



Master 2

**Situations de handicap et
participation sociale**

Promotion : **2019-2020**

« On a juste fait notre taf »
**Épreuves de professionnalité dans quatre
dispositifs d'habitat en santé mentale en
période de pandémie**

Maïna LE HELLEY

Sous la direction de : *Noémie Rapegno (EHESP, Arènes) et Cécile Rosenfelder (EHESP, MOS)*

septembre 2020

Remerciements

Je remercie chaleureusement Noémie Rapegno et Cécile Rosenfelder, mes tutrices de stage et directrices de mémoire, pour m'avoir fait confiance, m'avoir donné une place stimulante au sein de l'équipe et m'avoir accompagné tout au long du chemin. Merci également à Marie-Aline Bloch, responsable du programme de recherche, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail et pour ses commentaires valorisants.

Merci également à Marine Boisson-Cohen, Claudia Marquès et Sandrine Roumilly de la CNSA, pour leur soutien, leur suivi et leur intérêt pour mon travail. Je remercie également les responsables du master SHPS et tout particulièrement Emmanuelle Fillion, qui m'a aidé par sa présence discrète à prendre confiance en moi.

Un immense merci aux professionnels interrogés dans cette enquête qui m'ont accordé leur confiance pendant cette période si particulière et sans qui ce mémoire n'aurait simplement pas vu le jour.

Merci à Aude Belliard, Lyvia Velpy et Pierre Vidal-Naquet pour nos échanges hebdomadaires dont la richesse a permis le pas de côté nécessaire à l'écriture de ce mémoire.

Merci à Fanny Jaffrès, mon modèle de réussite, dont le parcours impressionnant me donne le courage de poursuivre le mien. Merci également à Hervé Henry dont le regard si particulier sur le monde m'a aidé à assumer le mien.

Merci à Vincent Le Guen et sa puissante raison, à Laura Le Marec et ses discrètes passions, à Adèle Le Corre pour ses corrections et à Basile Tauden pour la chanson. Je vous envoie toutes mes émotions.

Merci aux étudiants du master SHPS pour nos échanges stimulants. Mention spéciale à Juliette Pinon et son amour du végétal, à Fanja Razafindramanana-Dean pour son soutien sans faille et à Justine Vandecasteele pour sa bienveillance valorisante. Merci aussi à Perrine Larvol-Simon et à Adeline Jouan dont l'amour du métier m'a touché au cœur et à Aïssata Aïcha Le Saout-Bah pour ces trois belles années passées ensemble.

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	1
PARTIE I – Caractériser les dispositifs d’habitat à visée inclusive en santé mentale.....	9
Chapitre 1 – Contexte politico-historique des DHVI.H.Psy : vers une double prise en charge par les secteurs psychiatrique et médico-social.....	9
I – Le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique : les prémices de la double prise en charge en santé mentale.....	10
II – Le tournant des années 2000 : des politiques publiques en faveur des droits des usagers qui ancrent le principe de double prise en charge en santé mentale.....	11
III – Les DHVI.H.Psy : des formules représentatives de la double prise en charge en santé mentale.....	13
Chapitre 2 – Les DHVI.H.Psy : des dispositifs qui autonomisent, socialisent et soignent les locataires.....	15
I – Présentation des dispositifs étudiés.....	15
II – Des dispositifs fortement hétérogènes qui présentent néanmoins des caractéristiques communes.....	24
III – Trois objectifs d’accompagnement communs : rendre autonome, promouvoir le lien social et stabiliser le parcours de soin.....	25
Chapitre 3 – Dilemme entre autonomisation et protection dans les DHV.IH.Psy : quelles pratiques professionnelles de régulation ?.....	30
I – Autonomie et protection dans les relations d’aide : deux principes fondamentaux qui entrent en tension.....	30
II – Les pratiques professionnelles de régulation du dilemme entre autonomie et protection des personnes.....	32
III – Les pratiques de régulation entre autonomie et sécurisation dans les DHVI.H.Psy étudiés : comment respecter les libertés fondamentales des personnes tout en les protégeant ?.....	33
PARTIE II – La Réorganisation des dispositifs face à la crise Covid-19 : quels effets sur les pratiques professionnelles ?.....	38
Chapitre 4 – Quelle réception des directives nationales dans les dispositifs étudiés ?	39
I – La mise en place des protocoles de crise.....	40
II – Focus sur l’accès au matériel de protection et de communication à distance : place aux solidarités privées.....	43

III – Des directives nationales globalement suivies dans les dispositifs étudiés : gestions des sorties individuelles et collectives, des espaces communs et des visites.....	44
Chapitre 5 – Des contraintes organisationnelles qui bousculent le sens habituellement donné à l’accompagnement par les professionnels.....	47
I – Présence réduite des professionnels et travail en équipe à réinventer : du présentiel au distanciel.....	47
II – Des accompagnements par les partenaires extérieurs limités aux échanges téléphoniques : glissement des tâches vers les professionnels de terrain.....	50
III – Des accompagnements à l’autonomie et à la (re)socialisation bouleversés : perte de sens pour les professionnels ?.....	53
Chapitre 6 – Des contraintes organisationnelles qui mènent à de nouvelles priorités : des accompagnements de prévention sanitaire face au virus.....	57
I – Favoriser l’apprentissage des gestes barrières et de la distanciation sociale.....	57
II – Expliquer la situation pour que les locataires la comprennent et se l’approprient.....	59
III – Maintenir l’état de santé des locataires : rôle de prévention et cadre soutenant.....	60
Chapitre 7 – Des contraintes organisationnelles qui engendrent des épreuves de la relation et soulèvent des dilemmes éthiques.....	62
I – La crise covid-19 : des épreuves organisationnelles multiples.....	62
II – Le travail social à distance : une épreuve de la relation.....	65
III – Entre protection face au virus et respect des libertés individuelles des locataires : les dilemmes éthiques habituels en contexte particulier.....	69
Conclusion.....	75

Liste des sigles utilisés

AAH : allocation aux adultes handicapés
ACT : appartements de coordination thérapeutique
AMP : aide médico-psychologique
ARS : agence régionale de santé
AVS : auxiliaire de vie sociale
CD : conseil départemental
CESF : conseiller.ière en économie sociale et familiale
CIDPH : convention internationale relative aux droits des personnes handicapées
CLSM : conseil local de santé mentale
CMP : centre médico-psychologique
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Covid-19 : Coronavirus disease 19
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSE : comité social et économique
CSSCT : commission santé sécurité et conditions de travail
DDASS : direction départementales des affaires sociales
DHVI : dispositif d'habitat à visée inclusive
DHVI.H.Psy : dispositif d'habitat à visée inclusive à destination des personnes présentant un handicap psychique
EHESP : école des hautes études en santé publique
EMS : établissement médico-social
ESAT : établissement et service d'aide par le travail
ESMS : établissement social et médico-social
ESSMS : établissement et service social et médico-social
FALC : facile à lire et à comprendre
FAM : foyer d'accueil médicalisé
GEM : groupe d'entraide mutuelle
HPTS : Hôpital, patients, santé, territoires
IME : institut médico-éducatif
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS : maison d'accueil spécialisée
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MJC : maison des jeunes et de la culture
MSS : ministère des solidarités et de la santé

OMS : organisation mondiale de la santé

ONU : organisation des Nations Unies

PCH : prestation de compensation du handicap

SAD : service d'aide à domicile

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SHA : solution hydroalcoolique

TISF : technicien.ne de l'intervention sociale et familiale

Introduction

La présente enquête s'inscrit dans le programme de recherche « *Inclure et sécuriser : les dispositifs d'accompagnement à visée inclusive et le point de vue des personnes concernées* » mené par l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) en convention avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il est consacré à l'étude des transformations de l'offre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Le programme porte plus particulièrement sur les dispositifs innovants qui proposent des accompagnements alternatifs à l'institution pour des personnes âgées ou pour des personnes présentant un handicap. Le premier objectif est de définir le fonctionnement de ces dispositifs. L'enjeu est également de questionner l'articulation des valeurs poursuivies par les dispositifs, et leur mise en pratique via l'analyse des articulations entre autonomie et respect des libertés des personnes, d'une part, et sécurisation et protection des personnes, d'autre part. Il s'agit d'identifier comment ces valeurs s'articulent au quotidien et la manière dont elles entrent en tension, plutôt que de s'arrêter sur un a priori d'opposition entre elles. Le programme donne avant tout la parole aux personnes concernées en transmettant « *leur perception et leur appropriation du dispositif* » (Rapegno et Rosenfelder, 2019). A ce jour, un premier terrain dans le champ de la vieillesse a déjà été effectué. La présente enquête correspond au second terrain du programme et concerne les dispositifs d'habitat à destination des personnes présentant un handicap psychique¹.

Une enquête réajustée au regard de la crise Covid-19

La pandémie de la Covid-19² débute en Chine en novembre 2019. Le virus, particulièrement virulent chez les personnes âgées et présentant des comorbidités, se propage rapidement dans le monde entier. Le 17 mars 2020 à 12h00 le confinement à domicile de toute la population française est engagé. Initialement prévu pour une durée minimale de deux semaines, il sera finalement reconduit jusqu'au 11 mai 2020, date à laquelle le processus de déconfinement est mis en place. Le ministère des solidarités et de la santé publie tout au long de cette période les « *consignes et recommandations applicables* » à destination des ESSMS. A l'annonce du confinement, le mot d'ordre est à la protection des collectifs de personnes vulnérables et les établissements ferment leurs portes aux personnes extérieures.

1 Nous privilégierons dorénavant l'utilisation des sigles « DHVI » pour « dispositif d'habitat à visée inclusive » et « DHVI.H.Psy » pour « dispositif d'habitat à visée inclusive à destination des personnes présentant un handicap psychique ».

2 Nous privilégierons l'expression « *crise Covid-19* » dans la suite du document.

De part les contraintes du confinement, l'enquête telle qu'elle avait été construite en janvier 2020 et qui portait sur l'analyse d'un unique DHVI.H.Psy appelé « habitat regroupé^① » doit être repensée. Le dispositif est fermé aux personnes extérieures, les disponibilités des professionnels sont réduites par la gestion de crise et nous faisons face à des difficultés d'accès au public concerné⁴. Nous décidons alors d'élargir l'enquête à d'autres DHVI.H.Psy et de privilégier les échanges avec les professionnels de terrain tout au long de la période de crise et par le biais d'entretiens téléphoniques courts (45 minutes à une heure) et réguliers (hebdomadaires ou toutes les deux semaines). Ces choix méthodologiques permettent de porter un regard global sur la situation et de mesurer son évolution à l'échelle des dispositifs étudiés, tout en respectant les disponibilités des professionnels. Pour assurer l'obtention des données, nous contactons dix-sept DHVI.H.Psy repérés sur internet, afin de leur proposer de participer à l'enquête en élargissant les critères initialement prévus pour la sélection des terrains. Si les valeurs inclusives des habitats et le public présentant un handicap psychique doivent être préservés, nous laissons de côté l'ancrage de droit commun⁵ et le caractère pérenne⁶ de l'accompagnement. Quatre dispositifs s'engagent à participer à l'enquête, dont le dispositif d'habitat regroupé^① initialement prévu pour l'enquête. Deux des dispositifs étudiés relèvent du droit commun et proposent un accueil pérenne : l'habitat regroupé^① et les habitats partagés^②. Les deux autres dispositifs disposent d'un statut d'établissement médico-social et proposent un accueil temporaire [cf note 5] : les appartements de coordination thérapeutique^③ (ACT) et les habitats accompagnés^④. Les quatre dispositifs représentent un entre-deux entre l'institution et le domicile et poursuivent des valeurs inclusives.

La situation a engendré des pertes méthodologiques, notamment toute la part d'observation sur le terrain et les échanges avec les personnes concernées. Néanmoins, la crise Covid-19, et notamment la situation de confinement, a permis de mettre en lumière, sous un autre angle, l'articulation des valeurs d'autonomie/libertés et de protection/sécurisation dans les dispositifs étudiés de façon inédite, et de donner ainsi une nouvelle orientation à l'enquête, tout en préservant une partie de ses enjeux initiaux. La multiplication du nombre de dispositifs étudiés a permis de faire ressortir les points communs et les divergences entre ces derniers, notamment dans le cadre de leur

3 Les dispositifs étudiés dans le cadre de cette enquête présentent des dénominations proches. Afin de faciliter la lecture, chaque dispositif portera un numéro allant de 1 à 4.

4 Les professionnels considéraient que la mise en place d'entretiens téléphoniques avec les locataires avec une personne inconnue dans un contexte de crise présentait des risques d'anxiété trop importants pour eux.

5 Les DHVI dits de « *droit commun* » font référence aux dispositifs qui ne dépendent pas d'un statut de structure médico-sociale.

6 Les DHVI proposent généralement un accueil pérenne, c'est-à-dire que les personnes peuvent rester au sein des dispositifs aussi longtemps qu'elles le souhaitent, sur le principe d'un bail de location classique. Néanmoins, dans le cadre des DHVI en santé mentale, il existe un nombre conséquent de dispositifs proposant un accueil temporaire, dont la durée est définie en amont.

Maïna LE HELLEY - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique

réorganisation face à la crise Covid-19. Les contacts téléphoniques réguliers avec les professionnels de terrain ont permis de recueillir leur vécu et de repérer des similitudes dans les pratiques d'accompagnement et les adaptations opérées. A contrario, il ne nous a pas semblé pertinent d'analyser le vécu des locataires à travers les propos des professionnels, car il n'a pas été possible d'accéder directement à leurs discours. D'autant plus que certains professionnels, éloignés des locataires par la mise en place du télétravail, exprimaient leurs difficultés pour appréhender ce vécu à distance. De ce constat, le sujet de l'enquête est passé du vécu des personnes des DHVI.H.Psy aux **pratiques professionnelles dans les DHVI.H.Psy pendant la crise Covid-19.**

Démarche d'enquête

Neuf professionnels ont été interrogés dans le cadre de l'enquête, dont cinq de façon régulière qui sont principalement des professionnels de terrain. A noter que sept professionnelles sont des femmes.

Les professionnelles interrogées à l'habitat regroupé^① sont une aide médico-psychologique (AMP)⁷ qui travaille à mi-temps sur le dispositif, et la cheffe de service. Après avoir obtenu son diplôme d'éducatrice spécialisée en Belgique, la cheffe de service a travaillé pendant dix ans auprès de personnes avec une déficience intellectuelle. A son retour en France, elle a été embauchée comme éducatrice spécialisée pour le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) de l'association gestionnaire de l'habitat regroupé^①. En 2017, elle est promue cheffe de service, suite à une création de poste.

« [ce qui me plaît le plus] c'est de pouvoir rassurer, de pouvoir être des personnes-ressource. On a des personnes qui n'ont pas de famille. On a des personnes qui peuvent être dépassées par les symptômes de la maladie, que ce soit des angoisses, que ce soit un sentiment de persécution, d'être là et d'être des personnes-ressource, des personnes de confiance, voilà, de pouvoir être à l'écoute, de pouvoir les soutenir au quotidien. » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①)

La professionnelle interrogée aux habitats partagés^② est conseillère en économie sociale et familiale (CESF) et coordinatrice sociale du dispositif. Elle a exclusivement travaillé dans le secteur de l'aide à domicile, principalement auprès des personnes âgées. Elle a occupé plusieurs postes au sein de l'association gestionnaire avant de prendre la coordination des habitats partagés^② à leur création en 2015.

« Moi j'avoue que quand je suis arrivée à l'association je ne connaissais pas du tout le handicap psychique. J'ai commencé juste à faire des

⁷ Nous n'avons pas eu connaissance du parcours professionnel de l'AMP de l'habitat regroupé^①.

plannings et quand j'entendais tout ça je me disais houla, moi je le sens pas trop. Et dès que j'ai commencé j'ai dit : "Ah nan mais j'adore en fait !" (rires). [...] Moi je changerai pour rien au monde de public en tout cas. » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

Le professionnel interrogé aux ACT^③ est éducateur spécialisé. Il est diplômé depuis cinq ans, a travaillé comme pompier volontaire et auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle. Il travaille pour l'association gestionnaire des ACT^③ depuis quatre ans et y a occupé plusieurs postes. Aujourd'hui, il partage son temps de travail entre les ACT^③ (75%) et un service d'accompagnement à domicile (25%). Il est également délégué du personnel.

« Nous on essaye au maximum d'être dans une relation positive bien sûr, avec les gens, déjà pour comprendre un peu leur situation et être acteurs de l'accompagnement, mais aussi pour les valoriser, être dans un soutien, être dans une connaissance mutuelle » (éducateur spécialisé des ACT^③)

La professionnelle interrogée aux habitats accompagnés^④ est monitrice éducatrice du dispositif, diplômée depuis 2004. Elle a d'abord travaillé dans la fonction publique hospitalière, puis à la création d'un internat éducatif, et enfin en tant que formatrice en école d'éducateurs. Elle est revenue sur le terrain en 2010 et a travaillé sept ans pour un foyer d'hébergement relevant d'une association gestionnaire d'établissement médico-sociaux de grande envergure. Cette expérience a engendré une perte de sens professionnelle qui l'a amenée, en 2017, à rejoindre les habitats accompagnés^④ au sein desquels elle se trouve plus épanouie.

« Vous m'auriez demandé au collège ce que je voulais faire, je savais que voulais être dans le champ de l'éducation spécialisée. C'était vraiment une attirance qui datait pas d'hier. » (Monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④).

Les entretiens durent entre quarante-cinq minutes et une heure vingt. Sur la période de mars⁸ à juin, quatre à cinq entretiens ont été menés avec les professionnels de chaque dispositif. En juin, un entretien unique avec les cheffes de service des dispositifs, ou la directrice opérationnelle pour les habitats partagés^②, sont venus étoffer les données, notamment sur l'élaboration des protocoles de crise. Ces entretiens ont été

⁸ Nous avons également mené un entretien avec le directeur associatif de l'habitat regroupé^① en janvier, dans le cadre de la première démarche d'enquête.

complétés par l'analyse des documents protocolaires transmis par les dispositifs⁹. Au total, vingt-et-un entretiens semi-directifs ont été menés¹⁰ par téléphone.

Nombre d'entretiens menés sur la période de janvier à juin 2020 par dispositif et par professionnel

	Habitat regroupé ^①			Habitats partagés ^②		ACT ^③		Habitats accompagnés ^④	
	AMP	Cheffe de service	Directeur	CESF	Directrice	ES	Cheffe de service	ME	Cheffe de service
Janvier			29 janvier						
Mars		23 mars						31 mars	
Avril	7 avril			22 avril 29 avril		21 avril 28 avril			
Mai	15 mai			13 mai 27 mai		14 mai		7 mai 20 mai	
Juin		4 juin		12 juin	23 juin	16 juin	17 juin	24 juin	19 juin
Total par pros	2	2	1	5	1	4	1	4	1
Total par dispositif	5			6		5		5	
Total	21								

Les guides d'entretien ont été construits au fur et à mesure de la période et adaptés à chaque interlocuteur. Ils comprenaient des questions similaires sur la réorganisation de l'accompagnement face à la crise, et sur les pratiques professionnelles, ainsi que des questions spécifiques à chaque dispositif sur des sujets précédemment abordés ou des précisions nécessaires à l'enquête. Pour analyser les données, les entretiens ont été retranscrits intégralement. Des échanges hebdomadaires avec Aude Belliard, Lyvia Velpry et Pierre Vidal-Naquet, qui étudiaient les effets de la crise *via* des entretiens téléphoniques avec des personnes en situation de handicap et des professionnels des ESSMS, ont grandement favorisé la prise de recul vis-à-vis des données recueillies. Des tableaux d'analyse par thématiques et des échanges avec les chercheuses du programme ont permis de faire ressortir les résultats centraux.

Les objectifs et la méthodologie de l'enquête ont été présentés oralement à tous les participants. Le consentement des professionnels interrogés quant à l'enregistrement des données a été sollicité au début de chaque entretien. Les données enregistrées sont conservées en lieu sûr et ne sont accessibles qu'aux chercheuses engagées dans le projet. La durée de conservation de ces données est de 5 ans, au-delà de ce délai, elles seront détruites, en accord avec le protocole de recherche du programme dans lequel

9 Nous avons eu accès aux protocoles et documents de crise de l'habitat regroupé^①, des habitats accompagnés^④ et à une partie de ceux des ACT^③.

10 La durée et la temporalité entre chaque entretien peut varier d'un dispositif à l'autre, cela est dû aux disponibilités des professionnels.

s'inscrit cette enquête. Les noms et prénoms des professionnels ne sont pas utilisés¹¹ et les noms des locataires cités ont été modifiés. L'originalité de certains dispositifs pourrait facilement mener à leur identification, c'est pourquoi leur implantation géographique n'est pas citée non plus.

Problématisation

La présente enquête tente de répondre à la question suivante : **Comment, dans les DHV.I.H.Psy étudiés, les pratiques professionnelles ont-elles été impactées par la situation de crise Covid-19 ? Quelles adaptations de leurs pratiques les professionnels ont-ils opérées, notamment dans la résolution des dilemmes éthiques entre autonomie et respect des libertés des locataires, d'une part, et protection face au virus, d'autre part ?**

Pour répondre à cette question, nous suivrons deux orientations se référant aux pratiques professionnelles afin de pouvoir identifier les réorganisations et adaptations opérées en période de crise. Nous nous intéresserons au **sens que les professionnels donnent à l'accompagnement des personnes dans les DHVI.H.Psy étudiés**. Par l'utilisation de cette expression (sens donné à l'accompagnement) nous entendons englober à la fois les valeurs et principes que les professionnels mettent en avant et les objectifs d'accompagnement concrets qui en découlent. Nous proposons également un focus sur les **pratiques de régulation qui visent à articuler les principes d'autonomie et de respect des libertés des personnes, d'une part, et de sécurisation et de protection, d'autre part**. Ce double enjeu propre aux relations d'aide engendre des dilemmes éthiques que les professionnels tentent de résoudre.

Étudier les pratiques professionnelles pendant la crise Covid-19 nécessite de comprendre le fonctionnement des dispositifs et de caractériser les pratiques préexistantes dans les DHVI.H.Psy étudiés, afin d'analyser les modifications engendrées par le confinement. **Les dispositifs présentent-ils des points communs ? Le contexte politico-historique a-t-il influencé leur format et leur fonctionnement ? Si tel est le cas, les professionnels donnent-ils le même sens à l'accompagnement des locataires ?** Nous chercherons également à caractériser les pratiques de régulation des dilemmes éthiques liés au double enjeu entre autonomie et protection des locataires dans les DHVI.H.Psy étudiés.

Nous chercherons à savoir **comment les dispositifs se sont réorganisés face à la crise, et notamment si celle-ci a eu des effets sur le sens habituellement donné à**

¹¹ Les expressions « AMP de l'habitat regroupé^① », « éducateur des ACT^② », etc, seront privilégiées tout au long du document.

l'accompagnement par les professionnels. Nous imaginons que les nombreuses contraintes organisationnelles (restriction des sorties, mise en place du télétravail, principe de protection des personnes face au virus, etc) engendrées par la situation de crise sont venues bouleverser les objectifs d'accompagnement habituellement poursuivis par les professionnels des dispositifs. L'identification de ces bouleversements nous permettra d'identifier les éventuelles adaptations proposées par les professionnels pendant la crise. Nous nous demanderons aussi si **les réorganisations opérées pendant la crise Covid-19 ont eu des effets sur les pratiques professionnelles.** Nous pensons que différents domaines de l'accompagnement ont pu être impactés par la situation de crise et que les difficultés rencontrées par les professionnels pendant cette période ont demandé d'adapter les pratiques habituelles. En ce qui concerne plus particulièrement les pratiques de régulation entre les principes d'autonomie et de respect des libertés, d'une part, et de protection et sécurisation, d'autre part, nous pensons qu'elles ont pu prendre un sens particulier de part la présence du virus. La situation de crise a pu engendrer une augmentation des pratiques coercitives ou de surprotection des locataires, dans une volonté de les protéger de la contamination.

La première partie est dédiée à la caractérisation des dispositifs avant la crise Covid-19. Un retour sur le contexte politico-historique des DHVI en santé mentale nous permettra de caractériser les DHVI.H.psy étudiés. Après avoir montré leur hétérogénéité, nous mettrons en lumière ce qu'ils peuvent avoir en commun. Nous verrons qu'ils se rejoignent sur les objectifs que les professionnels poursuivent pour accompagner les locataires. Nous montrerons ensuite comment les professionnels régulent les dilemmes éthiques entre autonomie et protection, en dehors de la crise.

En deuxième partie, nous décrirons les réorganisations opérées dans les dispositifs pendant la crise Covid-19 et nous montrerons comment les objectifs d'accompagnement habituellement poursuivis par les professionnels ont été bouleversés. Cette description nous permettra de mettre en lumière les pratiques professionnelles au temps de la crise Covid-19, que nous analyserons à travers la notion d'*épreuves de professionnalité* (Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018). La crise Covid-19 a engendré des dilemmes éthiques entre protection des locataires vis-à-vis du virus et respect de leurs libertés fondamentales. Nous analyserons les pratiques de régulation proposées par les professionnels.

PARTIE I – Caractériser les dispositifs d’habitat à visée inclusive en santé mentale

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) fait un constat plutôt mitigé sur la prise en charge de la santé mentale à l’échelle mondiale. Elle considère « *les services et les soins de santé mentale trop souvent négligés* »¹² et constate que les personnes sont encore trop souvent victimes de discrimination et de violation de leurs droits. En France, même constat, la rapporteuse des droits des personnes handicapées de l’Organisation des Nations Unies (ONU) se dit vivement préoccupée par la question des soins sans consentement encore imposés aux personnes présentant un handicap psychique¹³. Ce retard français est probablement dû à l’histoire particulière de la prise en charge de la santé mentale en France, que le secteur de la psychiatrie a longtemps dominée.

Chapitre 1 – Contexte politico-historique des DHVI.H.Psy : vers une double prise en charge par les secteurs psychiatrique et médico-social

Les DHVI.H.Psy présentent des spécificités propres au secteur psychiatrique, d’une part, et aux secteurs sociaux et médico-sociaux¹⁴, d’autre part, qui prennent en charge la santé mentale en France. Dans les années soixante, les secteurs sociaux et médico-sociaux font leur apparition dans le champ *via* le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique. A partir de la fin des années 2000, les politiques de santé mentale, inspirées par le mouvement de réforme des politiques du handicap et de la santé du début du siècle, prônent la concertation et le partenariat entre les acteurs. Les deux secteurs doivent alors apprendre à travailler en partenariat, ce qui engendre un principe de double prise en charge. En parallèle, les politiques publiques mettent en avant des principes d’inclusion et de respect des droits des usagers qui favorisent l’essor des DHVI.H.Psy. Aujourd’hui, la diversité des DHVI.H.Psy est révélatrice de ce double ancrage sectoriel.

12 Plan d’action pour la santé mentale 2013-2020, Organisation Mondiale de la Santé.

13 Rapport de la rapporteuse de l’ONU sur la mise en œuvre de la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) en France, consécutive à sa visite effectuée en octobre 2017.

14 En règle générale, nous utiliserons l’expression « *secteur médico-social* » pour parler des secteurs sociaux et médico-sociaux car nous considérons qu’ils poursuivent des objectifs généraux sensiblement similaires. Cela permet également de définir le principe de double prise en charge du secteur de la santé mentale, avec d’un côté la psychiatrie garante du soin, et de l’autre, les secteurs sociaux et médico-sociaux garants de l’accompagnement social des personnes (Henckes et al., 2018).

I – Le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique : les prémices de la double prise en charge en santé mentale

Pour Foucault (1961), « *l'image du fou* » se modifie en fonction de la culture de la société dans laquelle il s'inscrit. Particulièrement critique à l'égard de la psychiatrie, il lui reproche de n'être que le « *monologue de la raison sur la folie* », folie qui serait « *la vérité humaine de l'homme* ». Quelques années plus tard, Goffman (1968) classe les hôpitaux psychiatriques parmi les « *institutions totalitaires* ». Ce regard critique sur la psychiatrie, amorcé dès l'après-guerre et particulièrement virulent dans les années soixante et soixante-dix, s'oppose au « *modèle asilaire* » (Castel, 1976) qui domine le champ de la santé mentale depuis le début du XIX^e siècle. Son principe est de sortir le malade de son environnement ordinaire afin de favoriser sa guérison (Klein et al., 2018). Le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique s'instaure *via* la circulaire du 15 mars 1960 et les décrets des années soixante-dix qui la suivront, à travers une politique de sectorisation. Elle vise « *la sortie des malades des hôpitaux psychiatriques au profit d'une nouvelle prise en charge [...] fondée sur les ressources communautaires et les services ambulatoires.* » (Klein et al., 2018). En opposition au modèle asilaire, le soin intégré dans l'environnement social ordinaire du malade pourrait favoriser son intégration (Coldefy, 2016 ; Eyrault et Velpry, 2014 ; Klein et al., 2018). Même si la politique de sectorisation peine à se mettre en œuvre de manière concrète (Eyrault et Velpry, 2014), elle favorise néanmoins un mouvement de modernisation de l'hôpital psychiatrique (Klein et al., 2018). Alors qu'il s'instituait en « *lieu de vie* » à travers une prise en charge globale des patients, assurant par exemple une fonction d'hébergement, l'hôpital psychiatrique devient le « *lieu des soins thérapeutiques* » uniquement (Eyrault et Velpry, 2014). Cela constitue une transformation profonde de l'institution psychiatrique (Eyrault et Velpry, 2014) qui a pu favoriser l'émergence des DHVI en santé mentale.

Pour Eyrault et Velpry (2014) ce n'est pas tant la politique de sectorisation qui permet la désinstitutionnalisation psychiatrique, mais plutôt une série de mesures législatives. Ces mesures favoriseront également l'entrée d'acteurs des secteurs sociaux et médico-sociaux dans le champ de la santé mentale. La loi du 3 janvier 1968¹⁵ par exemple, dissocie la protection des personnes de celle des biens, qui étaient jusqu'alors pris en charge en globalité par le secteur psychiatrique (Eyrault et al., 2013). Cette opportunité législative permet à des associations de familles et de professionnels représentantes des personnes en situation de handicap, et notamment des personnes avec un handicap psychique, de s'emparer de la question de la gestion des mesures de protection (Eyrault et al., 2013). Après la loi de 68, les juges continuent néanmoins de se tourner vers la psychiatrie pour la gestion des mesures de protection (Eyrault et al., 2013).

¹⁵ Portant réforme du droit des incapables majeurs.

Un décret de 1974 amène finalement les magistrats à déléguer les mesures auprès des Directions Départementales des Affaires Sociales (DDASS). Ces dernières transfèrent la gestion de la majorité des mesures aux associations tutélaires issues du secteur médico-social (Eyrault et al., 2013). Au milieu des années quatre-vingt, la grande majorité des mesures de protection sont prises en charge par le secteur médico-social.

En parallèle, la loi d'orientation du 30 juin 1975 permet l'ouverture des droits à l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) pour les personnes avec un handicap psychique. Cela engendre d'ailleurs une inquiétude chez les psychiatres qui craignent alors de perdre leurs patients (Eyrault et Velpy, 2014 ; Henckes et al., 2018). Par le biais de la loi de 75, les personnes avec un handicap psychique ne sont plus les uniques patients de la psychiatrie, ils sont également bénéficiaires des prestations du secteur médico-social, ce qui « *ouvre un nouvel espace de représentation et d'intervention institutionnelle* » (Moreau et Laval, 2015). Ce constat amène Klein et al. (2018) à questionner la notion de désinstitutionnalisation psychiatrique à laquelle ils préfèrent celle de déshospitalisation. Les transformations du domaine de la santé mentale, avec l'introduction du secteur médico-social dans le champ, s'apparenteraient plutôt à un processus de « *transinstitutionnalisation* » qui s'élabore à travers « *le déplacement des sujets dans l'espace social* » (Klein et al., 2018).

Le processus de désinstitutionnalisation semble donc à l'origine du double ancrage sectoriel de la prise en charge de la santé mentale en France. Il favorise également l'émergence des DHVI.H.Psy à l'initiative du secteur psychiatrique et des secteurs sociaux et médico-sociaux, dont les premiers modèles émergent dans les années soixante-dix. Le tournant des politiques publiques du début des années 2000 vient ancrer ce fonctionnement et la mise en place d'un partenariat entre les deux secteurs.

II – Le tournant des années 2000 : des politiques publiques en faveur des droits des usagers qui ancrent le principe de double prise en charge en santé mentale

Les années 2000 représentent un tournant dans les politiques publiques de la santé, du handicap et de la santé mentale (Henckes et al., 2018). De façon globale, les droits des usagers¹⁶ de la santé et du secteur médico-social sont renforcés avec la loi du 2 janvier 2002¹⁷, suivie de près par la loi du 4 mars 2002¹⁸ (Callu, 2005). Ces deux lois proposent des outils concrets et obligatoires afin d'informer les usagers sur leurs droits et

16 L'expression « *usager* » est d'ailleurs issue des lois de 2002.

17 Rénovant l'action sociale et médico-sociale.

18 Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

de les rendre acteurs de leurs soins et/ou de leur accompagnement. En ce qui concerne plus spécifiquement le handicap, la loi du 11 février 2005¹⁹ vient réaffirmer les principes véhiculés par les deux lois de 2002, en mettant le respect de la dignité humaine au centre des politiques publiques à destination des personnes vulnérables (Callu, 2005). L'idée selon laquelle il faudrait favoriser l'autonomie des usagers prend une place prépondérante, notion particulièrement utilisée dans les projets individualisés des usagers du secteur médico-social, par exemple (Chavaroche, 2012). Les différentes lois du début des années 2000 et la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées en 2006 prônent le « *libre-choix* » (Argoult, 2009) et le consentement éclairé des personnes quant aux modalités d'accompagnement et/ou de soins, dans un souci global d'*empowerment*, qui vise le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées.

Ces nouvelles modalités irradiant jusqu'aux politiques de santé mentale et réaffirment la fin de la domination psychiatrique sur sa prise en charge en France. Tout en poursuivant des objectifs similaires aux lois précédemment citées, elles insistent sur la nécessité d'impliquer des acteurs multiples pour permettre une meilleure prise en charge du handicap psychique (Coldefy, 2016 ; Henckes et al., 2018), dans un souci de coordination et de concertation entre les acteurs. Par exemple, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, crée les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le but de « *décloisonner les différents acteurs de la santé (hôpital, prévention, ambulatoire, médico-social)* » (Coldefy, 2016). La loi du 26 janvier 2016²⁰ clarifie les responsabilités de chacun et replace la psychiatrie « *dans une politique globale de santé mentale* », qui ne serait plus de sa « *responsabilité exclusive* » (coldefy, 2016). Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) s'instituent en « *plateforme[s] de concertation et de coordination* » entre les acteurs du secteur au niveau local (Coldefy, 2016). Les différents plans en santé mentale suivent également la même logique.

« *Au tournant des années 2010, l'idée paraît acquise que les accompagnements médico-sociaux et sociaux sont une composante à part entière de l'action publique dans le champ de la santé mentale.* » (Henckes et al., 2018) et les secteurs de la psychiatrie et du médico-social doivent apprendre à travailler ensemble. Néanmoins, tous ces textes législatifs n'expliquent généralement pas comment la concertation doit être mise en place de façon concrète (Henckes et al., 2018). Même si les fonctions de chacun semblent de prime abord assez bien délimitées, l'accompagnement à la vie sociale étant assuré par les secteurs social et médico-social et l'accompagnement au soin par la psychiatrie (Henckes et al., 2018), il s'avère que des zones de recouvrement peuvent exister dans les

19 Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

20 De modernisation de notre système de santé.

pratiques professionnelles (Henckes et al., 2018). En tout cas, les personnes accompagnées dans les DHVI.H.Psy bénéficient à minima d'un « *double accompagnement* » à la vie sociale d'une part, et au soin d'autre part (Henckes et al., 2018).

III – Les DHVI.H.Psy : des formules représentatives de la double prise en charge en santé mentale

La question de l'accès au logement des personnes en situation de handicap représente un des enjeux fondamentaux des politiques publiques des années 2000. Le logement est reconnu comme un déterminant social de la santé (Pelletier, 2009 ; Laval et Estecahand, 2019), de l'inclusion sociale (Greacen et Jouet, 2013) et du rétablissement des personnes avec un handicap psychique (Camelot et Terrier, 2018). Pourtant, ces personnes seraient confrontées à des difficultés d'accès au logement (Greacen et Jouet, 2013 ; Pelletier, 2009) de part la forte stigmatisation accolée à leur handicap (Pelletier, 2009). Le plan santé mentale 2005-2008 propose tout un axe de réflexion autour du logement afin de « *favoriser l'accès à un logement ou à un hébergement adapté* » et propose différentes mesures, notamment le développement des « *appartements associatifs à visée thérapeutique* » mais aussi l'augmentation du nombre de places dans les foyers d'hébergement²¹ du secteur médico-social (Henckes et al., 2018). Les coopérations avec les bailleurs et l'accès aux maisons relais et foyers logements sont également encouragés (Henckes et al., 2018). Bien que l'accès aux structures classiques du secteur médico-social soit recherché pour les personnes avec un handicap psychique, il semble que les DHVI représentent également une solution adaptée à leurs besoins.

Néanmoins, les dispositifs d'habitat à visée inclusive sont particulièrement difficiles à caractériser parce qu'ils présentent une diversité de statuts, de formes, de montages financiers, de montages organisationnels, etc (Argoud, 2011 ; Charlot, 2018 ; Rapegno et Rosenfelder, 2019 ; Rosenfelder et Villez, 2018). Dans les DHVI.H.Psy, la prise en charge partagée entre la psychiatrie d'une part et les secteurs sociaux et médico-sociaux d'autre part, ainsi que la nécessaire prise en compte des politiques de santé mentale, du handicap et du logement, complexifie la caractérisation de ces dispositifs (Henckes et al., 2018). De surcroît, ils se construisent dans des maillages partenariaux complexes, à l'échelle locale (Henckes, 2020). De ce fait, les DHVI.H.Psy sont particulièrement diversifiés. Dans les années 70, certains dispositifs ont été créés par le secteur psychiatrique, en réponse à la désinstitutionnalisation, mais aujourd'hui leurs porteurs peuvent être issus des secteurs psychiatriques, sociaux et médico-sociaux, agissant seuls ou en partenariat. En termes de statut, ils peuvent dépendre du droit commun tout en

²¹ Notamment dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM).
Maïna LE HELLEY - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - a2019-2020

étant portés par des associations du secteur social²² ou du secteur médico-social²³. Ces deux secteurs porteurs, identifiés par Henckes et al. (2018), entretiennent généralement en parallèle des liens étroits avec les services psychiatriques. Ils peuvent aussi relever d'un statut juridique d'établissement médico-social (EMS), dans un but de pérennisation des financements par exemple, tout en revendiquant un statut d'habitat inclusif²⁴.

En termes de formes, même constat, certains dispositifs proposent des appartements en colocation (habitats partagés) et d'autres des logements individuels (habitats groupés ou regroupés). Certains logements sont à proximité immédiate les uns des autres et proposent des espaces communs à tous les locataires, d'autres sont disséminés dans le tissu urbain (logements diffus) (Henckes et al., 2018). Certains modèles salarient des équipes dédiées pour assurer l'accompagnement quotidien des locataires, d'autres font intervenir des prestataires extérieurs, et d'autres encore s'organisent autour d'interventions bénévoles (Henckes et al., 2018), ces modalités pouvant intervenir simultanément. Certains logements proposent un accueil pérenne, d'autres un accueil temporaire. Selon les auteurs, « *ces différentes options correspondent parfois à des choix revendiqués par les services quand d'autres fois elles découlent des contraintes qui pèsent localement sur eux* » (Henckes et al., 2018).

Parmi ces dispositifs, certains ont été reconnus légalement et ce sont disséminés sur le territoire français. C'est le cas des appartements de coordination thérapeutiques (ACT), dont les missions et les modalités de fonctionnement sont consignées dans la circulaire du 30 octobre 2002. Ils reposent sur un principe de double coordination médicale et psycho-sociale, et nécessitent la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire représentative des deux champs. Si sur le papier ces dispositifs proposent un partenariat solide entre les deux secteurs, il existe en réalité des difficultés dans la définition du périmètre de compétence de chacun (Velpry, 2009). Pour Henckes et al. (2018) « *la frontière entre travail de soin relevant de la psychiatrie et travail d'accompagnement du ressort des appartements accompagnés apparaît [...] à la fois mouvante et floue* ». Le dispositif *Un chez soi d'abord*²⁵ (Housing First) s'est construit sur le modèle du

22 Associations pour l'intégration des personnes démunies, défavorisées, sans logement ou encore associations gestionnaires de services d'aides à domicile, etc.

23 Associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap.

24 L'« *habitat inclusif* » fait aujourd'hui référence à un statut juridique bien particulier consigné dans la loi ELAN. L'expression est utilisée ici de façon générique, pour parler des dispositifs qui portent des valeurs d'inclusion fortes, et utilisent généralement cette expression pour se définir, sans pour autant disposer de ce statut juridique.

25 Le dispositif un chez soi d'abord est une expérimentation portée à l'échelle nationale de 2011 à 2016, pérennisée par la suite, basée sur le modèle canadien du *Housing first*. Il permet à des personnes ayant un handicap psychique dit « *sévère* » d'accéder à un logement de droit commun sans obligation de suivre une démarche de traitements des troubles ou des addictions. Les personnes sont accompagnées par une équipe médico-sociale. (Laval, 2018 ; Laval et Estecahandy, 2019).

Rétablissement²⁶ (Recovery) et en opposition aux modèles d'habitat qui considèrent le traitement comme un préalable à l'autonomie dans le logement (treatment first) (Laval, 2018 ; Laval et Estecahandy, 2019 ; Moreau et Laval, 2015). Si l'accompagnement aux soins n'a pas la priorité de ce dispositif, il y est néanmoins travaillé. Les personnes sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire comprenant des soignants (Moreau et Laval, 2015). Leur simple présence montre la nécessité de recourir au soin dans les DHVI.H.Psy, même lorsque les valeurs du dispositif y sont a priori opposées. Quel que soit le statut ou la forme des DHVI.H.Psy ils s'ancrent dans les secteurs sanitaires et psychiatriques d'une part, et sociaux et médico-sociaux d'autre part.

Chapitre 2 – Les DHVI.H.Psy : des dispositifs qui autonomisent, socialisent et soignent les locataires

Nous commencerons par présenter les quatre dispositifs étudiés dans le cadre de cette enquête. Dans un second temps nous montrerons qu'au delà de présenter une forte hétérogénéité de statut, de formes, de fonctionnement, etc, ils présentent des points communs, notamment à travers les objectifs d'accompagnement que les professionnels poursuivent.

I – Présentation des dispositifs étudiés

L'habitat regroupé^①

L'habitat regroupé^① dépend d'une association loi 1901 créée dans les années 1990 par des familles de personnes présentant un handicap psychique. Elle gère aujourd'hui différents établissements et services médico-sociaux à destination de ce public²⁷. Elle met l'accent sur l'accompagnement vers le soin et vers l'autonomie. Elle propose également de favoriser une meilleure intégration dans la vie sociale. L'habitat regroupé^① a ouvert en 2017 en réponse à un appel à projets du département. Le dispositif est financé par le conseil départemental au titre de l'habitat inclusif²⁸. L'habitat regroupé^① est un dispositif de droit commun basé sur une offre de logement pérenne. L'association gestionnaire loue les appartements à un bailleur social et les propose aux locataires à travers un bail de sous-location. Ce fonctionnement permet à l'association de faire le lien entre les locataires et le bailleur et de proposer ainsi un logement de droit commun dans un contexte sécurisé.

26 Méthode d'accompagnement issue de la mobilisation d'usagers nord-américains de la psychiatrie qui met en avant le point de vue des personnes concernées et l'entraide entre pairs (Le Cardinal et al., 2013 dans Moreau et Laval, 2015).

27 SAVS, SAMSAH, foyer de vie, résidences-accueil, habitats regroupés.

28 L'appellation statutaire privilégiée par le département est : « habitat regroupé ».

L'habitat regroupé^① dispose de six studios individuels au premier étage d'un immeuble, lui-même situé dans un quartier résidentiel en cours de construction. Les studios font 20m² et disposent d'une pièce de vie équipée d'une kitchenette et d'une salle de bain. Ils sont loués vides aux locataires qui peuvent aménager les lieux comme ils le souhaitent. L'étage dispose également de divers espaces communs : une salle à manger ouverte sur une cuisine aménagée, un bureau pour les professionnels, un salon TV et une buanderie collective. Les studios sont occupés par les six mêmes locataires depuis l'ouverture du dispositif, trois femmes et trois hommes, âgés de 29 à 63 ans. Ils bénéficient de l'AAH et sont suivis par le SAVS ou le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) de l'association gestionnaire. Cinq d'entre eux sont également accompagnés dans le cadre d'une mesure de protection. Avant leur arrivée à l'habitat regroupé^①, deux bénéficiaires disposaient d'un logement autonome et quatre d'entre-eux vivaient en famille.

L'association salarie une AMP à mi-temps dédiée à l'habitat regroupé^①. Elle est présente quatre heures par jour du lundi au vendredi, soit le matin, soit l'après-midi. Le soir et le week-end jusqu'à minuit, les bénéficiaires peuvent contacter par téléphone un service de veille de nuit extérieur à l'association²⁹, qui assure également un passage au sein du dispositif en soirée. Au-delà de minuit, une astreinte téléphonique est assurée par l'une des cadres de l'association gestionnaire. Un cabinet infirmier³⁰ intervient une à deux fois par jour pour la distribution des traitements. Les locataires sont également suivis par un centre médico-psychologique (CMP). En général, les bénéficiaires y ont rendez-vous tous les trois ou quatre mois dans le cadre du renouvellement ou de l'ajustement de leurs traitements. Des auxiliaires de vie sociale³¹ (AVS) interviennent une à deux heures par semaine et par locataire et proposent des accompagnements à l'entretien du logement et/ou aux courses alimentaires.

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques de l'habitat regroupé^①

L'habitat regroupé^①	
Statut	Droit Commun
Financement	Département « habitat regroupé »
Type d'accueil	Pérenne
Format	6 studios individuels
Nombre de locataires	6
Équipe interne acc. social	AMP et cheffe de service
Équipe inter acc. aux soins	Médecin-psychiatre
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, SAAD (+ curateurs)
Partenariats acc. aux soins	CMP et cabinet infirmier

29 Ce service serait très peu utilisé par les locataires.

30 Qui ne dépend pas de l'association gestionnaire mais qui intervient auprès de tous les locataires de dispositif.

31 Travaillant dans un SAAD extérieur à l'association.

Les habitats partagés^②

Le deuxième dispositif est géré par une association Loi 1901 créée à la fin des années 1990. La majeure partie de l'activité associative réside dans la gestion d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui intervient auprès de tous types de handicap, mais l'association s'est spécialisée dans l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique en créant des services dédiés³². Elle porte des valeurs de pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap et a pour principal objectif le maintien à domicile.

Les habitats partagés^② ont été créés en 2015. Le projet a été porté par l'association gestionnaire face au constat d'un manque de solutions de logement adapté aux personnes présentant un handicap psychique. Les prestations du SAAD étaient insuffisantes pour certaines personnes vivant en logement autonome sans pour autant qu'un accueil en structure médico-sociale ne représente une solution plus adaptée. Après avoir connu différentes modalités de financement, la coordination sociale du dispositif est aujourd'hui prise en charge par l'ARS *via* le forfait pour l'habitat inclusif. Les habitats partagés^② relèvent du droit commun et proposent une solution de logement pérenne, *via* des baux de sous-location³³. Le dispositif met l'accent sur la socialisation des locataires par le biais de l'utilisation des services de droit commun, dans un objectif d'« *ouverture sur la cité* ». Le dispositif propose six maisons en colocation de cinq à huit personnes. Chaque habitant dispose de sa chambre et de sa salle de bain privative, les autres pièces de la maison sont partagées. Le format colocation est un choix associatif dans le but de rompre l'isolement et de travailler sur la socialisation des habitants. L'implantation des maisons au sein de la métropole est pensée en proximité avec les transports, les commerces et les services.

A ce jour le dispositif accueille 43 personnes présentant un handicap psychique. Tous les locataires sont sous mesure de protection³⁴. La majorité des habitants bénéficient de l'AAH, les autres d'une pension d'invalidité. Seulement trois personnes sont suivies par un SAVS³⁵. Une personne est suivie par un SAMSAH³⁶ parce que son accompagnement nécessite un suivi médical important. Selon la coordinatrice sociale, le faible recours aux SAVS et SAMSAH s'explique par le fait que le dispositif propose déjà ce type d'accompagnement à la vie sociale. Avant les habitats partagés^②, certains

32 SAVS, différentes prestations de maintien dans le logement.

33 À travers les mêmes modalités que l'habitat regroupé^①.

34 La mise en place d'une mesure de protection est un critère d'accès aux habitats partagés^②.

35 Celui de l'association gestionnaire des habitats partagés^②.

36 Extérieur à l'association gestionnaire des habitats partagés^②.

habitants vivaient en logement autonome, d'autres étaient en sortie d'hospitalisation longue et vivaient dans leur famille ou dans une famille d'accueil.

Deux coordinatrices sociales assurent la gestion administrative et l'accompagnement social des habitants tandis qu'une travailleuse sociale s'occupe spécifiquement du versant animation du dispositif. L'accompagnement quotidien des personnes au sein des maisons est assuré par les intervenants du SAAD de l'association, dans le cadre d'une mise en commun des heures de prestation de compensation du handicap (PCH) des locataires. Les intervenants³⁷ sont présents du lundi au dimanche de sept à huit heures par jour. Les professionnelles interviennent sur les « *temps forts* », à savoir le matin, le midi et le soir. Hors des temps de présence des intervenants, les habitants sont invités à utiliser les services et numéros de droit commun en cas de problème³⁸. Un service d'astreinte interne à l'association existe mais il est très peu utilisé. Une habitante qui se déplace en fauteuil roulant dispose d'un système de téléalarme qui contacte directement le SAMU en cas de chute. Les coordinatrices sociales travaillent en collaboration avec différents partenaires du soin mais se réfèrent principalement aux CMP, interlocuteurs privilégiés dans la gestion des situations complexes liées à la maladie psychique. Un cabinet infirmier extérieur à l'association intervient également matin, midi et soir dans les habitats pour la distribution des traitements. Les professionnelles travaillent également en lien avec les services de curatelle.

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des habitats accompagnés^②

Les habitats partagés^②	
Statut	Droit Commun
Financement	ARS <i>via</i> forfait habitat inclusif mise en commun de la PCH
Type d'accueil	Pérenne
Format	6 maisons en colocation de 5 à 8 personnes
Nombre de locataires	43
Équipe interne acc. social	2 coordinatrices sociales, travailleuse sociale dédiée à l'animation, directrice opérationnelle
Équipe inter acc. aux soins	Ø
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, SAAD, curateurs, divers services de droit commun (MJC, centres sociaux)
Partenariats acc. aux soins	CMP , cabinet infirmier

37 Composée d'AMP et d'AVS.

38 Les numéros d'urgence (112, 15, 17, 18) sont affichés dans les maisons et les habitants sont accompagnés à leur arrivée afin d'apprendre à utiliser ces numéros.

Les Appartements de coordination thérapeutique^③ (ACT^③)

Le troisième dispositif est porté par une association Loi 1901, gestionnaire d'établissements médico-sociaux³⁹. Créée dans les années 1970 par des familles de personne avec un handicap psychique, elle œuvre pour la réhabilitation psycho-sociale et l'inclusion de ces personnes. L'association accueille et soutient des personnes en sortie d'hospitalisation. L'objectif est de permettre aux personnes de gagner en autonomie dans un cadre sécurisé à travers un accompagnement social adapté aux besoins de chacun. L'association souhaite également donner la possibilité aux personnes de réaliser leur projet personnel en offrant protection et soutien.

Les ACT sont, au titre de la circulaire du 30 octobre 2002, des établissements médico-sociaux financés dans le cadre de la dotation annuelle de l'ARS. A noter néanmoins que les admissions se font par le biais d'une commission interne au dispositif et non par le biais d'une orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les ACT proposent un accueil temporaire. Le parcours est de maximum deux ans et l'objectif est de permettre aux personnes d'intégrer un logement autonome. En fonction des personnes, des étayages médicaux ou sociaux peuvent être mis en place pour accompagner la sortie. Les ACT donnent une place importante aux soins psychiques, notamment la bonne observance des traitements. Le versant social de l'accompagnement vise le soutien, l'écoute des besoins, l'accompagnement dans les démarches administratives et l'accès au droit des locataires. Les ACT^③ étudiés dans le cadre de cette enquête existent depuis une trentaine d'années. Avant d'être requalifiée en appartements de coordination thérapeutique, la structure s'apparentait à un foyer d'hébergement. Les ACT^③ disposent de quatre appartements de trois à quatre places en colocation. Un appartement « *central* » est utilisé comme espace commun. Il comprend les bureaux des professionnels, une cuisine pédagogique, une salle commune et une infirmerie. Les appartements des locataires sont meublés et équipés afin que les personnes n'aient rien à acheter lorsqu'elles intègrent la structure.

Les ACT^③ disposent de 14 places d'hébergement. La grande majorité des résidents bénéficient de l'AAH et environ la moitié dispose d'une mesure de protection. Les personnes ne peuvent pas être accompagnées par un SAVS ou un SAMSAH puisqu'elles sont déjà suivies par les ACT^③, l'ARS ne finançant pas de double orientation. Les personnes accompagnées aux ACT^③ ont des parcours diversifiés. Certaines ont connu un parcours institutionnel⁴⁰, d'autres n'ont jamais eu affaire à une structure médico-

39 Un SAVS, un accueil de jour, une résidence-accueil et des services d'accompagnement social à domicile.

40 Elles ont été accueillies en Institut médico-éducatif (IME) ou en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) pendant l'enfance et/ou l'adolescence par exemple.

Maina LE HELLEY - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

sociale. Certaines ont connu un parcours de rue ou été incarcérés. D'autres encore vivaient en famille ou sortent d'une hospitalisation longue.

Les ACT^③ fonctionnent avec une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin-psychiatre coordinateur, d'une cheffe de service, d'un éducateur spécialisé, d'un moniteur-éducateur, d'une AMP, d'une infirmière et d'un veilleur de nuit. Même s'ils ont des fonctions et diplômes prédéfinis, les professionnels effectuent des tâches similaires dans l'accompagnement quotidien des locataires, selon l'éducateur spécialisé. Pour sécuriser les personnes l'équipe pluridisciplinaire est présente de jour comme de nuit. Un service d'astreinte est également assuré par les cadres associatifs et disponible 24 heures sur 24. L'équipe éducative des ACT^③ travaille « *main dans la main avec la santé* » (éducateur spécialisé des ACT^③). Le partenariat avec tous les services psychiatriques du territoire est recherché⁴¹. L'infirmière est garante des traitements des personnes accueillies et du suivi des ordonnances. Un cabinet infirmier⁴² peut parfois intervenir dans le cadre d'injections, de prises de sang ou de soins annexes. Les équipes mobiles de psychiatrie peuvent aussi intervenir au sein des ACT^③. Les professionnels travaillent également en partenariat avec les curateurs ainsi que les SAVS et les SAMSAH pour prévoir la sortie des locataires. Ils travaillent aussi avec les bailleurs sociaux et les agences immobilières.

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des ACT^③

Les Appartements de coordination thérapeutique^③	
Statut	Établissement médico-social
Financement	ARS <i>via</i> dotation annuelle
Type d'accueil	Temporaire
Format	4 appartements de 3 à 4 places en colocation
Nombre de locataires	14
Équipe interne acc. social	Éducateur spécialisé, moniteur éducateur, AMP, veilleur de nuit, cheffe de service
Équipe inter acc. aux soins	Infirmière, médecin-psychiatre coordinateur
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, curateurs, bailleurs sociaux et agences immobilières
Partenariats acc. aux soins	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux de jour et psychiatriques, cliniques psychiatriques, équipes mobiles de psychiatrie

Les habitats accompagnés^④

Le quatrième dispositif est porté par une association loi 1901 à visée sociale créée en 1970, qui œuvre pour l'inclusion des plus démunis. Son objectif est de favoriser

41 CMP, hôpitaux de jour et psychiatriques, cliniques psychiatriques, équipes mobiles de psychiatrie, etc.

42 Extérieur à l'association gestionnaire.

l'inclusion des personnes présentant un handicap psychique, et des personnes réfugiées ou demandeurs d'asile, par le biais de l'accès au logement. Pour permettre l'inclusion sociale des personnes, l'association propose des services d'accueil, d'hébergement et d'insertion qui prennent en compte les besoins des personnes et leur évolution⁴³. L'association met l'accent sur la participation des usagers dans la construction des projets.

Les habitats accompagnés^④ ont vu le jour en 2007. Après avoir connu plusieurs modalités de financement, le dispositif est aujourd'hui financé par le département sur le volet handicap et relève d'un statut de structure médico-sociale. Ce statut est un choix par défaut de l'association gestionnaire, qui souhaite assurer aux deux structures un financement pérenne, même si ce statut oblige une reconnaissance du handicap par la MDPH. Les habitats accompagnés^④ étudiés dans cette enquête ont vu le jour suite à une demande de la mairie d'implantation du dispositif. Elle constatait un manque de logements adaptés aux personnes présentant un handicap psychique sur le territoire. C'est de part son expertise, suite à la création d'un premier modèle similaire dans les années 80, que l'association a été sollicitée⁴⁴. L'accompagnement proposé est temporaire et dure plus ou moins deux ans. Il s'agit d'un choix associatif car, d'un point de vue légal, l'hébergement des locataires pourrait être pérenne. L'objectif du dispositif est d'accompagner la construction du « *parcours de la personne* » pour lui permettre d'accéder à un logement de droit commun. Les habitats accompagnés^④ disposent de huit places d'hébergement, une maison en colocation pour quatre personnes, un appartement pour deux personnes et deux logements individuels. Le parcours des personnes se veut évolutif, de la colocation vers le logement individuel, même si dans la réalité les parcours sont variés et peuvent ne pas suivre ce schéma. Tous les logements se trouvent au cœur de la métropole, à proximité des services et des commerces.

Le dispositif accueille sept locataires, six hommes et une femme, âgés de 20 à 55 ans. Tous les résidents ont des troubles psychiques, et plusieurs d'entre-eux présentent également une addiction à l'alcool. Quatre personnes sont accompagnées dans le cadre d'une mesure de protection. Ils bénéficient de l'AAH ou d'une pension d'invalidité. Les personnes ne sont pas suivies par un SAVS ou un SAMSAH, pour les mêmes raisons qu'aux ACT^③. Avant d'intégrer les habitats accompagnés^④, les personnes ont connu des parcours diversifiés. Certaines étaient hospitalisées, d'autres vivaient en logement

43 Groupe d'entraide mutuelle (GEM), résidences-accueil et habitats accompagnés, qui existent sous la même forme dans deux communes différentes sur le versant handicap psychique de l'association.

44 Initialement elle devait être uniquement garante de la phase d'élaboration du projet mais aucune autre association du territoire ne s'étant manifestée, l'association en a finalement pris la gestion.

autonome ou fréquentaient d'autres dispositifs. Certains locataires ont connu un parcours « classique »⁴⁵ (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④).

Une équipe de deux professionnelles accompagne les résidents sur les plans individuels et collectifs, du lundi au vendredi sur des horaires de bureau. Une technicienne en économie sociale et familiale (TISF) est garante du versant individuel de l'accompagnement⁴⁶. Une monitrice éducatrice travaille sur le versant collectif⁴⁷. Selon la monitrice éducatrice, elles travailleraient en réalité indifféremment sur ces deux missions. Une cheffe de service assure le suivi du dispositif. Elles disposent d'un bureau dans des locaux prêtés par la mairie pour accueillir les locataires en rendez-vous individuel. Le mardi, elles passent sur les différents logements pour des accompagnements qui peuvent être liés aux différents actes de la vie quotidienne. Le jeudi, une activité collective est organisée. Elles passent également sur les logements tout au long de la semaine sur demande des habitants. Le soir, la nuit et le week-end le dispositif privilégie l'utilisation des services de droits communs, néanmoins une astreinte est assurée par les cadres de l'association. Des partenariats sont mis en place avec différents acteurs du soin psychiatrique⁴⁸. Un cabinet infirmier intervient pour la distribution des traitements. Les professionnelles travaillent également sur le suivi des démarches administratives des personnes, en partenariat avec la MDPH, les SAVS et SAMSAH pour prévoir la sortie du dispositif des locataires, ainsi que les associations tutélaires et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des habitats accompagnés^④

Les habitats accompagnés^④	
Statut	Établissement médico-social
Financement	Département volet Handicap
Type d'accueil	Temporaire
Format	Une maison de quatre place en colocation Un appartement pour deux personnes en colocation Deux logements individuels
Nombre de locataires	7
Équipe interne acc. social	TISF, monitrice éducatrice, cheffe de service
Équipe inter acc. aux soins	Ø
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, curateurs, MDPH, ESAT
Partenariats acc. aux soins	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux psychiatriques, CSAPA, centres de soins

45 Ils travaillaient et/ou vivaient en couple, certains avec leurs enfants.

46 Projets individualisés des personnes et suivi administratif.

47 Mise en place d'activités et d'ateliers éducatifs, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne au sein des logements.

48 CMP, hôpitaux psychiatriques, Centres de soins (cure, post-cure), d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des dispositifs étudiés

	L'habitat regroupé^①	Les habitats partagés^②	Les ACT^③	Les habitats accompagnés^④
Statut	Droit Commun	Droit Commun	Établissement médico-social	Établissement médico-social
Financement	Département « habitat regroupé »	ARS <i>via</i> forfait habitat inclusif mise en commun de la PCH	ARS <i>via</i> dotation annuelle	Département volet Handicap
Type d'accueil	Pérenne	Pérenne	Temporaire	Temporaire
Format	6 studios individuels	6 maisons en colocation de 5 à 8 personnes	4 appartements de 3 à 4 places en colocation	Une maison de quatre place en colocation Un appartement pour deux personnes en colocation Deux logements individuels
Nombre de locataires	6	43	14	7
Équipe interne acc. social	AMP, cheffe de service	2 coordinatrice sociales, travailleuse sociale dédiée à l'animation, directrice opérationnelle (+ intervenants du SAAD)	Éducateur spécialisé, moniteur éducateur, AMP, veilleur de nuit, cheffe de service	TISF, monitrice éducatrice, cheffe de service
Équipe inter acc. aux soins	Médecin-psychiatre	Ø	Infirmière, médecin-psychiatrique coordinateur	Ø
Partenariats acc. social	SAVS, SAMSAH, SAAD (+ curateurs)	SAVS, SAMSAH, SAAD, curateurs, divers services de droit commun (MJC, centres sociaux)	SAVS, SAMSAH, curateurs, bailleurs sociaux et agences immobilières	SAVS, SAMSAH, curateurs, MDPH, ESAT
Partenariats acc. aux soins	CMP, cabinet infirmier	CMP , cabinet infirmier	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux de jour et psychiatriques, cliniques psychiatriques, équipes mobiles de psychiatrie	CMP, cabinet infirmier, hôpitaux psychiatriques, CSAPA, centres de soins

II – Des dispositifs fortement hétérogènes qui présentent néanmoins des caractéristiques communes

Comme les habitats accompagnés analysés par Henckes et al. (2018), les dispositifs étudiés sont fortement hétérogènes du point de vue de leur statut, de leur financement, de leur forme, de l'organisation des équipes professionnelles, de l'intensité de l'aide et de la durée d'accueil. Du point de vue du type d'accueil, les logements sont loués de manière pérenne aux habitants, dans les dispositifs de droit commun (① et ②), tandis que les dispositifs qui dépendent d'un statut d'établissement médico-social (EMS) (③ et ④) proposent un accueil temporaire. Les quatre dispositifs sont financés par le département ou l'ARS mais les modalités de financement sont différentes dans chaque dispositif quel que soit leur statut et l'organisme financeur. Du point de vue du format, trois des quatre dispositifs (②, ③ et ④) privilégient un format colocation. Seul l'habitat regroupé① propose des logements individuels. Les habitats accompagnés④ proposent un format particulier à travers l'utilisation des deux modalités.

Le temps de présence des professionnels varie considérablement d'un dispositif à l'autre. Les dispositifs qui dépendent d'un statut d'EMS (③ et ④) ont une présence de professionnels un peu plus forte que dans les dispositifs de droit commun⁴⁹. L'habitat regroupé① affiche le taux de présence de professionnels le plus faible⁵⁰. Cette situation est principalement due au financement du dispositif, trop faible pour augmenter le temps de présence de l'AMP, alors qu'il est jugé nécessaire par les locataires et les professionnelles. Aux habitats partagés②, également de droit commun, la présence des professionnels est plus importante. Cela est possible grâce à la mutualisation des PCH des habitants qui financent les passages des intervenants. Le montage financier semble donc avoir un impact sur le taux de présence des professionnels, au moins dans les dispositifs de droit commun.

Malgré une forte hétérogénéité, les dispositifs présentent des caractéristiques communes. Premièrement, tous les dispositifs sont imprégnés par les secteurs du social, du médico-social et du sanitaire avec lesquels ils entretiennent des liens étroits, comme Henckes et al. (2018) l'ont soulevé dans leur étude. Dans tous les cas, les habitants sont suivis par des professionnels issus de ces trois secteurs et les réseaux partenariaux sont très similaires d'un dispositif à l'autre. Les outils propres au secteur médico-social (projet d'accompagnement individualisé, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, réunion

49 Même si les intervenants des habitats partagés② semblent très présents sur le dispositif, ils le sont finalement un peu moins que les professionnels des habitats accompagnés④ (en rapportant le taux de présence horaire au nombre d'habitants).

50 Un mi-temps pour six locataires et une à deux heures de passage AVS par semaine.

de synthèse, etc.) sont utilisés dans tous les dispositifs, même lorsqu'ils sont de droit commun. A l'habitat regroupé^① les habitants sont parfois appelés des « *résidents* », comme c'est le cas en établissement. Ensuite, les dispositifs s'inscrivent tous dans une logique d'« *inclusion par le logement* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④), exprimée néanmoins de manière plus ou moins explicite selon les habitats. Il s'agit de « *se rapprocher de l'inclusion tout en sécurisant* » (directeur de l'association gestionnaire, habitat regroupé^①). Par ailleurs, les dispositifs étudiés constituent des formules d'« *entre-deux* » (cheffe de service des habitats accompagnés^④), comme l'ont montré Henckes et al. (2018). Ils sont envisagés comme des « *lieux de transition* », comme dans les ACT étudiés par Velpry (2009) après une hospitalisation, ou comme un « *tremplin* » (Coordinatrice sociale des habitats partagés^②) avant une installation dans un logement individuel. C'est également le cas lorsqu'ils proposent un accueil pérenne, notamment aux habitats partagés^② et dans de moindres proportions à l'habitat regroupé^①. « *Il y en a beaucoup [...] qui utilisent l'habitat comme un tremplin, pour ne pas tout de suite sauter dans le grand bain.* » (Coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

III – Trois objectifs d'accompagnement communs : rendre autonome, promouvoir le lien social et stabiliser le parcours de soin

Les caractéristiques communes des dispositifs sont particulièrement visibles à travers les objectifs d'accompagnement que les professionnels poursuivent. Si les objectifs de premier plan varient d'un dispositif à l'autre, les professionnels poursuivent néanmoins trois objectifs similaires : rendre les personnes autonomes, favoriser le lien social et pérenniser le parcours de soin psychiatrique des locataires.

Le premier objectif commun à tous les dispositifs, et qui semble prioritaire⁵¹, est de travailler l'autonomisation des habitants dans la gestion du logement, comme le soulève Velpry (2009) dans le cadre des ACT, et Henckes et al. (2018) dans le cadre des habitats accompagnés. Suivant les dispositifs et les capacités estimées des personnes, comme le montre Velpry (2009) à travers la « *position négociée* »⁵² par les locataires des ACT, les professionnels apportent un soutien à l'entretien du logement, à la gestion de l'alimentation (composition des repas, courses), à la gestion d'un budget, à l'achat de meubles ou à l'utilisation des services de droit commun, etc. Ces différents points ont également été identifiés dans les dispositifs étudiés par Henckes et al. (2018). Aux ACT^③ et aux habitats accompagnés^④ par exemple, les professionnels interviennent aussi pour

51 Sauf peut être aux ACT^③ qui, à travers son principe de double coordination, pourrait mettre l'accompagnement au soin au même niveau d'importance.

52 Les contraintes imposées aux locataires des ACT se manifestent différemment en fonction de leur rapport à l'autonomie dans le logement, et notamment si elle est jugée conforme ou non par les professionnels (Velpry, 2009).

l'aide aux démarches administratives, pour la recherche d'un logement autonome, et s'assurent que les locataires trouvent une solution de logement durable lors de leur sortie.

Certains accompagnements cités ne se réfèrent pas tous à l'autonomie dans le logement. L'autonomie est aussi recherchée « *dans la cité* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②, monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④) et dans « *les gestes de la vie quotidienne* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Les orientations et les objectifs d'accompagnement visant à « *stimuler* » les personnes dans les actes de la vie quotidienne, à « *faire avec plutôt que de faire à la place de* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②) évoqués par les professionnels s'inscrivent dans une « *logique d'activation* » (Rouzeau et Martin 2016), propre à la « *politique de l'autonomie* » et de la responsabilisation (Ehrenberg 2014). L'accompagnement à l'autonomie s'appuie également sur un « *comme si* » (Velpry 2009), où les « *situation[s] d'imitation de la vie sociale normale* » permettent d'inscrire les locataires dans des situations d'apprentissage qui les préparent à un retour potentiel à la vie autonome. Dans ces situations d'imitation, Velpry (2009) évoque la position « *fictive* » de bailleur prise par les professionnels des ACT, position que l'on retrouve chez les professionnels de l'habitat regroupé^① et des habitats partagés^② qui font le lien entre les locataires et le bailleur social. « *Nous ça nous oblige à être un petit peu bailleur social* » (Directeur général, habitat regroupé^①). De manière globale, l'objectif d'autonomisation présente des contours flous. L'autonomie peut aussi s'instituer en objectif général sans être corrélée à un domaine précis de la vie sociale. Il s'agit « *de reprendre contact avec la vie autonome* » (éducateur spécialisé, ACT^③) ; « *on est sur un travail sur l'autonomie* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Cela peut engendrer des difficultés pour définir le périmètre d'intervention des professionnels (Imbert, 2010).

Pour tous les dispositifs, mais de manière plus forte aux habitats partagés^②, l'intégration des personnes dans la cité prend un place importante. Cet objectif vise l'autonomisation des locataires mais montre également une volonté de (re)socialisation des personnes, qui représente le deuxième objectif commun évoqué par les professionnels des dispositifs. L'objectif de (re)socialisation vient répondre à un constat d'isolement social des personnes présentant un handicap psychique auquel il faudrait remédier. Il est brièvement évoqué par Henckes et al. (2018) et par Vidal-Naquet (2019)⁵³ qui considère que le « *milieu social [...] devient, avec la logique de la désinstitutionnalisation, l'une des conditions du soin en santé mentale* » (Vidal-Naquet, 2019), mais de manière générale il semble peu étudié par les auteurs mobilisés.

53 Dans un article sur l'usage de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables, dont des personnes présentant un handicap psychique.

L'objectif de (re)socialisation se traduit d'abord par la localisation des dispositifs. Généralement, la proximité des services, des commerces, des transports en commun et du centre-ville est recherchée, même si elle n'est pas toujours assurée, notamment à l'habitat regroupé^①. Si la localisation des dispositifs permet de travailler la (re)socialisation des personnes, la proximité des services permet également de faciliter le travail d'autonomisation des locataires. Des activités collectives et des sorties à l'extérieur (randonnées, goûters, bowling, etc.) sont également proposées dans tous les dispositifs, parfois entre structures et maisons appartenant à la même association. La socialisation peut se faire également de l'intérieur, dans le microcosme du dispositif, *via* le contact avec les professionnels et les autres habitants, au cours d'ateliers et d'activités plus ou moins formalisés (atelier cuisine, débat, discussion). La socialisation est aussi travaillée individuellement. Les locataires sont encouragés à s'inscrire à des activités au sein des SAVS et des SAMSAH auxquels ils ont recours, mais aussi dans des structures de droit commun (maisons des jeunes et de la culture (MJC), centres sociaux). Les locataires ont généralement le choix de participer ou non aux activités, sauf dans les ACT^③, où elles sont parfois imposées comme le montre Velpry (2009) dans son étude. Ils ont aussi la possibilité de faire des propositions de sorties et d'activités. À noter que pour certains professionnels, les activités et les sorties ne sont pas seulement l'occasion de créer du lien, mais constituent également une opportunité pour évaluer les capacités d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (logement, transports en commun, courses, etc.) en situation réelle. « *Les moments de loisirs aussi, on s'en sert, ça nous permet de repérer des choses qu'on repère pas dans le logement.* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

La pérennisation du parcours de soin psychique des locataires représente le troisième objectif des dispositifs étudiés, également mis en avant par Velpry (2009) dans les ACT et par Henckes et al. (2018) dans les habitats accompagnés. Les objectifs d'accompagnement liés au soin sont généralement travaillés en lien avec des partenaires extérieurs (cabinets infirmiers, CMP, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), hôpitaux de jour et psychiatriques, etc.), notamment issus du secteur de la psychiatrie qui est sollicité par tous les dispositifs étudiés. Les professionnels des dispositifs s'y réfèrent lors d'une demande d'hospitalisation émanant d'un locataire, lors d'une hospitalisation sous contrainte, pour « *interpeller* » un médecin psychiatre lorsqu'un habitant est en train de « *sombrer* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④). Les partenaires du soin et les liens avec ceux-ci varient en fonction des dispositifs, s'ils sont nombreux dans les dispositifs ayant un statut d'EMS, ils le sont moins dans les dispositifs de droit commun qui collaborent principalement avec les CMP. Les ACT^③, de part la présence de professionnels du soin au sein même de

l'équipe d'accompagnement et à travers un réseau partenarial conséquent, représentent le dispositif qui donne la plus forte place à l'accompagnement au soin. Aux habitats partagés^②, bien qu'ils s'opposent de manière affichée à la médicalisation du dispositif, les professionnels travaillent néanmoins avec des partenaires de la psychiatrie.

La stabilité psychique est généralement posée comme une condition préalable à l'entrée dans les dispositifs, comme l'a montré Velpry (2009) dans son étude sur les ACT. Elle est également recherchée tout au long du parcours des personnes au sein des dispositifs *via* les passages infirmiers réguliers ou *via* les suivis psychiatriques qui sont obligatoires dans tous les dispositifs étudiés. Dans cet objectif, des professionnels spécialisés salariés des associations, dédiés au dispositif ou travaillant sur plusieurs sites (infirmière et médecin-psychiatre coordinateur aux ACT^③, médecin-psychiatre pour l'habitat regroupé^①), sont également chargés du suivi psychiatrique des locataires. Les professionnels de terrain contribuent eux aussi à assurer cette stabilité psychique. Ils apportent un soutien moral aux locataires, sont amenés à les rassurer et à gérer leurs angoisses. Les situations de « *rupture de soin* » peuvent par ailleurs inquiéter les professionnels des dispositifs, qui considèrent que « *la personne échappe au service* » et qu'« *on les perd* ».

« [L'intérêt] c'est de leur apporter notre soutien à travers tous les échanges qu'on peut avoir avec eux. C'est aussi les apaiser, les rassurer par rapport aux angoisses qui peuvent exister. » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①)

« [La présence des professionnels permet] la gestion des angoisses. Des fois, rien que quelqu'un qui monte un petit peu en angoisse. Rien que le fait qu'on passe trois minutes dire : "Bonjour, comment allez-vous ?", pouf ça fait redescendre quoi. » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④)

Les professionnels prennent aussi en compte les soins somatiques (kinésithérapie, dentaire, etc.) et le traitement des addictions, en mettant les locataires en lien avec les professionnels de la santé ou en les accompagnant dans la prise des rendez-vous et parfois sur place. Ils s'assurent également de l'observance des traitements en faisant le lien avec les cabinets infirmiers et organisent avec eux la mise en place des passages. Ces différents points ont été identifiés par Henckes et al. (2018).

Les professionnels des dispositifs étudiés, initialement missionnés pour assurer le travail d'accompagnement social des locataires poursuivent également des objectifs qui s'apparentent au travail d'accompagnement au soin, ce qui révèle les frontières floues

entre ces deux types d'accompagnement, comme l'ont montré Henckes et al. (2018) dans les habitats accompagnés.

De manière globale, on peut constater que les trois objectifs principaux des DHVI.H.Psy étudiés sont corrélés les uns aux autres. Certains choix opérés au sein des dispositifs ou certaines actions des professionnels permettent de travailler à la fois l'autonomie et la socialisation (implantation des dispositifs, activités collectives). Un parcours de soin pérennisé peut favoriser la mise en place du travail d'autonomie dans le logement, comme l'a montré Velpry (2009) aux ACT.

L'articulation des objectifs d'accompagnement entre eux est également visible au prisme des principes d'autonomie et de sécurisation des locataires. L'autonomie des locataires est envisagée dans un cadre sécurisé et sécurisant, comme le montre Velpry (2009) dans le cadre de son étude sur les ACT, où les professionnels emploient l'expression « *autonomie cadrante* ». « *C'est une [...] mise en situation de l'autonomie dans un cadre sécurisant* » (éducateur spécialisé, ACT^③). Il s'agit d'« *offrir [...] un environnement, un cadre de vie qui soit adapté, qui soit sécurisant, qui soit sécurisé* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Pour assurer la mise en place de ce cadre sécurisé et sécurisant, le logement tient une place centrale. « *C'est-à-dire qu'on commence par donner un toit et on travaille le reste après* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④). Il représenterait un élément de sécurisation préalable à la mise en place des accompagnements sociaux et au soin. « *Un logement qui est sécurisé [...] permet une certaine stabilité* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①) ; « *Je pense que si y a pas cette notion d'habitat c'est compliqué d'aller travailler le soin, d'aller travailler sur la valeur travail* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④). Cette fonction sécurisante du logement est également mise en avant aux ACT étudiés par Velpry (2009). L'accompagnement au soin, proposé dans tous les dispositifs, peut aussi revêtir cette fonction sécurisante. Tout au long de leur parcours dans le dispositif, les locataires sont accompagnés à la pérennisation de leur parcours de soin. Pour pouvoir travailler les différents domaines de l'autonomie il faut d'abord sécuriser les locataires en assurant leur bien-être psychique. Les actions des professionnels proposées dans le cadre de l'accompagnement vers le soin pourrait alors s'apparenter à des « *actions-outils amortisseurs* »⁵⁴ (Quintin, 2016). « *La priorité c'est la stabilité psychique des résidents et leur bien-être* » (Cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Les objectifs centraux

54 Quintin (2016) identifie deux principaux objectifs d'accompagnement dans les DHVI.H.Psy qu'elle étudie : des objectifs d'autonomisation qui sont poursuivis à travers des « *actions-outils tremplins* » ainsi que des objectifs visant le bien-être des locataires, poursuivis à travers des « *actions-outils amortisseurs* ». Pour l'auteure, les actions-outils amortisseurs permettent également de favoriser l'autonomie des personnes, même si elle n'y est pas clairement revendiquée. Elle cite par exemple le soutien dans les tâches administratives et les activités ménagères qui peuvent aller du « faire avec » la personne au « faire à la place de » et qui permettent de favoriser le bien-être des locataires.

poursuivis par les professionnels sont donc révélateurs de la façon dont les principes d'autonomie et de sécurisation peuvent s'articuler dans les dispositifs étudiés.

Chapitre 3 – Dilemme entre autonomisation et protection dans les DHV.IH.Psy : quelles pratiques professionnelles de régulation ?

Les principes d'accompagnement communs aux dispositifs étudiés soulèvent un enjeu fondamental des relations d'aide : le dilemme entre les principes d'autonomie et de respect des libertés fondamentales des personnes d'une part, et de protection et de sécurisation d'autre part. S'il est visible à l'échelle des objectifs d'accompagnement poursuivis dans les dispositifs, il se traduit également dans les pratiques professionnelles. Ces deux principes qui entrent à priori en tension, ancrent les professionnels dans des dilemmes éthiques pour lesquels ils proposent diverses pratiques de régulation.

I – Autonomie et protection dans les relations d'aide : deux principes fondamentaux qui entrent en tension

L'autonomie peut être définie étymologiquement par la capacité à se gouverner selon ses propres règles. C'est un concept large, utilisé dans de nombreux domaines en sciences humaines et sociales, et qui revêt un caractère ambivalent dans les champs de la santé et du handicap (Rapegno, 2019). D'un côté le concept peut être perçu « *comme une ambition de libération* » (Rapegno, 2019) revendiquée par les mouvements anglo-saxons de personnes en situation de handicap luttant pour leurs droits à choisir par et pour eux-mêmes, ainsi que pour le respect de leurs libertés fondamentales. De l'autre, il peut être vu comme une « *injonction à l'autonomie* » dictée par les politiques publiques⁵⁵, qui augmenterait la responsabilité des individus (Duvoux, 2009 dans Rapegno, 2019), et ainsi devenir un « *outil normatif potentiellement opprimant* » (Rapegno 2019). De plus, Ennuyer⁵⁶ (2014 dans Rapegno, 2019) montre que la notion d'autonomie est également pensée au regard de la notion de dépendance. En plus de sa première définition (capacité à choisir pour soi-même) elle engloberait également la notion d'indépendance, à savoir la capacité à faire par soi-même. Il existe donc une confusion entre autonomie décisionnelle et autonomie fonctionnelle (Rapegno, 2019).

Le concept d'autonomie qui émerge au tournant des années 2000 vient se heurter à la longue histoire de la prise en charge des personnes vulnérables en France qui favorisait jusqu'alors les principes de protection et de sécurisation. Ces deux principes a priori opposés entrent en tension, et créent des dilemmes chez les pourvoyeurs de l'aide,

⁵⁵ Notamment les deux lois de 2002.

⁵⁶ L'auteur a étudié la notion dans le champ de la vieillesse, mais il semble qu'on peut l'élargir au champ du handicap dans lequel les mêmes enjeux se posent.

dilemme sur lequel de nombreux auteurs ont travaillé en sciences humaines et sociales⁵⁷. Les normes d'interaction entre professionnels et usagers oscillent aujourd'hui entre une démarche de protection et une démarche d'autonomisation (Ravon, 2014). Dans leurs pratiques, les professionnels sont amenés à réguler ces dilemmes éthiques au quotidien. D'un côté ils doivent « *protéger, sécuriser, favoriser le bien-être des personnes et de l'autre, promouvoir leur autonomie, réduire leur vulnérabilité, renforcer leurs capacités et les accompagner dans la formulation et la réalisation de leur projet* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014).

Le principe de protection peut donner lieu à l'utilisation de pratiques coercitives, la contrainte étant généralement « *comprise comme le fait d'exercer des pressions sur autrui pour agir à sa place, le faire agir ou l'empêcher d'agir, sans son consentement* » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015). Si les pratiques coercitives ne sont pas l'unique moyen pour protéger les personnes, les questions liées à la protection et à la sécurisation dans les relations d'aide ont principalement été étudiées sous cet angle par les auteurs mobilisés. Dans le champ de la santé mentale en particulier, la volonté de protection des personnes a engendré la mise en place de pratiques coercitives.

La loi de 1838 a régi et conditionné les pratiques psychiatriques pendant plus de 100 ans. Elle est basée sur un principe d'aliénation et d'internement justifié par le motif thérapeutique (Eyrault et Velpry, 2014). Au titre de cette loi, le recours à des instruments de contrainte (enfermement, recours aux chambres d'isolement, aux contentions, etc) est autorisé, ce qui représente un trait distinctif de l'hôpital psychiatrique (Eyrault et Moreau, 2013 ; Eyrault et Velpry, 2014). Malgré les critiques, il faudra attendre 1990 pour que soient révisées les dispositions de la loi de 1838 en ce qui concerne notamment les conditions d'hospitalisation (Eyrault et Moreau, 2013 ; Eyrault et Velpry, 2014 ; Rhenter, 2010). La loi du 5 juillet 2011⁵⁸ viendra également renforcer les droits des personnes hospitalisées en introduisant par exemple le recours au juge des libertés et de la détention de manière systématique, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte (Coldefy et al., 2015 ; Rhenter, 2010). Le tournant des politiques publiques des années 2000 engendre une forte contradiction en psychiatrie, qui doit « *protéger, par la contrainte s'il le faut, et diminuer les contraintes.* » (Moreau, 2017).

57 Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Moreau 2017 ; Rapegno et Rosenfelder, 2019 ; Ravon, 2009, 2014 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018 ; Velpry et Vidal-Naquet 2019 ; Vidal-Naquet, 2013, etc.

58 Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

II – Les pratiques professionnelles de régulation du dilemme entre autonomie et protection des personnes

Les dilemmes éthiques entre autonomie et sécurisation des personnes engendrent des « *situations indécidables* » pour les professionnels (Ravon 2014 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018) qui génèrent des « *épreuves de professionnalité politico-éthiques* » (Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018). La professionnalité désigne « *la capacité de s'adapter aux situations, que celles-ci soient routinières ou inédites* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). Des épreuves de professionnalité émergent parce que les professionnels sont investis de plusieurs mandats liés au travail prescrit, et qu'ils doivent parfois s'en éloigner lorsque les situations deviennent complexes (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). De plus, ils ne bénéficient d'aucune garantie de réussite et doivent alors assumer les conséquences de leurs choix (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). Les épreuves politico-éthiques de professionnalité ou « *épreuves d'éthicité* » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019) émergent de situations « *où ce qu'il convient de faire ne peut plus s'apprécier au regard des critères du bien et du mal* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018) ce qui donnent lieu à des pratiques professionnelles spécifiques.

Face à ces contradictions éthiques, les professionnels doivent accepter l'« *incertitude* » (Ravon, 2014). De ce fait, l'action à mettre en place n'est déterminée que dans le cours de l'action elle-même (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Ravon, 2014) et relève d'une « *éthique de situation* » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Les professionnels ne formalisent généralement pas leurs pratiques en ces termes et préfèrent plutôt l'expression de « *travail au cas par cas* » (Davagle et al., 2013) pour parler de la façon dont ils s'adaptent aux situations spécifiques qu'ils rencontrent. L'éthique de situation engendre des « *pratiques délibératives continues* » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019). Les professionnels avancent ensemble par tâtonnement, de manière formelle et informelle (Velpry et Vidal-Naquet, 2019). Cette délibération continue a pour but de confronter les valeurs éthiques aux manières de faire concrètes et permet ainsi d'avancer sur chaque situation (Velpry et Vidal-Naquet, 2019). Ces pratiques délibératives sont propres aux « *pratiques prudentielles* » (Champy, 2015 dans Ravon et Vidal-Naquet, 2018 ; Champy, 2017). Elles sont définies comme un « *mode de pensée requis pour conduire des actions dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une forte incertitude* » (Aristote, 1994; Aubenque, 1963 dans Champy, 2017). Les pratiques prudentielles ne sont pas basées sur ce qu'il convient de faire dans l'idéal, mais dans un compromis à travers diverses contraintes (protocoles, ressources, usages et routines des professionnels (Velpry et Vidal-Naquet, 2019).

En ce qui concerne les pratiques coercitives, les professionnels de l'aide auraient tendance à les rejeter au profit de pratiques professionnelles bienveillantes qui permettent de lutter contre les cas de maltraitance (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Selon Hennion et Vidal-Naquet (2015), ce regard binaire sur la contrainte ne serait pourtant pas représentatif de la réalité des pratiques dont l'utilisation de la contrainte fait partie intégrante. Les professionnels seraient amenés à « *faire faire (ou empêcher de faire) dans une perspective de protection sans pour autant aller à l'encontre des libertés individuelles* » (Vidal-Naquet, 2013). Les situations de contrainte se réguleraient au sein même de la relation entre aidant et aidé (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Il ne s'agit pas « *d'évacuer la charge éthique [...] de la contrainte* » mais de considérer que l'incertitude sur ce point fait partie intégrante du rapport à la contrainte dans les pratiques d'aide (Hennion et Vidal-Naquet, 2015).

Pour Vidal-Naquet (2013), cette vision de la contrainte justifierait d'ailleurs les « *pratiques de ruses et de persuasion* » employées par les professionnels, qui permettent « *d'obtenir des personnes qu'elles s'auto-contrainent* ». Les professionnels utilisent diverses pratiques de ruse et de persuasion. En référence à Miller et Stiff (1993 dans Vidal-Naquet, 2013) l'auteur identifie un certain nombre de conduites *deceptives* qui oscillent entre tact et mensonge. Les professionnels utiliseraient par exemple la tromperie par omission, les restrictions mentales, les techniques de dérivation, le sous-entendu ou le demi-mot. Selon l'auteur, les pratiques de ruse pourraient finalement être vectrices d'autonomie (Vidal-Naquet, 2013). « *En portant les exigences de l'autonomie à la place des personnes vulnérables, en agissant en quelque sorte pour elles par procuration dans une perspective de protection ou encore en les faisant agir par ruse, les aidants maintiennent l'hypothèse de l'autonomie. En agissant ainsi, ils la font exister.* » (Vidal-Naquet, 2013). Velpry (2009) dans une étude sur les ACT, considère que l'articulation entre la contrainte et l'injonction à l'autonomie est au centre des relations entre les soignants et les locataires. Le dilemme se résout par le biais de pratiques de négociation en fonction de la « *position négociée* » par les personnes (Velpry, 2009). Si le rapport à l'autonomie des personnes est jugé conforme ou non par les professionnels, la contrainte se manifestera alors différemment en fonction de chacun (Velpry, 2009).

III – Les pratiques de régulation entre autonomie et sécurisation dans les DHVI.H.Psy étudiés : comment respecter les libertés fondamentales des personnes tout en les protégeant ?

Au quotidien, les professionnels des dispositifs doivent articuler leur volonté d'autonomiser et de respecter des libertés des personnes avec une volonté de les protéger et de les sécuriser. Ces dilemmes se présentent à différents niveaux. Dans les

objectifs d'accompagnement comme précédemment identifié, mais également à l'échelle des règlements à respecter ou des conditions d'admission des dispositifs qui imposent des restrictions aux locataires. Ces dilemmes subviennent également au sein même de la relation entre les professionnels et les habitants. De manière globale, les professionnels considèrent que les locataires sont « *chez eux* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①, coordinatrice sociale des habitats partagés^②) et portent des valeurs de respect des libertés individuelles. Néanmoins, un certain nombre de restrictions communes aux quatre dispositifs viennent questionner les frontières de ce que peut signifier être chez soi.

Certaines restrictions imposées aux locataires sont identifiables dans les critères d'admission imposés par les dispositifs. Les locataires doivent être inscrits dans un parcours de soin, de façon plus ou moins stricte selon les habitats, présenter une certaine stabilité psychique et/ou être sous mesure de protection juridique. Certaines restrictions imposées aux habitants sont également consignées dans les règlements de fonctionnement⁵⁹ qu'ils doivent par ailleurs préalablement signer, comme dans les ACT étudiés par Velpry (2009). Les locataires peuvent néanmoins être associés à la création ou à la révision de ces règlements. La consommation d'alcool, de cigarettes et de toxiques n'est généralement pas autorisée dans les espaces communs et/ou dans les logements. La présence des animaux de compagnie est réglementée⁶⁰. Il en va de même pour les visites et les allers et venues. Généralement, les visites doivent être validées par les professionnels, et les locataires doivent parfois les informer quand ils s'absentent. Aux ACT^③, les visites sont autorisées mais les rencontres à l'extérieur du dispositif sont à privilégier.

De manière générale, les professionnels restent assez flous sur les raisons qui motivent ces restrictions mais certains expliquent qu'elles servent à « *sécuriser le collectif* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). C'est généralement à ce titre que les professionnels pourraient utiliser les sanctions⁶¹ prévues dans les règlements. « *Maintenant, à un moment donné quand ce n'est plus possible, que la personne [...] met en danger les autres, je pense qu'on peut aller [...] jusqu'à un renvoi définitif.* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④). Des départs pourraient être envisagés si la personne met « *en péril la vie du collectif, [...] en insécurité les autres résidents* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Pour les professionnels, le collectif représenterait

59 L'habitat regroupé^①, les habitats accompagnés^④ et les ACT^③ utilisent un « *règlement de fonctionnement* ». Les habitats partagés^② utilisent une « *charte du vivre ensemble* » mais les règles et interdits sont globalement similaires sur les quatre dispositifs.

60 Dans certains cas, les animaux de petite taille peuvent être tolérés, moyennant des discussions avec la direction, comme c'est le cas dans l'habitat regroupé^①.

61 A part aux habitats partagés^②, tous les dispositifs utilisent un système de sanctions graduel allant de l'avertissement oral au renvoi définitif.

donc une entité à protéger. Certaines restrictions semblent s'inscrire dans cette volonté de protection. C'est le cas de la prohibition des consommations de toxiques et d'alcool par exemple, qui peuvent engendrer des comportements imprévisibles et parfois dangereux. Concernant la cigarette, le tabagisme passif imposé aux autres locataires peut expliquer cette interdiction. Néanmoins, si elles ne sont pas conseillées, les consommations d'alcool et de cigarettes ne sont pas interdites par la loi. Elles restent habituellement soumises au libre choix de chacun, notamment dans son logement, il en va de même pour les visites. Cela peut poser question en matière de respect des libertés individuelles des locataires.

Les véritables enjeux qui motivent certaines restrictions imposées aux locataires, lorsqu'elles ne semblent pas s'inscrire dans une volonté de sécurisation du collectif, sont difficiles à identifier. C'est le cas, pour les animaux de compagnie par exemple, qui, en plus de ne pas sembler insécurisants⁶², sont connus pour leurs vertus thérapeutiques. « *On demande de pas venir avec des animaux personnels. Parce que comme je dis, une colocation de huit si chacun vient avec son chien ou son chat, son serpent (rires) et son iguane (rires) ça peut être vite compliqué.* » (Coordinatrice sociale des habitats partagés^②) ; « *Ah non là on ne peut pas recevoir d'animaux. On va dire qu'il y a une jurisprudence pour les poissons (rires) mais c'est tout.* » (éducateur spécialisé des ACT^③). A ce titre, certaines règles pourraient plutôt être pensées pour faciliter la gestion des logements.

A noter que la sécurisation des locataires ne prend pas toujours un caractère restrictif. On le constate par exemple à travers l'affichage des numéros d'urgence aux habitats partagés^②, le passage des médiateurs de nuit à l'habitat regroupé^①, la mise en place de numéros d'astreinte proposés dans tous les dispositifs, etc. La présence des professionnels présenterait également cette fonction sécurisante. « *La relation d'aidant elle se doit d'être contenante [...]. Quand le travailleur social est présent c'est un moment [...] cadrant, autant qu'un mur.* » (Éducateur Spécialisé, ACT^③).

Néanmoins dans les pratiques quotidiennes, plus que de se référer aux règlement de fonctionnement de façon stricte, les professionnels utilisent la négociation, comme le montre Velpry (2009) dans le cadre de son étude sur les ACT. « *On essaye [...] de prendre des virages plus que des angles droits* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④). Le plus important pour les professionnels est de préserver la relation établie avec les locataires. « *Notre priorité c'est de garder le lien* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④).

⁶² Sauf si des locataires présentent des phobies à certains animaux.

A ce titre, la sanction ou le rappel au règlement apparaissant parfois inappropriés et les restrictions sont finalement mouvantes. Lors d'une discussion informelle, la cheffe de service de l'habitat regroupé^① explique le règlement de fonctionnement constitue un « repère » pour les professionnels qui doit « être utilisé à bon escient et en fonction de la personne », soit dans une éthique de situation (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Par exemple, les consommations de cigarette dans le logement sont finalement autorisées pour un locataire de l'habitat regroupé^① parce qu'il faut « se baser sur la relation de confiance et rester dans l'échange sur la consommation pour maintenir le lien » et ainsi pouvoir « accompagner la personne vers les professionnels compétents ». Les restrictions imposées aux locataires varient en fonction de chaque locataire et du niveau d'autonomie dont ils disposent selon les professionnels, comme l'a montré Velpry (2009). Concernant les manquements au règlement, « il y a des choses qui sont plus importantes que d'autres et c'est [...] en fonction de la relation qu'on a avec les gens » (éducateur des ACT^③). « A certains on en demande plus parce qu'on sait qu'on peut en demander plus, parce qu'ils sont plus avancés dans leur projet » (Coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

Entre les restrictions visant à sécuriser et protéger les locataires d'une part, et les objectifs d'autonomisation ainsi que les valeurs de respect des libertés d'autre part, les professionnels sont soumis à des épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019). Ces épreuves s'élaborent à travers les situations singulières des locataires. A l'habitat regroupé^①, la situation de M. Chambert en est un bon exemple.

M. Chambert présente un syndrome de Diogène et accumule de nombreux objets dans son appartement, lequel n'est pas entretenu et dégage de fortes odeurs qui dérangent les autres locataires. La cheffe de service explique que le règlement de fonctionnement de l'habitat regroupé^① est là pour « protéger le collectif » et l'invoque pour procéder au désencombrement du logement de M. Chambert, auquel il s'oppose. La seconde raison pour opérer au désencombrement est la sécurité du locataire : « Pour M. Chambert, pour son logement, [c'est] de pouvoir limiter ou réduire l'achat compulsif d'objet parce que ça le met en insécurité. » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). A la fois l'accumulation des objets dans le logement est jugée dangereuse pour la sécurité de M. Chambert⁶³ et serait révélatrice d'une instabilité psychique que les professionnels doivent accompagner. Dans un premier temps, la professionnelle met en avant la protection des locataires de l'habitat regroupé^①, y compris de M. Chambert, pour justifier la contrainte qui lui est imposée. La protection primerait alors sur le respect des libertés

63 Parce qu'elle empêcherait l'ouverture des fenêtres, ce qui pourrait limiter l'intervention des pompiers si elle s'avérait nécessaire.

du locataire et permettrait de résoudre le dilemme éthique.

En parallèle, la cheffe de service tente néanmoins de préserver la liberté de M. Chambert à disposer de ses objets. Elle lui propose de choisir les modalités du désencombrement en lui laissant la possibilité de donner ses objets à Emmaüs ou de les entreposer dans un box par exemple. Cela pourrait s'apparenter à une « *pratique de ruse* » de « *dérivation* »⁶⁴ (Vidal-Naquet, 2013). En décalant son discours sur les modalités du désencombrement la cheffe de service tente de le faire accepter. En d'autres termes, elle tente de faire accepter la contrainte du désencombrement tout en abaissant les contraintes liées à ce dernier (Moreau, 2017). Les différentes actions et propositions faites à M. Chambert ont été élaborées *via* des pratiques délibératives (Champy, 2017 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019) entre la cheffe de service, l'AMP, le médecin-psychiatre, les professionnels du SAVS. « *C'est aussi faire un point avec les référents [SAVS] pour voir ce qu'on peut mettre en place et comment on peut répondre à la situation.* ». M. Chambert est également associé à ces délibérations : « *on essaye de travailler ces objectifs-là avec M. Chambert* ». Les modalités du désencombrement du logement de M. Chambert devaient être formalisées dans son projet individualisé, en présence des professionnels et de M. Chambert, en mars. La situation de crise Covid-19 a repoussé cette réunion, mais au 22 juin, la cheffe de service se questionne toujours. Tout en continuant à considérer le désencombrement du logement nécessaire, elle revient sur cette situation : « *On allait à la contrainte, presque à l'obligation* » (note d'observation du 22 juin). Ici, la professionnelle laisse planer l'incertitude sur cette situation (Ravon, 2014 ; Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018), caractéristique propre aux épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019).

Pour conclure, les dispositifs d'habitats étudiés s'inscrivent dans la double prise en charge spécifique à la santé mentale et montrent un fort ancrage dans le secteur médico-social. Nous avons pu faire ressortir des caractéristiques communes aux dispositifs, en mettant en avant les objectifs d'accompagnement qu'ils poursuivent : l'autonomisation, la (re)socialisation et la pérennisation du parcours de soin. Concernant les pratiques professionnelles, nous avons vu qu'elles s'élaboraient dans des frontières floues entre le travail d'accompagnement social et le travail d'accompagnement au soin (Velpry, 2009 ; Henckes et al., 2018). Les pratiques de régulation des dilemmes éthiques entre sécurisation et autonomie sont représentatives des pratiques propres aux relations d'aide. Elles s'élaborent dans une éthique de situation (Hennion et Vidal-Naquet, 2015) en utilisant la négociation (Velpry, 2009) et les pratiques de ruse (Vidal-Naquet, 2013).

64 Attitudes de diversion par les gestes ou la parole.

PARTIE II – La Réorganisation des dispositifs face à la crise Covid-19 : quels effets sur les pratiques professionnelles ?

Dans cette seconde partie nous montrerons d'abord comment la crise Covid-19 a impacté l'organisation des dispositifs étudiés. Cela nous permettra dans un second temps d'analyser comment les professionnels ont adapté leurs pratiques à la situation. Pour rappel, le confinement a démarré le 17 mars 2020 et s'est terminé le 11 mai, date à laquelle le déconfinement progressif a été initié sur le territoire français. A savoir également qu'aucun cas de contamination à la Covid-19 et aucun décès n'a été recensé chez les locataires et les professionnels des dispositifs étudiés.

De façon générale, si le confinement n'a pas pu être anticipé, du fait de son caractère inédit et de sa mise en place « *un peu brutale* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②) du « *jour au lendemain* » (éducateur spécialisé des ACT^③), les conditions du déconfinement ont été pensées en amont, réfléchies, préparées et ce de façon progressive. Le confinement a eu des effets sur l'organisation globale du travail et sur les pratiques d'accompagnement. En ce qui concerne la mise en place des mesures sanitaires et la compréhension globale de la situation par les locataires, les professionnels ont constaté une « *routinisation* » de la situation à la fin du confinement. Tandis qu'au début, les locataires avaient « *du mal avec ces gestes barrières* » (éducateur spécialisé, ACT^③) ils ont finalement « *pris leurs habitudes* » (éducateur spécialisé, ACT^③), « *ils ont pris un rythme, ils ont tous accepté et compris, surtout compris, la situation* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Cependant, lors de la phase d'anticipation du déconfinement, les professionnels craignaient tous les conséquences du confinement. Ils avaient l'impression d'avoir fait « *un grand pas en arrière, un très grand pas en arrière* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②) concernant leurs objectifs d'accompagnement, d'avoir « *laissé un petit peu [les personnes] sans petites roues sur le vélo* » (éducateur spécialisé, ACT^③). Ils s'inquiétaient de « *devoir rattraper quelque chose* » (éducateur spécialisé, ACT^③), de devoir « *repartir de zéro* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

Nous nous arrêterons d'abord sur la façon dont les dispositifs ont reçu et mis en place les directives et recommandations du Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) et nous verrons que, quelque que soit le statut de l'habitat, elles ont globalement été suivies. Nous montrerons ensuite en quoi ces mesures, et les situations de confinement/déconfinement, sont venues bouleverser l'organisation des dispositifs et les objectifs d'accompagnement habituels. Pour finir, nous verrons que pour redonner du sens à l'accompagnement, les professionnels se sont globalement orientés vers des

objectifs de prévention sanitaire face au virus. Dans un dernier chapitre, nous analyserons les pratiques professionnels au regard des *épreuves de professionnalité* (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018). Nous verrons que les contraintes organisationnelles liées à la crise ont engendré des épreuves émotionnelles et des épreuves éthiques.

Chapitre 4 – Quelle réception des directives nationales dans les dispositifs étudiés ?

Tout au long de la crise, différentes instances ont publié des documents de consignes concernant la gestion de crise dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des préconisations pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans cette période inédite. Le MSS a publié des documents intitulés « *consignes et recommandations applicables à l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap* »⁶⁵ qui peuvent donc s'appliquer à tous les dispositifs étudiés.

De manière globale, les consignes et recommandations du MSS s'organisent autour de trois temps forts. Peu avant le confinement, les documents protocolaires organisent la protection des personnes vulnérables face au virus pendant le confinement. Ils prônent le maintien à domicile⁶⁶. Dans les ESMS, des mesures restrictives sont annoncées pour limiter l'entrée du virus dans les établissements⁶⁷. Pour les personnes ne vivant pas en ESMS, le maître mot est un maintien des accompagnements à domicile. Au mois d'avril, sûrement en lien avec l'allocution du président de la république à destination des personnes en situation de handicap⁶⁸ et à l'avis du Comité consultatif national d'éthique, entre autres instances, les restrictions imposées aux ESMS s'assouplissent et les documents du MSS s'orientent vers le respect des libertés fondamentales des personnes⁶⁹. Au début du mois de mai, les documents privilégient l'organisation du déconfinement qui se veut « *progressif* »⁷⁰.

Comment les dispositifs étudiés se sont-ils positionnés vis-à-vis de ces consignes ? Des variabilités sont-elles identifiables en fonction du statut des dispositifs ? Les documents protocolaires du MSS sont organisés autour d'une catégorisation par type

65 Les titres peuvent varier d'un document à l'autre mais ils restent généralement de l'ordre des consignes et recommandations.

66 Sachant que le domicile des personnes vivant en EMS correspond à l'établissement en question.

67 A titre d'exemple, les sorties et activités collectives sont interdites. Les week-ends chez les proches-aidants sont « *suspendus* ». Les sorties individuelles doivent être réservées au strict nécessaire. Un circuit dédié pour l'entrée et la sortie des prestataires extérieurs doit être mis en place. Une application générale renforcée des mesures barrières est préconisée et l'organisation d'une zone de confinement doit être mise en place.

68 Les restrictions liées au confinement sont assouplies pour les personnes en situation de handicap sur présentation d'un justificatif, à partir du 2 avril 2020. Elles peuvent sortir plus souvent et plus loin du domicile.

69 Les visites des proches-aidants sont ré-autorisées dans un cadre strict, certaines activités collectives à l'interne peuvent finalement être proposées.

70 Sur la question des visites et des sorties, il est néanmoins toujours question de se référer aux protocoles du mois d'avril mais ces mesures peuvent être assouplies localement en fonction des préconisations des ARS.

de domiciliation des personnes : « *Les personnes domiciliées et confinées dans un ESMS* », « *les personnes confinées à domicile sans solution médico-sociale* » et « *les personnes accompagnées par un ESMS en confinement chez leurs proches-aidant* ». Si pour les locataires des dispositifs relevant d'un statut d'EMS on peut aisément se référer à la première catégorie, qu'en est-il pour les locataires des dispositifs de droit commun ?

Dans les consignes et recommandations applicables du 4 mars 2020, les « *habitat[s] inclusif[s] personnel[s] ou partagé[s]* » sont mentionnés au titre du domicile des personnes « *sans solution d'accompagnement* » mais de manière générale, ces dispositifs sont très peu cités dans les documents protocolaires. A ce titre néanmoins, ils doivent être soutenus par les ARS, les conseils départementaux (CD) et les MDPH dans le cadre du maintien des accompagnements⁷¹. De part la catégorisation proposée par le MSS, on peut considérer que les consignes et recommandations faites spécifiquement aux ESMS ne s'appliquent pas aux dispositifs de droit commun. Il apparaît néanmoins difficile d'assigner les locataires des dispositifs de droit commun étudiés à l'une des catégories proposées par le MSS. S'ils vivent bien à domicile, on ne peut pas vraiment considérer qu'ils soient « *sans solution d'accompagnement* », de part la présence des professionnels des dispositifs et des partenaires extérieurs. Cette catégorisation pourrait alors sous-entendre que malgré les recommandations, les accompagnements aient été réduits, voire arrêtés, dans certains DHVI de droit commun. Des protocoles de crise ont été rédigés par les associations gestionnaires de tous les dispositifs. Sont-ils conformes aux directives du MSS ? La question du matériel de protection se pose également. Les moyens alloués aux ESMS sont-ils transposables aux dispositifs de droit commun ? Certains habitats de droit commun sont financés par l'ARS et/ou le CD. Ont-ils obtenu des dotations par ce biais ?

I – La mise en place des protocoles de crise

Toutes les associations gestionnaires ont rédigé des protocoles à l'intention des professionnels et des locataires des dispositifs et structures qu'elles gèrent. Ces protocoles comprennent des directives et des préconisations concernant la distanciation sociale et les gestes barrières, les visites, les sorties et activités collectives, la désinfection, l'utilisation des locaux et/ou des véhicules, la marche à suivre en cas de suspicion de cas ou de cas avéré parmi les locataires et professionnels, etc. Ces protocoles ont été réajustés à plusieurs reprises, pour prendre en compte les directives qui se sont succédé et les remontées de terrain. Ils sont souvent généraux et ne concernent pas spécifiquement les DHVI mais tous les établissements relevant des associations gestionnaires. Certaines distinctions peuvent néanmoins être faites.

⁷¹ Une plateforme territoriale d'entraide doit notamment être mise en place pour offrir « *un filet de sécurité* » pour les personnes où l'accompagnement n'aurait pas pu être maintenu.

L'association gestionnaire de l'habitat regroupé^① différencie par exemple les établissements d'accueil de jour (SAVS, SAMSAH, etc) des établissements avec hébergement (habitat regroupé^①, résidences-accueil, etc). Aux habitats accompagnés^④, s'il n'y a pas eu de protocole de confinement écrit, en revanche un protocole de déconfinement spécifique au dispositif a été rédigé. La forme et le nombre de documents protocolaires varient d'un dispositif à l'autre. Au niveau du fond, il sont assez similaires même si quelques nuances sont à noter concernant l'importance donnée à certaines règles, ou à certaines spécificités des dispositifs (utilisation des véhicules, des locaux).

Le MSS, l'ARS et le département sont mentionnés par les cheffes de service comme instances à privilégier concernant les directives et recommandations à suivre. Les allocutions du président de la République sont également citées comme source d'information aux habitats partagés^②. Toutes les cheffes de service font mention de la nécessité d'adapter les directives au terrain et pour certaines la nécessité de faire « *un mix* » (cheffe de service des habitats accompagnés^④) entre les directives et recommandations des différentes instances.

« Bah du coup c'est de se dire qu'est ce qui est [...] concrètement réalisable.[...] Voilà, c'était d'adapter ça. Par exemple, [...] les visites à domicile, c'est de dire jusqu'où on va. Est-ce qu'on va jusqu'à amener son tabouret pliant dans le logement de la personne pour pas avoir à s'asseoir ? » (cheffe de service des habitats accompagnés^④)

Ce sont généralement les directeurs et directrices d'établissement, parfois en lien avec d'autres professionnels (médecin-psychiatres, cheffes de service, représentants CSE⁷², CSSCT⁷³), qui ont été garants de la rédaction des protocoles. Les salariés ont parfois pu les faire évoluer. Aux habitats accompagnés^④, la monitrice-éducatrice insiste sur la souplesse de la mise en pratique des protocoles : les décisions prises ont pu se « *discuter* » et « *évoluer* ». Cependant, pour la plupart des professionnels rencontrés, l'information a été perçue comme descendante, de la direction vers les professionnels de terrain. Les locataires n'ont par contre été associés à aucun des dispositifs : « *C'était extrêmement compliqué de trouver une personne dans nos bénéficiaires qui avait la ressource pour comprendre les enjeux de cette crise sanitaire* » (Directrice opérationnelle des habitats partagés^②). Dans certains dispositifs, les protocoles écrits ne leur ont pas été transmis non plus. La transmission orale par les professionnels *via* les différents outils à dispositions (affichages, flyers, etc) était privilégiée.

La distinction entre ce qui relève des directives, donc obligatoires à mettre en place, ou des simples recommandations semble difficile à effectuer pour les

72 Comité social et économique.

73 Commission santé sécurité et conditions de travail.

professionnelles interrogées. Cela pourrait être dû au fait que les documents du ministère ne proposent pas de distinction claire entre les deux dispositions. Cela pourrait être également dû au fait que les cheffes de service interrogées n'étaient pas les premières destinataires de ces documents et qu'elles ne se sont pas toutes investies dans les réflexions et la rédaction des protocoles⁷⁴. Elles font néanmoins toutes mention d'une obligation forte, celle de transmettre à l'ARS les suspicions et les cas avérés de covid-19 au sein des dispositifs.

Les cheffes de service n'évoquent pas de réelles contradictions dans les directives et préconisations reçues mais plutôt un discours très changeant (sur le port du masque, des gants, la désinfection des locaux, les produits). « *Certaines informations étaient contredites quelque temps après par de nouveaux experts qui disaient l'inverse de ce qu'on avait eu la semaine d'avant. L'ARS a beaucoup communiqué...* » (Cheffe de service des ACT^③) ; « *par contre une grosse pression avec des préconisations qui changeaient quasiment tous les jours.* » (Directrice opérationnelle des habitats partagés^②). Elles évoquent également le fait d'avoir été « *inondée[s] de mails* » (cheffe de service des habitats accompagnés^④) et une difficulté à faire le tri dans les informations. De manière générale, les professionnels étaient à la recherche de documents synthétiques. Certaines expliquent avoir attendu que leur direction leur transmette les informations, ou avoir utilisé les documents transmis par les partenaires locaux, après synthétisation. « *Moi je les lisais en diagonale et j'attendais que le directeur ait retraduit ou qu'on en parle de vive voix en réunion, il nous faisait des synthèses [...].* » (cheffe de service des ACT^③)

Si les protocoles ont été écrits en urgence à l'annonce du confinement, ils ont été beaucoup plus anticipés au déconfinement, dans la logique de progression demandée par le MSS. Aux ACT^③, « *une compilation des trains de mesures* » pour « *créer un protocole en cas d'urgence* » a été amorcée, dans le but de préparer un éventuel reconfinement (éducateur spécialisé, ACT^③). Cette routinisation protocolaire semble éloigner la situation de déconfinement d'un système de crise (Borraz, 2020), contrairement au confinement. Par contre, elle est issue de la *culture du risque sanitaire* (Zolla, 2017) dans ses principes d'anticipation des risques⁷⁵ (Borraz et al., 2007 ; Lajarge et al., 2017 ; Zolla, 2017). La gestion de la situation est néanmoins plus incertaine aux habitats partagés^②. La coordinatrice souligne en effet que la réunion de préparation avec la direction n'a pas permis de lever le flou concernant la marche à suivre. Les professionnels sont, selon elle,

74 A noter également que la formulation des questions posées aux cheffes de service a pu varier d'un entretien à l'autre concernant la différenciation des directives et des préconisations. Cela peut également être à l'origine de cette difficulté à distinguer l'obligatoire de l'optionnel. L'analyse proposée pour ce point doit donc être lue avec précaution.

75 « *La préconisation principale [de gestion des risques en ESSMS] est l'anticipation : c'est-à-dire l'élaboration préalable d'un protocole, d'une procédure de prise en charge ou de conduite à tenir en cas d'apparition du risque. Ces documents devant être écrits, validés, diffusés* » (Zolla, 2017).

Maïna LE HELLEY - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

« toujours un peu au jour le jour ».

II – Focus sur l'accès au matériel de protection et de communication à distance : place aux solidarités privées

Dans l'ensemble, des équipements de protection individuelle (masques, gel hydroalcoolique, gants, etc.) ont été fournis aux professionnels et aux locataires⁷⁶. En fonction de la localisation du dispositif (et de sa tutelle : ARS ou conseil départemental) et de son statut (droit commun ou médico-social), les pourvoyeurs de matériel de protection ont pu différer. Ainsi, pour les habitats accompagnés^④, l'ARS a fourni des masques et des lunettes et l'association a dû acheter des gants, tandis que pour les ACT^③, situés dans une autre région, l'ARS a fourni les masques et les gants. Aux habitats partagés^②, c'est le département qui a envoyé les masques.

Pour compléter ces équipements la plupart des dispositifs ont fait du « *bricolage organisationnel* » (Desjeux, 2020). Que ce soit par le biais d'initiatives individuelles ou de demandes de la part de la direction, les dispositifs ont fait appel à des bénévoles. Des professionnels ont aussi pu se proposer spontanément pour coudre des masques pour les habitants ou ont fait appel à leurs connaissances pour fabriquer ou fournir du matériel. Des entreprises et associations ont aussi répondu aux sollicitations des associations gestionnaires des dispositifs en donnant des masques, des crèmes pour les mains, ou encore en prêtant des tablettes pour permettre aux locataires d'échanger par visioconférence avec leur entourage. Les solidarités privées à l'échelle locale se sont mises en place pour compenser la carence des acteurs publics, notamment pour l'approvisionnement en masques. Les dispositifs ont pu faire appel à d'autres acteurs du territoire, que ce soit des associations, des habitants de la commune ou encore des entreprises. Sur certains territoires comme celui de l'habitat regroupé^①, la connaissance mutuelle des acteurs médico-sociaux réunis au sein d'une association d'associations, a permis de mutualiser les ressources :

« [il y avait] des visios qui se faisaient une fois par semaine et où les directeurs pouvaient échanger sur les plans qu'ils pouvaient avoir et donc il y a eu des masques, de la crème pour les mains aussi qui ont été fournis. On a eu des masques qui ont été donnés par un ESAT [...] qui était fermé, qui n'en avait pas besoin » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①).

⁷⁶ Toutes les équipes de direction ont rencontré des difficultés d'approvisionnement à un moment donné du confinement. Celles-ci ont largement été relayées par la presse. Nous ne revenons pas plus en détails sur ce sujet.

En fonction de l'insertion du dispositif dans le territoire, de la densité du tissu associatif, les dispositifs d'habitat ont pu se reposer sur d'autres acteurs, ce qui a entraîné des inégalités dans l'accès aux équipements de protection. Au moment du déconfinement, le MSS a augmenté les dotations de matériel et les différents dispositifs ont pu bénéficier de stocks plus importants.

III – Des directives nationales globalement suivies dans les dispositifs étudiés : gestions des sorties individuelles et collectives, des espaces communs et des visites

A l'annonce du confinement, les locataires ont été soumis aux mêmes mesures que la population générale en ce qui concerne les **sorties individuelles**, même si, pour certains locataires, des sorties répétées ont été maintenues en réponse à leurs besoins spécifiques. Les professionnels ont mis à disposition des attestations de sorties en *facile à lire et à comprendre* (FALC) et ont parfois aidé les locataires à les remplir. Ils les ont néanmoins incités à limiter leurs sorties : « *Au début surtout on donnait beaucoup d'attestations parce que les personnes avaient besoin de sortir beaucoup. Après on a essayé de limiter et puis voilà, plus le temps passe plus on essaye de réduire aussi puisque que bah, ils se rendent compte aussi du truc* » (AMP de l'habitat regroupé^①). Cependant, en leur absence, il est difficile de savoir si les habitants se sont restreints : « *Dès que les intervenants sont partis ils sortent hein, sans attestation* » (coordinatrice des habitats partagés^②).

Les **temps collectifs à l'extérieur** ont été complètement arrêtés dans tous les dispositifs pendant toute la durée du confinement. Au déconfinement, ils ont repris progressivement et à un rythme différent dans chaque dispositif. Sur les habitats accompagnés^④, les temps collectifs ont repris dès le mois de mai. Les activités qui nécessitaient un déplacement en voiture ou celles qui supposaient d'avoir des contacts trop importants (comme le jeu de la pétanque ou le jeu du palet) n'ont néanmoins pas été envisagées. Une randonnée a été organisée ainsi qu'un goûter dans les logements collectifs, dans l'idée « *de se retrouver un peu* » et pour « *recréer du lien social* ». Bien qu'il faille « *quand même drôlement adapter les temps collectifs [...] très limités quand même encore* » (monitrice-éducatrice, habitats accompagnés^④) ; « *il n'y a pas grand-chose qui est ouvert* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Les activités collectives ont été organisées moins « *naturellement* », car toutes n'étaient pas autorisées. Aux habitats partagés^②, à la date du 27 mai, il n'était pas possible de répondre aux attentes des habitants, qui souhaitaient retourner au bowling ou au cinéma, toujours fermés. Aux ACT^③, lors des accompagnements extérieurs, il n'a été possible d'emmener seulement deux personnes en voiture « *pour avoir assez d'espace entre les*

personnes, avec le port du masque et désinfection avant et après du véhicule » (éducateur spécialisé, ACT^③). Les animations extérieures n'ont repris qu'au cours de la semaine du 15 juin, qui a signé « *un retour à la normale* ».

La **gestion des espaces collectifs** a été variable d'un dispositif à l'autre mais l'accès aux espaces communs a été préservé. Concernant l'utilisation de ces espaces le MSS ne donne pas de directives concrètes, mise à part la suspension des activités et repas collectifs, dans lesquels ils sont généralement effectués. La vie en semi-collectif a néanmoins pu être considérée comme un facteur de risque. Le port du masque a notamment fait l'objet de décisions différentes. Aux habitats partagés^②, les intervenants ont été tenus de porter un masque, mais pas les habitants. Aux ACT^③, il a été demandé aux habitants « *de porter un masque quand ils sont deux ou trois dans la même pièce, qu'ils se croisent* » (éducateur spécialisé, ACT^③) tandis qu'à l'habitat regroupé^①, il a été demandé aux habitants de limiter leurs échanges à quinze minutes dans la salle commune, de ne pas y être à plus de quatre et de porter un masque. Ces demandes ont été faites dans l'objectif de « *limiter les contacts* » ou de ne pas stigmatiser un potentiel malade en prenant l'habitude de porter un masque : « *si quelqu'un est malade, il va être stigmatisé, on a fait le choix que tout le monde porte un masque* » (éducateur spécialisé, ACT^③). De manière générale, les espaces communs habituellement utilisés pour favoriser le lien social entre les locataires, semblent être sources d'insécurité en temps de crise, car ils accentuent le risque de contamination. Cependant, la présence réduite des professionnels sur la plupart des dispositifs a sans doute laissé une certaine marge de manœuvre aux habitants pour contourner ces consignes. Le déconfinement a été accompagné de nouvelles directives et prescriptions, relatives à l'utilisation des espaces communs, et parfois aux conditions d'entrée et de sortie dans les locaux. A l'habitat regroupé^①, les règles concernant l'utilisation des parties communes se sont assouplies :

« On a ouvert aussi, les résidents ont pu se retrouver entre eux pour faire un jeu de société ou pour avoir un échange. Ils avaient besoin de se retrouver dans l'espace commun [...], il y a eu peut-être plus d'échanges, plus de rencontres sur les espaces communs. » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①)

Les **activités et ateliers collectifs** habituels⁷⁷ ont été arrêtés, comme le préconisait le MSS jusqu'à la mi-avril. Aux ACT^③, les ateliers à deux locataires ont d'abord été maintenus puis ont été réduits, fin avril, à de l'accompagnement individuel. L'arrêt des ateliers et activités organisés par les professionnels a pu créer de nouvelles

⁷⁷ En temps normal, tous les professionnels proposent des ateliers hebdomadaires aux locataires, dont l'atelier cuisine et le temps de d'échange sur la vie du dispositif sont les plus emblématiques, car proposés dans tous les dispositifs.

habitudes de relation entre les locataires et engendrer la mise en place d'activités informelles. A l'habitat regroupé^① deux locataires ont pris l'habitude de jouer au scrabble dans la salle commune alors qu'ils avaient habituellement peu de contacts. Aux habitats partagés^② les habitants « *font des gâteaux pour le goûter, pour le soir, ils prennent l'initiative.* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

« Les salariés m'ont dit qu'ils étaient d'autant plus solidaires en ce moment entre eux, et proches. [...] Par exemple ils se font des après-midi à regarder un film ou regarder la télé, ce qu'ils ne faisaient pas forcément. D'habitude ils avaient plus tendance à être chacun dans leur chambre en individuel alors que là il y a beaucoup plus de moments collectifs. » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

En ce qui concerne **les visites des proches-aidant**, elles ont été « *suspendues* » dès le début du confinement⁷⁸. Néanmoins, même si cela est conforme aux préconisations du MSS, ça ne semble pas être l'unique raison, des spécificités liées au handicap psychique pourraient également avoir impacté la question des visites. Aux habitats partagés^② et aux habitats accompagnés^④, la situation n'a pas toujours été anticipée, ni fait l'objet d'un protocole particulier. Selon les professionnelles, les visites des familles sont peu fréquentes dans ces dispositifs. La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④ souligne : « *on ne l'a pas pensé, parce qu'on n'a eu aucune demande* ». De même, la coordonnatrice des habitats partagés^② admet : « *j'avoue que j'y ai pas pensé, pour être honnête* ». En revanche, au déconfinement, elle explique que certains locataires « *ont repris leur rythme d'aller voir leurs familles* ». Pour autant aucune mesure spécifique de contrôle n'a été mise en place au retour des locataires sur les habitats partagés^②. Cela pourrait être révélateur du statut de droit commun du dispositif. « *Par rapport aux visites, demain moi j'ai quelqu'un qui vient dans la maison, je peux pas lui interdire de rentrer (rires).* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Aux ACT^③ et à l'habitat regroupé^①, même si les professionnels font le même constat que les autres dispositifs concernant des visites peu fréquentes déjà en temps normal, la question a été néanmoins plus anticipée. Aux ACT^③, les visites se font généralement à l'extérieur du dispositif et elle ont été totalement suspendues pendant le confinement. A l'habitat regroupé^①, si elles ne sont pas autorisées pendant le confinement, il est néanmoins stipulé dans les protocoles que des autorisations exceptionnelles peuvent être validées par la direction. les visites ont été ré-autorisées au déconfinement, moyennant le respect des gestes barrières. Par ailleurs, à leur retour, les locataires ayant passé le confinement en famille ont été amenés à rencontrer la cheffe de service, pour qu'elle leur explique le fonctionnement et les protocoles à respecter dans les locaux. Il a aussi été décidé qu'on

⁷⁸ Qu'il s'agisse d'une visite chez les proches-aidant ou d'une visite au sein du dispositif.

leur prenne leur température, l'enjeu étant de « *sensibiliser, de marquer le coup* », pour que « *les résidents prennent bien en compte tout ce qui avait été mis en place* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). De manière globale, les personnes extérieures ne sont pas autorisées à entrer dans les dispositifs et les passages des partenaires extérieurs se font de manière contrôlée dans le strict respect des mesures barrières.

Les protocoles proposés par les associations gestionnaires et leur mise en œuvre dans les dispositifs, quel que soit leur statut, sont globalement conformes aux directives du MSS en ce qui concerne les sorties individuelles, les activités extérieures et les visites. De manière générale, la poursuite des directives du MSS reflète le fort ancrage des dispositifs dans le secteur médico-social. En situation de crise, quel que soit leur statut, les dispositifs ont globalement cherché à *protocoler* leurs pratiques pour prévenir les risques (Zolla, 2017), dans un objectif de sécurisation des personnes face au virus. La question de la gestion des espaces communs et des activités collectives qui s'y sont déroulées pendant le confinement reste assez floue parce qu'on ne sait pas vraiment comment les locataires se sont saisis de ces espaces en l'absence des professionnels. En tout cas, alors que le MSS préconisait l'arrêt total des activités collectives dans les ESMS jusqu'à 20 avril, il semble y avoir eu une certaine tolérance à cet égard dans les dispositifs, à travers la mise en place d'activités informelles à l'initiative des locataires. Cela pourrait être dû à la petite taille des groupes accompagnés et/ou de la colocation⁷⁹, dont le fonctionnement comparable à celui d'une famille rend la mise en place d'une distanciation stricte entre les locataires peu réalisable.

Chapitre 5 – Des contraintes organisationnelles qui bousculent le sens habituellement donné à l'accompagnement par les professionnels

Les contraintes organisationnelles liées à la situation de crise ont bouleversé le fonctionnement des dispositifs. Les objectifs d'autonomisation et de (re)socialisation habituellement poursuivis se sont considérablement réduits ou ont dû être arrêtés. Cela est venu bousculer les pratiques professionnelles.

I – Présence réduite des professionnels et travail en équipe à réinventer : du présentiel au distanciel

De nombreux professionnels sont passés du présentiel au distanciel. Sur tous les dispositifs, les personnels administratifs et cadres ont télétravaillé à temps plein ou à temps partiel. La coordinatrice sociale des habitats partagés^② a été mise en télétravail à temps plein jusqu'à début juin. Concernant les professionnels de terrain de l'habitat

⁷⁹ Qui concerne trois des dispositifs.

regroupé^①, des ACT^③ et des habitats accompagnés^④, ils se sont tous vus attribuer du temps de télétravail, néanmoins de façon assez hétérogène selon les dispositifs. De manière globale, la nouvelle organisation du travail des professionnels s'est traduite par une diminution de leur temps de présence sur les dispositifs.

Sur l'habitat regroupé^①, l'AMP a d'abord été mise en quatorzaine suite à une prise de température élevée. Elle a ensuite continué à télétravailler par précaution pour protéger les locataires du virus, puis a repris son poste début avril⁸⁰. Pendant son absence, une autre professionnelle de l'association résidant près du dispositif s'y est rendue une heure par jour. Les locataires ont ainsi continué à voir un professionnel quotidiennement sans multiplier les contacts. Cependant, les heures de présence ont été largement réduites (de 20 heures par semaine à 5 heures par semaine). Sur les habitats partagés^②, les intervenants du SAAD ont continué à se rendre sur place et ont maintenu leurs interventions sur les créneaux habituels du lundi au dimanche. Il n'y a donc pas eu de changement ni sur la durée ni sur la fréquence des interventions. Cependant, sur les trois coordinatrices, deux ont été mises au chômage partiel. Aux ACT^③, le temps de présence des éducateurs a diminué d'une heure par jour, ceux-ci commençant une heure plus tard. Toutefois, la présence d'un professionnel était assurée toutes les nuits jusqu'à minuit. Sur les habitats accompagnés^④, l'ensemble des professionnels a été mis en télétravail. L'accompagnement s'est essentiellement fait à distance avec un appel téléphonique quotidien et une visite hebdomadaire « *avec des entretiens en extérieur* » sans rentrer dans le logement⁸¹.

Sur les ACT^③, il y a eu une diminution du nombre de professionnels intervenant simultanément, avec la présence d'un seul professionnel à la fois sur le dispositif : « *[habituellement] Quand une personne est là pour répondre au téléphone et faire le travail administratif, il y a une deuxième personne qui est auprès des résidents et qui a des rendez-vous et une troisième qui peut être ailleurs* » (éducateur spécialisé, ACT^③). Durant le confinement, chaque professionnel présent sur les ACT^③ a été particulièrement attentif à se rendre disponible et visible : « *C'est un tour dans les étages, beaucoup plus régulier, des rendez-vous qui vont être beaucoup plus réguliers aussi, des propositions d'accompagnement même en individuel* ». Les professionnels ont dû apprendre à travailler à distance tandis que les habitants ont dû s'adapter aux nouveaux rythmes de passage, à la moindre présence des professionnels ou encore à la venue d'une nouvelle professionnelle sur l'habitat regroupé^①.

80 A raison d'une heure par jour.

81 Initialement, tous les déplacements sur les logements avaient été supprimés et les professionnelles n'étaient joignables que par téléphone. Les interventions ont été réajustées face aux besoins des locataires avec d'abord deux passages hebdomadaires puis un passage par semaine.

Le télétravail a aussi obligé les professionnels à repenser leurs relations avec leurs collègues. Ils ont privilégié le téléphone et les mails pour rester en contact, notamment avec ceux qui étaient en télétravail à temps plein⁸². Les équipes de direction ont aussi cherché à maintenir le lien avec les équipes, que ce soit en envoyant des mails, en créant des groupes sur les réseaux sociaux, ou en organisant des réunions par visioconférence ou par téléphone. Certaines directions ont instauré des réunions hebdomadaires dès le début du confinement tandis que d'autres les ont organisées plus tardivement. L'affichage des directives dans les locaux a aussi permis d'informer les salariés sur les protocoles en place et les mesures à prendre, les salariés ne se voyant pas physiquement. De nouvelles modalités d'échange informel sur le terrain ont aussi contribué à maintenir le lien et à faire vivre le collectif de travail : « *On se laisse pleins de petits mots choupiés mais aussi des choses un peu plus protocolaires* » (éducateur spécialisé, ACT^③).

Suite au déconfinement, la réorganisation de la présence des professionnels sur les différents dispositifs s'est faite par étapes, dans le but de retourner à des modalités de travail en présentiel, la présence des professionnels sur les différents dispositifs a augmenté progressivement. Dans les habitats accompagnés^④, les interventions sont quasiment revenues à la normale dès le mois de mai : « *On a repris des interventions beaucoup plus régulières sur les domiciles. On a des interventions quasi comme on avait avant* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④). Moyennant des ajustements pour respecter les normes sanitaires, les accompagnements individuels et collectifs ont repris dès la semaine du déconfinement et les deux professionnelles ont pu retourner au bureau. L'organisation du travail suite au déconfinement a consisté, comme souvent, en une « *alternance télétravail-temps de bureau* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④) qui semble avoir été relativement souple⁸³. Dans d'autres dispositifs, la transition entre le distanciel et le présentiel a été plus lente. C'est le cas notamment dans les ACT^③ où le retour au 100 % présentiel n'était prévu qu'au début du mois de juillet. C'est le cas aussi dans les habitats partagés^②. La coordinatrice a été mise en télétravail à mi-temps à partir du 30 mai et a repris les visites dans les habitats le 2 juin. Par ailleurs, à la date du 27 mai, les deux autres coordinatrices étaient toujours en chômage partiel en raison de difficultés financières rencontrées par l'association du fait de la crise sanitaire.

82 Pour des raisons de vulnérabilité face au virus.

83 La monitrice éducatrice dit avoir privilégié le télétravail tandis que sa collègue qui réside plus loin a plutôt eu tendance à rester toute la journée au bureau.

II – Des accompagnements par les partenaires extérieurs limités aux échanges téléphoniques : glissement des tâches vers les professionnels de terrain

Une grande partie des partenaires a suspendu ou diminué les accompagnements sur les dispositifs. Les médecins-psychiatres et les curateurs ont globalement eu des contacts par courriel avec les professionnels et ont appelé régulièrement les habitants. Les hôpitaux de jour ont majoritairement suspendu leur accueil et, par conséquent, les activités thérapeutiques qui y étaient proposées⁸⁴. Les CMP ont annulé la plupart des rendez-vous physiques, mais ont pu organiser des rendez-vous téléphoniques, notamment sur sollicitation des professionnels en cas d'urgence. Il n'y a donc pas eu de rupture totale des accompagnements, mais plutôt une réorganisation avec un suivi à distance, notamment grâce à des appels téléphoniques.

Les passages infirmiers, lorsqu'ils n'étaient pas réalisés par des salariés du dispositif⁸⁵ ont généralement diminué « *pour éviter la propagation du virus* ». Sur l'habitat regroupé^①, il n'y a eu qu'un passage infirmier le soir au lieu des deux habituellement privilégiés. Sur les habitats partagés^②, le cabinet infirmier a continué ses interventions pendant la période de crise, mais les passages hebdomadaires des infirmiers du CMP auprès de certains locataires ont été suspendus. Des parcours de soins ont été interrompus ou modifiés, comme une cure de désintoxication qui a été repoussée aux habitats accompagnés^④. De nombreux rendez-vous ont aussi été annulés. Les SAAD intervenant à l'habitat regroupé^① et aux habitats partagés^② ont opté pour des positions variables⁸⁶. Sur les habitats partagés^②, le service à la personne (géré par la même association) a continué à intervenir tandis que sur l'habitat regroupé^①, le service à domicile (SAD) a diminué ses interventions quelques semaines après le début du confinement suite à une réduction de ses effectifs. Le maintien ou la suspension des interventions des partenaires semble avoir été décidé en fonction des ressources des dispositifs. Le SAD intervenant sur l'habitat regroupé^①, par exemple, a priorisé les interventions auprès de personnes vivant seules à domicile. « *Vu qu'en plus, nous ça fait partie d'une asso, ils vont se dire qu'il y a d'autres professionnels qui peuvent intervenir* » (AMP de l'habitat regroupé^①). Aux habitats partagés^②, le CMP a continué à accueillir une personne pour qu'elle vienne faire son semainier, dans l'objectif qu'elle puisse être autonome dans sa prise de médicament, si un jour elle venait à vivre seule. A noter

84 Deux des habitants des ACT^③ ont toutefois pu continuer à aller en hôpital de jour sans bénéficier d'activité de groupe.

85 Comme c'est le cas pour les ACT^③.

86 Pour rappel, tous les dispositifs ne font pas appel à des AVS. Le fonctionnement des habitats partagés^② repose sur la mise en commun de la PCH et l'intervention de services à domicile. Les ACT^③ et les habitats accompagnés^④, reconnus comme des établissements médico-sociaux, n'ont pas recours à des interventions à domicile. Les locataires de l'habitat regroupé^① font appel à des services à domicile financés par la PCH mais le nombre d'heures allouées reste faible (1h à 2h par semaine et par locataire).

Maïna LE HELLEY - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

également que cette diminution des accompagnements extérieurs, voire leur arrêt dans certaines situations, peut sembler en contradiction avec les préconisations du MSS qui, dans ces documents protocolaires, fait du maintien des accompagnements à domicile une priorité du confinement. Si le maintien du lien a été recherché par la mise en place de contacts téléphoniques, ça n'a pas été le cas pour tous les partenaires. Globalement, les professionnels jugent néanmoins qu'ils se sont rendus disponibles.

Cette diminution du suivi de la part des partenaires s'est souvent reportée sur les professionnels des dispositifs. Ainsi, les professionnels des ACT^③ ont endossé certaines missions des partenaires. Par exemple, ils ont fait plus d'avance d'argent qu'habituellement pour les petites courses, du fait de l'impossibilité pour les locataires de rencontrer leurs curateurs. L'AMP de l'habitat regroupé^① a dû s'occuper de l'entretien des logements, mission habituellement prise en charge par les AVS. Elle dit s'être chargée d'aérer les appartements laissés libres depuis le confinement, de vider les poubelles « *qui traînaient depuis deux mois* » et les réfrigérateurs « *remplis d'aliments pourris* » ou avoir aidé un locataire à faire son ménage. Ces différentes tâches pourraient s'apparenter au « *sale boulot* »⁸⁷ (Hughes, 1951 dans Molinier, 2010). Les professionnels ont aussi dû renforcer leur vigilance vis-à-vis du suivi médical des habitants. Ainsi, l'infirmière des ACT^③ a été amenée à préparer les semainiers d'un locataire qui étaient habituellement préparés par l'hôpital de jour. Les professionnels ont également été particulièrement attentifs au parcours de soins des habitants. Suite aux annulations de rendez-vous médicaux, « *on s'attache à avoir bien en tête ces rendez-vous qu'il faudra reporter* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①).

Au déconfinement, on note un retour progressif des interventions habituelles et des partenaires, ce qui a permis à chacun de reprendre son rôle. Les professionnels ont pu reprendre contact avec les différents partenaires. Il a été possible de « *réactiver [...] les suivis en lien avec la santé* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①), de remettre en place les rendez-vous en présentiel avec les CMP, les curateurs ont pu être contactés plus facilement. Dans l'habitat regroupé^① par exemple, la reprise des interventions des AVS au cours de la semaine du 11 mai a permis de « *soulager* » l'AMP. Parfois néanmoins, le périmètre des tâches a continué à être bousculé et l'activité plus importante qu'à l'ordinaire. Ainsi, aux ACT^③, malgré la reprise des activités d'animation, les professionnels ont continué à assurer l'entretien des locaux, le respect des mesures sanitaires supposant de procéder plusieurs fois par jour, à un ensemble de

87« Le « *sale boulot* » (*dirty work*) représente les tâches jugées généralement ingrates, serviles et fastidieuses, voire dégradantes par les professionnels (Hughes, 1951 dans Molinier, 2010). Le « *sale boulot* » pose la question de « *ce qu'il est nécessaire de faire* » (Molinier, 2010) et les professionnels peuvent se sentir dans l'obligation de réaliser ces tâches. « *Ils ne peuvent pas ne pas* » les prendre en charge (Molinier, 2010).

désinfections⁸⁸ :

« On n'a pas de personnel, d'agents d'entretien qui est là tous les jours comme ça devrait... comme ça devrait, en fait non. Ce que je veux dire simplement c'est que c'est l'équipe qui assure ça. Donc il faut venir assez tôt pour faire du ménage et tout nettoyer et ça, c'est quelque chose qu'on continue à faire. Il y a la gestion des stocks, il y a la vigilance, etc. Et en plus de ça oui, reprendre des rendez-vous toute la journée sur les projets, sur tout ça, les accompagnements. Donc oui là je pense que c'est une augmentation en plus, mais bon, on sait pourquoi on le fait. »
(éducateur spécialisé, ACT^③)

Malgré le glissement des tâches identifié, les professionnels ne semblent pas considérer qu'ils soient sortis du cadre de leurs missions habituelles : « *Globalement on a juste fait notre taf je pense. Il y a pas de mérite ou autre* » (éducateur spécialisé, ACT). Lorsqu'on leur demande s'ils estiment avoir effectué des tâches qui ne sont pas de leur ressort, ils répondent tous par la négative, ce qui peut apparaître contradictoire avec le glissement identifié. Les professionnels considèrent que les tâches généralement prises en charge par les partenaires pourraient faire partie de leurs missions : « *Tout fait partie de mes missions à la base. [...] La coordination, on est des pieuvres (rires). Donc je sais même pas vous dire quelles missions ne feraient pas partie... (rires).* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

Le discours des professionnels met en lumière une zone d'intervention des professionnels aux contours flous. Les missions ne semblent pas clairement délimitées et formalisées en amont de la pratique, mais se dessinent au fur et à mesure des situations rencontrées (Imbert 2010). La seule tâche remise en question par les professionnels, concerne la désinfection des locaux demandée par les protocoles de crise. L'AMP de l'habitat regroupé^① considère que cette tâche n'est pas de son ressort. L'éducateur des ACT questionne la prise en charge de la désinfection des locaux par les éducateurs, mais au final, tous les professionnels s'y sont attelés sans débat pendant le confinement et les questionnements sur ce point ne sont apparus qu'à partir de mi-mai. Dans le cadre de la crise Covid-19 la désinfection semble s'apparenter au « *sale boulot* » (Hughes, 1951 dans Molinier, 2010), néanmoins il s'y investissent, puisqu'ils considèrent que toutes les tâches identifiables peuvent potentiellement être de leur ressort.

⁸⁸ Poignées de porte, surfaces, placards, miroirs, etc.

III – Des accompagnements à l'autonomie et à la (re)socialisation bouleversés : perte de sens pour les professionnels ?

Du fait de la situation de crise de manière globale, de la réduction du temps de présence des professionnels et du recul des partenaires il a fallu statuer sur la continuité de certains objectifs d'accompagnement de court terme (réalisation des courses, prise de repas, entretien du logement) et de long terme (recherche de logement, d'emploi, etc.). Les choix ont différé en fonction des dispositifs, mais de façon globale les professionnels ont tous cherché à réajuster leurs accompagnements, même lorsque les temps en présentiel restaient élevés. La situation ne permettait plus de travailler les objectifs d'autonomie et/ou de (re)socialisation des locataires habituellement centraux. « *On met un peu entre parenthèse la notion du projet pour plus être dans un maintien de l'accompagnement* » (Éducateur spécialisé des ACT^③).

Les équipes de direction ont pris des positions différentes sur les courses. Aux habitats partagés^②, elles ont été réalisées par les intervenants, sans les habitants (qui en temps habituel s'y rendent aussi) : « *Ils continuent à préparer les menus avec les intervenants, ils continuent à préparer la liste des courses [...], mais c'est que l'intervenant qui sort pour faire les courses, pour limiter quand même les risques* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Aux ACT^③, la plupart des locataires ont continué à faire leurs courses, accompagnés d'un professionnel :

« Pour une bonne partie des personnes, on les accompagnait à faire en sorte qu'ils fassent les courses, une fois par semaine pour toute la semaine et pour certains qui étaient vraiment trop angoissés ou trop à risque au niveau de leur santé c'est nous qui faisons les courses et on leur facturait juste le reçu. » (éducateur spécialisé, ACT^③)

Toutefois, une livraison des repas a été mise en place du lundi au vendredi afin de limiter la fréquentation des magasins par les habitants « *qui ne savent pas forcément gérer les stocks* » et qui peuvent être amenés à faire « *des allers-retours toute la semaine pour s'acheter à manger* ». Cela a néanmoins entraîné un surcoût pour les locataires et une moindre possibilité de choisir la composition des repas. Sur l'habitat regroupé^①, les professionnels ont favorisé les commandes en *drive*, réalisées par l'AMP, alors en télétravail.

« Il y a certains commerces qui prennent plus les pièces de monnaie, les personnes qui sont sous curatelle font des retraits d'argent, elles n'ont que ce moyen de paiement. On favorise les drive, mais les personnes n'ont pas de moyens de paiement par carte bancaire donc on

fait des listes groupées [...] une liste commune et puis moi je paye un drive, on va chercher les produits, on maintient les résidents en sécurité à leur domicile et puis on ramène les courses et puis on dispatchera après aux curateurs. » (cheffe de service de habitat regroupé^①)

Bien que les professionnels aient cherché à limiter les déplacements des habitants et aient « *fait à leur place* » (AMP de l'habitat regroupé^①), « faire à la place de » ne signifie pas « faire sans ». Tout en essayant de respecter les mesures sanitaires et de limiter les risques de contamination, les intervenants ont globalement cherché à continuer d'associer les habitants à la réalisation des courses, en respectant les préférences de chacun, par exemple. C'est parce qu'en temps normal les sorties pour aller faire les courses constituent un travail d'accompagnement à l'autonomie à part entière⁸⁹ qu'elles ont fait l'objet d'une réflexion particulière, tandis que d'autres déplacements n'ont pas été réfléchis et/ou pris en charge par les professionnels. « *Ils retirent eux-mêmes leur argent, ils vont à la pharmacie eux-mêmes, ils vont acheter leur tabac eux-mêmes* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

Les objectifs d'accompagnement au long terme comme la recherche de logement ou d'emploi, missions principales des ACT^③ et des habitats accompagnés^④, ont été arrêtées : « *Les agences immobilières sont fermées, il n'y a pas de visite de logements. Donc tout le temps de ça [du confinement], son projet, il est en stand-by* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④) ; « *ils ne peuvent pas continuer leurs démarches que ce soit d'insertion professionnelle, formation* » (éducateur spécialisé, ACT^③). La monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④ explique avoir « *pris le relai* » pour effectuer des démarches administratives « *en totalité* », les guichets ayant fermés :

« C'était des choses dématérialisées à faire auprès de la sécu, des mutuelles, des choses comme ça. Et du coup ça devait passer via des outils mails, etc, qu'ils ne maîtrisent pas. Bah du coup on a pu faire des choses à leur place, alors qu'autrement ils se seraient rendus à la sécu, rendus à la mutuelle, parler avec la personne, dire ce dont ils avaient besoin et ils auraient géré eux-mêmes, ou en tout cas on les aurait soutenus à côté. » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④)

En ce qui concerne l'objectif de (re)socialisation, les professionnels sont passés d'une démarche active, consistant à favoriser le lien social, à une démarche plutôt passive de maintien du lien préétabli avec les locataires, dans un objectif de sécurisation. « *Niveau lien social c'est moyen mais on maintient quand même cette présence* »

⁸⁹ Et probablement parce que les professionnels ont réfléchi en termes de réponses aux « besoins primaires » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①) des locataires puisque leur temps de présence était limité.

(Éducateur spécialisé des ACT^③); « *on est surtout en mode maintien du lien* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④). La réduction des interventions des infirmiers et des AVS a pu accroître l'isolement des habitants, ces visites présentant aussi des enjeux de (re)socialisation. Les passages des professionnels dans les dispositifs ou les contacts téléphoniques quotidiens ont donc été primordiaux pour maintenir le lien. A l'habitat regroupé^① les locataires étaient en attente du passage journalier des professionnels : « *Quand il y a le professionnel qui est là, je pense que les bénéficiaires viennent tous [dans les espaces communs], parce qu'ils attendent la venue du professionnel* » (AMP de l'habitat regroupé^①). La mission d'animation des professionnels, déjà centrale en temps habituel, s'est accrue durant le confinement, moyennant des ajustements. Les professionnels ont essayé d'impulser une dynamique collective au sein des habitats et de créer du lien entre les colocataires. Dans les habitats accompagnés^④, des jeux de société ont été déposés dans les colocations. Dans les habitats partagés^②, les intervenants ont joué « *un rôle un peu plus d'animation* » auprès des locataires qui les ont « *beaucoup sollicités* », par exemple pour faire des jeux de société. Ce rôle d'animation avait pour but de « *rompre un peu l'ennui et les journées qui se suivent et se ressemblent* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). La plupart des professionnels constatent qu'il y a eu plus de moments collectifs qu'habituellement. Les professionnels ont donc essayé de limiter les contacts entre locataires mais ils ont aussi fait en sorte qu'ils aient accès à des activités occupationnelles, qui supposaient parfois des interactions à plusieurs. Ces décisions semblent a priori contradictoires avec les protocoles de crise concernant l'arrêt des activités ou la gestion des espaces collectifs. Cela montre que l'équilibre entre protection des locataires face au virus et maintien du lien social a pu être difficile à trouver.

Au déconfinement, les professionnels ont pu ré-organiser les accompagnements suspendus par le confinement, mais là aussi de manière lente et souvent avec des limitations, dues à l'aménagement des locaux, aux contraintes générales liées au déconfinement ou au manque de moyens humains disponibles. Ils évoquent également des raisons « *éducatives* » à la reprise progressive des accompagnements à l'autonomie et à la socialisation. Il est parfois question de rester vigilant : « *Une reprise du jour au lendemain comme ça, ce serait un peu une négation du risque* » (éducateur spécialisé, ACT^③). C'est aussi dans l'idée d'éviter de brusquer les habitants et de s'ajuster à leur rythme. L'éducateur spécialisé des ACT^③ souligne notamment qu'il a été convenu, dans le cadre de discussions collectives au sein de l'équipe, de déconfiner de façon « *très progressi[ve]* », l'objectif étant en effet de « *déconstruire progressivement* » certaines des habitudes prises par les habitants lors du confinement et de « *rattraper* » ou de « *réanimer* » les projets jusque-là « *mis entre parenthèses* ». Parce qu'ils considèrent que

les accompagnements à l'autonomie et à la socialisation ont été mis de côté pendant le confinement, les démarches de resocialisation, les sorties vers l'extérieur ou la remise en place d'un « *rythme de vie* » auprès des habitants ont été pensées pour être graduelles. La reprise des courses ou de recherche de logement s'est effectuée en plusieurs étapes et sur plusieurs jours, en fonction des besoins et des situations. Dans les habitats partagés^② également, la coordonnatrice, dans un entretien datant du 29 avril, envisageait de procéder « *au cas par cas* », de « *travailler avec chacun différemment* », « *tout doucement* » et « *petit à petit* », pour que certaines personnes reprennent l'habitude de sortir et « *un petit rythme* ». Elle envisageait notamment de ne refaire les courses avec les habitants qu'à la fin du mois de juin, dans l'idée de ne « *pas non plus passer du tout à rien* ».

Au déconfinement également, certains professionnels ont priorisé l'entretien du logement. Ainsi, la monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④ est intervenue dans le soutien à l'entretien du logement dès la semaine du 11 mai. Les locataires ayant, selon elle, du « *mal à se mobiliser seuls* », cette reprise d'activité a été décrite comme « *fort nécessaire sur les deux logements collectifs* », où « *c'était une catastrophe* ». Dans les habitats partagés^②, c'est « *l'autonomie dans les logements* » et « *la stimulation de la vie quotidienne* » (le soutien à la toilette ou à la préparation des repas), qui ont d'abord été privilégiées. L'accompagnement vers l'extérieur est « *passé en secondaire* », alors qu'il avait une place centrale dans le dispositif avant la crise sanitaire. Dans ce cas, c'est le manque de moyens humains ne permettant pas d'assurer la sécurité sanitaire de tous avec un encadrement suffisant qui a empêché la reprise d'activités :

« J'ai pas remis en place les animations extérieures parce que déjà c'est en groupe. En groupe ben déjà niveau personnel je peux pas me permettre de mettre autant d'intervenants qu'il faudrait pour respecter tous les gestes, d'arriver à faire autant de prévention qu'on voudrait. Je peux pas, j'y arriverai pas » (coordonnatrice sociale des habitats partagés^②)

L'éducateur des ACT^③ souligne aussi que le bâti a pu constituer une limite car il n'était pas possible d'accueillir dix personnes tout en respectant les règles de distanciation sociale pour organiser les activités collectives. Il a alors été décidé d'organiser les repas collectifs avec un nombre limité de cinq personnes et dans « *la plus grande salle qu'on ait* ». Aux ACT^③, les admissions ont également repris – de nouvelles personnes sont arrivées dans les ACT^③ – de même que les accompagnements visant à l'accès au logement tels que la recherche d'appartement.

De façon générale, les objectifs d'autonomisation et de socialisation des dispositifs ont connu un fort recul, voire un arrêt total pour certains. Les professionnels ont cherché à adapter leurs pratiques en faisant autrement et en intégrant les locataires lorsque cela était possible. Néanmoins, un certain nombre de leurs missions principales n'étaient plus réalisables. cela a pu engendrer une perte de sens pour eux. Cette perte de sens, associée aux enjeux sanitaires propre à la situation de crise, sont sans doute à l'origine des nouvelles priorités données à l'accompagnement.

Chapitre 6 – Des contraintes organisationnelles qui mènent à de nouvelles priorités : des accompagnements de prévention sanitaire face au virus

Le souci de protéger les habitants du virus, la mise en télétravail des professionnels et la réduction de l'activité générale ont conduit à une suspension des accompagnements habituels et à une mise à l'arrêt des projets des habitants. Cela a pu engendrer « *un sentiment d'utilité décroissante* » (Igas, 2005 dans Ravon, 2009) et une éventuelle perte du sens de l'activité professionnelle. La nécessité de protection des locataires face au virus, les risques de montée des angoisses et/ou de décompensation ainsi que cette potentielle perte de sens peuvent expliquer pourquoi les professionnels se sont finalement tournés vers des accompagnements axés sur le soin et la prévention sanitaire.

I – Favoriser l'apprentissage des gestes barrières et de la distanciation sociale

L'apprentissage des gestes barrières et des mesures de distanciation sociale a pris une place importante dans les accompagnements. Dans la plupart des dispositifs, hormis celui des habitats accompagnés^④ où il n'a pas été considéré comme un « *objectif prioritaire* », cet apprentissage est devenu un objectif d'accompagnement à part entière, cité comme tel par les professionnels. « *Après c'est dans l'appropriation de tous les gestes barrières, ce qui est nouveau. Donc ça c'est un nouveau type d'accompagnement.* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Les professionnels se sont rejoints dans leur intention d'œuvrer pour que les habitants s'« *approprient* » les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale, et consolident de nouvelles habitudes. Dans les habitats partagés^② « *ce qui a été remonté aux professionnels ça a été d'accompagner les résidents dans l'appropriation de nouveaux gestes* », de veiller à ce que les habitants pensent à s'équiper d'un gel hydroalcoolique, d'un masque et d'une bouteille d'eau lors de leurs sorties, par exemple. Dans les habitats accompagnés^④, les objectifs liés à la prévention ont été placés au premier plan. La monitrice-éducatrice estimant que « *[...] ça doit devenir une habitude dans les interventions* », les

professionnelles ont été appelées à « *prendre des petits temps* » en supplément des autres tâches effectuées pour rappeler et montrer les gestes barrières visuellement, sans se limiter aux affichages. On retrouve les mêmes logiques dans les ACT^③, l'apprentissage des gestes barrières a fait « *partie des objectifs* ». Toutefois, une fois les objectifs d'apprentissage des mesures sanitaires atteints, les intervenants ont rapidement pu être plus souples :

« Donc nous on a acquis un savoir, les résidents qu'on accompagne aussi et on s'en félicite tous. C'est plus facile aujourd'hui dans un sens : "Attendez, vous connaissez, vous avez l'habitude. Continuez !". Donc je pense que la posture elle s'est progressivement déverrouillée aussi. On a été dans une posture très verrouillée dès le début parce qu'il y avait ce besoin de protection, quitte en effet à passer pour un flic. » (éducateur spécialisé, ACT^③)

Le déconfinement a fait l'objet d'une vigilance accrue vis-à-vis du respect des mesures sanitaires. Une attention est portée au respect des distances, au port du masque ou encore dans le fait de régulièrement se laver les mains. La coordinatrice des habitats partagés^② explique avoir reçu « *tout un protocole* » sur « *comment on rentre au bureau, sur le matériel qui va être mis à disposition, les masques, le gel, les gants si on veut* ». La plupart des professionnels disent être restés vigilants quant à l'application des mesures et des consignes sanitaires : « *On est toujours un petit peu à cheval sur tout ce qui est ménage, les masques, le SHA⁹⁰, tout ça, les protocoles* » (éducateur spécialisé, ACT^③). L'éducateur spécialisé des ACT^③ note néanmoins une baisse de la vigilance entre collègues au fil du temps :

« On sent clairement qu'on est sur la fin là. Alors on a fait quand même le choix de maintenir cette vigilance, ça c'est clair, mais on serait tenté, alors plus entre nous qu'avec les personnes qu'on accompagne, bien entendu, mais de relâcher un peu notre vigilance. Par exemple, dans le même bureau, oui bon bah la fenêtre est ouverte, on est à deux mètres, on peut quand même faire tomber le masque, quand même. Alors que faut avouer qu'il y a encore quelque temps, on n'aurait pas osé le faire. Donc je pense qu'il y a un relâchement. » (éducateur spécialisé des ACT^③)

⁹⁰ Solution hydroalcoolique.

II – Expliquer la situation pour que les locataires la comprennent et se l'approprient

La brutalité du confinement n'a pas permis de préparer les locataires à cette situation. Les premières semaines, les professionnels ont dû expliquer, informer et sensibiliser les habitants dans un « *but d'information et d'apprentissage [...] de compréhension* » (éducateur spécialisé, ACT^③). Les professionnels ont été très attentifs à leur façon de présenter la situation aux habitants pour qu'ils comprennent les raisons du confinement et qu'ils assimilent la situation : « *Il fallait faire extrêmement attention aux mots qu'on employait* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Ils ont cherché à expliquer ce qu'était la COVID-19 et les modifications que le confinement et la circulation du virus engendraient sur leur quotidien. Ce travail a constitué une activité à part entière durant les premières semaines aux ACT^③, ou seul l'éducateur et l'infirmière étaient présents :

« On a dû passer dans chaque étage pour expliquer ce qui avait été décidé. On a pris le temps à chaque appartement de voir chaque personne, plus s'ils le souhaitent en individuel, en rendez-vous après, pour vraiment rappeler un petit peu. Alors moi dans un côté plus pratique. Ce qu'on peut proposer en attendant, ce qui va se mettre en place, ce qui est annulé, ce qui est reporté. Et ma collègue, plus dans une relation on va dire soignante. De dire voilà, on a affaire à une épidémie de telle chose, qui est un virus, qui fonctionne comme ça, machin. » (éducateur spécialisé, ACT^③)

L'éducateur des ACT^③ insiste sur la « *nécessité de vraiment adapter le discours à la personne qu'on a en face [...] dans le sens de : "Il faut que vous puissiez vraiment investir ce que je vous dis de la façon dont vous le sentez, mais de l'investir"* ». Certains professionnels ont aussi tenu à informer les habitants des conditions de déplacement possibles pour qu'ils s'en saisissent :

« [Un monsieur] avait pas du tout pris conscience que sur l'autorisation de déplacement, c'était noté qu'il pouvait sortir dans un rayon du pâté de maison de chez lui pendant une heure. Donc il s'autorisait pas à faire ça. Voilà il avait pas pris conscience de ça [...] "une fois dans la journée vous pouvez sortir pendant une heure prendre l'air" [...] On espère qu'il va vraiment s'en saisir. » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④)

Les professionnels n'ont pas hésité à réexpliquer la situation à plusieurs reprises, collectivement ou individuellement, notamment parce que certains habitants présentent

une déficience intellectuelle ou des troubles de la mémoire qui nécessitaient un discours adapté. Aux habitats partagés^②, c'est la coordinatrice qui a informé les habitants alors qu'elle était en télétravail : « *C'était par l'intermédiaire des téléphones des intervenants. [...] Ils ont mis leur téléphone en haut-parleur dans chaque maison et j'ai tenté d'expliquer la situation à chacun. [...] ça a pris énormément de temps. Il a fallu beaucoup répéter* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

Au déconfinement, L'anticipation était possible et les professionnels ont réfléchi à la manière de l'expliquer aux locataires. Ils disent avoir procédé avec prudence. L'objectif était de les informer de la levée de certaines obligations générales⁹¹ tout en les sensibilisant aux risques épidémiques toujours présents. L'ensemble des professionnels ont ainsi prêté attention à leur discours pour expliquer la situation aux habitants : « *Dans nos propos, dans les accompagnements, il a fallu être très prudents en rappelant que le virus était toujours présent* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). L'éducateur spécialisé des ACT^③ explique que l'équipe a veillé à « *mesurer ses propos* ». La « *posture commune* » adoptée a été de dire que « *pour l'instant c'est ça. Je suis comme vous. Je n'ai pas toutes les informations. Je suis comme vous, j'attends le discours de Manu* ». Idem aux habitats partagés^② où la coordonnatrice souligne : « *On essaye aussi de faire attention au discours qu'on tient* ». Le déconfinement a ainsi été présenté comme une « *première étape* » et non comme un retour à la normale, nécessitant pour les habitants de « *continuer à faire attention* ».

L'information est aussi passée par de l'affichage, pour informer des gestes barrières, des précautions à prendre pour sortir. Au début du confinement, les affichages officiels concernant les gestes barrières ont été affichés dans tous les dispositifs. Des affichages spécifiques aux précautions lors des sorties ont également été proposés aux habitats partagés^②. Au moment du déconfinement, Des affichages ajustés à la situation ont été apposés à des endroits stratégiques comme les entrées et les sorties.

III – Maintenir l'état de santé des locataires : rôle de prévention et cadre soutenant

Tous les intervenants insistent sur leur rôle de prévention, particulièrement fort dans la situation. Ce travail visait à protéger les locataires, pour qu'ils appliquent les gestes barrières, qu'ils ne fassent pas circuler le virus et qu'ils ne tombent pas malades. Il visait aussi à les prévenir des risques encourus en cas de non-respect des règles de confinement, et à éviter qu'ils puissent prendre une amende involontairement. Leur souci

91 Par exemple l'obligation d'être muni d'une attestation pour les déplacements, la limitation des circulations et des allers et venues

était non seulement que les locataires intègrent la situation, mais aussi qu'ils la comprennent dans un objectif d'autonomisation.

Les professionnels craignaient également une recrudescence des troubles voire des dépressions ou des décompensations. De ce fait, ils ont, pour la plupart cherché à se montrer soutenant : « *On doit rassurer* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①), « *on essaye d'être très soutenant, très présents* » (éducateur spécialisé, ACT^③). Ce positionnement pourrait s'apparenter aux « *savoirs-faire discrets* » (Molinier, 2010) qui consistent à anticiper les besoins des personnes pour intervenir en « *toute discrétion* », « *sans laisser de traces* » (Molinier, 2010). Ils ont également tous insisté sur la nécessité de poser un cadre et d'être contenant, et ce de manière plus importante qu'habituellement : « *Ils ont besoin de voir le cadre, de voir comment on fonctionne et de voir que même dans une période comme ça où bah non on peut pas sortir de chez soi, à moins d'avoir une bonne raison, [l'association] est quand même là quoi. Je pense que c'est rassurant pour eux.* » (monitrice-éducatrice des habitats accompagnés^④). Les professionnels ont également essayé de recréer des habitudes fixes auprès des habitants, dont certains seraient très ritualisés :

« Concrètement on essaye de mettre en place des rendez-vous, créer du rythme, être présents à heures un peu fixes, se tenir disponible, essayer d'être force de proposition pour des occupations, d'être dans la valorisation, reformulation, voilà. On essaye vraiment d'être au plus proche [...] on voit un risque accru de décompensation. » (éducateur spécialisé, ACT^③)

Cette posture préventive et soutenant a pu être construite en opposition à un positionnement répressif que les professionnels assimilent aux métiers des forces de l'ordre, auxquels ils semblent inquiets d'être assimilés : « *On n'est pas en mode flic* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^③), « *après, on n'est pas la police non plus* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②), « *c'est pas dans un intérêt de flicage* » (éducateur spécialisé, ACT^③), « *c'est pas du flicage, c'est pas une prison* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Au début du confinement notamment, les professionnels ont eu la sensation de devoir répéter les règles à de nombreuses reprises et ne semblent pas à l'aise avec cette posture, qu'ils appréhendent d'ailleurs différemment. Pour l'éducateur des ACT^③, le « *rabâchage* » est assimilable à du « *flicage* » et il est inquiet, car il se sent investi de cette mission. Pour lui cette posture nuirait considérablement à la relation éducative. « *En ce moment on a quand même un rôle qui est celui de rappel à la loi, du rappel au danger. J'aime pas ce mot, du flicage. Nan j'aime pas du tout ce mot, mais voilà ça ressemble un peu à ça* » (éducateur spécialisé des

ACT^③).

A l'inverse, la coordinatrice des habitats partagés^②, considère le « *rabâchage* » comme un moyen de s'éloigner du « *flicage* » en s'inscrivant dans une posture préventive : « *Nous on est là pour rappeler les règles, être dans la prévention, dans tout ça, mais on n'est pas non plus dans la répression, c'est pas notre rôle* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Néanmoins, la coordinatrice ne semble pas avoir été toujours à l'aise avec cette posture préventive : « *Des fois j'ai eu l'impression d'un peu trop leur rabâcher de pas sortir* », « *parfois moi j'ai eu le sentiment qu'on les reprenait peut-être trop* ». Même si les professionnels investissent cette opposition au « *flicage* » pour des raisons différentes, il semble néanmoins qu'ils soient tous mal à l'aise à l'idée que leurs actions puissent être assimilées à ce procédé.

Chapitre 7 – Des contraintes organisationnelles qui engendrent des épreuves de la relation et soulèvent des dilemmes éthiques

La prolifération des protocoles et les modifications organisationnelles constantes ont demandé aux professionnels de mettre en oeuvre leurs capacités d'adaptation, en tentant de « *faire tenir ensemble* » ce qu'ils étaient dans l'obligation de faire et la réalité du terrain, et ce sans connaître par avance les résultats de leurs actions (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). On peut donc considérer qu'ils ont du faire face à des *épreuves de professionnalité* (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018). Ravon et Vidal-Naquet (2014, 2018) identifient trois catégories d'épreuves de professionnalité, les épreuves organisationnelles, les épreuves émotionnelles et les épreuves politico-éthiques, que nous avons déjà abordées. Nous verrons d'abord que la crise covid-19 réunit toutes les caractéristiques propres aux épreuves organisationnelles de professionnalité. Ces contraintes organisationnelles ont mené à des épreuves de la relation entre les professionnels et les locataires ainsi qu'à des dilemmes éthiques.

I – La crise covid-19 : des épreuves organisationnelles multiples

Au même titre que dans les épreuves organisationnelles de professionnalité définies par Ravon et Vidal-Naquet (2014, 2018), la crise Covid-19 a induit une « *prolifération des procédures* », dont les considérations éthiques ne suffisent généralement pas à « *cadre les pratiques concrètes* » (Velpry et Vidal-Naquet, 2019), qui peut mener une « *individualisation des responsabilités*⁹² » et une « *augmentation de la charge de travail* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018). Ces différents points sont particulièrement visibles dans les discours des professionnels interrogés, ce qui nous amène à penser que la crise Covid-19 a pu engendrer des épreuves organisationnelles

⁹² Notamment la charge morale pesant sur les professionnels (dans les réseaux d'acteurs pour Hennion et Vidal-Naquet, 2015).

de professionnalité. De manière générale, ils semblent que les professionnels qui ont continué à se rendre sur le terrain aient ressenti une « *montée en charge des responsabilités* » (éducateur spécialisé des ACT^③) pendant la période de crise, qui s'est exprimée à travers l'obligation morale de continuer à intervenir auprès des locataires et/ou de les protéger face au virus. Cette obligation morale a engendré une augmentation volontaire du temps de travail et une prise en charge, non remise en question par les professionnels, nous l'avons vu, des tâches des partenaires dont celles s'apparentant au « *sale boulot* » (Hughes, 1951 dans Moliner, 2010).

Aux ACT^③ par exemple, seuls sur place, les professionnels ont pu se sentir uniques responsables de l'absence de contamination des locataires sur leurs temps de présence. Si les professionnels sont habituellement demandeurs de responsabilités, selon l'éducateur spécialisé des ACT^③, la situation de crise sur le long terme a pu engendrer une responsabilisation « *anxiogène* » pour les professionnels. Dans ce dispositif, où les professionnels sont habitués à travailler en équipe et à échanger fréquemment⁹³, la solitude pourrait en partie expliquer l'origine de ce sentiment de responsabilisation augmentée. L'éducateur explique aussi que les professionnels portent une « *responsabilité de surveillance* » dans les situations d'épidémies ou dans le cadre des canicules par exemple, ce qui pourrait aussi être à l'origine l'augmentation du sentiment de responsabilité.

A l'habitat regroupé^①, la cheffe de service explique qu'elle a décidé de revenir travailler pendant ses congés pour « *venir en renfort* » et « *rassurer les équipes* ». Elle invoque le devoir professionnel vis à vis des locataires, ce qui montre une forte adhésion à la norme de sollicitude⁹⁴ (avril, 2008) : « *Pour moi ça va de soi quoi. Je peux pas lâcher [...] On travaille avec de l'humain. On peut pas, on doit assurer [...] nos accompagnements. [...] On peut pas tout arrêter, nan, on est obligé de répondre.* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Pour répondre de ce devoir moral vis-à-vis des locataires, elle explique avoir travaillé deux à trois heures supplémentaires par jour et au moins un après-midi chaque week-end, pendant toute la période de crise⁹⁵. Idem pour l'AMP qui explique que les plages horaires prévues étaient insuffisantes pour venir à bout de ses tâches journalières : « *On était sur du 10-16, mais clairement on faisait toutes des heures... Enfin on faisait toutes du rab, on arrivait plus tôt, on finissait plus tard* » (AMP de

93 Aux ACT^③ les réunions d'équipe ne se sont remises en route en visioconférence qu'à la mi-avril et les échanges informels, même si les professionnels ont mis en place de nouvelles modalités de communication, se sont considérablement réduits.

94 Norme de comportement étudiée dans le cadre de l'accompagnement à domicile des personnes âgées par l'auteure qui « *suppose de s'ajuster aux besoins spécifiques de la personne accompagnée, d'être à même d'évaluer ses besoins, autrement dit d'éprouver une certaine empathie pour leur dépendance* » (Avril, 2008).

95 A noter qu'en parallèle elle a été attentive à ce que les professionnels de terrain préservent leurs temps de repos. Certains proposaient aux locataires de les contacter par téléphone en cas de besoin sur des horaires où ils n'étaient pas censés travailler.

habitat regroupé^①). Si les professionnels des autres dispositifs ne parlent pas d'heures supplémentaires, ils ont néanmoins modulé leur emploi du temps au profit du terrain.

En miroir, les professionnels en télétravail ont pu ressentir une perte de responsabilité par rapport à leur rôle habituel et un sentiment d'éloignement vis-à-vis des habitants, ce qui a généré un fort sentiment de frustration chez la coordinatrice des habitats partagés^② :

« Bah je vous avoue que c'est très très frustrant. Honnêtement j'ai... (souffle). Combien de fois j'ai les intervenants qui m'appellent en m'expliquant des choses et je me sens impuissante. Combien de fois j'aurai envie de prendre ma voiture et de dire, oh tant pis, j'y vais » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

Certains professionnels expliquent que les locataires se sont tournés vers les professionnels qui continuaient à se rendre sur les dispositifs pour des demandes où ils avaient l'habitude d'être sollicités : *« Les bénéficiaires ça fait un mois qu'ils m'ont pas vu. Donc c'est pas forcément moi qu'ils vont appeler, c'est les gens qu'ils vont voir quotidiennement. »* (AMP de l'habitat regroupé^①).

La forte implication des professionnels a néanmoins pu engendrer de l'épuisement⁹⁶ et un besoin de reconnaissance institutionnel dans certains cas. Ce besoin de reconnaissance⁹⁷ pourrait en partie expliquer pourquoi les professionnels considèrent que toutes les tâches qu'ils identifient leur incombent potentiellement et expliquer de surcroît, une des raisons pour lesquelles il semble difficile de caractériser le périmètre des tâches des travailleurs sociaux (Imbert, 2010). Même si cela reste sporadique, exprimé de façon anodine ou en se faisant l'intermédiaire de leurs collègues, les professionnels expriment leur fatigue : *« Alors excusez-moi je suis un peu fatiguée (rires) parce que depuis lundi j'en ai plein la tête, mais je vais y arriver ! »* (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). L'éducateur spécialisé des ACT^③ s'exprime généralement sur ce sujet à travers son rôle de délégué du personnel. Les salariés dont il est le représentant lui ont fait part de leur épuisement. Ils attendaient, après cette période d'implication intense, de la reconnaissance de la part de l'institution. Selon lui, ceux *« qui ont tenu bon jusque-là »* seraient *« légèrement en train de craquer »* (éducateur spécialisé des ACT^③). La coordinatrice des habitats partagés^② fait le même constat vis-à-vis des intervenants à domicile qui ont travaillé pendant toute la période. A partir de fin mai, les arrêts se sont

96 L'épuisement des professionnels est généralement représentatif des situations d'échec face aux épreuves de professionnalité (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018). Néanmoins dans leurs retours à chaud, les professionnels n'ont pas fait mention d'échecs notables.

97 *« Forme majeure de souffrance au travail »* lorsque les moyens pour faire le soin ne sont pas suffisants selon Molinier (2010)

multipliés :

« On a dû peut-être un peu tirer sur la corde. Et puis même, j'ai des salariés aussi au téléphone qui me le disent, parce que pour le coup c'est des salariés que je connais depuis un peu plus longtemps, donc ils se permettent de me le dire. Je sens bien qu'ils fatiguent. Il se permettent de me dire qu'ils sont fatigués et que les semaines sont longues. » (co-ordinatrice sociale des habitats partagés^②)

Cet épuisement des professionnels représente un indice concret du fait qu'ils aient pu faire face à des épreuves de professionnalité. La crise Covid-19 a engendré des épreuves organisationnelles de professionnalité multiples. Les auteurs notent que les catégories d'épreuves de professionnalité influent les unes sur les autres, notamment les épreuves organisationnelles et émotionnelles qui « *entretiennent des rapports synergiques* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). C'est également le cas en temps de crise, les contraintes organisationnelles ont engendré des épreuves émotionnelles nouvelles qui sont venues questionner la teneur des relations entre les professionnels et les locataires.

II – Le travail social à distance : une épreuve de la relation

Ravon et Vidal-Naquet (2014, 2018) définissent les épreuves émotionnelles de professionnalité à travers les enjeux de distance et de proximité qu'induisent les relations entre les professionnels et les personnes accompagnées. Les « *débordements d'affects* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018) liés à la relation peuvent engendrer une trop grande mise à distance ou une proximité trop importante entre les protagonistes de la relation. Pendant la crise, le maintien des relations par le biais du téléphone est venu questionner ce que les professionnels appellent généralement la « *distance éducative* » ou « *la bonne/juste distance* »⁹⁸. Ces expressions sont aujourd'hui obsolètes selon Ravon et Vidal-Naquet (2018) qui préfèrent employer la notion de « *proximité* » pour parler du travail émotionnel des professionnels, qui consiste en la « *recherche intensive de la relation suffisamment bonne* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018), et qui peut engendrer des épreuves de professionnalité. Plutôt que de réfléchir « *aux débordements d'affects* » qui peuvent émaner des relations entre les professionnels et les locataires, nous étudierons les épreuves émotionnelles au prisme de la relation. Le travail social à distance est une modalité nouvelle imposée par la crise, impensable avant sa survenue et considérablement éloignée des pratiques habituelles. Cette modalité a mis en difficulté les professionnels dans l'utilisation de leur « *affectivité comme compétence professionnelle* »⁹⁹ (Beyrie, 2015) qu'ils mettent généralement à profit pour appréhender

⁹⁸ Expressions utilisées dans la littérature grise en éducation spécialisée sur la question de la relation éducative.

⁹⁹ Beyrie (2015) considère l'affectivité comme une compétence professionnelle des aides à domicile, dans le cadre de son ouvrage sur le rapport au corps de personnes présentant un handicap moteur. Si le contexte de

l'état psychique des locataires.

Tous les professionnels en télétravail ont privilégié des contacts *via* des appels téléphoniques avec les locataires, certains ont utilisé les sms, dans un objectif de ritualisation des échanges visant à proposer un cadre sécurisant aux locataires, comme nous l'avons vu précédemment. Néanmoins, tous sont d'accord pour dire que le lien téléphonique n'a pas remplacé la présence physique des professionnels. Il aurait plutôt agi comme un palliatif à cette présence physique : « *Le télétravail n'a rien à voir avec le travail de terrain. C'est un pansement.* » (éducateur spécialisé des ACT^③). Même si les appels téléphoniques ont pu rassurer les habitants, ils n'ont « *pas [été] contenants comme on peut être en physique* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④).

De façon générale, les professionnels expriment leurs difficultés quant à l'usage du téléphone pour maintenir le lien avec les locataires : « *C'est pas évident non plus, le téléphone* » (AMP de l'habitat regroupé^①), « *Alors au téléphone c'est différent quoi* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④), « *Le social par téléphone c'est très très difficile* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②). Dans un premier temps, les professionnels ont eu le sentiment que l'usage du téléphone impactait la teneur de leurs relations préalablement instaurées avec les locataires. Ici l'affectivité comme compétence (Beyrie, 2015) a pu se trouver fortement ébranlée parce que les signaux permettant aux professionnels d'utiliser cette compétence n'étaient plus visibles.

Les professionnels peinaient à se positionner comme ils le souhaitent dans l'accompagnement des personnes. Ils estiment avoir perdu des éléments d'évaluation de la situation parce qu'ils ne voyaient plus les personnes ni leur environnement, l'état du logement donnant par exemple des informations précieuses sur l'état psychique des locataires : « *On peut pas le vérifier noir sur blanc en fait. Puisqu'on ne rentre pas dans les logements, donc on suppose, il y a des choses qu'on voit quand les portes sont ouvertes* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④). Les professionnels disent aussi ne plus avoir eu accès au langage du corps, qui leur permet habituellement d'évaluer la situation sans avoir nécessairement recours au langage verbal :

« *Je pense à un monsieur quand il monte en angoisse il a des impatiences. Vous savez le genou qui fait gling gling gling gling. Bah quand vous êtes au téléphone, vous le voyez pas. Et des fois le verbe et le corps ne disent pas forcément la même chose quoi (rires).* » (monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④)

l'étude de Beyrie ne correspond pas à la notre, la notion d'« *affectivité comme compétence* » lui est néanmoins reprise.

L'usage du téléphone a donné l'impression de ne plus pouvoir « ressentir » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②), d'avoir du « mal à sentir » et à « être vraiment dans le truc » (AMP de l'habitat regroupé^①). L'absence de « cadre [physique] partagé »¹⁰⁰ (Vidal-Naquet, à paraître) semble avoir eu une incidence sur les relations.

De plus, les discussions n'avaient pas la même teneur. Certains professionnels considèrent que les locataires ont moins exprimé leurs difficultés par téléphone. Les discussions étaient moins intimes que dans les interactions en face à face. L'AMP de l'habitat regroupé^① évoque la possibilité que les locataires aient pu volontairement omettre de lui transmettre des éléments importants sur leur état de santé :

« Par téléphone c'est beaucoup plus facile pour eux. Par exemple je vais poser une question à Sylvia sur sa potomanie. Est-ce que tu bois plus en ce moment ? Ça va être beaucoup plus facile pour elle de dire que nan nan, ça va et je vais pas forcément m'en rendre compte. Alors que de visu elle va me dire dans un premier temps nan nan ça va et puis je vais dire : « bah moi j'ai l'impression que... » Mais là je peux pas ! Je peux pas creuser comme je peux creuser en face. Du coup, ça m'amène pas aux mêmes résultats. » (AMP de l'habitat regroupé^①)

Malgré toutes les difficultés évoquées par les professionnels dans le maintien des relations avec les locataires par téléphone, et de la distance que la situation a imposée, ils n'ont pas essayé d'y remédier pour autant. Par exemple, les tablettes prêtées à l'habitat regroupé^①¹⁰¹ n'ont pas été utilisées avec les locataires alors qu'elles auraient pu permettre aux professionnels de « voir » et de « ressentir » davantage. Aux habitats accompagnés^④ les professionnelles ont émis l'idée d'utiliser les outils de visioconférence avec les locataires mais ne l'ont pas mis en place. Certains locataires ne savaient pas faire fonctionner ces outils et leur utilisation aurait nécessité un travail d'accompagnement en amont qu'il n'était pas possible d'effectuer. Après avoir anticipé les besoins des locataires en mettant en place des rituels téléphoniques, il semble que les professionnels aient finalement privilégié une posture d'attente qui pourrait s'apparenter à la gentleness¹⁰², afin d'éviter une forme de « sollicitude exagérée » (Molinier, 2010). De

100 Vidal-Naquet (à paraître) parle plus précisément de « *dédoublement du cadrage spatio-temporel* » dans un article sur les difficultés du lien téléphonique pendant la crise covid-19 entre des gestionnaires de cas MAIA et les bénéficiaires du dispositif. Selon l'auteur, si l'échange téléphonique est commun ce n'est plus le cas du cadre spatio-temporel. « *Chacun des interlocuteurs reste dans son monde, ignore le monde de l'autre et ne peut y avoir accès que par les échanges d'informations qui passent par le téléphone.* ». Ainsi, le dédoublement du cadre spatio-temporel ne donnerait plus qu'une teneur « fonctionnelle » aux échanges et construirait un lien plus « fragile » et « volatile ».

101 Partagées avec les autres structures de l'association gestionnaire.

102 Pour Molinier (2010), la gentleness est « *une attitude détachée qui intervient juste au bon moment* », une « *réponse appropriée à l'autre suivant les circonstances* » qui demande une « *sensibilité à la situation* ». La gentleness s'oppose à une « *sollicitude exagérée* » qui peut être encombrante. Ce positionnement laisse place à des « *savoirs-faire discrets* » qui consistent à anticiper les besoins des personnes pour « *intervenir en toute discrétion* », « *sans laisser de traces* ».

plus, cette posture d'attente peut s'expliquer par le fait que malgré les fortes inquiétudes des professionnels au début du confinement concernant les possibles décompensation, les locataires n'aient finalement pas montré de signaux inquiétants outre mesure : « *Pour l'instant on s'étonne un peu, enfin c'est vrai qu'ils ont beaucoup de ressources et qu'ils s'en sortent plutôt bien. On appréhendait un peu et on pensait que ça allait être différent.* » (AMP de l'habitat regroupé^①).

Plus que de chercher à retrouver de la proximité avec les locataires donc, les professionnels ont continué à réfléchir à la « *bonne/juste distance* » avec eux parce qu'ils ont parfois ressenti une irruption du travail, voire des personnes, dans leur intimité. Pour la monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④ le fait d'appeler de son domicile et en présence de ses proches à questionné la préservation de son intimité : « *Ils sont plus dans notre intimité. On en parlait avec ma collègue ce matin. On se disait que finalement, alors c'est pas à prendre au premier degré ce que je dis, mais ils envahissent plus notre intimité, alors qu'on est en télétravail, que quand on est au bureau* ». Cette constatation l'a également amenée à réfléchir au respect de l'intimité des locataires et à la discrétion professionnelle que les professionnels sont censés respecter. La monitrice éducatrice des habitats accompagnés^④ travaillait dans son salon et ses proches pouvaient être témoins de ses échanges et donc avoir accès à des informations qui devraient rester confidentielles. Le point de vue de la cheffe de service de l'habitat regroupé^① est différent, elle considère que les contacts téléphoniques seraient moins intrusifs pour les personnes que le travail relationnel habituel.

Le travail à distance durant la crise a révélé sous un nouvel angle l'importance du « *sensible* » dans les relations avec les locataires. Bien que le télétravail ait été considéré comme bénéfique dans certains contextes, notamment pour réaliser des tâches administratives, les professionnels estiment qu'il ne peut être effectué à temps complet dans le cadre du travail social.

« Au bout d'un moment, que ce soit dans les gestes de la vie quotidienne, que ce soit dans le réajustement de l'accompagnement et puis dans le travail du projet de chacun... [...] Tout ça c'est des choses qui, à distance, sont très compliquées à faire » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

La distance physique imposée par la situation et l'usage du téléphone engendrent des questionnements nouveaux liés aux épreuves de professionnalité émotionnelles. Les professionnels ont dû s'adapter à la situation sans savoir si l'usage du téléphone serait suffisant pour maintenir les relations ou encore l'état psychique des locataires, ce qui a

engendré des inquiétudes, notamment au début du confinement.

III – Entre protection face au virus et respect des libertés individuelles des locataires : les dilemmes éthiques habituels en contexte particulier

Hors période de crise, le respect de l'autonomie et des libertés individuelles des personnes entre fréquemment en conflit avec un devoir de protection des locataires et engendre des épreuves d'éthicité pour les professionnels (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpy et Vidal-Naquet, 2019). Elles s'élaborent dans différents domaines comme la gestion des visites, la consommation de toxiques ou encore la gestion du logement, comme nous l'avons vu à travers l'exemple de Mr Chambert. La situation de crise sanitaire a mis en lumière ces dilemmes éthiques dans un contexte particulier où la question de la protection des personnes a pris une place centrale, du fait du virus. L'éducateur des ACT^③ pense que les tensions entre devoir de protection et respect des libertés des personnes existent « *dans tout travail d'accompagnement* » mais qu'en contexte de crise, le fait « *d'être dans la protection* » correspond à « *une commande* » des pouvoirs publics et des financeurs. Bien que cette question de la protection des habitants face au virus ait effectivement pris une place importante dans l'accompagnement des habitants, comme nous l'avons vu dans la réorganisation des accompagnements quotidiens, les professionnels ont néanmoins continué à prendre en considération les libertés individuelles de chacun.

Le respect des libertés individuelles est une valeur forte des dispositifs étudiés, reprise par tous les professionnels interrogés. Selon les dispositifs, différentes raisons sont évoquées pour justifier ce nécessaire respect des libertés individuelles : les personnes sont « *chez elles* », elles sont adultes, elles bénéficient d'un logement dans le droit commun, etc. « *Les personnes ont plus de libertés [par rapport au foyer de vie], [...] elles sont libres d'aller et venir* » (cheffe de service de l'habitat regroupé^①). De ce fait, les professionnels laissent les locataires prendre des risques. « *Si la personne se casse la gueule toute seule, bah c'est vraiment dommage et on va essayer de l'aider, mais c'est tout* » (éducateur spécialisé des ACT^③). En période de crise c'est la même chose, les professionnels ont laissé les personnes prendre des risques vis-à-vis du virus. Certains locataires n'ont pas respecté les restrictions du confinement (sorties répétées, parfois sans attestation). Les personnes ont généralement été laissées libres de leurs faits et gestes, les professionnels estimant que les habitants sont responsables de leurs actes et que l'important est de les avoir informés des risques encourus (contamination, amendes).

Même si cette valeur de respect des libertés des personnes est portée par tous les dispositifs, elle entre aussi en conflit avec un devoir de protection des personnes face à

leurs prises de risque. Selon les dispositifs et selon le domaine dans lequel s'inscrit la prise de risque, cette valeur ne semble pas revêtir la même importance, ni engendrer les mêmes postures et pratiques. Cela montre la dimension culturelle du risque¹⁰³ (Peretti-Watel, 2010) et le fait que son évaluation revêt un caractère moral important¹⁰⁴ (Douglas, 1986). Néanmoins, tous les dispositifs prônent également cet enjeu de protection. Aux ACT^③, la « *première mission vis-à-vis des personnes fragiles, [...] c'est la protection* » (éducateur spécialisé des ACT^③). Aux habitats partagés^②, où les valeurs de liberté et d'autonomie des personnes sont généralement prédominantes, la question de la protection des personnes n'est pas non plus laissée de côté : « *Moi demain j'en vois un qui se met en danger pour n'importe quelle raison, forcément je vais faire quelque chose.* » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②).

Néanmoins, la situation de crise ne semble pas avoir engendré de pratiques de surprotection, ou fondamentalement coercitives, dans les dispositifs étudiés. Dans un contexte particulier du fait du virus, engendrant la mise en balance de l'objectif de protection (protection individuelle et collective) et du respect des libertés fondamentales des locataires (respect du libre-choix, droit au risque), les professionnels ont continué à utiliser leurs pratiques habituelles de régulation des épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019). Ces réponses s'élaborent à travers la prise en compte de la situation de chacun dans une « *éthique de situation* » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015) et à travers une « *pédagogie du risque* »¹⁰⁵ (Hintermeyer, 2014). Afin de trancher, l'argument de la protection du collectif est de nouveau invoqué en temps de crise. Si les actes individuels d'une personne mettent en danger le groupe d'habitants, alors le danger est trop important et les professionnels jugent qu'ils doivent intervenir en faveur de la protection : « *Là par exemple quelqu'un qui a fait n'importe quoi et qui risque quelque part de contaminer les autres, notamment les personnes les plus fragiles immunodéprimées ou autre, là par contre on se doit d'intervenir* » (éducateur spécialisé des ACT^③).

Encore une fois, et malgré l'argument du collectif censé réguler les épreuves d'éthicité, les incertitudes, l'ambivalence et la perplexité (Ravon, 2014), sont maintenues en temps de crise. Les professionnels, acceptent ces situations indécidables (Ravon, 2014 ; Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018). Les questionnements restent en suspens : « *Quelle légitimité j'ai à arrêter un adulte responsable, majeur, dans sa démarche quelle*

103 Selon Peretti-Watell (2010) « Les opinions et les attitudes à l'égard des risques dépendent [...] des valeurs auxquelles nous croyons, de la culture à laquelle nous adhérons. ».

104 Selon Douglas (1986), lorsque l'individu est confronté à un nombre indéfini de risques, la question est de savoir quel risque accepter et quel risque refuser, à quels risques donner la priorité, et quel sens on accorde à ce choix.

105 Pour Hintermeyer (2014) la « *pédagogie du risque* » permet de jauger le risque à travers un « *regard réflexif sur les pratiques* » qui prend en compte le caractère ambivalent du risque (à la fois glorieux et honteux).

qu'elle soit ? » (éducateur spécialisé des ACT^③). Pour la coordinatrice des habitats partagés^② le dilemme semble s'instaurer entre la peur de prendre une position de toute-puissance vis-à-vis des locataires et un sentiment de devoir agir pour les protéger du virus.

« Par rapport aux visites, demain moi j'ai quelqu'un qui vient dans la maison je peux pas lui interdire de rentrer (rires). [...] Enfin on peut pas, de quel droit on peut interdire à une personne de venir ? [...] Après qu'est-ce que tu veux faire, je vais pas l'enfermer dans sa chambre ? On va pas l'enfermer dans la maison. [...] Au bout d'un moment c'est ça, c'est jusqu'où on peut aller ? » (coordinatrice sociale des habitats partagés^②)

Cela nous amène à considérer l'argument de la protection du collectif comme un faux argument discursif¹⁰⁶ qui ne suffit finalement jamais à régler les dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les professionnels.

Une épreuve d'éthicité au temps de la crise Covid-19 : les visites de Mme Achour

La situation de Mme Achour, locataire à l'habitat partagé^①, est un exemple concret de la façon dont les professionnels ont régulé les épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015) pendant la crise Covid-19. Malgré la présence du risque de contamination, et donc les forts enjeux de protection, les professionnelles de l'habitat regroupé^① ont laissé Mme Achour prendre des risques afin de respecter ses libertés individuelles. Mme Achour a pour habitude d'accueillir sa fille chez elle, en accord avec les professionnelles et son ex-mari « *qui décide un peu de tout ça* » (AMP de l'habitat regroupé^①). Quand elle vient à l'habitat regroupé^①, la fille de Mme Achour passe beaucoup de temps dans les espaces communs, notamment dans la salle télé. Pendant le confinement, Mme Achour a exprimé son souhait de continuer à accueillir sa fille : « *[...] Du coup vu qu'elle est pas à l'école, elle voulait la recevoir à son domicile* » (AMP de l'habitat regroupé^①). L'AMP a fait « *remonter la question* » à la direction, qui a refusé de maintenir les visites de la fille de Mme Achour pendant la période de confinement.

« la fille de Mme Achour passe énormément de temps dans le salon qui est un espace commun. Et avec le Coronavirus on peut pas prendre le risque. Je ne sais pas ce que sa fille fait la semaine quand elle est avec son papa, s'ils prennent des risques, s'ils respectent bien les gestes barrières. Je peux pas prendre le risque que des personnes extérieures

106 Ce point de l'analyse nécessiterait néanmoins une confrontation à l'observation des pratiques de terrain, pour comprendre notamment pourquoi cet argument est toujours invoqué alors qu'il est finalement laissé de côté.

soient dans les espaces communs. » (Cheffe de service de l'habitat regroupé^①)

Mme Achour a néanmoins continué à voir sa fille pendant le confinement. Elle s'est rendue chez son ex-mari en transport en commun une fois par semaine. La situation pose de nombreuses questions éthiques aux professionnelles. Mme Achour respecte-elle les règles du confinement ? Ce type de visite est-il autorisé même s'il ne figure pas sur les attestations de sortie ? Prend-elle des risques démesurés par rapport au virus, à son état de santé¹⁰⁷ ? Néanmoins, l'argument du collectif n'est pas suffisant pour restreindre la liberté de Mme Achour d'aller voir sa fille. Entre respect des libertés individuelles et protection du collectif, les professionnelles semblent donc privilégier la première option, ce qui n'empêche pas les incertitudes.

« Après pour Mme Achour heu (pause), après est-ce que je... enfin voilà... Au niveau de la parentalité c'est un peu compliqué ça, même les attestations. Est-ce qu'elle a le droit d'aller rendre visite à sa fille ? Je sais que les parents ont le droit d'aller chercher l'enfant pour les gardes alternées par exemple. Mme Achour normalement elle a la garde les vacances scolaires et les week-ends, un week-end sur deux. Bon voilà, c'est pas forcément respecté mais, est-ce qu'elle a le droit d'aller la voir comme ça ? Je sais pas. Une fois par semaine est-ce que c'est vraiment... ? Je sais pas en fait. Elle abuse pas non plus, elle va pas la voir tous les deux jours. Elle a quand même pris conscience qu'il fallait faire attention. » (AMP de l'habitat regroupé^①)

L'utilisation des transports en commun et le fait que Mme Achour soit considérée « à risque » vis-à-vis du virus amplifie la perplexité des professionnelles. « Bah voilà je lui redis ce qu'on nous dit, de faire attention qu'elle peut [...] l'attraper par ce biais [les transports en commun] ou... enfin... mais... En même temps on peut par leur interdire non plus quoi. » (AMP de l'habitat regroupé^①). De fortes contradictions viennent également accentuer leurs questionnements éthiques. D'abord, elles considèrent que Mme Achour n'est pas en capacité de mesurer les risques qu'elle prend, qu'elle « ne se rend pas compte » qu'elle se met en danger. Ensuite, elles continuent de protéger Mme Achour du virus en allant faire les courses et chercher ses médicaments pour elle. Ici, la recherche d'autonomie semble ciblée sur les souhaits de la personne et non sur des objectifs préétablis. Les professionnelles n'ont jamais empêchée Mme Achour d'aller voir sa fille pendant toute la période du confinement, laissant ainsi vivre leurs incertitudes vis-à-vis de cette situation.

¹⁰⁷ En 2019, Mme Achour a contracté une grippe avec d'importantes complications qui ont mis sa vie en danger, de ce fait elle est considérée « à risque » vis-à-vis de la Covid-19 par les professionnels

« Après c'est un peu ambivalent parce que au final par exemple, Mme Achour, à qui on fait un drive pour les courses, on sait qu'elle prend les transports en commun pour aller voir sa fille une fois par semaine, mais bon... On essaye de les protéger un peu comme on peut quoi » (AMP de l'habitat regroupé^①)

Au déconfinement, les visites de la fille de Mme Achour sont ré-autorisées par la cheffe de service. « En tout cas ce qui a été dit à Mme Achour, ok pour que sa fille vienne au domicile, mais par contre elle n'aura pas accès aux espaces communs. On peut pas prendre le risque qu'il y ait une contamination par une personne extérieure. » (Cheffe de service de l'habitat regroupé^①). Même si la locataire, ne prend plus les transports en commun, ce qui limite le risque, la venue de la fille de Mme Achour, accentue les risques de contamination au sein du collectif, et les dilemmes éthiques persistent, mais à aucun moment les professionnelles n'ont jugé bon d'interdire à Mme Achour de voir sa fille. Cette situation peut être mise en balance avec la situation de Mr Chambert qui même s'il peut choisir les modalités du désencombrement de son logement doit néanmoins l'effectuer. Cela est révélateur d'une « éthique de situation », où l'éthique est immanente aux situations (Hennion et Vidal-Naquet 2015) ce qui les rend finalement incomparables.

Cette situation semble caractéristique des épreuves de professionnalité. Les professionnelles adaptent leurs décisions à la situation singulière de madame Achour tout en n'ayant aucune garantie de sa non-contamination, et si tel avait été le cas, elles auraient dû « assumer les conséquences de leur choix » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). Par leurs décisions, elles « tiennent ensemble » le « mandat prescrit » lié à la protection des personnes face au virus et construisent un « auto-mandat » lié à la réalité de la situation de Mme Achour. Mais tout autant que les caractéristiques concrètes de la situation de Mme Achour, les principes généraux qui guident l'action des professionnels sont pris en compte. Il est nécessaire de protéger Mme Achour du virus, mais son souhait est de voir sa fille, il est donc également nécessaire de respecter ses libertés. D'un côté donc, les professionnelles répondent à une « éthique déontologique » (Velpry et Vidal-Naquet, 2019) en conformant la solution envisagée aux principes de protection face au virus et de respect des libertés fondamentales des personnes. Et de l'autre, elles répondent d'une « éthique conséquentialiste » (Velpry et Vidal-Naquet, 2019) en justifiant la solution envisagée par la valeur morale selon laquelle on ne peut empêcher une mère de voir sa fille. La solution envisagée semble acceptable et les actions (ou inactions) des professionnels se valident et se modifient dans la situation (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Ravon, 2014). D'abord on laisse Mme Achour prendre les transports en commun, puis, quand les visites sont ré-autorisées, on ré-autorise les visites de sa fille, en jugeant les nouveaux risques (Hintermeyer, 2014). Nous n'avons pas eu accès aux pratiques

délibératives (Champy, 2017 ; Velpry et Vidal-Naquet, 2019) dans les cadre des entretiens, mais on peut penser, au regard du discours de chacun, que la régulation de la situation a pu entraîner des échanges entre l'AMP, la cheffe de service et le directeur, qui ont tous les trois été sollicités dans la régulation de cette situation. Il est néanmoins possible, que la situation de crise ait pu réduire les pratiques délibératives du fait du télétravail. Les pratiques prudentielles (Champy, 2017) sont visibles puisque la singularité et la complexité de cette situation est clairement prise en compte et que les professionnelles procèdent par tâtonnement (Velpry et Vidal-Naquet, 2019) en fonction de l'actualité de la crise.

Conclusion

En dehors de l'impact de la crise Covid-19, notre enquête a permis de mettre en lumière des éléments de caractérisation des DHVI.H.Psy étudiés. Tout d'abord, ils présentent une forte hétérogénéité, caractéristique des DHVI au sens large, et constatée par différents auteurs (Argoud, 2011 ; Charlot, 2018 ; Rapegno et Rosenfelder, 2019 ; Rosenfelder et Villez, 2018, etc). Les DHVI.H.Psy présentent également des caractéristiques spécifiques au secteur de la santé mentale, qui sont issues en partie du contexte politico-historique dans lequel ils se sont construits et ont évolué, comme Henckes et al. (2018) et Velpy (2009) ont pu le soulever. Ils présentent un double ancrage institutionnel dans le secteur de la psychiatrie, d'une part, et dans les secteurs sociaux et médico-sociaux, d'autre part. Dans notre enquête, nous avons choisi d'appréhender le versant social et le versant médico-social des dispositifs comme faisant partie d'un même secteur. Une ouverture possible serait de les envisager séparément, comme Henckes et al. (2018) le proposent dans leur étude sur les habitats accompagnés, afin d'identifier leur influence sur les DHVI.H.Psy de façon plus précise. De plus, des contours flous pourraient se révéler entre ces deux secteurs.

Les trois objectifs d'accompagnement communs aux dispositifs étudiés que nous avons identifiés (autonomisation, (re)socialisation, accompagnement au soin) sont caractéristiques du double ancrage institutionnel des DHVI.H.Psy étudiés. La forte place donnée aux objectifs d'accompagnement des locataires vers le soin psychiatrique en est l'expression. Néanmoins, ce sont les objectifs d'autonomisation des habitants, notamment dans le logement, qui tiennent une place prépondérante. Nous avons mis en avant un objectif de (re)socialisation qui a été peu étudié par les auteurs que nous avons mobilisés. La lutte contre l'isolement social est l'un des principes phare des politiques d'inclusion et un enjeu particulièrement mis en avant en santé mentale. Approfondir ce point en analysant les pratiques professionnelles qui permettent d'accompagner les locataires vers cette (re)socialisation apparaîtrait donc pertinent. De manière globale, nous avons vu que les objectifs d'accompagnement étaient corrélés les uns aux autres. L'identification des objectifs d'accompagnement nous a permis d'identifier l'une des multiples façons d'articuler les principes d'autonomie et de sécurisation dans ces dispositifs. Donner un toit et stabiliser les troubles psychiques sont appréhendés par les professionnels comme des moyens de sécurisation qui peuvent favoriser l'autonomie des locataires.

Le double ancrage institutionnel propres aux DHVI.H.Psy a permis de mettre en avant les frontières floues entre travail d'accompagnement au soin et travail

d'accompagnement social, dans les pratiques professionnelles des dispositifs étudiés, comme Henckes et al. (2018) l'ont montré dans les habitats accompagnés. Les professionnels des dispositifs que nous avons étudiés prennent en charge des tâches propres aux deux catégories d'accompagnement. De plus, les pratiques que nous avons identifiées, notamment dans la régulation des épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015) sont caractéristiques des pratiques privilégiées dans les relations d'aide. Nous l'avons vu, par exemple, à travers l'utilisation de la négociation (Velpry, 2009) ou des pratiques de ruse (Vidal-Naquet, 2013). Ce constat, associé au consensus autour des objectifs d'accompagnement et à l'utilisation de divers outils propres à la gestion des ESMS, nous amène à penser que les DHVI.H.Psy étudiés sont fortement ancrés dans le secteur médico-social. Si cet ancrage n'est pas représenté de la même façon dans tous les dispositifs et qu'il apparaît plus évident dans les dispositifs relevant d'un statut d'EMS, il peut poser question dans les dispositifs de droit commun. Ce point représente une seconde ouverture possible à notre enquête. A quel point les dispositifs sont-ils influencés par le secteur médico-social ? Dans quelle mesure se réfèrent-ils aux valeurs, aux objectifs et aux outils de ce secteur ? Les professionnels travaillant dans les DHVI.H.Psy étudiés détiennent des diplômes de travailleurs sociaux (AMP, CESF, éducateur spécialisé, monitrice éducatrice) qu'ils ont obtenus dans des écoles qui forment les futurs professionnels des établissements médico-sociaux. Dans quelle mesure l'appartenance à ce groupe professionnel, et l'identité professionnelle qui s'y construit, influencent-elles les pratiques dans les DHVI ? La forte féminisation des professions du secteur pourrait d'ailleurs être prise en compte dans cette ouverture.

Concernant les dispositifs étudiés face à la crise Covid-19, nous avons donné à voir les réorganisations qui s'y sont opérées. Cette description mériterait d'être mise en balance avec les autres études menées sur le sujet, notamment dans les ESSMS. Cela pourrait permettre d'identifier de nouvelles caractéristiques propres aux DHVI.H.Psy. Cela permettrait également de vérifier l'hypothèse d'une plus forte préservation des libertés individuelles des locataires dans les DHVI, et ainsi les éloigner d'un fonctionnement s'inscrivant dans le secteur médico-social. Sur ce point, La forte conformité des réorganisations opérées aux directives du MSS à l'attention des ESMS vient appuyer l'idée selon laquelle les dispositifs étudiés sont particulièrement ancrés dans le secteur médico-social et dans la « *culture du risque sanitaire* » (Zolla, 2017). Il faut néanmoins prendre en compte que la crise Covid-19, de part son caractère inédit et particulièrement inquiétant pour les collectifs de personnes vulnérables, a pu pousser les DHVI.H.Psy de droit commun à se référer au cadre préexistant. Cela pourrait d'ailleurs en partie expliquer le bouleversement des objectifs d'accompagnement habituellement poursuivis, où la prévention face au virus a pris une place importante par rapport aux objectifs

d'autonomisation et de (re)socialisation. Néanmoins, la prévention face au virus n'est pas antinomique avec les objectifs d'autonomisation poursuivis dans les dispositifs. Les habitants ont été accompagnés dans la compréhension de la situation et dans l'appropriation des mesures sanitaires afin qu'ils puissent s'en saisir de façon autonome. Pour pouvoir valider cette idée, l'observation des pratiques de terrain et le point de vue des locataires manquent à l'analyse. Si la volonté des professionnels était d'autonomiser les locataires sur ces questions, nous n'avons pas pu vérifier la façon dont les locataires se sont saisis de leurs propositions. Une ouverture possible concernant les réorganisations des dispositifs face à la crise réside dans l'évaluation de ces dernières par les professionnels eux-mêmes. Qu'ont-ils retiré de cette expérience ? Identifient-ils des axes d'amélioration notables ? La situation a-t-elle engendré des modifications organisationnelles ou dans les pratiques, qu'ils souhaitent faire perdurer après la crise ?

Concernant les pratiques professionnelles, nous avons montré que la crise a engendré des épreuves de professionnalité (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018). La crise Covid-19 a d'abord imposé aux professionnels toutes les caractéristiques des épreuves organisationnelles. Les professionnels ont été confrontés à la « *prolifération des procédures* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, 2018 ; Velpy et Vidal-Naquet, 2019) ce qui a engendré l'augmentation de leur sentiment de responsabilité morale vis-à-vis des locataires et a mis en avant leur adhésion à la « *norme de sollicitude* » (Avril, 2008). L'expérience de la distance, très éloignée de la façon dont les professionnels considèrent habituellement la relation avec les locataires, a bousculé leurs pratiques et s'apparente à une épreuve de la relation. Les professionnels ont mis en place un palliatif à travers l'usage du téléphone qui s'est avéré insuffisant pour leur permettre d'utiliser leurs compétences affectives (Beyrie, 2015). Néanmoins, l'état psychique des locataires ne semblant pas particulièrement inquiétant, ils n'ont pas cherché à aller plus loin et ont privilégié une posture d'attente afin d'éviter une « *sollicitude exagérée* » (Molinier, 2010). L'articulation entre les épreuves de professionnalité est complexe à définir mais il semble que les épreuves organisationnelles de professionnalité aient induit des épreuves émotionnelles et des épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Néanmoins, il faut noter que les considérations éthiques présentes dans les protocoles de crise du MSS, et qui ont d'ailleurs évolué de la protection vers le respect des libertés des personnes au fil du temps, ont pu également influencer les épreuves organisationnelles. Il a fallu d'abord protéger les locataires, puis respecter leurs libertés. De manière globale, la question des épreuves de professionnalité en temps de crise mériterait d'être approfondie, notamment sur la question de leur résolution. Ravon et Vidal-Naquet (2014, 2018) montrent que les échecs répétés aux épreuves peuvent engendrer surmenage et burn-out, quand les réussites peuvent mener au bien-être, à l'estime de soi, à

l'engagement professionnel et au renforcement des collectifs de travail. Ici encore, l'évaluation de la situation par les professionnels pourrait permettre de répondre à ces questions.

En ce qui concerne spécifiquement les pratiques de régulations des épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015), les résultats montrent que malgré les forts enjeux de protection engendrés par la crise, les professionnels ont continué d'utiliser leurs pratiques habituelles. Si la crise a ancré les épreuves d'éthicité dans un contexte particulier du fait du virus, les professionnels ont maintenu leurs incertitudes éthiques (Ravon 2014, Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018). Cela semble avoir permis d'éviter les pratiques coercitives et de surprotection, comme le montre l'exemple de Mme Achour, dont la liberté de rendre visite à sa fille a pu être préservée. Nous avons également mis en lumière un élément de régulation des épreuves d'éthicité fréquemment invoqué par les professionnels : l'argument du collectif. Nous avons vu qu'il ne semblait jamais suffisant pour régler les dilemmes éthiques, c'est pourquoi nous supposons qu'il s'apparente à un faux argument discursif. Ici encore, l'observation de terrain manque à l'analyse, d'autant plus que les écarts entre les discours et les pratiques réelles peuvent être grands. Pour aller plus loin, il semblerait intéressant de se poser la question des valeurs morales professionnelles qui peuvent être différentes des valeurs personnelles. Hennion et Vidal-Naquet (2015) montrent que les préconisations des protocoles visant à réguler les pratiques de terrain ne sont pas toujours « *conformes à leur morale personnelle* » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015). Comment les professionnels articulent-ils leurs valeurs morales personnelles et professionnelles ? Leurs valeurs morales personnelles influencent-elles leurs pratiques professionnelles et interviennent-elles dans la régulation des dilemmes éthiques auxquels ils sont confrontés ?

– Postface –

D'un point de vue plus personnel, une réflexion autour de la posture d'apprentie chercheuse au temps de la crise Covid-19 m'a amenée à considérer qu'au même titre que les professionnels, mon expérience sensible avait pu se trouver mise à mal par l'usage du téléphone. Toute la communication non-verbale étant invisible, la mienne comme celle des professionnels, je me suis sentie en difficulté pour percevoir leurs ressentis. J'ai eu l'impression de n'avoir accès qu'à des discours pré-construits et de ne pas réussir à mettre en place cette intimité de l'instant, propre aux entretiens semi-directifs. Les échanges informels qui introduisent et concluent généralement les entretiens, et qui donnent accès à un discours moins formel et à des données particulières, ont disparus et m'ont donné la sensation de ne pas réussir à mettre en place la « *relation de confiance* », pour reprendre les termes des professionnels interrogés. Ce sentiment d'éloignement et de froideur pourrait être dû au « *dédoublé du cadrage spatio-temporel* » imposé par

le téléphone, comme le suggère Pierre Vidal-Naquet (à paraître). Au fur et à mesure de l'expérience, j'ai finalement eu l'impression que certaines choses se remettaient en place par le biais de l'oralité que j'utilisais de façon plus appuyée. Les « *d'accord* », « *les mmh mmh* » et les « *je vois* » ont été particulièrement visibles à la retranscription. A partir du mois de mai, des relations de confiance semblaient finalement s'être instaurées et ont alors permis des échanges informels à la fin des entretiens et quelques traits d'humour. Ces échanges semblent anodins mais montrent finalement l'intérêt que l'on porte au travail de l'autre. Tous ces petits riens de la relation, qui donnent de la saveur à la recherche, auraient peut-être été plus rapides à mettre en place dans le cadre habituel des entretiens mais peut-on l'affirmer ? En tout cas, une fois cette relation de confiance instaurée, j'ai pu clarifier mes questions et oser les relances et les reformulations.

Pendant la crise covid-19 nous avons réfléchi en termes de perte. Nous avons bien fait car elles ont été immenses et douloureuses pour certains. Mais est-il également possible de réfléchir en termes de gains ? Je crois que l'expérience commune du confinement, toutes proportions gardées au vu des fortes inégalités sociales qu'il a pu mettre en lumière, a pu participer à la mise en œuvre des relations de confiance avec les professionnels interrogés. Nous étions « *proches, de loin* » (Vidal-Naquet, à paraître) et nous pouvions échanger sur ce vécu commun. Bien qu'incomparables à celles de certains, les pertes de mon travail d'enquête m'ont finalement permis de me subjectiver. La perte du point de vue des personnes concernées, par exemple, pour la chercheuse inclusive que je prévoyais d'être, a été difficile à accepter. J'ai longtemps cherché un moyen d'avoir accès au discours des personnes vivant dans les dispositifs étudiés. Une fois les entretiens démarrés avec les professionnels, je cherchais encore à parler d'elles dans mes premières analyses. J'ai mis un certain temps à comprendre que mes interlocuteurs m'offraient finalement le cœur du sujet de mon mémoire : les pratiques professionnelles. En tant qu'ancienne professionnelle de terrain, j'ai éprouvé des difficultés à ne pas m'identifier aux professionnels que j'interrogeais. Comme la coordinatrice sociale des habitats partagés, j'ai parfois eu envie de prendre ma voiture pour aller les aider. Comme l'éducateur spécialisé des ACT, mes convictions personnelles sont parfois venues heurter ma posture professionnelle. Mon ancienne profession a été d'une grande aide pour comprendre le fonctionnement des dispositifs et le discours des professionnels à distance, mais un véritable frein pour poser un regard plus objectif sur les données récoltées, car j'avais construit un regard particulièrement critique sur ce secteur que j'avais choisi de quitter. Mes échanges avec les chercheuses du programme, avec Aude Belliard, Livia Velpry et Pierre Vidal-Naquet m'ont amenée à me positionner comme chercheuse et si mes expériences antérieures influencent toujours mes analyses, je suis aujourd'hui capable de les utiliser à bon escient.

Bibliographie

- Argoud, D. (2009). Les politiques du libre choix : Vers la fin du politique ? *Gerontologie et societe*, 32 / n° 131(4), 53-61.
- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : Une évolution ambiguë. *Gerontologie et societe*, 34 / n°136(1), 13-27.
- Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et societe*, n° 53(1), 49-65.
- Beyrie, A. (2015). *Vivre avec le handicap : L'expérience de l'incapacité motrice majeure*. Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.69335>
- Borraz, O. (2020). Qu'est-ce qu'une crise ? *Dossier du CSO : sciences sociales en temps de crise (COVID 19)*. http://www.cso.edu/fiche_actu.asp?actu_id=2574
- Borraz, O., Gimbert, V., & Torny, D. (2007). Regards sur la sécurité sanitaire en France. *Horizons strategiques*, n° 3(1), 63-79.
- Breton, É., & Perrier, G. (2018). Politique des mots d'ordre réformateurs. *Politix*, n° 124(4), 7-32.
- Callu, M.-F. (2005). L'évolution du droit des usagers des secteurs sanitaire, social et médico-social entre 2002 et 2005 à travers cinq lois essentielles. *Gerontologie et societe*, 28 / n° 115(4), 29-38.
- Camelot, G., & Terrier, G. (2018). L'habitat inclusif : Un progrès pour la santé mentale ? *Sante Publique*, Vol. 30(6), 829-832.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme*. Les éd. de minuit.
- Champy, F. (2017). Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France. *Recherches Qualitatives*, 36(2), 153-172.
- Charlot, J.-L. (2018). De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif ? *VST - Vie sociale et traitements*, N° 139(3), 38-48.
- Chavaroche, P. (2012). La pratique du « projet individualisé » dans le champ médico-social. *Specificites*, N° 5(1), 37-46.

- Coldefy, M. (2016). Les soins en psychiatrie : Organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales*, 2, 21-30.
- Coldefy, M., Tartour, T., & Nestrigue, C. (2015). De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : Premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*, 205, 8.
- Davagle, M., Gilles, M., Huvelle, F., Istace, L., Van Den Eynde, M., Vanhaverbeke, J., Wacquez, J., & Wautier, D. (2013). *Les carnets de l'éducateur. Exploration de la profession*. CIACO. <http://www.educ.be/carnets2013/carnets.pdf>
- Desjeux, C. (2020, 28 mars). *COVID-19 : Rôle des aides à domicile et réorganisation des aides humaines*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/covid-19-r-%25C3%25B4le-des-aides-%25C3%25A0-domicile-et-r-%25C3%25A9organisation-humaines-cyril/?trackingId=jtTOu0DEQEW0jSfEOIfPpQ%3D%3D>
- Douglas, M. (1986). *Risk acceptability according to the social sciences*. Russell Sage Foundation.
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche et formation*, 76, 107-118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2256>
- Eyraud, B., & Henckes, N. (2013). Entre psychiatrie, travail social et droit civil : Les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968. *Le Mouvement Social*, n° 242(1), 61-79.
- Eyraud, B., & Moreau, D. (2013). Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : De la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier. *Cultures & Conflits*, 90, 117-134.
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : Une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique*, N° 149(1), 207-222.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Editions de Minuit.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). Vers une vraie politique d'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique. *adsp n° 84 - Psychiatrie : mutations et perspectives*, 84, 34-36.

- Henckes, N. (2020). Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : Quelles organisations pour quelle inclusion ? *Pratiques en sante mentale*, 66e année(2), 37-45.
- Henckes, N., Azevedo, M., & Quintin, A. (2018). *Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social : Les appartements accompagnés en santé mentale* [Research Report]. CERMES3 ; Santé Mentale France ; Fondation de France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01880479>
- Hennion, A., & Vidal-Naquet, P. A. (2015). « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : Le care comme éthique de situation. *Sciences sociales et sante*, Vol. 33(3), 65-90.
- Hintermeyer, P. (2014). Ambivalences culturelles du risque. *Le sociographe*, n° 45(1), 11-22.
- Imbert, F. (2010). Qui sont les travailleurs sociaux ? *Les Cahiers Dynamiques*, n° 48(3), 128-136.
- Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (2018). *La fin de l'asile? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*.
- Lajarge, É., Debiève, H., Nicollet, Z., & Piou, S. (2017). 7. L'émergence du risque sanitaire et la gestion des crises sanitaires. In *Santé Publique: Vol. 2ème édit* (p. 149-161). Dunod. <https://www.cairn.info/sante-publique--9782100765331-page-149.htm>
- Laval, C. (2018). Genèse du « Un chez-soi d'abord ». *Vie sociale*, n° 23-24(3), 175-185.
- Laval, C., & Estecahandy, P. (2019). Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*, N° 71(1), 101-110.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020a). *Informations sur l'approvisionnement en masque chirurgicaux en stade épidémique de l'épidémie de coronavirus Covid-19*. Ministère des solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_stade3_ligne_directrice_approvisionnement_masque_ems.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020b). *Consignes et recommandations applicables à l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap du 4 mars 2020*. Ministère des solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_recommandations_accompagnement_handicap.pdf

- Ministère des solidarités et de la santé. (2020c). *Informations sur la conduite à tenir envers les professionnels et publics (familles et personnes accueillies) en phase épidémique de coronavirus Covid-19*. Ministère des solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/employeurs_accueillant_des_personnes_a_gees_et_handicapees.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020d). *Consignes et recommandations applicables à l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap du 2 avril 2020*. Ministère des solidarités et de la Santé. <https://www.fhf.fr/Autonomie/Actualites-FHF-AUTONOMIE/Covid-19-Consignes-et-recommandations-actualisees-applicables-a-l-accompagnement-des-enfants-et-adultes-en-situation-de-handicap>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020e). *Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement des les ESSMS et unités de soins de longue durée*. Ministère des solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_relatif_aux_consignes_applicables_sur_le_confinement_dans_les_essms_et_unites_de_soins_de_longue_duree.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020f). *Consignes et recommandations applicables au déconfinement des structures médico-sociales accompagnant des enfants et adultes en situation de handicap du 9 mai 2020*. Ministère des solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-consignes-essms-covid-19.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020g). *Fiche établissements et services médico-sociaux. Distributions de masques sanitaires par l'État en sortie de confinement (au 11 mai 2020)*. Ministère des solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_distribution_masque_sortie_confinement_esms.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020h). *Consignes et recommandations applicables aux structures médico-sociales pour enfants et adultes en situation de handicap du 24 juin 2020*. Ministère des solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-consignes-esms-ph-covid-19.pdf>
- Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psy*, n° 58(2), 161-174.
- Moreau, D. (2017). Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *L'information psychiatrique*, Volume 93(7), 551-557.

- Moreau, D., & Laval, C. (2015). Care et recovery : Jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord ». *Alter*, 9(3), 222-235. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003>
- Pelletier, J.-F. (2009). *Hébergement, Logement et Rétablissement en Santé Mentale : Pourquoi et Comment Faire évoluer les Pratiques ?* PUQ.
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. La Découverte.
- Quintin, A. (2016). Le logement et l'autonomie. *Pratiques en sante mentale*, 62e année(3), 41-46.
- Rapegno, N. (2019). A comme Autonomie. Dans Fleuret, Gasquet-Blanchard et Hoyer. *Abécédaire de la géographie de la santé : dimension territoriale de la santé*. (p. 7-16). Editions Matériologiques.
- Rapegno, N., & Rosenfelder, C. (2019). *Projet de recherche Convention EHESP/CNSA « Inclure et sécuriser : Les dispositifs d'accompagnement à visée inclusive et le point de vue des personnes concernées »* [Projet de recherche].
- Ravon, bertrand. (2014). Faire avec des normes plurielles et contradictoires : Le travail de l'ambivalence. *Rhizome*, 53. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n53-sante-mentale-se-servir-du-droit-comme-d-un-outil/faire-avec-des-normes-plurielles-et-contradictoires-le-travail-de-lambivalence-1388.html>
- Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuves de professionnalité. Dans Zawieja et Guarnieri *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p. 268-272). Éditions du seuil.
- Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, n° 152(2), 60-68.
- Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, N° 67(1), 74-81.
- Rhenter, P. (2010). La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : Un éclairage historique. *Journal francais de psychiatrie*, n° 38(3), 12-15.
- Rosenfelder, C., & Villez, M. (2018). Regards croisés sur l'alternative dans les habitats « alternatifs » pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement de type EHPAD. *Entre domicile et hébergement collectif - Revue thématique CREA PACA et Corse*, 27-35.
- Rouzeau, M., & Martin, C. (2016). *Vers un état social actif à la française ?* Presses de l'EHESP.

- Velpry, L. (2009). Vivre avec un handicap psychique : Les appartements thérapeutiques. *Revue française des affaires sociales*, 1, 171-186.
- Velpry, L., & Vidal-Naquet, P. A. (2019). Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : La prudence éthique. *Revue française d'éthique appliquée*, N° 7(1), 28-42.
- Vidal-Naquet, P. (à paraître). *Proche de Loin. Le lien téléphonique au temps du Corona*.
- Vidal-Naquet, P. (2013). Le care à domicile : Tact et tactiques. *Recherche en soins infirmiers*, N° 114(3), 7-13.
- Vidal-Naquet, P. A. (2019). Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables. *Raison présente*, N° 209(1), 43-54.
- Zolla, É. (2017). Chapitre 8. Risques sanitaires. In *La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* (p. 209-281). Dunod. <https://www.cairn.info/la-gestion-des-risques-dans-les-etablissements--9782100763214-page-209.htm>

LE HELLEY	Maïna	<Date du jury>
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
« On a juste fait notre taf » épreuves de professionnalité en période de pandémie		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>Cette étude a pour objectif d'analyser les effets de la crise Covid-19 sur les pratiques professionnelles, dans des dispositifs d'habitat à visée inclusive pour des personnes présentant un handicap psychique. Il propose un focus spécifique sur les pratiques de régulation des dilemmes éthiques entre les principes d'autonomie et de respect des libertés fondamentales des personnes, d'une part, et les principes de protection et de sécurisation, d'autre part. Pendant la crise, les fortes contraintes organisationnelles ont engendré différents types d'« <i>épreuves de professionnalité</i> » (Ravon et Vidal-Naquet 2014, 2018). La mise en place du télétravail, par exemple, a engendré des épreuves de la relation entre les professionnels et les locataires. Alors que la présence du virus aurait pu amener les professionnels à privilégier la protection, ils ont continué à se demander comment respecter les libertés individuelles des locataires. Cela correspond à leurs pratiques de régulation habituelles face aux épreuves d'éthicité (Hennion et Vidal-Naquet, 2015).</p> <p>L'enquête a été réalisée dans le cadre du programme de recherche « <i>inclure et sécuriser : les dispositifs d'accompagnement à visée inclusive et le point de vue des personnes concernées</i> » mené par l'école des hautes études en santé publique (EHESP) en convention avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle repose sur des entretiens téléphoniques réguliers auprès de neuf professionnels.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Habitat inclusif – Handicap psychique – Santé mentale – Covid-19 – Pratiques professionnelles – épreuves de professionnalité – épreuves d'éthicité – Autonomie – Protection</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, l'Université de Rennes 1 et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		