



HAL
open science

Droit au logement ou droit au bien-être ?

Mathias Seguin

► **To cite this version:**

Mathias Seguin. Droit au logement ou droit au bien-être?. In Aguilera, T. Rouzeau, M. (dir.). Le gouvernement des solidarités. Enjeux socio-politiques et territoires d'action, Berger-Levrault, pp.225-237, 2020, 978-2-7013-2055-7. hal-04416575

HAL Id: hal-04416575

<https://hal.science/hal-04416575v1>

Submitted on 29 Jan 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Droit au logement ou droit au bien-être ? Le transfert du « modèle du rétablissement » dans le secteur de la prévention des expulsions locatives

Mathias Seguin

En septembre 2017, le CHRS Duranval¹, structure associée à un important organisme relevant de l'économie sociale et solidaire spécialisé dans l'entrepreneuriat social, mettait sur pied un projet de prévention des expulsions locatives au sein du parc social d'une grande ville française. En partenariat avec deux des principaux bailleurs du territoire, ce projet a pour vocation d'expérimenter un nouveau mode d'intervention relevant de l'approche dite « axée rétablissement ». L'idée centrale défendue par ses porteurs étant que les instruments et techniques associés à cette approche permettraient, par le biais d'une augmentation du capital « bien-être » et du renforcement du potentiel psycho-social des locataires, de résoudre pour partie les problématiques contentieuses d'impayés de loyer. En effet, à l'issue de ce projet, les bénéficiaires disposeraient d'une plus grande capacité à agir sur leur propre vie et auraient acquis les moyens d'activer leurs ressources personnelles ce qui, en bout de chaîne, préviendrait une éventuelle expulsion *manu militari*. Cependant, alors que l'idée de rétablissement fut à l'origine constituée dans le champ de la psychiatrie, nous faisons le constat que, dans le cadre du programme « *Se rétablir dans son logement* » (SRDSL), seuls 10 à 15% des locataires en situation de contentieux vis-à-vis de leur bailleur relèvent d'une problématique de santé mentale diagnostiquée. La question se pose donc des raisons de l'implantation de ce modèle au sein d'un champ où la majorité des recherches ont pu montrer que les déterminismes explicatifs relatifs à l'expulsion locative relevaient avant tout de causalités d'ordre sociales, économiques et juridiques (François, 2017 ; Aguilera et al., 2018, Vincent, 2014).

L'approche du rétablissement² repose sur l'idée que les finalités du soin psychiatrique ne doivent plus tendre vers une rémission totale des symptômes mais vers un mieux-être général de la personne et ceci malgré la persistance de la maladie mentale : on ne guérit plus, on se rétablit. En termes de liens de causalité, ces promoteurs³ défendent le principe qu'en se dégageant du diagnostic médical et du statut de patient, la personne serait en mesure de vivre une vie heureuse, utile à la société et intégrée dans la cité. Bien que le rétablissement se décline en une batterie d'idées, d'instruments de mise en œuvre et d'outils de mesure, celui-ci ne se fonde toutefois pas sur une définition homogène et univoque (Assad, 2014, Gagné, 2012, Linder, 2018) pour autant que différents auteurs aient tenté de réaliser cet exercice (Deegan, 1988, Anthony, 1993, Davidson et al, 2005, Provencher, Keys, 2010). Faute, donc, de

¹ Dans un souci de confidentialité vis-à-vis des interviewés, l'ensemble des noms ont été anonymisés ou modifiés.

² Le rétablissement est la traduction francophone de l'expression anglaise « recovery ». Nous conserverons cependant ici l'expression francophone afin de ne pas brouiller notre propos.

³ Nous désignons ici à la fois le réseau de chercheurs participants à la diffusion de cette approche et les praticiens se revendiquant d'une pratique « axée rétablissement ».

cadre théorique et sémantique partagé, nous considérons ici l'idée de rétablissement à partir de la notion de modèle⁴ (Rose, 1991) dans la mesure où si certaines idées, valeurs et principes peuvent apparaître convergents, son usage est quant à lui relatif aux rôles et intérêts des acteurs de sa mise en œuvre.

Pourquoi implanter un modèle issu de la psychiatrie dans le champ de l'action sociale alors même que la majorité des personnes ciblées ne rencontre pas de « soucis » psychiatriques ? Quels éléments, autant endogènes qu'exogènes, peuvent expliquer cette circulation trans-sectorielle ? Comment ce modèle est-il réceptionné ? Quelles conséquences possibles sur le traitement des populations les plus vulnérables ? L'hypothèse que ce chapitre se propose de tester est que, si le modèle du rétablissement, dans son contenu comme dans son application, apparaît largement adapté à une circulation trans-sectorielle, son implantation reste dépendante de l'action des acteurs de la mise en œuvre. Dans ce cadre, la prise en compte empirique des professionnels de l'action sociale « au guichet » permettra de saisir les phénomènes de résistances *au* modèle et d'hybridation *du* modèle, et d'ainsi rendre compte de la difficile opérationnalisation du changement dans le champ de la gouvernance des solidarités.

Nous nous appuyerons ici sur la sociologie de l'action publique centrée sur les *policy transfert studies* (Dolowitz, March, 2000, Stone 1999, Roe, 1994 ; Wolman & Page, 2002) pour saisir les raisons et les modalités de ce transfert, ainsi que des recherches mettant plus fortement l'accent sur l'entrée par les acteurs de la mise en œuvre (Clavier, 2013 ; Dumoulin, Saurugger, 2010 ; Mazeaud et al, 2016 ; Hassenteufel, De Maillard, 2013). Ce cadrage théorique permettra d'éclairer tout autant les phénomènes d'influence et de diffusion (renvoyant à des processus de convergence) que ceux de réception et d'hybridation (renvoyant à des processus de différenciation voire de divergence). Quinze entretiens semi-directifs réalisés auprès de divers acteurs impliqués au sein projet « SRDSL » (acteurs trans-nationaux de la circulation, cadres de direction, chef de service et travailleurs sociaux) et plus d'une centaine d'heures d'observations ethnographiques effectuées dans le cadre de diverses instances relatives à la mise en œuvre de cette expérimentation constitueront la base du matériau empirique de cette analyse.

La première partie de ce chapitre reviendra sur l'origine et les « idées-valeurs » constitutives du modèle du rétablissement ainsi que leurs liens d'affinités avec les évolutions structurelles de la gouvernance des solidarités (1). Au-delà des proximités de référentiels, la seconde partie identifiera différentes caractéristiques exogènes au modèle, rendant ce dernier attrayant aux yeux des acteurs et permettant d'expliquer sa circulation et son implantation dans un secteur qui ne lui est originellement pas destiné (2). Enfin, en dernière partie, nous verrons que même si ce modèle d'intervention apparaît fortement adapté au contexte de la gouvernance des solidarités ainsi qu'aux intérêts d'une partie des

⁴ Pour R. Rose (1991), le modèle renvoie à un ensemble « *d'idées ou de principes généraux qui servent d'outils intellectuels permettant d'envisager autrement un problème et de concevoir de nouvelles réponses [...]* », traduit et cité dans (Delpeuch, 2009 : 156-157).

acteurs, son implantation ne va pas nécessairement de soi, et que l'action des professionnels de la mise en œuvre l'hybride, le modifie voir le ralentisse, régulant ainsi le changement dans le champ de l'action sociale (3).

Un modèle ancré au sein de transformations plus générales du traitement de la question sociale

Historiquement constitué dans le sillage des mouvements citoyens se réclament de l'*empowerment* et de la lutte contre le système asilaire aux Etats-Unis (Le Cardinal, 2013 ; Koenig, Castillo et al, 2014), le modèle du rétablissement est aujourd'hui inscrit à l'agenda des programmes de politiques publiques en santé mentale dans de nombreux pays occidentaux, notamment anglo-saxons (Greacen & Jouet, 2012). Cette mise à l'agenda est le fruit d'une montée en puissance des mouvements d'ex-usagers de la psychiatrie et de leurs familles (Chamberlin, 1990), de la mise en récit de leur parcours (Deegan, 1994, Lette, 1989) et du soutien de chercheurs praticiens ayant concentré une quantité importante de recherches, d'expérimentation et d'articles autour de cette approche (Lauzon & Lecompte, 2002 ; Gagné, 2012). En France, le modèle du rétablissement émerge plus tardivement, à l'orée des années 2010, et ce sont désormais différents organismes et dispositifs qui se revendiquent être « axés rétablissement » dont le label marque l'alignement sur le modèle « originel », considéré comme innovant, performant et répondant aux standards des « bonnes pratiques » en santé mentale. Le projet « se rétablir dans son logement » n'est ici qu'un projet parmi d'autres à promouvoir cette approche qui s'avère être de plus en plus valorisée dans les programmes axés sur la santé mentale au niveau national⁵. Dès lors, si le modèle du rétablissement apparaît comme proche des évolutions nationales des politiques publiques de santé mentale en France (Koenig, Caria, Roelandt, 2018) en est-il de même en ce qui concerne les politiques sociales et les politiques du logement ?

La littérature portant sur le rétablissement se caractérise par la diversité des origines disciplinaires qui s'y rapportent et les idées véhiculées sont largement divergentes. Toutefois, plusieurs dimensions peuvent ici être considérées comme relativement homogènes, que nous présenterons sous la forme d'une configuration *d'idées-valeurs* (Ehrenberg, 2010 ; Marquis, 2016) constituant, selon nous, l'*esprit* du rétablissement :

- 1) Vivre une vie épanouie et améliorer son bien-être quelle que soit sa condition, qu'elle s'illustre par des fragilités psychiques ou des vulnérabilités sociales. Par exemple, dans le cas du projet « Se rétablir dans son logement », l'intervenant social a pour consigne de ne pas orienter l'accompagnement vers la résolution directe de la situation contentieuse mais de laisser la place aux préoccupations immédiates du locataire, dans un objectif exclusif et singulier « d'aller mieux ».

⁵ Comme en témoigne ici le dernier plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015), les orientations plus générales de l'OMS et de la commission européenne ou, sur un autre registre, du développement véloce de modèles proches tels que la réhabilitation psycho-sociale, la « pair-aidance » ou encore le « développement du pouvoir d'agir » (DPA).

- 2) Se remettre en mouvement, constituer un projet de vie et se fixer des objectifs : le modèle du rétablissement repose sur le principe que la réactivation de la personne et la possibilité de se projeter dans un futur désirable seraient les moyens pour celle-ci de réinvestir sa vie et de reprendre du pouvoir sur sa situation. En mobilisant certains outils, comme par exemple le « WRAP⁶ » qui invite la personne à écrire, catégoriser et classer ses différents objectifs de vie, les intervenants sociaux entreprennent de « ré-activer » le locataire à partir de ses envies et de ses projections, pouvant aller d' « ouvrir un salon de toilettage pour chiens » à « devenir astronaute ».
- 3) Engager un processus individuel de résiliation pour redéfinir son soi, dans le sens d'entreprendre un cheminement de reconstruction identitaire tout en prenant en compte les effets du trouble et/ou des vulnérabilités sur son quotidien : ce parcours individuel permettrait à la personne de redéfinir un nouveau rapport avec sa condition d'existence. Ainsi, les professionnels (ou les personnes elles-mêmes) mobilisent différentes techniques, comme *l'entretien motivationnel* ou *l'approche centrée sur les solutions* pour tenter de faire éclore les forces et les ressources individuelles.

En somme, les principales *idées-valeurs* du modèle du rétablissement semblent faire largement écho aux évolutions contemporaines du traitement de la question sociale, et notamment avec celles d'activation des bénéficiaires (Barbier, 2012 ; Linossier, 2017), de psychologisation de l'intervention (Castel, 1981, Fassin, 2004) ou encore d'autonomisation et de responsabilisation des individus (Astier, 2007 ; Duvoux, 2009). Toutefois, si ces notions ne sont pas nouvelles et renvoient à de nombreuses recherches ayant analysée l'évolution des manières de voir et de faire dans le champ de l'action sociale, l'intérêt prononcé pour le bien-être et la santé mentale positive semble, quant à lui, relativement nouveau dans ce secteur et ceci pour une double raison. D'une part, la question du bien-être, en France, bien que de plus en plus présente au sein de différents secteurs tels que le développement personnel (Marquis, 2014) ou le soin (Dhrule, Sicot, 2011), restait cantonnée à ce que Nadia Garnoussi nomme la culture « *des nouvelles classes moyennes* » (Garnoussi, 2018 : 231). Or, nous faisons le constat que cette « *injonction [...] au bien-être* » (Collinet et Delalandre, 2014 : 462) cible désormais les populations vulnérables, populations majoritairement représentées dans le secteur de l'expulsion locative (Desmond, 2016 ; François, 2017). Cette injonction au bien-être, d'autre part, prend place comme variable prépondérante au sein des indicateurs de réussite, ou d'échec, de ce programme. Le bien-être devient une valeur, un objet et une fin en soi, c'est à dire tout autant un idéal, un objectif et un résultat.

⁶ Traduit en français, par les acteurs, par « plan de rétablissement » ou « itinéraire de rétablissement ».

L'adéquation entre les idées véhiculées par le modèle importé et les conditions idéologico-politiques de son espace de réception, cependant, ne permettent pas à elle seule d'expliquer son implantation (Dumoulin, Saurugger, 2010 ; Clavier 2013).

Les conditions d'implantation du modèle : des caractéristiques particulièrement favorables au transfert

Les promoteurs du modèle du rétablissement considèrent, entre autres, que son transfert et son implantation relèvent avant tout d'une réponse pertinente pour faire face aux problématiques budgétaires des ménages dont seules seraient aujourd'hui proposées des aides financières pour résorber la dette locative. Le modèle du rétablissement serait donc mis en œuvre pour répondre à l'écueil de ce travail social cristallisé autour de l'assistanat. Or, au-delà de ce principe directeur, nous observons que plusieurs caractéristiques rendent le modèle du rétablissement attrayant et permettraient d'expliquer en partie son implantation dans le cadre d'un dispositif de prévention des expulsions locatives.

Un premier élément pouvant expliquer le choix du transfert du rétablissement est son origine nationale combinée aux ressources locales dont disposent les acteurs pour assurer son implantation. *« J'ai beaucoup appris des anglo-saxons, et puis dans le domaine de la santé publique on regarde toujours du côté des québécois [...] Voilà. Il faut qu'on se forme à des approches et des techniques autres, Anglo-saxonne. »*⁷. L'origine anglo-saxonne, mais également ses différentes expérimentations au Québec semblent particulièrement attrayantes pour les acteurs, qui restent des sources d'inspiration importantes dans le milieu de l'action sociale en France. En parallèle, certains cadres du groupe disposaient de relations interpersonnelles avec des acteurs ressources reconnus comme compétents sur ces questions⁸, qui se trouvent disposés à former les équipes et à suivre ces dernières sur le temps long par le biais « d'analyses de la pratique ». Ont de plus été recrutés des « experts », formés directement au Canada, sur certains postes clés pouvant accompagner la mise en œuvre de l'expérimentation.

Le modèle bénéficie, en second lieu, d'une représentation relativement prestigieuse dont les acteurs ont dans le temps pris conscience. Plusieurs expérimentations, valorisées par des études et des articles à vocation académique et publiées au sein de revues universitaires, ont permis d'appuyer l'idée qu'à l'étranger le rétablissement est efficace (Anthony et al, 2003 ; Davidson et alii, 2005 ; Sullivan, 1994a). Les acteurs citent régulièrement ces travaux, dont les résultats montrent un maintien dans le logement important lorsqu'il s'agit de politiques du « logement d'abord »⁹ ou d'insertion sociale et professionnelle. De la même manière, les expérimentations francophones, réalisées par des

⁷ Entretien n° 10, Mme L, 54 ans, directrice régionale, grande école de commerce.

⁸ Nous parlons ici d'un laboratoire de recherche Parisien, spécialisé sur les questions de santé mentale.

⁹ Le « logement d'abord » d'abord développé aux Etats-Unis puis repris au Québec, qui consiste à proposer un logement par voie directe (sans passer par les phases d'hébergement ou de logement spécialisé) à des personnes sans-abris.

associations parfois concurrentes, ont acquis un certain succès sur le plan national¹⁰. *« Il ne faut pas qu'on se ringardise, on a laissé passer les expériences de « logement d'abord », on y était pas, pour des tas de raisons. C'est dommage, il s'est joué là-bas des choses intéressantes, faut qu'on se forme »*¹¹. On voit bien ici que, au-delà d'une volonté de transformer les pratiques, il s'agit également d'implanter un modèle considéré comme performant et efficace, dont l'octroi du label est reconnu sur un marché concurrentiel à l'échelle nationale et internationale. Ce label s'avère d'autant plus important que les acteurs observent que : *« C'est la frénésie des pouvoirs publics de mettre du rétablissement partout maintenant [...] dans les appels à projets, paire-aidance et rétablissement, c'est des mots clés à 100 points »*¹². La mise en œuvre du rétablissement répond, de plus, à un enjeu économique de lutte des places sur un marché compétitif. Pouvoir prétendre l'appliquer sur son organisme semble être une plus-value lors de la recherche de subventions publiques et/ou de financements privés dont l'obtention est désormais bien souvent conditionnée à la réponse à appels à projets (Breton, 2014). Les acteurs valorisent le rétablissement en même temps qu'ils critiquent les pratiques plus « classiques » de leurs homologues associatifs ou publics, qualifiant leurs interventions d'obsolètes, d'assistentielles ou encore de déshumanisantes. Appliquer et promouvoir le modèle du rétablissement permettraient ainsi de se distinguer en termes de pratiques et de valeurs tout en se justifiant d'une logique « d'innovation sociale », rhétorique largement valorisée aujourd'hui dans la recherche de fonds publics.

Néanmoins se pose ici la question du transfert du modèle du rétablissement dans le cadre d'appels à projets situés dans le champ de l'action sociale, champ au sein duquel s'inscrit le projet « SRDSL ». Une troisième caractéristique relative à ce modèle semble y contribuer : *« Le rétablissement c'est une approche transposable à n'importe quels types de problématiques. Le rétablissement est adapté à toute personne qui se voit imposer de manière contrainte une nouvelle condition avec laquelle aujourd'hui il doit composer et qui aujourd'hui l'oblige à redéfinir sa vie »*¹³. Si on suit ce raisonnement, la dimension suffisamment large, flexible voire floue permet au modèle du rétablissement d'être implanté dans de nombreux secteurs d'action publique. Moyennant quelques adaptations, il pourrait ainsi être transféré au sein du champ de la santé mentale mais aussi dans le champ de la prévention des expulsions, de la protection de l'enfance, de la lutte contre la toxicomanie etc... Il a de plus pour intérêt, selon les interviewés, d'agréger et de mettre en cohérence une diversité de pratiques et de « mots vedettes » (Gagné, 2014 : 15) initialement mobilisés par les financeurs et les professionnels tels que la « paire-aidance », « l'approche par les forces », « l'empowerment » ou encore « l'aller-vers ».

¹⁰ Nous pouvons ici citer l'expérimentation « un chez soi d'abord » qui en quelques années s'est vu élargie sur la quasi-totalité du territoire national, ou encore au programme « médiateurs santé pairs » qui, désormais, dispose de sa propre formation universitaire.

¹¹ Entretien n°10, Mme L, 54 ans.

¹² Entretien n°10, Mme L, 54 ans.

¹³ Entretien n°1, M. A, 30ans, chef de service du projet « SRDSL ». Formé au rétablissement au Québec, diplôme d'éducateur spécialisé.

Enfin, les travaux récents sur la question des expulsions locatives montrent bien en quoi ce secteur d'action publique relève d'un ensemble de déterminismes structureaux, tels que la précarisation croissante des franges populaires ou les tensions croissantes sur le marché locatif, tout en faisant interagir une grande diversité d'acteurs en concurrence (François, 2017, Vincent, 2014). De la même manière, la diversité des problématiques auxquelles les locataires peuvent être confrontés (troubles psychiques, inemployabilité, maladies chroniques...) sont tout autant de facteurs ayant une influence décisive sur la capacité à se maintenir dans son logement. Pour un acteur associatif isolé, infléchir sur le nombre d'expulsions locatives s'avère donc relativement complexe. À cet égard, le modèle du rétablissement offre les moyens aux acteurs de faire évoluer la manière dont ils considèrent avoir un impact sur le problème des expulsions locatives, et ceci au-delà du seul maintien du locataire dans son logement. L'expulsion n'est, tout d'abord, plus considérée comme un échec en soi, mais comme une étape dans un parcours de rétablissement pouvant avoir une certaine utilité en termes de conscientisation de sa situation. Ensuite, les indicateurs quantitatifs et les objectifs liés au nombre d'expulsions effectives laissent désormais place à des indicateurs plus subjectifs de bien-être, de pouvoir d'agir et de reprise en main de leur existence par les locataires¹⁴. Le but n'est plus alors de prévenir « à tout prix », mais de donner les moyens au locataire de faire ses propres choix, ceci de manière éclairé, rationnel et dépourvu de l'influence de l'intervenant social. Cette transformation des critères d'évaluation permet, en outre, de considérer que si malgré l'ensemble des outils et rencontres proposés au locataire ce dernier se voit *in fine* expulsé, alors cela relève en grande partie de son propre choix. La focale dès lors placée sur l'individu, sa santé mentale et son bien-être répond au besoin de donner à la problématique des expulsions locatives une dimension à « taille humaine » où les acteurs conservent leur légitimité à intervenir.

Ces quatre éléments, l'origine anglo-saxonne et les ressources locales, la labélisation de bonnes pratiques, la plasticité du modèle et la transformation des critères d'évaluation de réussite du programme, apparaissent ici comme des facteurs déterminants, constitutifs du caractère attrayant du modèle du rétablissement et donc de son implantation par les opérateurs.

Des stratégies différenciées d'appropriation et de résistance face au transfert du modèle du rétablissement

Dans la continuité de l'analyse des idées et des intérêts, Harold Wolman et Edwart Page (2002) identifient différents rôles incarnés par les acteurs de la circulation : sources, opérateurs, facilitateurs, receveurs. Un premier niveau d'acteurs, les « sources » (1), correspond aux agents dont les pratiques vont être prises pour modèle durant l'importation. Les sources, en ce qui concerne le projet « SRDSL », se trouvent être de deux ordres. D'une part, les sources québécoises, représentées par les

¹⁴ Cela peut se traduire par la reprise de contact avec la famille, le rangement de l'appartement, le sentiment d'aller-mieux, l'identification d'une force, la verbalisation d'un espoir... bref tout un ensemble de critères en dehors même de la question locative.

figures du modèle et du programme « un logement d'abord »¹⁵, et, d'autre part, par les chercheurs du laboratoire de recherche en santé mentale partenaire¹⁶, qui formeront et accompagneront les équipes sur le temps long dans la mise en œuvre du modèle du rétablissement. Multi-positionnés, transnationaux, diplômés de doctorats (psychiatrie, psychologie, sciences de l'éducation), auteurs, ces personnes sources disposent de capitaux culturels et sociaux relativement importants leur permettant d'asseoir symboliquement le modèle du rétablissement au sein de différentes instances partenariales. Les « opérateurs » (2) sont les acteurs principalement impliqués dans la diffusion du modèle proposé par les sources. Dans notre étude, ces opérateurs sont en grande partie d'anciens travailleurs sociaux devenus chefs de service ou consultants et ont dans leur majorité été formés au rétablissement soit au Québec, soit par des Québécois venus en France. Présents sur différentes scènes et à différents échelons, ils mobilisent divers canaux, comme les formations ou les interventions extérieures, afin d'augmenter la diffusion à un plus large public. Pour ce faire, les opérateurs ont besoin de conditions adéquates pour expérimenter et diffuser leur modèle, conditions mises en œuvre par les « facilitateurs » (3). Peu expérimentés sur la question du rétablissement, mais toutefois intéressés par l'implantation du fait de sa légitimité, les cadres et dirigeants du groupe ont mis en œuvre un contexte institutionnel et organisationnel spécifique (recrutement d'experts, lignes budgétaires spécifiques, formations du personnel, séminaires...) pour faciliter le transfert. Le modèle est ensuite opérationnalisé par les « receveurs » (4) représentés par les intervenants sociaux qui mettent en pratique le modèle auprès des locataires.

Dans leurs travaux, ces auteurs considèrent l'appropriation de ces différents rôles comme dynamique, c'est-à-dire qu'un même acteur peut simultanément tenir plusieurs rôles. À ce sujet, nos observations montrent que les acteurs vont se socialiser et se former dans le but de prétendre à de nouveaux rôles, considérés comme plus valorisants. Ainsi, par le biais de formations, d'analyses de la pratique hebdomadaire ou encore de valorisation du modèle à destination des acteurs locaux, il est demandé aux receveurs de développer des compétences discursives d'argumentation et d'éloquence dans le but de présenter le modèle à l'aune de leurs expériences. Au-delà d'un travail sur soi demandé par le modèle pour transformer leurs pratiques, les intervenants sociaux receveurs vont donc être invités à devenir de futurs opérateurs de diffusion, et donc de changement. Se met ainsi en place une socialisation progressive aux différents rôles en parallèle de l'acquisition de nouveaux apprentissages relatifs au modèle importé, et se construit sur le temps long du transfert un continuum fait de différentes évolutions statutaires et identitaires. Connaître les principes, les maîtriser dans la pratique et les défendre vis-à-vis des partenaires constituent dès lors, pour les acteurs, des vecteurs de valorisation et de distinction professionnelle.

¹⁵ Telle que Patricia Deegan, Jessica Sotto, Hélène Provencher ou Pascale Esthecachandy.

¹⁶ Voir les travaux de Tim Greacen et Emmanuelle Jouet sur le programme Emilia.

Dans ce sens, le concept de circulation semble recouvrir un processus relativement linéaire, permettant de décrire et d'expliquer l'implantation et le développement du modèle au sein du champ de la gouvernance des solidarités. Or, nous avons pu identifier des catégories d'acteurs qui ne rentrent pas dans ce schéma élémentaire de la circulation. L'action de ces acteurs receveurs, que nous nommerons ici « les résistants », entend modifier, hybrider voire ralentir cette implantation. Ces résistants correspondent à deux types d'acteurs. Les premiers sont des acteurs souvent déjà présents sur la structure en amont de l'implantation du transfert. Plus âgés pour la plupart et diplômés du métier d'éducateur spécialisé, ils revendiquent une identité forte vis-à-vis de leur appartenance professionnelle. Les changements notamment symboliques induits par l'implantation du modèle du rétablissement (dissolutions des métiers dans l'appellation « intervenant social », ne plus aller chercher les causes des problèmes mais se diriger vers la recherche de solutions, critique de la formation d'ESS...) engagent ces professionnels dans des stratégies plus ou moins efficaces de résistance comme le refus d'appliquer le modèle dans leurs pratiques¹⁷ ou de faire en sorte que les temps de formation soient perturbés¹⁸. Dans les individus identifiés comme relevant de ce profil-type, après deux années d'expérimentation, quatre sur cinq avaient quitté l'organisme. Les seconds, quant à eux, sont à l'origine des receveurs ayant vocation à devenir des opérateurs. Cette deuxième catégorie de résistants est plutôt composée de jeunes professionnels, ayant pour principal point commun soit de disposer d'un haut niveau d'étude (niveau Master en Sciences Sociales), soit d'avoir repris, en parallèle de leur emploi, une formation universitaire (Master, DU, préparation aux concours de la fonction publique). Soumis à la contrainte et à la pression de devoir devenir des opérateurs (communiquer lors de colloques ou de séminaires, convaincre les partenaires du bienfondé du modèle...), ils deviennent progressivement des résistants, dans le même temps que leurs savoirs et leurs connaissances du modèle progressent. Ils se rendent peu à peu compte que la manière dont est implanté le modèle a des limites, des paradoxes et que certains aspects négatifs ont pu être omis volontairement. Ils commencent dès lors à produire des contre-expertises, à critiquer la manière dont le modèle est implanté et proposent de nouvelles manières de faire qu'ils considèrent comme plus fidèles à l'approche d'origine. Ces deux types de résistants influent de manière différenciée sur l'implantation du rétablissement au sein de l'organisme. Alors que les premiers vont plutôt ralentir le transfert, dans la mesure où ils perturbent les stratégies mises en œuvre par les opérateurs, les seconds vont plutôt chercher à hybrider et moduler le rétablissement à partir de leurs nouveaux savoirs mais aussi en fonction de leurs intérêts propres au sein de l'organisme.

¹⁷ Par exemple, certains intervenants sociaux ont refusé d'expérimenter sur eux-mêmes les outils initialement proposés aux locataires alors que cela était préconisé par les sources et les opérateurs, en argumentant le fait que cela était personnel et n'avait pas lieu d'être dans le cadre d'un exercice professionnel.

¹⁸ Lors de certaines formations, nous avons pu observer que ces acteurs font en sorte de ne pas écouter, dessinent, s'échangent des crayons ou s'envoient des SMS. Lors d'une séquence de formation, l'intervenante est partie avant la fin, très énervée, insistant sur le fait qu'elle ne pouvait pas travailler dans ces conditions.

Si la mise en lumière et l'analyse des formes de résistance ne peut être considérée comme des facteurs surdéterminants dans l'explication des phénomènes d'hybridation durant un transfert, ils semblent néanmoins peser car elles permettent d'observer un phénomène contreproductif du point de vue des opérateurs. Face à des acteurs de la réception disposant d'un haut capital culturel (ici supérieur aux opérateurs), le modèle s'hybride dans la mesure où ces acteurs vont se saisir de ses principes, les faire discuter avec des connaissances exogènes pour engager un processus de « résistance contributive », c'est-à-dire venant non pas remettre en cause le modèle en tant que tel, mais la manière dont celui-ci est « en soi » transféré. Ainsi, si ces acteurs « résistants » ne peuvent en tant que tel influencer sur le transfert du modèle au sein de leur organisme, leur intervention produit des effets sur les conditions et les paramètres de cette implantation.

Conclusion

Il semble que le transfert du modèle du rétablissement au sein d'un programme de prévention des expulsions locatives ne soit pas le seul fruit d'une volonté d'humanisation des relations ni même d'un objectif de réduction des arriérés de loyer et/ou des troubles de voisinage, mais répond plus largement à des transformations plus larges et structurelles que connaissent les politiques de traitement des populations les plus vulnérables ainsi qu'à des intérêts institutionnels et professionnels de positionnement sur un marché concurrentiel. À ce sujet, dans le cadre du programme, ni les dettes locatives, ni les procédures d'expulsion n'ont été ralenties significativement¹⁹. Pour autant, de nouveaux programmes « axés rétablissement », financés par le biais d'appels à projets, sont en cours de développement au sein de ce même organisme.

Alors que le droit au logement inconditionnel apparaissait comme un élément indispensable de la cohésion sociale (Weill, 2017), nous pouvons constater que cette norme dominante vient ici à être discutée lorsqu'il s'agit de prévenir l'expulsion locative. Par le biais de la montée en puissance de l'injonction à la bonne santé mentale, à l'autonomie ou encore à la responsabilité de sa condition, l'accent de l'intervention est désormais placé sur la recherche de l'augmentation du niveau de bien-être du locataire à partir de l'activation de ses ressources personnelles. Sous-tendu par des techniques et des outils empruntés au champ de la psychiatrie et de la santé mentale positive, le modèle du rétablissement apparaît comme relevant d'un label de « bonnes pratiques », dont les modalités et les caractéristiques qui le compose permettent aux acteurs de faire évoluer les critères de réussite du programme tout en valorisant leur position dans le champ de la prévention des expulsions locatives. En axant leurs discours et leurs résultats sur l'augmentation du bien-être et non directement sur l'évolution de la situation locative, ils constituent dès lors des objectifs professionnels « à taille humaine », leurs fournissant ainsi les moyens d'implanter le modèle du rétablissement dans un

¹⁹ Seguin M, (2019) « Rapport d'évaluation intermédiaire du programme « Se rétablir dans son logement » : Caractéristiques, usages et effets du projet « Se rétablir dans son logement » », p.37.

ensemble hétérogène de secteurs d'action publique²⁰. Toutefois, même si les idées véhiculées par le modèle du rétablissement apparaissent en accord avec l'évolution des référentiels de politiques publiques (Muller, 2000) dans le champ de la gouvernance des solidarités, force est de constater que son implantation et le changement qu'il produit reste tributaire de l'action des acteurs de la mise en œuvre. Leur prise en compte empirique s'avère ainsi nécessaire pour saisir les différences entre le modèle importé et le modèle appliqué.

Bibliographie

- Aguilera, Thomas, Florence Bouillon, et Martin Lamotte. (2018) « Politiques de l'expulsion : acteurs, enjeux, effets ». *L'Année sociologique* Vol. 68, n° 1, p.11- 38.
- Anthony, William A. (1993) « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s ». *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, n° 4: 11- 23.
- Anthony, W. A, Roger E.S, Farkas, M. (2003) « Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in a Era of Recovery », *Community Mental Health Journal*, Vol. 39, no 2, avril, p. 101-114
- Assad, Luce. (2014) « L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi ». *Le sujet dans la cité* N° 5, n° 2: p.76- 84.
- Astier, Isabelle. (2007) *Les nouvelles règles du social*. PUF. Le lien social.
- Barbier, Jean-Claude. (2002) « Peut-on parler d'« activation » de la protection sociale en Europe ? » *Revue française de sociologie* 43, n° 2, p. 307- 32.
- Breton, Éléonor. (2014) « Répondre à l'appel (à projets) ». *Politix*, N° 105, n° 1: 213- 32.
- Castel, Robert. (2011/1981) *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Les éditions de minuit. Reprise.
- Chamberlin, Judi. (1990) « The ex-patient's movement: where we've been and where we're going ». *The journal of mind and behavior* 11, n° 3: 323- 36.
- Clavier, Carole. (2013) « Les causes locales de la convergence ». *Gouvernement et action publique* n° 3, p.395- 413.
- Collinet, Cécile, et Matthieu Delalandre. (2014) « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement ». *L'Année sociologique* 64, n° 2, p. 445-467.
- Davidson, Larry, Courtenay Harding, et LeRoy Spaniol. (2005) « Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice ».
- Deegan, Patricia E. (1988) « Recovery: The lived experience of rehabilitation ». *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, n° 4 (1988): 11- 19.
-

- Deegan, Patricia E. (1996b) « Recovery as a journey of the heart ». *Psychosocial Rehabilitation Journal* 19, n° 3: 91- 97.
- Delpuech, Thierry. (2009) « Comprendre la circulation internationale des solutions d'action publique : panorama des policy transfer studies ». *Critique internationale* 43, n° 2: 153.
- Desmond, Matthew. (2016) *Evicted, Poverty and profit in the American City*. Allen Lane., 2016.
- Dolowitz, David P., et David Marsh. (2000) « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making ». *Governance* n°13, 2000, 5- 23.
- Drulhe, Marcel, et François Sicot. (2011) *La santé à coeur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Presses universitaires du Mirail.
- Dumoulin, Laurence, et Christian Licoppe. (2010) « Policy transfer ou innovation ? » *Critique internationale* n° 48, n° 3, p.117- 33.
- Dumoulin, Laurence, et Sabine Saurugger. (2010) « Les policy transfer studies : analyse critique et perspectives ». *Critique internationale* n° 48, n° 3: 9- 24.
- Duvoux, Nicolas. (2009) *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*. PUF. Le lien social.
- Ehrenberg, Alain. (2010) *La société du malaise*. Odile Jacob.
- Fassin, Didier. (2004) *Des maux indicibles*. La Découverte, 2004.
- François, Camille. (2017) « Déloger le peuple. L'Etat et l'administration des expulsions locatives ». Thèse de doctorat, Université Paris 8.
- Gagné, Jean. (2014) « Rétablissement et appropriation du pouvoir : quelques enjeux brouillent le consensus », Texte revu de la présentation à l'atelier 1 Communautés Thérapeutiques : Valeurs et recherches. p.29.
- Garnoussi, Nadia. (2018) « A la recherche du bien-être, déplacements et perspectives », in Isabelle Coutant & Wang Simeng, *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, 227- 46, CNRS Editions.
- Greacen Tim, Jouet Emmanuelle. (2012) *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. ERES. Actualité de la psychiatrie.
- Hassenteufel, Patrick, et Jacques de Maillard. (2013) « Convergence, transferts et traduction ». *Gouvernement et action publique* n° 3, p.377- 93.
- Koenig, Marie, Aude Caria, et Jean-Luc Roelandt. (2017) « Empowerment et rétablissement : quelques repères dans les politiques de santé au niveau international et national ». In *Santé mentale et processus de rétablissement*, par Brice Martin, Champ social Edition. Collectif psychiatrie.
- Koenig, Marie, et al. (2014) « De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme ». *PSN Volume* 12, n° 4, p. 7- 27.
- Lauzon, Gilles, et Yves Lecomte. (2002) « Rétablissement et travail ». *Santé mentale au Québec* 27, n° 1: 7- 34.

- Laval, Christian, Jean Mantovani, Delphine Moreau, et Pauline Rhenter. (2016) « Le programme expérimental “un chez soi d’abord”. Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche. » Dihal.
- Le Cardinal, Patrick et al., (2013) « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives ». *L’information psychiatrique* 89, n° 5, p.365.
- Leete, Esso. (1989) « How i perceive and manage my ilness ». *Schizophrenia Bulletin* 15, n° 2: 197- 200.
- Linder, Audrey. (2018) « Des patients aux soignants : Les appropriations du « rétablissement » par les professionnels de la psychiatrie », *Inter Pares*, n° 7 : 19- 25.
- Marquis, Nicolas. (2014) *Du bien-être au marché du malaise*. Presses Universitaires de France.
- Marquis, Nicolas. (2016) « Performance et authenticité, changement individuel et changement collectif : une perspective sociologique sur quelques paradoxes apparents du « développement personnel » ». *Communication management* Vol. 13, n° 1 : 47- 62.
- Mazeaud, Alice, Magali Nonjon, et Raphaëlle Parizet. (2016) « Les circulations transnationales de l’ingénierie participative ». *Participations* N° 14, n° 1: 5- 35.
- Ministère chargé de la santé, et Ministère chargé des solidarités. « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015» <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>.
- Muller, Pierre. (2000) « L’analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l’action publique ». *Revue française de science politique* 50, n° 2, 2000, p.189- 208.
- Provencher, Hélène, et Corey L. M. Keyes. (2010) « Une conception élargie du rétablissement ». *L’information psychiatrique* Volume 86, n° 7, p.579- 89.
- Roe, Emery. (1994) *Narrative Policy Analysis*. Duke University Press.
- Rose, Richard. (1991) « What is Lesson-Drawing? », *Journal of Public policy*, n° 11, 1991, p.3- 30.
- Stone, Diane. (1999) « Learning Lessons and Transferring Policy across Time, Space and Disciplines ». *Politics* 19, n° 1, p.51- 59.
- Sullivan, W.P. (1994a) « A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness ». *Innovations and research*, n° 3: 19- 27.
- Vincent, Pascale. (2014) « Comment en arrive-t-on à l’expulsion ? » *Informations sociales* n° 184, n° 4, p.42- 51.
- Weill, Pierre-Edouard. (2017) *Sans toit ni loi? Genèse et conditions de mise en oeuvre de la loi DALO*. PUR. Res Publica.
- Wolman, Harold, et Ed Page. (2002) « Policy Transfer among Local Governments: An Information–Theory Approach ». *Governance* 15, n° 4, p.577- 501.

