

# Introduction

Vivre dans un logement paraît être une préoccupation pour tout un chacun. Avoir un toit est considéré, communément, comme une nécessité et répondrait à des besoins quasi vitaux. Il existe, pourtant, de nombreuses catégories de populations pour qui satisfaire ces besoins est de l'ordre de l'aléatoire, voire de l'impossible : ceux qui habitent dans des logements précaires, insalubres, les sans domicile fixe, les jeunes en errance, les sans-abri, ceux qui fuient un domicile parce que la vie y devient intolérable (pour cause de violences et de conflits), les personnes trop vulnérables (par exemple les populations âgées ou handicapées, les malades mentaux) pour qui continuer à vivre chez elles peut être source de périls. En un mot, pour eux la question du domicile se pose en termes difficiles voire dramatiques.

Les pouvoirs publics, dans leur volonté de lutter contre de nombreux fléaux sociaux ou médico-sociaux (la mortalité infantile, l'enfance en danger, les maladies à répercussions sociales telles que la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, etc.), ont été très tôt amenés à s'intéresser aux conditions concrètes de vie des populations, en particulier les modalités d'habitat. La mise en œuvre progressive de politiques publiques de plus en plus nombreuses et de plus en plus pointues, visant à protéger les personnes des risques majeurs, impose d'entrer dans les foyers et de s'intéresser à la vie privée des familles.

Ce mouvement s'est amplifié. La montée en puissance des services divers et variés ayant pour champ d'action le domicile, la multiplication des interventions directes au sein des familles, le projet, parfois marqué d'ambivalence, de « désinstitutionnalisation », c'est-à-dire de développement des prises en charge hors des structures hospitalières, tous ces mouvements sont significatifs du fait que le domicile est devenu objet de préoccupation des pouvoirs publics. Ces pratiques opérant sur les rapports que tout individu noue avec son lieu quotidien de vie ont rendu nécessaire la création d'un

certain nombre d'agents, à l'origine des bénévoles progressivement remplacés par des professionnels (travailleurs sociaux, personnels soignants, médecins, etc.).

Les formes actuelles d'opération de ces professionnels dans l'espace domestique sont les héritières de pratiques anciennes. Les problèmes sociaux évoluant, les modes d'action se sont diversifiés, de nouvelles professions ont pris naissance, d'autres politiques publiques se sont mises en place. Les fonctions du « domicile » comme lieu d'intervention ont, elles aussi, subi de nombreuses redéfinitions.

Quel que soit le fait qui motive la prise en charge, les professionnels rencontrent toujours cette question du cadre de vie des populations. Elle se pose avec une plus ou moins grande acuité selon les difficultés rencontrées par ces publics, mais elle demeure toujours déterminante dans l'action entreprise. Plus spécifiquement, le travail social a toujours eu maille à partir avec le domicile dans la mesure où ce qui fonde son existence, c'est l'action dans la sphère privée des individus : le domicile en est le signifiant majeur.

Intervenir au domicile, qu'est-ce à dire ? Il ne s'agit, certes pas, d'une pratique anodine. Des professionnels, mandatés par des services extérieurs, s'autorisent à opérer au cœur de l'intimité des familles. Pour certains (technicienne de l'intervention sociale et familiale, auxiliaire de vie, assistante maternelle, par exemple), cette pratique définit leur mission et fonde leur identité professionnelle : c'est le « cœur du métier », l'essentiel, voire l'intégralité de leur intervention se déroulant dans un domicile (le leur ou celui de l'usager). Pour d'autres (assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, puéricultrice, infirmier d'un service psychiatrique, éducateur), elle est un outil fondamental, certes, mais complémentaire qui trouve sa place dans tout un éventail de techniques. Pour d'autres encore (médecin, psychologue, par exemple), elle reste très accessoire.

Tous ces praticiens ont une conscience, claire ou diffuse selon les situations, que le domicile est un territoire particulier. Dans ce lieu, leur pratique revêt d'autres significations que celles mobilisées par leur activité dans leur service (hôpital, foyer, secteur social, dispensaire...). Cela imprime une dynamique particulière à leur action, dynamique dont ils mesurent mal les effets. Est activé tout un imaginaire (affects, représentations, etc.) qui infléchit d'une manière incontestable leurs pratiques, voire qui les contrecarre. Ces faits méritent d'être explorés, l'objectif étant de mieux maîtriser certaines conséquences qui pourraient être préjudiciables tant à l'usager qu'au professionnel.

Le domicile reste un des lieux premiers, fondateurs pourrait-on dire, d'inscription des habitants. Cet ancrage territorial est le résultat d'un processus d'appropriation : tout individu veut imprimer sa marque sur son territoire. Mais ce lieu n'est pas « passif », en retour il induit fortement certains comportements et modes de vie de l'habitant. Cette appropriation est,

il faut le souligner, un processus interactionniste entre les deux pôles individu/environnement ; elle témoigne de l'interdépendance entre la personne et son espace environnant. Quand elle est réussie, elle rend possible l'épanouissement psychique et l'adaptation sociale des individus ; dans les cas où elle rencontre trop d'obstacles, elle ne se fait pas ou très difficilement. L'individu ne se sent pas à sa place, il se vit comme étranger et cet échec peut être source d'un mal-être plus ou moins important.

Du point de vue de l'occupant, le domicile représente son lieu de vie, très chargé de valeurs, symboles et significations affectives. Territoire privé, personnel, protégé, il est interdit à tout regard « étranger », telle est sa caractéristique essentielle. Or, avec les interventions des travailleurs sociaux et médico-sociaux, l'habitant voit entrer des représentants de l'espace public dans son « territoire ». Il y a lieu de s'interroger sur les effets induits chez l'intéressé. Suivant le statut du professionnel, le fait motivant son intervention, les problèmes psychologiques et sociaux présentés par l'utilisateur, ses attentes, il est probable que ses attitudes seront très différenciées.

Pour le professionnel, le domicile n'est, dans le principe, qu'un espace de travail parmi les nombreux autres où il est amené à évoluer (bureau, permanence, cabinet, service hospitalier, etc.). Il doit être conforme à des normes précises (hygiène, sécurité, confort), posséder certaines caractéristiques et répondre à des critères définis. Les pratiques vont revêtir des formes extrêmement hétérogènes, en fonction de paramètres nombreux tels que les missions des services, les identités professionnelles, les évaluations, les demandes des usagers, les ressources de l'environnement local du domicile.

Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour deviner que les représentations de ces deux partenaires risquent de ne pas concorder ! Dans certains cas, le hiatus entre les conceptions du praticien d'une part, et le vécu de l'utilisateur-habitant d'autre part, est tel qu'il peut faire obstacle à la prise en charge.

L'intervention au domicile soulève de multiples questions :

– À quels enjeux répond cet intérêt envers le domicile de la part des politiques sanitaires et sociales ? Cherchant à répondre aux attentes supposées des populations, à satisfaire un certain nombre de « besoins » évalués, elles témoignent de préoccupations qui traversent, en fait, tout le corps social. Elles sont liées, en particulier, à l'état de développement économique et technique de la société et aux rapports de pouvoirs entre les groupes sociaux.

– Quelles sont les spécificités du domicile par rapport aux espaces divers et variés où évoluent les personnes (lieux de loisirs, de travail, etc.) ? Un imaginaire particulier semble activé, mobilisant des affects, soutenant l'identité de l'habitant, autorisant certaines conduites sociales.

– Au domicile, les interventions (les multiples formes d'aide, de soin et de soutien) prennent des modalités différentes de celles observées dans d'autres types de structures ou de contextes institutionnels. Quels en sont

les effets sur l'intervention et en particulier sur l'interaction entre le praticien et la personne qui bénéficie de son action ?

Proposer des réponses à ces questions nécessite d'explorer trois domaines :

– les politiques sociales et médico-sociales, d'abord, qui servent de cadre à ces différentes pratiques et qui s'imposent aux praticiens ;

– l'intervention professionnelle dans les multiples dimensions de cette interaction ;

– enfin, les expériences de vie de l'habitant, par les significations singulières investies dans son lieu de vie. La diversité des termes dénommant une réalité unique est révélatrice : *logement* (si l'on se place du point de vue des élus, des « décideurs », des responsables administratifs, des technocrates ; en un mot, c'est le langage du pouvoir), *domicile* (comme territoire d'intervention, terme utilisé par le travailleur social ou le conseiller juridique), *chez-soi* (propre au vocabulaire de l'habitant cherchant à se faire reconnaître comme sujet).

L'ouvrage cherche à articuler ces trois approches dans un développement en quatre parties.

La première évoque le cadre, les politiques sociales. Promulguées par les pouvoirs publics, elles fondent et légitiment les mille et une formes d'intervention. Même s'il n'y est pas fait toujours et explicitement référence à la notion de domicile, toutes ces politiques ont des effets, d'une manière directe ou indirecte, sur le lieu de vie des habitants, à telle enseigne que l'on est en droit de dire que le domicile acquiert un statut de véritable catégorie de l'action sociale. Ces pratiques nombreuses et extrêmement disparates peuvent être regroupées, d'une manière nécessairement schématique, dans quatre projets : le soutien du groupe familial dans son cadre de vie, la lutte contre le « mal-logement », le maintien à domicile de populations en grande vulnérabilité, l'accueil et le placement (dénommés « domiciles de substitution »).

Cette étape précisée, il est nécessaire de s'intéresser à l'occupant objet de cette prise en charge. Les références aux « besoins », aux « attentes » des populations concernant le domicile sont constantes. Quels sont-ils ? La réponse à cette question exige que l'on se situe, résolument, du point de vue de l'habitant<sup>1</sup> afin de comprendre les fonctions, psychiques et sociales, qu'assure le domicile. C'est à l'examen des rapports que noue l'habitant avec son lieu de vie qu'est consacrée la deuxième partie. Des éléments d'une « clinique » du vivre à domicile sont proposés.

Variables selon de multiples indicateurs (âge, statut, origine ethno-culturelle, catégorie socioprofessionnelle, appartenance idéologique, etc.), ces modes d'appropriation se manifestent sous des formes très diverses. C'est un lieu commun de la sociologie, chaque groupe social véhicule ses propres

---

1. Suivant les services, la dénomination varie : usager, bénéficiaire, ayant droit, allocataire, assuré, patient, personne accompagnée. Dans le cours de l'ouvrage, par commodité de langage, nous retiendrons le terme d'usager.

conceptions du domicile. Dans la troisième partie, trois populations couramment rencontrées par les professionnels ont été retenues pour illustrer ces variations : travailleurs immigrés, personnes âgées, malades mentaux.

La quatrième et dernière partie traite de l'intervention au domicile. Elle explore l'imaginaire mobilisé dans ce type de pratique caractérisée par le fait pour un professionnel de quitter son lieu « normal » de travail pour opérer dans un espace non prévu pour cela, à savoir l'intimité des familles. Quels sont les effets, pour le professionnel, de cette confrontation à cette intimité qui peut, par certains aspects, paraître inquiétante ? Comment l'usager perçoit-il cette prise en charge et quelles attitudes sera-t-il amené à adopter ? Sont interrogés là, les rapports entre sphère privée et domaine public, entre ce qui relève du registre personnel et ce qui renvoie au champ professionnel, entre respect de l'intimité de l'autre et l'interventionnisme intrusif, entre étayage et contrôle normalisateur. Les lieux d'accueil, qu'on pourrait qualifier de « domicile de substitution », rassemblent d'une manière exemplaire ces questions, ce qui justifie qu'un chapitre spécifique leur soit réservé. De fait, entre injonctions des politiques publiques, logiques des services, stratégies des professionnels et dynamiques subjectives des usagers, on peut se demander si nous ne sommes pas face à une gestion sociale de l'intime.

Cet objet (le domicile) est, on le devine, une réalité complexe, et les pratiques qui s'y consacrent sont foisonnantes. Se présentant sous des facettes extrêmement diverses, son étude nécessite de s'intéresser à de nombreux autres phénomènes qui y sont associés (politiques sociales, modes d'appropriation de l'espace, fonctionnements familiaux, imaginaire social, dynamique intrapsychique). Le risque est réel d'induire chez le lecteur un sentiment de morcellement ou d'incohérence face à la multiplicité des thèmes soulevés par l'exploration de cette réalité. Le sociologue Bonetti évoquait déjà ce risque dans son excellent ouvrage *Habiter, le bricolage imaginaire de l'espace* (1994).

On comprendra aisément que cet ouvrage ne se veut pas :

- un exposé sur les politiques sociales en faveur de l'habitat ;
- un manuel sur les différents métiers touchant l'aide à domicile ;
- un précis technique sur les méthodologies de l'intervention à domicile ;
- un guide sur les différents services et structures agissant dans ce champ de l'action sociale et médico-sociale.

Il existe déjà de nombreux ouvrages traitant de ces différents sujets. Dans le fil de l'exposé, ils pourront faire l'objet de développements éventuels ; mais ils restent trop restrictifs, renvoyant toujours aux actions à domicile, c'est-à-dire à l'intérieur des limites de l'espace domestique. Dans l'expression « intervention *au* domicile », on se situe à un niveau plus global, on fait référence aux multiples pratiques visant ce lieu dans toutes ses dimensions.

Notre projet demeure la mise à jour des significations sous-tendant toutes ces actions pour les différents acteurs impliqués (le professionnel, ses partenaires, l'usager et son environnement familial et social). Pour atteindre

cet objectif, seront exploitées des données tirées du contexte social global (politiques sociales et familiales, paramètres démographiques, évolutions des mentalités, etc.), des fonctionnements organisationnels (valeurs, culture), des spécificités sociales des populations prises en charge et des dynamiques subjectives des différents acteurs mobilisés.

Les nombreux professionnels impliqués, à des degrés divers, dans cette question du domicile (travailleurs sociaux, médecins, soignants et paramédicaux, architectes, ergonomes, etc.) se doivent d'être très vigilants sur la qualité des liens que l'habitant tisse avec ce lieu. Mettre à jour les modalités d'appropriation de l'espace domestique est une bonne entrée pour comprendre les rapports qu'un individu (ou un groupe social) entretient avec son environnement et plus globalement avec le monde. Faire l'économie de cette étape risque d'entraîner des malentendus qui, s'ils ne sont pas levés, feront échec aux tentatives pour améliorer la situation concrète des populations suivies.