajuster leurs pratiques et leurs postures selon les profils des personnes. La référente sociale de l'association V explique par exemple lors de l'entretien qu'elle n'aime pas faire à la place de la personne, et préfère une autre posture. Cependant lorsqu'elle pense que c'est ce qu'il y a de mieux à faire, elle ajuste sa posture : « Je vous donne un exemple, j'ai une dame qui vient me voir en me disant j'ai des dettes, elle me donne des sous. Alors comment on fait, l'objectif c'est que la personne aille payer ses dettes, on est d'accord, on lui explique que ça serait bien d'y aller ? Mais en attendant la personne nous dit : « je vous donne les sous est-ce que vous pouvez y aller ? ». Je suis pas pour, je favorise pas ça, mais à un moment, oui je le fais parce que c'est une première approche, parce que déjà elle a conscientisé qu'il fallait qu'elle paye, donc déjà il y a une certaine autonomie de se dire j'ai une dette, il faut que je la paye. Alors effectivement la personne ne va pas faire le trajet parce qu'elle n'arrive pas à sortir de chez elle, elle n'arrive pas à faire le trajet, mais en amont elle a pris conscience et elle a mis en place pour que ce soit payer. Donc elle a quand même le plus gros du travail. Et là c'était il y a trois mois, maintenant on commence à y aller ensemble. ». Dans le cas de cet exemple, il est intéressant de voir que la référente sociale ne va pas stigmatiser la personne accompagnée parce qu'elle ne se déplacerait pas, mais elle va plutôt préférer mettre en avant la capacité de la personne à « conscientiser qu'il fallait qu'elle paye ». C'est ainsi, d'une certaine manière, partir des ressources de la personne plutôt que sur ces manques, pour marquer ou insister sur l'évolution de la personne.

Un autre exemple peut être cité et traduit cette représentation « positive » que les professionnels peuvent avoir sur les personnes accompagnées. Une éducatrice de l'association W indique « ils ont été beaucoup seuls et à se débrouiller tout seul, à demander

de l'aide à personne. Et justement, c'est une fierté pour eux. Tout ça, c'est une force. Ils se sont construits comme ça. C'est ce qui les a aidés certainement beaucoup à rester en vie, et à surmonter les difficultés de l'extérieur. Et ça il ne faut pas leur enlever. Au contraire, il faut les valoriser, se servir de ces ressources ». Cette citation reflète, d'une autre manière, le fait que les professionnels ne vont pas nécessairement avoir une approche négative ou défailante des personnes accueillies, et c'est justement cela qui va jouer dans l'accompagnement et dans la promotion du pouvoir d'agir, car c'est ce qui va orienter, par la suite, la posture du professionnel et son accompagnement. Par ailleurs, c'est également dans la mesure où les professionnels arrivent à se détacher des représentations « négatives », qu'ils pourront orienter leur accompagnement vers la promotion du pouvoir d'agir, même si celle-ci n'est pas pensée ou conscientisée.

Il faut tout de même préciser que même si certains professionnels se sont détachés de ces représentations, d'autres vont tout de même être toujours influencés par leur propre représentation d'une situation « on est obligé de tenir compte du résident, même si on sait que c'est voué à l'échec » (la cheffe de service de l'association V). Nous pouvons nous questionner quant à l'incidence de cette perception d'une situation : est-ce que le fait de se dire que le projet du résident est voué à l'échec, va inconsciemment conduire les professionnels à être moins investis ? Ou est-ce que cela ne va avoir aucun impact ? À ce jour, et au regard de l'enquête par entretiens, nous ne pouvons pas donner de réponses à ces questions. Il reste que les professionnels, qui ne croyaient pas au projet de certains résidents compte tenu de leur évaluation, ont expliqué lors des entretiens que les projets des résidents échouent effectivement. Ainsi, il peut être compliqué pour certains professionnels de se détacher de leur évaluation ou de leur représentation, bien qu'ils vont constater par la suite des échecs répétés. De ce fait, et à partir de ce qui a été évoqué, il est compliqué d'affirmer que l'hypothèse n°2 est vraie en raison de manque d'éléments : « les représentations des professionnels à l'égard des SDF peuvent influencer leurs façons de faire, et l'évaluation qu'ils font sur la possibilité de favoriser leur pouvoir d'agir ou non. ».

Ensuite, pour favoriser le pouvoir d'agir des individus, les professionnels doivent, comme nous l'avons évoqué plus tôt, adopter une posture de « lâcher prise » et de « démaîtrise ». Certains professionnels interrogés évoquent eux-mêmes le fait de s'être détachée de la posture du « sauveur », et ce en raison de leur expérience : « ça va vous prendre du temps et moi aussi ça m'a pris du temps, parce que moi aussi je voulais sauver le monde, mais ça ne marche pas comme ça. Ça prend un peu plus de temps et ça vient surtout pas de nous, ça doit venir des personnes » (éducateur spécialisé, association Z) ; « C'est un peu changer la façon de voir la relation aidé-aidant, de ne pas forcément dire le travailleur social, le soignant

à toutes les réponses. C'est de voir comment on peut tous construire ensemble des réponses appropriées pour la personne elle-même » (chef de service, association X) ; « Aujourd'hui il faut intégrer la notion de démaîtrise, on veut tout maîtriser, moi je ne maîtrise pas tout. [...] Et justement ça me met au même niveau que la personne pour qu'on puisse aller, enfin l'accompagner comme on peut quelque part » (éducateur spécialisé, association Y). Ainsi adopter cette posture permet de ne pas se placer au-dessus mais d'égal à égal avec les personnes accompagnées. De ce fait, la construction d'un lien de confiance pourra se faire plus facilement, et permettra à la personne accompagnée de se sentir écoutée et légitime. De plus, cette posture de lâcher prise donne davantage la possibilité au résident de développer son propre pouvoir d'agir car il ne sera pas traité comme une personne qui ne sait pas ou qui ne peut pas, mais plutôt comme une personne en qui le professionnel « croit ». À cela s'ajoute que si une telle relation (de confiance) s'instaure entre les professionnels et les résidents, le résident pourra plus aisément considérer le professionnel comme une personne ressource et faire appel à lui en cas de besoin.

Par ailleurs, cette posture de lâcher prise qu'ont certains professionnels, est notamment permise grâce aux modalités d'intervention privilégiant le travail d'équipe pluridisciplinaire. Tous les professionnels interrogés ont évoqué les avantages liés à cette pluridisciplinarité, car elle permettrait de prendre plus facilement du recul sur les pratiques. Ils vont ainsi assez facilement demander l'avis aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour avoir un éclairage, ou pour trouver une solution collectivement lorsque l'un des membres de l'équipe va rencontrer une difficulté ou va se remettre en question. Il y a une véritable dynamique collective qui se met en place au sein des ACT. Celle-ci se traduit notamment par des temps d'échanges lors des réunions hebdomadaires mais également lors d'échanges réguliers ponctuels pour partager des informations cruciales sur les résidents. De plus, tous les membres d'une équipe ont au moins une fois tous les trimestres, une réunion dans laquelle ils vont analyser leur pratique avec un psychologue. Cette session de travail collectif permet d'abord de renforcer les liens entre les différents membres, mais également de créer une cohésion dans l'accompagnement. Ainsi, les apports d'un travail d'équipe pluridisciplinaire permettent aux professionnels de prendre plus de distance vis-à-vis leur pratique, et d'aller vers l'adoption d'une posture de « lâcher prise ». De ce fait, et à partir de ces observations, nous constatons que l'hypothèse formulée n°3 est fausse « en fonction de leur formation propre, les professionnels pourraient être plus ou moins sujet à promouvoir le pouvoir d'agir des SDF. Or, dans la mesure où tous les professionnels n'adopteraient pas la même posture, cela pourrait induire des complications notamment dans le cadre de la promotion du pouvoir d'agir ». Nous constatons plutôt l'effet inverse : la pluridisciplinarité permettrait de mieux saisir tous les enjeux autour d'une situation, et de s'ouvrir à d'autres interprétations (sociales,

médicales, psychologiques), amenant alors le professionnel à être plus enclin à promouvoir le pouvoir d'agir des résidents.

De plus, et c'est en lien avec tout ce que nous avons évoqué, les professionnels tendent à tenir la posture du « bienveillant ». Nous entendons par la posture du « bienveillant », l'idée que le professionnel ne stigmatise pas lesdites incompétences ou les besoins d'une personne accompagnée, mais va plutôt se centrer sur la temporalité de la personne. Ils expriment effectivement le fait que dès lors que le résident a l'impression d'être contrôlé, contraint ou en situation d'impuissance, le lien de confiance construit peut se rompre facilement et alors tout accompagnement pourrait prendre fin. Pour illustrer ces propos, nous pouvons notamment nous appuyer sur deux extraits d'entretien : « beaucoup de bienveillance, il ne faut pas s'irriter parce qu'il n'y arriverait pas, c'est normal, c'est leur problématique. Ils ne le font pas pour nous embêter. On ne va pas infantiliser la personne, c'est vraiment toujours la discussion. « Est-ce qu'on peut reprendre un rendez-vous ? », par exemple » (référente sociale, association V) ; « Par exemple j'ai une dame qui devait aller voir le cardiologue, donc on prend le rendez-vous, mais le premier rendez-vous est loupé, le deuxième aussi, donc il faut vraiment se donner le temps et se dire que ça marche pas toujours du premier coup, mais garder tous les mêmes objectifs. [...] Il ne faut pas mettre trop de pression non plus. C'est vrai que nous des fois, on a tendance à penser aux objectifs, mais on essaye quand même de travailler au rythme de la personne sinon on prend le risque que les personnes claquent la porte en disant ces trop. [...] Je pense que la contrainte c'est un bon facteur de ruptures. » (Infirmier, association V).

Les propos de l'infirmier sont intéressants à reprendre car ils illustrent, en partie, toute la complexité en lien avec un accompagnement qui se fait selon la temporalité et la volonté d'une personne. Le fait est que les professionnels restent contraints dans leur pratique, que ce soit par le temps de séjour qui peut être limité, ou par les objectifs à atteindre, qui vont notamment être repris pour l'évaluation du dispositif. Ainsi, même si les professionnels expriment la volonté d'orienter leur accompagnement vers une écoute attentive et respectueuse de la personne accompagnée, il reste que des difficultés subsistent, et elles prennent notamment la forme de contraintes structurelles liées au temps de séjour ou aux résultats attendus.

Des difficultés du même type peuvent survenir lorsque le professionnel veut tenir la posture de la personne ressource. En effet, l'exemple le plus fréquemment cité est celui de la fracture numérique. Les professionnels tentent de tenir le rôle de la personne ressource en essayant d'apporter toujours une réponse à un besoin identifié par la personne. Dans le cas de la fracture numérique : une maîtrise de l'informatique ou des besoins en équipement. Ainsi, ils vont agir à leur échelle en proposant par exemple des formations sur l'outil informatique, ou ils vont montrer à la personne où aller pour pouvoir bénéficier d'équipements (par exemple à

la médiathèque). La fracture numérique constitue l'un des plus grands obstacles pour certaines personnes accompagnées car la plupart des démarches, pour obtenir des aides sociales ou pour être dans la recherche d'emploi, sont dématérialisées. Cependant, il n'est pas toujours évident pour les professionnels d'agir sur cette fracture numérique, notamment si la personne ne peut pas bénéficier d'une connexion internet ou ne peut pas se procurer d'ordinateur. L'association, dans ce cas, n'est pas en mesure de débloquer un budget pour ce type de dépenses, c'est ainsi à la personne accompagnée de trouver une solution. Il reste que ce sont des personnes avec des faibles revenus (une grande partie ne bénéficie soit que du RSA soit de l'allocation adulte handicapé (AAH)), et donc pour la plupart, il n'est pas toujours évident de dégager un budget pour ce type de dépenses. De plus, certains résidents sont en situation de handicap et ne peuvent pas se déplacer à leur convenance, dans ce cas il est compliqué de leur demander de se déplacer d'un point A à un point B pour pouvoir utiliser un ordinateur. Cet exemple traduit l'une des premières difficultés qui peut être rencontrée par les professionnels. Comment faire en sorte que l'individu conscientise sa capacité à agir (par exemple pour postuler à des offres d'emploi en ligne), alors même qu'il ne peut pas obtenir tous les moyens nécessaires pour parvenir à concrétiser une action ?

Un autre exemple peut être cité pour illustrer les contraintes structurelles que peuvent rencontrer les professionnels. L'assistante sociale coordinatrice de l'association Z présente notamment les difficultés en lien avec l'accompagnement des personnes sortant de prison « la numérisation de tout, ça c'est compliqué. Par exemple, le gars sort de détention, il faut rouvrir un dossier pôle emploi, or pôle emploi détecte son nom et dit qu'il y a déjà un dossier. Or, on n'a pas les mots de passe, et on a zéro adresse de récupération et on a zéro interlocuteur, c'est-à-dire que la sécu, pôle emploi, la caf verrouillent. Il y a beaucoup d'accompagnement qui pourrait se régler en cinq minutes si j'avais le numéro de téléphone qu'il fallait, et si je tombais sur l'intervenante qui accepte de croire que je suis bien AS (assistante sociale). En plus nos résidents n'ont pas forcément accès à internet. [...] Et vu qu'on est une petite structure avec que six lits, on peut pas donner des téléphones ». Yann Le Bossé préconise la posture du mobilisateur de ressource, pour autant il n'est pas toujours évident pour les professionnels de tenir cette posture compte tenu de leurs capacités d'action réelles sur des éléments structurels ou des contraintes extérieures. Ils vont agir à leur échelle en proposant ce qu'ils sont en mesure de proposer, mais cela ne va pas toujours suffire pour la personne accompagnée qui peut avoir des attentes différentes.

De ce fait, nous pouvons conclure sur le fait que les professionnels peuvent être en mesure de favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, s'ils maintiennent leur posture actuelle du « lâcher prise », de la « bienveillance », et de la personne ressource. Et cela est notamment permis par les modalités d'intervention qui concèdent aux professionnels

un cadre particulier favorable. Malgré ces conditions, il reste que des limites peuvent se présenter dans le cadre de l'accompagnement et constituer des obstacles pour favoriser le pouvoir d'agir, qu'elles soient de nature structurelle ou individuelle (liée à la représentation et à la posture du professionnel). Et au-delà de ces limites, il faut également que les résidents adhèrent et s'engagent dans l'accompagnement. La façon dont les résidents vont effectivement se positionner vis-à-vis des professionnels et du dispositif va avoir un impact. Il s'agit alors de voir dorénavant, dans quelle mesure l'adhésion et l'engagement dans l'accompagnement vont être centraux pour que la promotion du pouvoir d'agir puisse se faire.

2. Adhésion et engagement

Les personnes accueillies au sein des ACT signent un contrat de séjour, cette signature marque alors en théorie l'adhésion de ces personnes au dispositif, et induit leur engagement dans l'accompagnement. Pour autant, même s'il paraît que ces personnes adhèrent au dispositif du fait qu'elles ont signé, cela n'implique pas pour autant une volonté explicite d'adhérer ou de s'engager dans l'accompagnement, cela peut s'apparenter davantage à un accord dit de façade. Certaines personnes accueillies, au sein des ACT, peuvent accepter les modalités de séjour parce qu'elles sont dans une situation d'urgence, et souhaitent donc tout simplement pouvoir se poser dans un cadre. D'autres personnes peuvent avoir été orientées par des professionnels, cela peut alors impliquer que la demande pour rentrer dans ce dispositif n'était pas de leur initiative. Enfin, il peut également y avoir des personnes qui vont avoir pleinement connaissance des modalités d'intervention, et pour elles, celles-ci ne seront pas un frein dans leur engagement dans l'accompagnement.

L'adhésion et l'engagement dans l'accompagnement varient donc en fonction du positionnement des personnes accueillies vis-à-vis du dispositif et de l'accompagnement. Ce positionnement peut dépendre, quant à lui, du parcours de vie des résidents, ou autrement dit de leur « carrière » de sans-domicile-fixe, et du contexte territorial dans lequel ils évoluent. Il existe ainsi deux formes d'adhésion, celle qui va se traduire par la signature du contrat de séjour, et qui ne va pas impliquer nécessairement un engagement dans l'accompagnement, et celle qui va être plus explicite et qui va donc se manifester par un engagement. Par engagement dans l'accompagnement, nous entendons un grand investissement dans le projet personnalisé de la personne, et une participation active aux activités proposées. Les personnes engagées dans l'accompagnement y mettent du sens, donc pour elles, leur implication dans celui-ci se justifie parce qu'elles y accordent une certaine valeur. C'est donc parce que ces personnes trouvent du sens qu'elles vont avoir cette volonté de s'engager. De ce fait, les professionnels seront plus enclins à orienter leur accompagnement vers la

promotion du pouvoir d'agir, car il y aura déjà les prémisses d'une volonté de s'affranchir des difficultés ou des obstacles rencontrés.

Encadré n°6 : L'engagement

L'engagement est défini comme étant un « acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse. L'action de mettre quelque chose en gage ⁷⁶ ». L'engagement, en sociologie, est compris comme une dynamique sociale et identitaire qui n'est pas innée, mais le fruit d'un processus social, dans lequel un individu va donner du sens à son action ou à une cause. Il existe différentes dimensions à l'engagement : le sens pour d'autres, avec les autres et pour soi. D'après Goffman, tout individu est continuellement engagé dès lors qu'il se trouve dans une situation sociale (engagement de conduite⁷⁷). Il faut tout de même distinguer deux formes d'engagement : celle en état – cela revient à la conduite d'engagement –, et celle en acte – c'est-à-dire que l'engagement résulte d'une décision, cela revient à s'engager soi-même, mettre son corps et son avenir en gage. Enfin, l'engagement peut être soit individuel soit collectif. Traditionnellement, les études sociologiques sont tournées vers les engagements militants ou professionnels. Dans le cas des résidents des ACT, nous ne pouvons pas parler d'engagement militant ou professionnel, c'est ainsi pour cette raison que nous utiliserons un autre vocable : l'engagement dans l'accompagnement.

L'engagement dans l'accompagnement se comprend alors comme un engagement individuel et en acte, dans lequel la dimension qui va primer est le sens donné pour soi.

À contrario, il sera plus compliqué pour les professionnels d'orienter leur accompagnement vers la promotion du pouvoir d'agir, si les résidents n'expriment aucune envie, s'ils ne trouvent pas d'intérêt au dispositif ou à l'accompagnement, ou si l'intérêt trouvé n'est pas en lien avec l'accompagnement proposé. Différents professionnels ont évoqué des anecdotes à ce sujet « elle nous a laissé tomber pour retourner avec son ancien compagnon, ses anciennes addictions. Dès le départ après, elle disait qu'elle voulait repartir » (cheffe de service, association V) ; « Quand tu vois qu'il n'y a rien, pas de motivation, il faut aussi lâcher l'affaire parce que sinon il va rester toute sa vie là » (infirmière, association W) ; « On avait de plus en plus de résidents qui entendaient juste appartement dans appartement de coordination thérapeutique » (cheffe de service, Z). Il existe différents cas de figures au sein des ACT, et selon celui auquel les professionnels auront à faire, la réponse ne sera pas la même.

⁷⁶ Voir site Larousse.fr

⁷⁷ ERVING GOFFMAN, 2013 (1963) . *Comment se conduire dans les lieux publics : notes sur l'organisation sociale des rassemblements*. Economica. Paris. Etudes sociologiques.

Pour les personnes qui sont dans les ACT mais par « contrainte », c'est-à-dire soit par nécessité car elles veulent sortir de l'urgence, ou soit parce qu'elles ont été orientées, leur engagement dans l'accompagnement ne sera pas systématique et il peut même y avoir des départs volontaires avant la fin de l'accompagnement. Pour ce cas de figure, il serait récurrent de retrouver des personnes qui n'expriment aucune envie, ou lorsque c'est le cas, elles témoignent une envie de partir et de ne pas apprécier d'être sous la contrainte – en lien notamment avec le règlement intérieur et les modalités de séjour prescrits dans les ACT. Pour celles qui n'expriment aucune envie, il est effectivement plus compliqué pour les professionnels de travailler sur la promotion du pouvoir d'agir car cela nécessite de partir de l'expertise de l'usager et de la conscientisation. De plus, co-construire un accompagnement, avec une personne qui n'exprime aucune volonté, implique de prendre beaucoup de temps, or dans la majorité des associations, la durée de séjour est limitée. Dans cette mesure orienter sa pratique vers la promotion du pouvoir d'agir en respectant une méthode précise, peut effectivement paraître complexe. À contrario pour les résidents qui expriment l'envie de partir ou le fait de ne pas apprécier les conditions de séjour, il est plus fréquent d'observer des départs volontaires. Ces sorties du dispositif avant la fin de l'accompagnement sont souvent perçues comme des échecs pour les professionnels (non atteintes des objectifs), bien que celles-ci peuvent justement traduire une reprise de contrôle de la personne concernée de sa vie, car elle manifeste son droit au refus. Ainsi, certaines sorties volontaires peuvent être interprétées positivement comme l'expression du développement du pouvoir d'agir de la personne. De ce fait, favoriser le pouvoir d'agir peut se faire dans la mesure où les professionnels prennent de la distance ou se détachent de leur cadre d'interprétation habituel, dans lequel l'accent est mis sur l'évaluation et l'atteinte des objectifs.

Ensuite, il peut également y avoir des personnes qui vont s'engager pleinement dans l'accompagnement, soit parce qu'elles auraient été demandeuses dès le départ, soit parce que leurs positionnements vis-à-vis des professionnels et du dispositif ont évolué grâce au développement de liens de confiance. Dans cette mesure, la promotion du pouvoir d'agir sera plus accessible pour les professionnels car il y aura déjà les prémices de cette volonté de reprise du contrôle, et des bases sur lesquels un lien de confiance peut se construire et qui pourrait déboucher sur ceci. Le travail autour de la conscientisation peut ainsi se comprendre comme étant plus envisageable au vu du temps imparti.

La grande majorité des personnes qui entrent dans les ACT connaissent une situation de précarité, et ont pour souvent connu la rue ou des hébergements d'urgence et temporaire. De ce fait, ils ont pu intérioriser une mauvaise estime d'eux-mêmes, et intégrer le fait qu'ils seraient dominés à la fois socialement et structurellement. Ce processus de socialisation dit à

la marge, dans lequel l'image du sans-domicile-fixe se dégrade, conduit à ce que celui-ci entre dans ce que Pascale Pichon appelle la « carrière de survie »⁷⁸.

Encadré n°7 : La carrière

Howard Becker, dans son étude sur la déviance, définit la carrière comme un « concept utile pour construire des modèles séquentiels de divers types » (Becker, 1985⁷⁹). Etudier une trajectoire sous le prisme du comment plutôt que du pourquoi, permettrait ainsi de mieux comprendre les engagements des individus dans un parcours qu'il soit professionnel, personnel ou déviant⁸⁰. La carrière se définit donc comme un processus ou une construction sociale dans laquelle des étapes se succèdent, et qui justifient un engagement à terme.

Erving Goffman utilise également cette notion de carrière, pour identifier les « cycles de modifications qui structurent les représentations que l'individu se fait de lui-même selon les perceptions et les jugements le concernant, et qu'il pense émaner des acteurs avec lesquels il entre en interaction. »⁸¹. Il transpose notamment cette notion à la carrière du « malade mental » dans *Asiles* (1961) et évoque par ailleurs l'impact des stigmates sur leur carrière. Il existe trois types de stigmates – qui ne concernent pas que les malades mentaux –, les abominations du corps, les tares de caractère et le stigmate tribal. Ces stigmates vont définir ou influencer la façon dont les autres vont se représenter le stigmatisé, et cela va finir par avoir également un impact sur la façon dont le stigmatisé va se représenter. Cela revient par ailleurs au processus d'étiquetage social dans lequel l'individu intériorise la perception que les autres ont de lui.

Cette carrière de survie est décrite comme un « investissement systématique des espaces et lieux publics de la survie », et s'inscrit comme un processus à la fois de désocialisation, et de socialisation dans un autre monde qui serait spécifique au sans-domicile-fixe. Elle comprend également cette carrière comme un processus par lequel ces personnes développent des ressources, ou des savoir-faire contraints, en lien avec leur situation à la marge. Elle met alors en exergue le caractère indispensable de la prise en compte de cette carrière et de ses étapes, par les professionnels par exemple, pour amener la personne à conscientiser sa capacité et sa légitimité à agir. À partir des propos de Pascale Pichon, nous comprenons que cette conscientisation nécessaire, comme l'avance Yann Le Bossé dans le DPA-PC, constitue l'un des facteurs clé pour que la personne accompagnée entre dans une dynamique de changement. Cependant, cette conscientisation peut prendre plus ou moins de temps en

⁷⁸ LOISON-LERUSTE, Marie, 2008. Une ethnographie de la rue. *La Vie des idées* [en ligne]. 19 février 2008.

⁷⁹ BECKER, Howard S., 1985. *Outsiders* [en ligne]. Éditions Métailié.

⁸⁰ Voir site : *Encyclopædia Universalis*.

⁸¹ Voir site : *Encyclopædia Universalis*.

fonction du temps passé dans cette carrière de survie. Nous pourrions même penser que plus le temps passé dans cette carrière est important, plus il pourrait être long pour les personnes de conscientiser leurs ressources. Ces longues carrières peuvent conduire, à ce que les personnes concernées par celles-ci, intériorisent davantage leur sentiment d'impuissance, et cette étiquette sociale du « dominée », « assistée », « marginalisée », « exclue », ou encore du « malade mentale qui veut rester à la rue ». Cette étiquetage peut alors avoir de lourdes conséquences dans la mesure où elle peut enfermer les personnes dans ce schéma de l'impuissance, et les pousser à s'isoler, à développer des mécanismes de défense et à limiter les interactions avec les autres. En effet, les sans-domicile-fixe peuvent se sentir illégitime du fait qu'ils n'auraient pas de pouvoir symbolique⁸², cela peut par ailleurs expliquer en partie pourquoi ils peuvent être méfiants vis-à-vis des personnes qui représentent les institutions. Cela permet par ailleurs de comprendre pourquoi la construction d'un lien de confiance, et le travail autour de la conscientisation, peut prendre plus ou moins de temps en fonction des profils des résidents, et en quoi ils sont indispensables. Ainsi, nous pouvons partir du principe que les personnes, qui ne vont pas s'engager systématiquement dans l'accompagnement, sont celles qui ont une longue carrière de survie. Et si elles ont pu accepter l'entrée dans ce dispositif, c'est davantage en raison de leur volonté de quitter le schéma de l'urgence pendant un temps, plutôt que de suivre un accompagnement encadré et contraint.

Ce détour par la carrière et l'étiquetage permet de comprendre l'incidence de ceux-ci sur le positionnement des personnes accueillies au sein des ACT vis-à-vis du dispositif et/ou des professionnels. L'assistante sociale coordinatrice de l'association Z a fait part, par exemple lors de l'entretien, de l'incidence du contexte territorial sur les rapports entre les professionnels et le publics « ils ont l'habitude de détruire régulièrement les appartements, donc on fait beaucoup plus de visite à domicile, et de travail autour de l'hygiène. Ça revient à ce que je disais tout à l'heure, le paysage social et sanitaire autour de la personne compte énormément, il n'y avait jamais eu d'ACT, et on est sur un CHRS à X, un à X et un autre, les trois villes sont séparées d'une heure et demie de route, donc quand on se foire sur un CHRS, la deuxième possibilité c'est le même CHRS ou la rue. Donc ils n'ont pas trop l'habitude de fréquenter des institutions avec un règlement intérieur. ». Dans cet exemple, nous comprenons que les personnes sans-domicile-fixe présentes sur ce territoire, sont, semble-il, dans une carrière de survie dans laquelle elles seraient au stade de sédentarisation – d'après la carrière du SDF (Julien Damon, 2012). Ainsi, elles peuvent témoigner un refus vis-à-vis du système de prise en charge et ceci permettrait de comprendre leur comportement au sein des ACT. Elles ont intériorisé un autre système de valeurs et de normes, propre au monde de la rue, et en lien avec le territoire, et ses spécificités, dans lequel elles évoluent. Elles sont donc perçues

⁸² BOURDIEU, Pierre, 1977. Sur le pouvoir symbolique. *Annales*. 1977. Vol. 32, n° 3, pp. 405-411.

comme déviantes car elles transgressent les normes sociétales. La professionnelle ici les définit alors comme telles, des personnes pour qui il faut apporter un cadre supplémentaire, être plus rigide. Pour autant, tenir ce type de posture peut constituer un obstacle dans la construction de lien de confiance, et sur l'engagement dans l'accompagnement. Dans la même mesure, cela impactera la promotion du pouvoir d'agir, et ce en raison d'une posture non compatible avec les principes qui englobent cette théorie.

L'ancrage plus ou moins fort dans une carrière de survie peut donc influencer l'accompagnement des professionnels orienté vers la promotion du pouvoir d'agir. De ce fait, nous pourrions affirmer que la première hypothèse se tient, dans la mesure où cette promotion se fait dans un contexte particulier et contraint (dû aux modalités d'intervention). Pour rappel, la première hypothèse est : « les professionnels ne pourraient pas favoriser le pouvoir d'agir des SDF chroniques, marqués par la rue, et le système de prise en charge, ou qui seraient éventuellement dans un processus de « désocialisation » ; à l'inverse ils pourraient le favoriser auprès des sans-domicile-fixe qui ne seraient pas ou plus fermés aux accompagnements, et qui auraient les prémices d'une volonté de « s'affranchir » ».

L'adhésion et l'engagement semblent ainsi être des indispensables pour que la promotion du pouvoir d'agir puisse se faire, tout comme le fait que les personnes accueillies soient d'ores et déjà dans une démarche d'engagement dans l'accompagnement. Cela pose des questions sur le pouvoir d'agir et notamment sur sa promotion. Il est demandé aux professionnels de le favoriser quel que soit le cadre d'intervention et le public et ses spécificités. Toujours est-il qu'il faille qu'un grand nombre de conditions soient réunies pour que les professionnels puissent favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, et il faut notamment que ces personnes soient déjà entrées dans une démarche d'engagement, ou autrement dit, dans une dynamique de changement. Cet exemple illustre le fait que même si la théorie du pouvoir d'agir est supposée être accessible pour tous, il reste que cela peut subsister complexe et être réservée à certaines personnes. Ce constat peut ainsi mettre en lumière le décalage qu'il peut y avoir entre le travail prescrit, et les capacités réelles des professionnels, dépendantes du contexte et du cadre d'intervention, des moyens donnés, des formations suivies, et de leurs représentations

Favoriser le pouvoir d'agir auprès des sans-domicile-fixe ayant des troubles psychiques et/ou du comportement addictologique est ainsi envisageable sous certaines conditions. Mais ce travail autour du pouvoir d'agir implique des ajustements constants en fonction des profils, des troubles rencontrés et du passif des résidents. Certains professionnels vont par exemple

considérer qu'il est indispensable que les personnes accueillies soient passées par d'autres structures sociales ou médicosociales avant leur entrée dans les ACT, pour être sûr qu'elles se soient engagées dans une démarche de soins. Cependant, cela implique d'exclure mécaniquement d'autres personnes qui seraient évaluées comme étant inaptes au dispositif. Cette réflexion se fait notamment lors du processus d'admissibilité. Cette première phase évaluative révèle d'une certaine manière la façon dont le travail prescrit peut peser sur les professionnels, et indirectement sur les personnes sans-domicile-fixe. La sélection va suivre en grande partie le principe de faisabilité, et ce en raison de l'évaluation du dispositif qui se fait par la suite via les financeurs. Les personnes accompagnées au sein des ACT peuvent présenter des troubles addictologiques, et comme nous l'avons précisé plus tôt, nous pouvons remarquer des risques de déplacement de la dépendance. Quant aux personnes qui peuvent avoir des troubles psychiques, se pose la question de l'impact de leur trouble sur leur capacité réflexive – c'est-à-dire sur leur capacité à se projeter, ou à se sentir en mesure de prendre le dessus sur leur maladie –, et des éventuelles mises sous tutelle. Dans le cadre de cet écrit, nous avons très peu abordé la question des troubles psychiques, car les professionnels ont indiqué lors des entretiens qu'ils n'étaient pas souvent amenés à rencontrer des personnes atteintes de ce type de troubles, ou lorsqu'il y avait suspicion, des diagnostics médicaux n'étaient systématiquement réalisés. En effet, la plupart des associations, dans lesquelles nous avons enquêté, ne sont pas spécialisées dans les troubles psychiques ou psychiatriques, de ce fait elles ne sont pas, en théorie, habilitées à accueillir des personnes atteintes de ce type de trouble (en raison d'une absence de psychologue dans l'équipe par exemple). Néanmoins, il peut arriver que des résidents présentent des troubles psychiques, dans ce cas les professionnels doivent alors s'adapter et décider s'il faut réorienter la personne vers un autre établissement spécialisé ou vers un spécialiste. Selon les spécialités, toutes les associations n'ont donc pas les mêmes faisabilités, ou possibilités d'action, l'exemple des résidents présentant des troubles psychiques le traduit. Les modalités d'intervention peuvent alors, dans certains cas, provoquer un sentiment de frustration chez les professionnels qui auraient l'impression d'être impuissant face à une situation dans laquelle ils n'ont pas la mainmise ou d'autorisation à agir. Par ailleurs, il est intéressant de constater que le cadre d'intervention peut obstruer, dans une certaine mesure, le pouvoir d'agir des professionnels.

Ce cadre d'intervention, qui peut varier selon les associations, est ce qui va déterminer en partie la pratique des professionnels, et donc la promotion du pouvoir d'agir. Il existe certes des avantages aux ACT, comme la durée de séjour, le fait de confier un hébergement individuel à une personne, et une disponibilité des professionnels, qui facilitent la construction de liens de confiance. Pour autant, les résidents en ACT restent soumis à un rapport contractuel, qui s'inscrit par ailleurs dans les paradigmes sociétaux néolibéraux. Il est ainsi

appliqué au champ du social et médicosocial, un outil utilisé jusque-là dans le droit des affaires et dans le monde managérial : le contrat. Bien que ce contrat peut être perçu par les professionnels comme un levier pour l'accompagnement des résidents, il peut également être compris comme un obstacle et un frein pour les personnes accompagnées dans la mesure où elles évoluent dans un contexte dit contraint. En effet, la contractualisation s'inscrit davantage dans une logique d'activation que dans celle de la promotion du pouvoir d'agir. La confusion est souvent faite entre l'activation qui revient au devoir d'agir et le pouvoir d'agir. Les résidents qui s'engagent dans l'accompagnement, le font-ils parce qu'ils se sentent légitime et en ont envie, ou le font-ils parce qu'ils ont cette injonction à participer et à s'engager ? Dans le cadre de cette enquête, nous n'avons pu interroger que les professionnels, donc nous n'aurons pas la réponse à cette question, mais il pourrait être intéressant d'ouvrir cette étude plus largement à l'ensemble des personnes accompagnées au sein des ACT. Ainsi, nous pourrions voir l'influence de la carrière de survie sur la perception et le positionnement des personnes accueillies sur le dispositif, et dans quelle mesure ces personnes pourraient développer leur pouvoir d'agir dans ce type de contexte.

CONCLUSION

Le passage à la rue peut être compris comme un accident de parcours qui a de lourdes séquelles dans la vie des sans-domicile-fixe, et ce même si ces populations seront amenées à développer des compétences, et des ressources en lien avec leurs conditions de vie. Les populations de sans-domicile-fixe, représentant la figure des plus exclus parmi les exclus, sont effectivement marquées physiquement, socialement et psychiquement par leur passage à la rue. Il s'agit cependant de la conséquence de plusieurs facteurs. D'abord, parce que les conditions de vie sont difficiles, ils sont à la fois confrontés à de la violence, à de l'isolement, et à de la stigmatisation au sens de Goffman⁸³ (1963). Ensuite, ils sont contraints de se positionner dans un schéma d'urgence depuis lequel ils ne vont plus pouvoir se projeter, et vont être centrés, dans la plupart des cas, sur la satisfaction de leurs besoins vitaux, nécessaires à leur survie. Enfin, le système de prise en charge qui leur est destiné n'est pas toujours adapté, et présente des limites, expliquant par ailleurs les dynamiques de non-recours de certains SDF. Être sans-domicile-fixe, c'est aussi être plus sujet à des troubles psychiques et/ou du comportement addictologique, et ce en raison de l'environnement dans lequel ils évoluent. Comment travailler alors avec ces populations qui sont au confluent de différentes problématiques ? Quelles solutions sont proposées pour qu'ils puissent sortir de la rue, et se stabiliser ? Après des siècles durant lesquels les vagabonds, puis les clochards, ont été pris en charge d'une manière ambivalente, connaissant une situation où l'assistance et la répression semblaient aller de pair, la mise à l'agenda de la question SDF, impulsée par le secteur associatif, et des législateurs tels que les députés de la SFIO, était alors censée instituer un système de prise en charge, permettant la sortie de la rue des sans-domicile-fixe. Du CHU au CHRS, en passant par le SAMU SOCIAL et les équipes médicosociales, l'on peut parler de dispositifs par paliers qui étaient prévus sur le territoire national pour assurer les missions de prévention, de prise en charge ou d'accompagnement, et de lutte contre le sans-abrisme.

Néanmoins, la pluralité et la diversité de dispositifs ne suffit pas, le nombre de SDF ne cessant de croître, et leurs conditions de vie ne semblent pas beaucoup s'améliorer. Des mouvements sociaux tels que les Enfants de Don Quichotte, et le collectif Logement/Santé, vont alors mettre en place des actions pour mettre en exergue ce constat de l'inefficacité des dispositifs par paliers. Cette approche peut effectivement conduire à ce que le sans domicile fixe ne soit au final que dans un cercle vicieux, contribuant à dégrader son estime de soi. Les Enfants de Don Quichotte demandent donc le déploiement de nouveaux dispositifs, plus

⁸³ Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Minit, « Le sens commun », Paris, 1975 (traduction par A. Kihm ; édition originale : Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1963).

adaptés. C'est alors que naît en 2007, en réponse à ces mouvements et ces constats, une nouvelle politique en France, s'inspirant de celle développée dans les pays anglo-saxons : le Logement d'Abord. Celle-ci entend suivre les principes de la politique anglo-saxonne (Housing First) dans laquelle l'accent est mis sur le droit fondamental au logement, et sur l'inconditionnalité de son attribution. Elle prévoit notamment des dispositifs tels que « un chez soi d'abord », et « l'aller vers et dans le logement ». Toujours est-il que même si la politique en France porte ce nom, il demeure que la plupart des mesures prises s'inscrivent plutôt dans une logique de fluidification du passage de l'hébergement au logement, plutôt qu'à un passage direct au logement. Les dispositifs continuent donc de suivre une approche par paliers, alors que le Housing First en préconise une autre, orientée notamment vers la réhabilitation psychosociale, le rétablissement, et l'empowerment (le pouvoir d'agir). Cela est notamment dû au path dependency, théorisé par Paul David, qui se résume par « l'effet de persister dans des choix adoptés, même si d'autres solutions meilleures existent, car il est difficile d'en changer »⁸⁴(Palier, 2010). Initier une nouvelle politique, supposant de profonds changements, implique un budget spécifique, et dans ce cas, un changement du point de vue des pratiques professionnelles, et des modalités d'intervention. C'est pour cette raison que pendant le quinquennat de Nicolas Sarkozy, et celui de François Hollande, le Logement d'Abord n'a pas provoqué de grand bouleversement dans le système de prise en charge.

Pour autant, l'évolution de la place des usagers, avec les crises du travail social, a conduit à redéfinir et à réinterroger les pratiques professionnelles, et les modalités d'intervention. Cela se traduit d'abord par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, et puis par ce qui a suivi : la promotion du pouvoir d'agir comme nouvelle norme de l'intervention sociale et médicosociale. De ce fait, en 2017, lorsque le gouvernement d'Edouard Philippe a annoncé un plan sur le Logement d'Abord qui prévoit un changement des pratiques professionnelles tournées vers le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, cela semblait aller de pair avec l'évolution de la place des usagers. Les politiques de Logement d'Abord de 2017, en comptant celles relatives aux droits des usagers, ont donc impulsé le pouvoir d'agir comme nouvelle norme de référence dans l'intervention sociale et médicosociale. Les professionnels sont ainsi censés garantir un environnement propice au développement du pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, et adopter une posture cohérente au vu de l'objectif prescrit.

Mais qu'en est-il du pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe ? Ce sont des personnes qui présentent plusieurs vulnérabilités qui obstruent leurs capacités, elles cumulent plusieurs formes de précarités, et certaines peuvent présenter des troubles psychiques et/ou du

⁸⁴ PALIER Bruno, « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) », dans : Laurie Boussaguet éd., Dictionnaire des politiques publiques. 3e édition actualisée et augmentée. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2010, p. 411-419.

comportement addictologique, pouvant gêner leur jugement. Elles connaissent une carrière de survie (Pascale Pichon, 2007) les conduisant à adopter une autre temporalité, dans laquelle la priorité est mise sur le présent. Comment peut-on ainsi favoriser le pouvoir d'agir de personnes qui peuvent avoir la sensation de n'en avoir jamais eu ? Dans quelle mesure les professionnels peuvent alors favoriser le pouvoir d'agir de ces populations dans un cadre précis ?

Dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes dirigés vers le dispositif des appartements de coordination thérapeutique, pour étudier la question de la promotion du pouvoir d'agir auprès des sans-domicile-fixe. Il en ressort trois facteurs qui vont déterminer celle-ci : les modalités d'intervention, les pratiques et postures professionnelles, et l'engagement des résidents dans l'accompagnement.

D'abord, c'est bien dans la mesure où les professionnels et les résidents sont dans un contexte favorable et adapté que la promotion du pouvoir d'agir peut se faire. Les modalités de séjour au sein des ACT permettent un temps de séjour et un temps accordé aux professionnels plus importants. De ce fait, les sans-domicile-fixe peuvent à la fois stabiliser leur situation durant une durée, déterminée ou non, et intérioriser un autre rapport à l'action, tandis que les professionnels peuvent plus facilement développer une relation de confiance avec les résidents, qui sera par ailleurs un indispensable à la promotion du pouvoir d'agir.

Ensuite, les professionnels doivent se détacher de leurs présupposés ou représentations, et adopter la posture du « lâcher-prise », de la « démaîtrise », et de la bienveillance. Ils ont à tenir le rôle de la personne ressource, qui accompagne le résident autour d'un travail de conscientisation, de verbalisation (pour partir de ses besoins), et d'élaboration de stratégie pour qu'il atteigne ses objectifs. Le travail d'équipe semble également être un indispensable, car il permet de prendre du recul sur la posture tenue, tout comme les sessions de travail portant sur l'analyse des pratiques.

Enfin, il faut que les résidents aient la volonté de s'engager, c'est-à-dire qu'ils trouvent du sens à l'accompagnement. L'adhésion, qui se traduit par la signature du contrat, ne suffit effectivement pas.

Ainsi, c'est en théorie dans la mesure où sont réunis ces différents facteurs que les professionnels pourront favoriser le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe. Pour autant, lorsque nous regardons plus attentivement les moyens utilisés au sein des ACT, et les aboutissants des accompagnements, nous comprenons que certains éléments peuvent perturber le développement du pouvoir d'agir des résidents. En effet, pour bénéficier d'un hébergement au sein des ACT, il faut que les résidents signent un contrat de séjour. Cette contractualisation peut alors nous questionner quant à l'implication ou l'engagement des résidents dans

l'accompagnement : utiliser un contrat pour impliquer une personne, n'est-ce pas la placer dans un rapport contractuel dans lequel elle aurait une injonction à participer et à s'engager ? Dans cette mesure, pouvons-nous affirmer que la personne développe son pouvoir d'agir, alors même qu'elle est dans un contexte dit contraint ?

De plus, il ne faut pas omettre qu'une partie des résidents au sein des ACT connaissent ou ont connu des troubles du comportement addictologique. De ce fait, le risque de déplacement de la dépendance est bien plus présent, et ce en raison des modalités de séjour. Des attaches peuvent se créer, et ce besoin de trouver et de maintenir des repères stables peut conduire effectivement les résidents à ne pas vouloir travailler sur un projet de sortie, et compromet par la même occasion l'accompagnement des professionnels vers le pouvoir d'agir.

Quant aux professionnels, même si certains vont adopter une posture encline à la promotion du pouvoir d'agir, il demeure qu'ils sont toujours dépendants d'éléments structurels comme les modalités d'interventions qui fixent, selon les associations, la durée de séjour ; les décisions de l'administration en général, qui peut bloquer un accompagnement ; mais aussi de l'évaluation du dispositif via les financeurs. À cela s'ajoute qu'il est demandé aux professionnels de favoriser le pouvoir d'agir des résidents, bien qu'ils n'ont pas toujours eu de formation en lien, supposant une interprétation de cette notion selon leur propre cadre normatif, d'autant que parfois ils ne connaissent tout simplement pas cette notion. Par ailleurs, il est intéressant de constater que les professionnels peuvent ressentir une certaine incompréhension vis-à-vis de cette approche, dans la mesure où ils ne perçoivent pas toujours la différence avec leurs pratiques actuelles.

Ainsi, il n'est pas tant question d'interroger la pertinence d'un accompagnement tourné vers le pouvoir d'agir, et son éventuel compatibilité avec les sans-domicile-fixe, mais plutôt le fait qu'il est demandé aux professionnels de favoriser le pouvoir d'agir des sans-domicile-fixe, bien que factuellement, les moyens attribués pour atteindre cet objectif peuvent être inadaptés, ou impliquent des coûts supplémentaires à la charge des associations. La contractualisation en est un exemple, dans la mesure où cela reflète davantage d'une volonté d'activation, plutôt que celle de promouvoir le pouvoir d'agir des personnes.

À noter que des limites apparaissent dans cette étude, une grande partie des entretiens étant en groupe, avec la présence du chef de service. Nous pouvons ainsi nous demander si la présence d'un membre hiérarchique n'a pas pu influencer le discours des professionnels, mais aussi s'ils n'auraient pas exprimé un autre point de vue si nous nous étions entretenus individuellement avec chacun des membres. De plus, nous nous basons dans cet écrit sur les observations et propos des professionnels, il aurait été également intéressant de pouvoir

compléter ces entretiens par des observations directes, ou par des entretiens avec les résidents.

Promouvoir le pouvoir d'agir au sein d'un dispositif tel que les appartements de coordination thérapeutique est ainsi envisageable. Pour autant, la contractualisation peut compromettre tout le travail autour du pouvoir d'agir, dans la mesure où elle remet en cause l'adhésion et l'engagement des résidents dans l'accompagnement : leur implication et leur engagement, est-il le fruit de leur volonté, et du développement de leur pouvoir d'agir ou la conséquence du contrat qui les lie au dispositif ? Et si les accompagnements à destination des sans-domicile-fixe ne se faisaient plus dans un contexte dit contraint, est-ce qu'ils pourraient développer véritablement leur pouvoir d'agir ? Depuis 2016, les associations peuvent déployer un nouveau dispositif : les « ACT hors les murs ». La mission est la même que pour les ACT, à la différence que l'accompagnement se fait directement sur les lieux d'habitation. Adopter une approche d'aller vers, est-ce la solution pour promouvoir le pouvoir d'agir d'une personne, d'une manière efficiente ?

Bibliographie

Les sans-domicile-fixe

AFFICHES-PARISIENNES, 2021. Lancement d'un dispositif global de prise en charge pour femmes sans domicile enceintes ou sortantes de maternité. *Affiches Parisiennes* [en ligne]. 17 novembre 2021. [Consulté le 18 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.affiches-parisiennes.com/lancement-d-un-dispositif-global-de-prise-en-charge-pour-femmes-sans-domicile-enceintes-ou-sortantes-de-maternite-91306.html>

ALEXANDRE VEXLIARD, 1957. *Le clochard : Étude de psychologie sociale* : Desclée de Brouwer. Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française.

ARANDA, Mauricio, 2019. Good vagrants for the state. *Politix*. 2019. Vol. 127, n° 3, pp. 85-107.

BESOZZI, Thibaut, 2020a. « Les SDF ont des problèmes psychiatriques. ». *Idees recues*. 2020. pp. 73-78.

BESOZZI, Thibaut, 2020b. *Idées reçues sur les SDF* [en ligne]. Le Cavalier Bleu. [Consulté le 19 octobre 2021]. ISBN 979-10-318-0389-0. Disponible à l'adresse : <http://undefined/idees-recues-sur-les-sdf--9791031803890.htm>

BOLTANSKI, Luc, 1993. La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique. Éditions Métailié, « Leçons De Choses ».

CAMBERLEIN, Philippe, 2011. Chapitre 8. La lutte contre les exclusions. *Sante Social*. 2011. pp. 305-338.

CAROTENUTO-GAROT, Aurélien et MARQUES, Elsa Montenegro, 2021. Les visages du sans-abrisme en France : la modélisation de la carrière de sans-domicile comme substitut de la catégorisation actuelle. *Ecrire le social*. 23 juillet 2021. Vol. 3, n° 1, pp. 3-18.

CÉCILE BROUSSE, MARYSE MARPSAT, et JEAN-MARIE FIRDON, 2008. *Les sans-domicile*. La découverte. Paris : Collection Reperes. Sociologie. ISBN 978-2-7071-5310-4.

DAMON, Julien. La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards Le tournant récent de l'histoire. pp. 19.

DAMON, Julien, 2002. Les « S.D.F. », de qui parle-t-on? Une étude à partir des dépêches AFP. *Population*. 2002. Vol. 57, n° 3, pp. 569-582. DOI [10.2307/1535059](https://doi.org/10.2307/1535059).

DAMON, Julien, 2003a. Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF ». *Deviance et Societe*. 2003. Vol. Vol. 27, n° 1, pp. 25-42.

DAMON, Julien, 2003b. Les SDF en France : difficultés de définition et de prise en charge. *Journal du droit des jeunes*. 2003. Vol. N° 223, n° 3, pp. 30-35.

DAMON, Julien, 2009. Zéro SDF, est-ce possible ? *Population Avenir*. 2009. Vol. n° 695, n° 5, pp. 4-9.

DAMON, Julien, 2012. *La question SDF* [en ligne]. Presses Universitaires de France. [Consulté le 4 octobre 2021]. Le Lien Social. ISBN 978-2-13-059547-2. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/la-question-sdf--9782130595472.htm>

DECLERCK, Patrick et PAILLER, Jean-Jacques, 2007. Clochardisation et autodestruction. *Revue française de psychosomatique*. 1 octobre 2007. Vol. 32, n° 2, pp. 129-144.

DUBOURDIEU, V.C., 1894. *Automatisme ambulatoire de la dromomanie des dégénérés* [en ligne]. Thèse pour un doctorat en médecine. Impr. du Midi, P. Cassagnol. Disponible à l'adresse : <https://books.google.fr/books?id=jesFzgEACAAJ>

GARDELLA, Édouard et SOULOUMIAC, Julien, 2004. Entretien avec Robert Castel: Propos recueillis par Edouard Gardella et Julien Souloumiac. *Tracés*. 1 octobre 2004. N° 6, pp. 103-112. DOI [10.4000/traces.3043](https://doi.org/10.4000/traces.3043).

GIROLA, Claudia, 2011. Conférence. *La Rue ? Parlons-en !* 2011. pp. 5-48.

JULIEN DAMON, 2012. *La question SDF*. Presses Universitaires de France. Le Lien Social.

Le gouvernement annonce une réforme de l'hébergement d'urgence, 2021. Capital.fr [en ligne]. [Consulté le 19 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.capital.fr/immobilier/le-gouvernement-annonce-une-reforme-de-lhebergement-durgence-1413534>

LEROY, Hélène, 2020. Le travail social entre impuissance et confrontation à l'action humanitaire : le cas des familles hébergées à l'hôtel par le 115 en situation d'insécurité alimentaire. *Revue française des affaires sociales*. 10 août 2020. N° 2, pp. 157-173.

Les SDF à travers l'histoire, un statut qui évolue, 2016. *Les sans domicile fixe* [en ligne]. [Consulté le 14 janvier 2022]. Disponible à l'adresse : <https://lessdfblog.wordpress.com/les-sdf-du-moyen-age-a-aujourd'hui/>

LÉVY, Julien, 2011. Temporalités et « "grande exclusion" ». *Science politique*. pp. 116.

LOISON-LERUSTE, Marie, 2008. Une ethnographie de la rue. *La Vie des idées* [en ligne]. 19 février 2008. [Consulté le 28 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Une-ethnographie-de-la-rue.html>

MUCCHIELLI, Laurent, 1998. Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard. *Revue française de sociologie*. 1998. Vol. 39, n° 1, pp. 105-138. DOI [10.2307/3322786](https://doi.org/10.2307/3322786).

PICHON, Pascale, 2007. Vivre dans la rue. *Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, Aux lieux d'être, pp. 304.

ROMANE POZZI, 2021. *Impact de la désocialisation sur l'intérêt pour les soins des sans domicile fixe*. Mémoire. Reims : Université de Reims Champagne Ardenne.

RULLAC, Stéphane, [sans date]. À Paris, les personnes sans domicile et en situation de handicap exclues de l'urgence sociale ? *The Conversation* [en ligne]. [Consulté le 18 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <http://theconversation.com/a-paris-les-personnes-sans-domicile-et-en-situation-de-handicap-exclues-de-lurgence-sociale-170999>

SANANES, Anna, 2017. De la rue au logement, l'impact des structures d'accueil sur les pratiques des sans domicile. . 2017. pp. 137.

THIBAUTV, 2021. Sans-abris : 27 associations strasbourgeoises demandent, en urgence, des actions concrètes de l'État. *Pokaa* [en ligne]. 17 novembre 2021. [Consulté le 18 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://pokaa.fr/2021/11/17/sans->

[abris-27-associations-strasbourgeoises-demandent-en-urgence-des-actions-concretes-de-letat/](#)

VIGUIER, Frédéric, 2013. D'ailleurs et de nulle part. Mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge. *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2013. Vol. N° 6, n° 1, pp. 134-138.

WAGENER, Martin, 2018. Laureline Coulomb, Le soin des personnes sans domicile. Entre malentendus et négociations. *Lectures* [en ligne]. 21 décembre 2018. [Consulté le 18 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/lectures/29894>

Le pouvoir d'agir

ADELIN DE LÉPINAY, 2016. Le développement du pouvoir d'agir dans l'intervention sociale - Yann Le Bossé - www.education-populaire.fr. *Education-populaire* [en ligne]. 8 février 2016. [Consulté le 19 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.education-populaire.fr/developpement-pouvoir-agir-yann-le-bosse/>

AMNON J SUISSA. Addictions et DPA (Développement du pouvoir d'agir) : Fondements et pistes d'intervention. [en ligne]. Université du Québec à Montréal - Ecole de Travail Social. Disponible à l'adresse : <https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/08/Amnon-J.-Suisse - D%C3%A9pendances-et-DPA.pdf>

Amnon-J.-Suisse. *Dépendances-et-DPA*. [en ligne]. [Consulté le 21 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/08/Amnon-J.-Suisse - D%C3%A9pendances-et-DPA.pdf>

BACQUÉ, Marie-Hélène et BIEWENER, Carole, 2013. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales*. 19 septembre 2013. Vol. 173, n° 3, pp. 25-32.

BACQUÉ, Marie-Hélène et BIEWENER, Carole, 2015. L'empowerment, un nouveau paradigme pour l'intervention sociale. *Poche / Sciences humaines et sociales*. 2015. pp. 21-57.

BOISVERT Daniel, 2020. *Autodétermination-livret-participant-2.pdf*. pp. 20. [en ligne]. [Consulté le 18 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://cote-a-cote-inclusion.com/wp-content/uploads/2020/08/Autod%C3%A9termination-livret-participant-2.pdf>

DEVERCHÈRE, Nelly, 2017. Innovations et engagement des travailleurs sociaux en faveur du développement du pouvoir d'agir. *Vie sociale*. 2017. Vol. 19, n° 3, pp. 91-105.

GRANDVAL, Manon, 2020. Développer le pouvoir d'agir des parents en contexte contraint. *Spirale - Revue de recherches en éducation*. 1 octobre 2020. Vol. 66, n° 3, pp. 137-150.

JOUFFRAY, Claire, 2015. Passer des discours sur le pouvoir d'agir au pouvoir d'agir en action : une condition pour transformer les pratiques et les logiques à l'œuvre. *Sciences Actions Sociales*. 2015. Vol. N° 2, n° 2, pp. 24-32.

JOUFFRAY, Claire, 2018. *Chapitre 1. L'approche DPA-PC* [en ligne]. Presses de l'EHESP. [Consulté le 16 novembre 2021]. ISBN 978-2-8109-0678-9. Disponible à l'adresse : <http://undefined/developpement-du-pouvoir-d-agir-des-personnes--9782810906789-page-17.htm>

LE BOSSE, Yann, 2007. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ? *Association nationale des assistants de service social* [en ligne]. [Consulté le 18 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.anas.fr/L-approche-centree-sur-le-developpement-du-pouvoir-d-agir-une-alternative-credibile_a524.html

LE BOSSÉ, Yann, 2003. « De l'habilitation au pouvoir d'agir ». Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment » – *Nouvelles Pratiques Sociales* 16 (30-51).

LE BOSSÉ, Yann, BILODEAU, Annie, CHAMBERLAND, Manon et MARTINEAU, Suzie, 2010. Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités: Quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*. 25 janvier 2010. Vol. 21, n° 2, pp. 174-190. DOI [10.7202/038969ar](https://doi.org/10.7202/038969ar).

VALLERIE, Bernard et BOSSÉ, Yann Le, 2006. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*. 2006. Vol. 39, n° 3, pp. 87-100.

PORTAL, Brigitte, 2016. De l'empowerment anglo-saxon au développement du pouvoir d'agir européen. *Le Sociographe*. 22 septembre 2016. Vol. 55, n° 3, pp. 83-97.

PORTAL, Brigitte, 2017. Négociation et stratégie dans la relation d'aide : la personne partie prenante du changement. *Vie sociale*. 2017. Vol. 19, n° 3, pp. 153-164.

WEHMEYER, M., LACHAPELLE, Y., BOISVERT, D. LECLERC, D. et MORRISSETTE, R. (2001). L'échelle d'autodétermination du LARDI – Guide d'utilisation de l'échelle. Trois-Rivières (Québec), Canada : Chaire de recherche sur les technologies de soutien

Le Logement d'Abord & le Housing First

BACKER, Renaud de, 2016. Pour un nouveau paradigme dans le traitement public du sans-abrisme. *La Revue Nouvelle*. 2016. Vol. N° 1, n° 1, pp. 12-15.

BERTIN, Aude, CAILLAUD, Régis, DESIX, Christophe, FOURMENTEZ, Arnaud, GRAVEY, Inès, LANCEAU, Marie-Laure, ROUSSILLON, Thierry, SAVELLI, David et VACHER, Victor, [sans date]. Housing first, une nouvelle politique pour les personnes sans-abri. . pp. 49.

BOURDET, Pauline, 2022. Présidentielle. « Zéro SDF », est-ce une promesse démagogique ou un objectif réalisable ? *Ouest-France.fr* [en ligne]. 2 février 2022. [Consulté le 14 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.ouest-france.fr/economie/social/la-promesse-zero-sdf-marronnier-des-campagnes-presidentielles-ou-objectif-realizable-4c8c1c68-8340-11ec-94b7-b1b3167b9fc3>

CHAMBON, Nicolas, GILLIOT, Élodie et SORBA, Mathilde, 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*. 10 août 2020. N° 2, pp. 97-116.

DEMOUSTIER, Séverine, 2021. Les enjeux. *Forum*. 2 août 2021. Vol. 162, n° 1, pp. 19-28.

ESTECAHANDY, Pascale, REVUE, Paola, SÉNAT, Marie-Laure et BILLARD, Julien, 2015. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*. 22 juin 2015. Vol. n° 98, n° 2, pp. 76-81.

FARKAS, Marianne, 2018. L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale*. 2018. Vol. 2324, n° 3, pp. 53-74.

LAVAL, Christian, 2018a. Contexte d'émergence du Housing First. *Vie sociale*. 2018. Vol. 2324, n° 3, pp. 21-30.

LAVAL, Christian, 2018b. Introduction. *Vie sociale*. 2018. Vol. 2324, n° 3, pp. 11-20.

LAVAL, Christian, MANTOVANI, Jean, MOREAU, Delphine et RHENTER, Pauline, 2018. Reconfiguration des métiers en vis-à-vis de la philosophie du rétablissement. *Vie sociale*. 2018. Vol. 2324, n° 3, pp. 211-219.

LAVIGNE, Adeline, 2021. Les concepts. *Forum*. 2 août 2021. Vol. 162, n° 1, pp. 7-18.

TSEMBERIS, Sam et GURDAK, Kristen, 2018. Housing First : de la rue à un foyer, de son foyer au monde. *Vie sociale*. 2018. Vol. 2324, n° 3, pp. 31-52.

VELPRY Livia, 2021. « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. Expérience de la maladie et des prises en charge, et modes de vie », dans : Michel Joubert éd., Santé mentale, ville et violences. Toulouse, Érès, « Questions vives sur la banlieue », 2004, p. 35-60. DOI : 10.3917/eres.joube.2004.01.0035. URL : <https://www.cairn.info/--9782749202211-page-35.htm>

VIDON, Gilles et ANTOINE, Jean-Marc, 2013. De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique*. 18 avril 2013. Vol. Volume 89, n° 3, pp. 233-240.

L'évolution de la place des usagers

ABRY, Jean-Michel, 2009. Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation. *Connexions*. 31 juillet 2009. Vol. n° 91, n° 1, pp. 163-174.

DUCRETTET, Guy, 2016. La participation des usagers dans la construction des politiques sociales : un chambardement dans un jeu d'acteurs ? *Empan*. 6 juin 2016. Vol. n° 102, n° 2, pp. 130-134.

FOUDRIAT, Michel, 2019. Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction. *Politiques et interventions sociales*. 2019. Vol. 2, pp. 15-36.

FOURDRIGNIER MARC, 2010. De nouvelles formes du « travail ensemble ». . 2010. N° 9, pp. 7-29.

FOURDRIGNIER, Marc, 2016. Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? *Pensée plurielle*. 2016. Vol. n° 43, n° 3, pp. 23. DOI [10.3917/pp.043.0023](https://doi.org/10.3917/pp.043.0023).

FOURDRIGNIER MARC, 2010. De nouvelles formes du « travail ensemble ». [en ligne]. 2010. [Consulté le 7 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://metices.centresphisoc.ulb.be/fr/publication/20109>

JANVIER, Roland, 2010. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: entre positivisme et systémie, l'irruption de la complexité. *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*. 1 décembre 2010. N° 38, pp. 193-206. DOI [10.4000/communicationorganisation.1525](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.1525).

JANVIER, Roland et MATHO, Yves, 2011. Chapitre 2. La construction de la participation des usagers. *Sante Social*. 2011. pp. 41-86.

LESUEUR-ELINEAU, Lucile, BASCOU, Stéphanie, MORNET, Céline, JARADÉ-PIENIEK, Thibault, RAUX, Corentin et GOUSSEFF, Gregoire, 2016. *La participation des usagers dans les politiques sociales*. Rapport final d'étude. INET Promotion Hannah Arendt.

MAELA, Paul, 2009. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*. 2009. Vol. n° 20, n° 2, pp. 11-63.

MAELA, Paul, 2012. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*. 2012. Vol. N° 110, n° 3, pp. 13-20.

MECHKAR, Mohammed, 2021. Le développement du Pouvoir d'Agir dans le champ de l'action sociale. Une question sociale paradoxale et sensible. *Forum*. 2 août 2021. Vol. 162, n° 1, pp. 3-4.

Les appartements de coordination thérapeutique

CARDOSO, Martha Isabel Arciniegas, 2017. « Accompagner » des sujets malades en appartement de coordination thérapeutique : regards croisés des professionnels. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE* [en ligne]. 1 juin 2017. N° 44. [Consulté le 21 octobre 2021]. DOI [10.4000/edso.2139](https://doi.org/10.4000/edso.2139). Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/edso/2139>

Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique, 2002. *Journal du droit des jeunes*. Vol. N° 220, n° 10, pp. 37-37.

FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT, 2020. *Bilan 2019 national des ACT_Synthèse* [en ligne]. décembre 2020. [Consulté le 21 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : file:///C:/Users/M%C3%A9lina/Downloads/d%C3%A9c2020_Bilan_National_des_ACT_2019.pdf

GANDON, Virginie, GIMEL, Josué et MICHEAU, Julie, 2010. Etude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH et accueillant des personnes atteintes du VIH-Sida ou d'une autre pathologie chronique lourde et en état de fragilité psychologique et/ou sociale. pp. 173.

MATHE, Amandine, ADAM, Christophe et BURUCOA, Benoît, 2017. Fin de vie et précarité : étude descriptive en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Centre d'Accueil d'Urgence (CAU). *Revue internationale de soins palliatifs*. 15 septembre 2017. Vol. 32, n° 3, pp. 79-83.

Troubles psychiques et addiction

CARO, Federico, 2006. Pathological displacement : background and differential diagnoses. *L'information psychiatrique*. 2006. Vol. 82, n° 5, pp. 405-414.

CASTEL, Robert, 2005. *Risques, insécurité sociale et psychiatrie Entretien* [en ligne]. Érès. [Consulté le 1 mars 2022]. ISBN 978-2-7492-0382-9. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/repondre-a-la-souffrance-sociale--9782749203829-page-147.htm>

FLORENCE, LIGIER, 2021. Grande précarité et troubles psychiques, 2021. pp. 23.

LAPORTE, Anne et CHAUVIN, Pierre, 2004. *Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*.

Soulet M.-H. (2007), « La reconnaissance du travail social palliatif », *Dépendances*, n° 33, pp. 14-18.

WARCHOL, Nathalie, 2012. *Dépendance* [en ligne]. Association de Recherche en Soins Infirmiers. [Consulté le 26 avril 2022]. ISBN 978-2-9533311-3-4. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-147.htm>

Notion et concepts complémentaires

BECKER, Howard S., 1985. *Outsiders* [en ligne]. Éditions Métailié. [Consulté le 3 mai 2022]. ISBN 978-2-86424-918-4. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/outsidiers--9782864249184.htm>

BOURDIEU, Pierre, 1977. Sur le pouvoir symbolique. *Annales*. 1977. Vol. 32, n° 3, pp. 405-411. DOI [10.3406/ahess.1977.293828](https://doi.org/10.3406/ahess.1977.293828).

CASTEL Robert, ZECCA Marine, 1995. Les métamorphoses de la question sociale. In: *Agora débats/jeunesses*, 2. Les jeunes, acteurs du politique. pp. 97-102

DE ROBERTIS, Cristina, 2013. « Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition », dans : Association provençale pour la recherche en histoire du travail social (APREHTS) éd., *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Politiques et interventions sociales », p. 137-144.

EUILLET, Séverine et LACHARITÉ, Carl, 2021. L'enfant et ses parents : des sujets-clés en protection de l'enfance. *Vie sociale*. 3 juin 2021. Vol. 3435, n° 2, pp. 127-140.

GARDELLA, Edouard, 2016. A study of social splitting. *Sociologie*. 5 octobre 2016. Vol. 7, n° 3, pp. 243-260.

GOFFMAN, Erving, 2013. *Comment se conduire dans les lieux publics : notes sur l'organisation sociale des rassemblements*. Economica. Paris. Etudes sociologiques.

GOFFMAN, Erving, 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Minuit, « Le sens commun », Paris, 1975 (traduction par A. Kihm ; édition originale : *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1963).

MOSCOVICI, S, 1961, *la psychanalyse son image son public*, Paris : presses universitaires de France.

MORABITO, Léa, PEUGNY, Camille, 2015. « Chapitre 2 / Les chemins de la précarité », dans : Céline Braconnier éd., *Les inaudibles. Sociologie politique des précaires*. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », p. 51-78.

MULLER, Pierre, 2018. *Les politiques publiques. « Que sais-je ? »*. Presses Universitaires de France.

PALIER Bruno, « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) », dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques*. 3e édition actualisée et augmentée. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2010, p. 411-419. DOI : 10.3917/scpo.bouss.2010.01.0411. URL : <https://www.cairn.info/--9782724611755-page-411.htm>

PAQUOT, Thierry, 2005. Habitat, habitation, habiter. *Informations sociales*. 2005. Vol. 123, n° 3, pp. 48-54.

PAUGAM, Serge, 2018. Le lien social. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? ».

SOULET, Marc-Henry, 2005. Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*. 2005. Vol. no 60, n° 4, pp. 24-29.

Soulet M.-H. (2014) « Les raisons d'un succès. La vulnérabilité comme analyseur des problèmes sociaux contemporains » – in : A. Brodriez-Dolino, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval et B.-A. Rayon (éds.) *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie* (59-64). Rennes : PU de Rennes.

Sitographie

Agir-ese.org	Ecologie.gouv.fr	Jurislogement.org
Alloprof.fr	Feantsa.fr	Larousse.fr
Ameli.fr	Finance-logement-	Lerobert.fr
Asso-ars.fr	social.logement.gouv.fr	Legifrance.gouv.fr
Banquedesterritoires.fr	Fondation-abbe-pierre.fr	Oppelia.fr
CCAS.fr	Gouvernement.fr	Onpes.gouv.fr
Cnle.gouv.fr	Grieps.fr	Samusocial.fr
Cohesion-territoires.gouv.fr	Has-sante.fr	Solidarites-actives.com
Cote-a-cote-inclusion.com	Insee.fr	Solidarites-sante.gouv.fr
Creaiors-occitanie.fr	Inserm.fr	Universalis.fr
Drogues.gouv.fr	Initiatives.asso.fr	Ville-
Education-populaire.fr	Irepsbretagne.fr	inclusive.millenaire3.com
		Vie-publique.fr

Vidéos et conférences

Yann Le Bossé – Le pouvoir d'agir. 2015.
<https://www.youtube.com/watch?v=Z7IS4HSD3g&t=212s>

Vidéo développement du pouvoir d'agir. Yann Le Bossé. 2017.
<https://www.youtube.com/watch?v=vnSe3eBTDRE>

Webinaire « enjeux de définition et de recensement du public sans-abri », 2021. Julien Levy, Pierre-Yves Cabannes et Jean-François Krzyzaniak. Issu du séminaire : « Sans-abri : les visages de la grande exclusion » organisé par La Revue Française des Affaires Sociales.

Webinaire « quelles prises en charge sanitaire et sociale des sans-abri ? », 2022. Mauricio Arenda, Pascale Estecahandy, Manuel Hennin, et Samara Jones. Issu du séminaire « Sans-abri : les visages de la grande exclusion », organisé par La Revue Française des Affaires Sociales.

Annexes

Annexe 1 – guide d'entretien

Pour introduire : pourriez-vous, vous présenter ?

1. Quelles sont vos missions au sein des ACT ? Pourriez-vous me présenter une semaine type ?
 - Nombre de personnes accompagnées
 - Durée des accompagnements
2. Qui sont les publics que vous accompagnez ?
 - Présence de SDF ? Si oui, combien ?
 - Comment décririez-vous le public que vous accompagnez ? les SDF ?
 - Est-ce que vous rencontrez des difficultés avec les publics que vous accompagnez ? Si oui, qui précisément ? Pourquoi ?
 - Note perso : essayer de comprendre quel rapport est entretenu avec l'utilisateur.
3. Comment accompagnez-vous les SDF ?
 - Est-ce que vous vous appuyez sur des thématiques précises ? Exemple ?
 - Est-ce que vous vous appuyez sur des documents, des méthodes, des approches ? Si oui, lesquels ? Sont-ils indispensables ?
 - Note perso : est-ce que le projet personnalisé, les recommandations des bonnes pratiques pros, ou le pouvoir d'agir vont être mentionnés ?
 - Est-ce que vous prenez appui d'autres choses pour les accompagner ? Votre expérience, ... ? Pourquoi ?
 - Note perso : est-ce que s'ils utilisent autre chose, c'est parce que les outils ne suffiraient pas ?
 - Comment créez-vous des liens avec les SDF ? Le suivi ? Par quels moyens ?
 - À partir de quel moment, considérez-vous que l'accompagnement a abouti ?
 - Exemple/ Anecdotes.
4. Est-ce qu'il y a, parfois, des sorties volontaires du dispositif ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Est-ce que parfois vous vous doutiez qu'il y allait avoir des sorties prématurées du dispositif ? Pourquoi ?
 - Réciproquement, est-ce que vous avez déjà été amené à exclure un résident du dispositif ? Pour quelles raisons ?

5. Dans le cadre de vos ACT, comment est-ce que vous vous coordonnez entre vous OU comment travaillez-vous ensemble ?
- Comment est-ce que vous communiquez entre vous ?
 - Qu'est-ce qui est communiqué ?
 - Note perso : est-ce qu'ils relayent les attentes et besoins des résidents ?
 - Est-ce que le processus d'admission se fait avec toute l'équipe ? Si oui, sur la base de quels critères ? Si non, qui est-ce ?
 - Est-ce que vous discutez ensemble la façon dont vous allez accompagner un résident ?
 - Note perso : comment ils vont articuler à la fois l'aspect soin médical et accompagnement social.
6. Comment définissez-vous le pouvoir d'agir ?
- Comment le comprenez-vous ?
 - Est-ce que vous vous appuyez sur celui-ci lors de tous vos accompagnements ? Comment vous le faites, quelles bases mobilisées ? Si non, pourquoi ? Est-ce une question de faisabilité ?

Avez-vous un mot de la fin ?

Annexe 2 – Journal de bord des entretiens

Professionnel.le.	Lieu d'activité	Modalités de contact	de Réponse
<i>Educateur spécialisé</i>	Reims	Mail	Entretien réalisé le 24 janvier
<i>Infirmière</i>	Reims	En présentiel	Entretien réalisé le 24 janvier
<i>Educatrice spécialisée</i>	Reims	Mail	Entretien collectif réalisé le 31 janvier
<i>Infirmière</i>	Reims	Mail	
<i>Cheffe de service</i>	Reims	Mail	Entretien collectif réalisé le 21 février
<i>Educateur spécialisé</i>	Reims	C.S	
<i>Infirmière</i>	Reims	C.S	
<i>Chef de service</i>	Metz	Téléphone + Mail	Entretien collectif en visio, réalisé le 16 février
<i>Psychologue</i>	Metz	Mail	
<i>Educatrice spécialisée</i>	Metz	Mail	
<i>ASS coordinatrice</i>	Charleville-Mézières – St Dizier	Mail	Entretien collectif réalisé le 15 mars
<i>Infirmière</i>	Charleville-Mézières – St-Dizier	Par le biais de la cheffe de service	
<i>Infirmier</i>	Troyes	Téléphone	Entretien téléphonique réalisé le 2 mars
<i>Travailleur social</i>	Troyes	Téléphone	Entretien téléphonique réalisé le 11 mars
<i>Cheffe de service</i>	Troyes	Mail	Entretien collectif 3 mars
<i>Animateur</i>	Troyes	Par le biais de la cheffe de service	
<i>Psychologue</i>	Troyes	Par le biais de la cheffe de service	

Annexe 3 – Chronologie des étapes importantes ayant mené au système de prise en charge actuel pour les SDF

1957 : travaux en sciences sociales de Vexliard.

1959 : décret de 1959 avec la mise en place de centres d'hébergement urgence et de centre d'hébergement et de reclassement social.

1974 : les CHRS pour « reclassement », deviennent les CHRS pour « réadaptation ».

1978 : ministère des affaires sociales lance un programme d'études sur la pauvreté pour la communauté européenne.

1984 : premier programme de lutte contre la pauvreté et la précarité – L. Fabius.

1988 : création du RMI.

1989 : fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris. (Rapport annuel dont le premier apparaît en 92).

1990 : Loi Besson « visant à la mise en œuvre du droit au logement.

1991-1993 : premier programme de recherche et d'expérimentation du Plan urbain, les sans-domicile fixe et les espaces publics.

1991 : création du centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA).

1992 : création du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) – création du haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

1993 : création du SAMU SOCIAL de Paris & son expérimentation des LHSS

1994 : loi relative à l'habitat (ex : hébergement d'urgence des personnes sans abri, plan départemental pour l'hébergement d'urgence).

1998 : loi de lutte contre les exclusions. Le R de CHRS passe de réadaptation à réinsertion.

2000 : création du dispositif ATSA – Accueil Temporaire Service de l'Asile.

2000 – 2010 : développement d'hébergement d'urgence pour demande d'asile (HUDA).

2002 : les ACT s'ouvrent aux personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, dont les SDF.

2006 : loi portant sur l'engagement national pour le logement. Création des centres d'hébergement et de stabilisation (CHS) et les résidences hôtelières à vocation sociale (RHVS).

2006 : LHSS quitte statut expérimental et acquiert statut d'ESSMS.

2007 : loi instituant le droit opposable au logement et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (loi DALO), plan d'action renforcé pour les personnes sans-abri.

2008 : expérimentation des LAM (obtiendra le statut d'ESSMS en 2013).

2009 : stratégie nationale « pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement ».

2009 : mise en place du dispositifs aller vers et dans le logement (AVDL).

2010 : mise en place de la DIHAL : délégation interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement. Création du service intégré d'accueil et d'informations (SIAO).

2011-2016 : expérimentation du dispositif un chez soi d'abord »

2012 : stratégie 2012-2016 « priorité au logement pour tous ».

2014 : loi ALUR : accès au logement et un urbanisme rénové.

2015 : création des centres d'accueil et d'orientation CAO.

2016 : « un chez soi d'abord » quitte son statut expérimental pour devenir un dispositif à part entière selon le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016. Il prend alors le nom un ACT « un chez soi d'abord ».

2017 : plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme.

2017 : création des centres d'accueil et d'examen de situation administrative (CAES).

2021 : Possibilité de mettre en place des ACT et LHSS « hors les murs ».

Annexe 4 – Focus sur les modalités d'intervention au sein des ACT enquêtés

<i>ACT - Lieu</i>	<i>Nb d'appartements</i>	<i>Composition de l'équipe</i>	<i>Durée du séjour</i>	<i>Organisation avec les résidents</i>	<i>Travail en équipe</i>
<i>Reims (W)</i>	6	3 éducateurs spécialisés 2 infirmières 1 médecin coordinateur 1 cheffe de service	6 mois renouvelable deux fois.	Le référent social a 2 résidents ; Les infirmières sont référentes de 3 résidents ; Les infirmières coordonnent et ne prodiguent pas de soins	1 réunion toutes les semaines + informel
<i>Reims (Y)</i>		1 éducateur spécialisé 1 infirmière 1 cheffe de service 1 médecin coordinateur	Moyen – long terme	L'infirmière et l'éducateur spécialisé sont référents de tous les résidents ; L'infirmière coordonne et prodigue les soins	Une réunion toutes les semaines + informel
<i>Metz (X)</i>	20	2 éducatrices spécialisées 1 assistante sociale 1 infirmière 1 chef de service 1 psychologue 1 médecin coordinateur	6 mois renouvelable 3 fois	Chaque référente sociale a plusieurs personnes ; L'infirmière est référente santé pour tous les résidents L'infirmière coordonne et ne prodigue pas les soins	1 réunion toutes les semaines + informel
<i>Troyes (V)</i>	10	1 infirmier 1 animateur 1 référente sociale – moniteur éducateur 1 cheffe de service 1 psychologue	6 mois renouvelable au besoin	Les résidents ont tous le même référent santé et social ; L'infirmier coordonne et	1 réunion toutes les semaines + informel

Charleville-
Mézières
– St Dizier
(Z)

	1 médecin coordinateur		ne prodigue pas les soins	
08 : 6 52 : 5 dont une collocation	08 : 1 infirmière 1 assistante sociale coordinatrice 1 médecin coordinateur 52 : 1 infirmière 1 éducatrice spécialisée 1 ASS C (la même que 08) 1 médecin coordinateur	3 à 6 mois renouvelable au besoin	Les résidents ont tous le même réfèrent santé et social ; L'infirmière coordonne et ne prodigue pas les soins	1 réunion toutes les semaines + informel

Annexe 5 – Circulaire et décret encadrant les appartements de coordination thérapeutiques

Circulaire n°2002-551 : « Les ACT pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale ont été progressivement mis en place à partir de 1994 sur la base des articles L.162-31, R.162-46 à R.162-50 et D.162-18 à D.162-21 du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation des actions expérimentales de caractère médical et social ».

Article 1 du décret n°2002-1227 : « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique [...] de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Article 2 du décret n°2002-1227 : « Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des ACT ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin exerçant le cas échéant à temps partiel ».

Article R.174-4 : « la dotation globale de financement annuelle [...] à la charge de l'Etat ou de l'assurance maladie est versée au gestionnaire de l'ACT » ; Circulaire n°2002-551 : « le financement des ACT relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social personnes handicapées ».

Circulaire n°2002-551 :

« Ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale. [...] La coordination médicale comprend la constitution et la gestion du dossier médical ; l'aide à l'observance thérapeutique ; l'éducation à la santé et à la prévention ; les conseils en matière de nutrition ; la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé, etc. La coordination psychosociale assurée par le personnel psycho-socio-éducatif comprend l'écoute des besoins et le soutien ; l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ; l'aide à l'insertion sociale, professionnelle, et l'accès au logement, etc. ».

« La décision d'accueillir, à sa demande, une personne est prononcée par le responsable de l'appartement de coordination thérapeutique désigné à l'administration. La décision établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne tient compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement. »

« Les appartements ou pavillons destinés à l'hébergement individuel ou collectif doivent être situés à proximité des lieux de soins et bien intégrés dans la cité. Ils doivent être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades ou très fatigables. Leur organisation et leur taille doivent permettre un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et

individualisé. Ouverts sur l'extérieur avec l'intervention des services ambulatoires et éventuellement de bénévoles, ils doivent favoriser autant que possible l'insertion sociale. »

« L'équipe pluridisciplinaire de l'ACT élabore, avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins, qui définit les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. L'équipe pluridisciplinaire bénéficie d'une supervision de ses pratiques professionnelles. »

Table des matières

GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE 1 – VAGABONDAGE ET INITIATIVES PRIVEES, A LA QUESTION SDF COMME PRIORITE NATIONALE.....	6
A. Le phénomène du sans-abrisme, représentations et contours de ces populations	7
1. Du sans aveu menaçant l'ordre public aux SDF victime d'un système défaillant	7
2. Les SDF, des populations aux parcours multidimensionnels	13
a) Sans logement, sans-abri, sans domicile fixe, quelles définitions ?	13
b) Eléments de contours autour du phénomène du sans-abrisme ?	15
c) Les SDF, des populations désocialisées, et désaffiliées ?	18
B. D'initiatives privées à une priorité nationale : la saisie de l'Etat de ces problématiques	22
1. Mise à l'agenda de la question SDF	23
2. Emergence du jeu de Ping Pong et de l'Oie au sein du système de prise en charge des SDF	28
PARTIE II – LOGEMENT D'ABORD ET DROITS DES USAGERS : DES POLITIQUES INFLUENÇANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE.....	32
A. Du paradigme de l'Housing First au politique du Logement d'Abord	33
1. Le Logement d'Abord en France, une déclinaison de la politique anglo-saxonne éponyme	33
2. Logement d'Abord et les Appartements de Coordination Thérapeutique	36
B. La ré interrogation des pratiques professionnelles induite par les paradigmes sociétaux en matière de place des usagers.....	40
1. Les modèles de pensée : de l'égalité formelle aux droits communs	40
2. De la tendance générale du droit des usagers à la réalité de la spécificité des SDF	45
PARTIE III – FAVORISER LE POUVOIR D'AGIR DES SANS-DOMICILE-FIXE, UNE REALITE ENVISAGEABLE SOUS CERTAINES CONDITIONS.....	52
A. Le pouvoir d'agir, comme la nouvelle norme dans l'intervention sociale et médicosociale.	53
1. La démocratisation du pouvoir d'agir	53
2. De l'empowerment au pouvoir d'agir	55
3. Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités	59
B. Des modalités d'intervention spécifiques favorisant la promotion du pouvoir d'agir	61
1. Un contexte organisationnel favorable à la promotion du pouvoir d'agir ?	62
2. Possible conséquence des modalités d'intervention : le risque du déplacement de la dépendance	65
3. Paradoxe de la contractualisation	68
C. Les professionnels et les résidents : entre posture et engagement	72
1. De la théorie du pouvoir d'agir aux pratiques réelles des professionnels en appartements de coordination thérapeutique	72
a) Transposition des principes du pouvoir d'agir aux pratiques professionnelles souhaitées ...	72
b) Les pratiques réelles des professionnels : influencées à la fois par le cadre d'intervention et les spécificités des publics	74
2. Adhésion et engagement	81

CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE.....	94
SITOGRAFIE	101
VIDEOS ET CONFERENCES	101
ANNEXES	102