

Santé mentale et visite à domicile : clinique de habitat.

Octobre 2025

Généralités

Nous vous proposons une approche élargie du travail sur autrui à domicile par des professionnels de la psychiatrie ; d'un simple déplacement géographique à première vue, à la réflexion théorico-clinique et aux mouvements transférentiels qu'engendrent cette démarche de soin.

Ce regard sociologique et clinique est le fruit d'expériences multiples en psychiatrie générale en en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et bien sûr d'une exploration non exhaustive de la littérature à ce sujet.

Ce texte a pour objectifs d'être partagé au plus grand nombre de professionnels intervenant à domicile et de susciter discussions ou débats au sein des équipes. Cet écrit pourra d'ailleurs engendrer largement une réflexion vers une autre dimension qu'est l'éthique du soin à domicile que cela soit en VAD ou en équipe mobile.

Abstract :

L'intervention au domicile, l'HAD (hospitalisation à domicile), la VAD (visite à domicile) 'la DAD (démarche à domicile) ou l'EM (équipe mobile) dans un mouvement d'« Aller vers », l'intervenant est invité voir accueilli dans l'espace de vie de la personne concernée. Le logement de l'usager, son espace privé produisent un effet « **feedback** » en exprimant par un discours muet et inconscient la vie intérieure du sujet.

L'habitat est l'un des indicateurs de la santé, il constitue un espace privilégié où l'ordre, le désordre, l'aménagement du mobilier, la décoration, la propreté, les odeurs, la distribution des pièces, l'environnement physique et matériel nous délivrent de nombreux indices entre la santé mentale de l'occupant et son lieu de vie. *Comprendre l'habitat nous aide à mieux comprendre comment la personne habite son corps.*

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne l'accès à un logement de qualité comme l'une des conditions de base pour mener une vie saine et comme un déterminant majeur de la santé. Agir sur le logement est un levier important susceptible d'améliorer l'état de santé des habitants au sens de la définition globale de la santé de l'OMS intégrant les aspects physiques, mentaux et de bien-être social

Par-delà les conduites obsessionnelles d'ordre et de propreté ou des désordres qui font référence à l'accumulation et l'incurie (syndrome de Diogène) ou encore à la syllogomanie (accumulateurs compulsifs), il semble intéressant d'aborder ces différentes problématiques à travers le prisme de l'habitat et de son effet miroir sur la santé mentale.

INTRODUCTION

Avant d'explorer plus avant la question de l'habitat en tant que lieu de vie, il semble nécessaire de s'interroger sur le mouvement à la fois physique et psychique de l'« **Aller vers** ». Nous explorerons ensuite la fonction révélatrice de l'**habitat** « L'habitat renvoie de nombreux signaux aussi bien sur notre santé physique que sur le reflet de notre état psychique. »(Alberto Eiger psychanalyste) Pour élargir notre réflexion nous aborderons une approche socio culturelle des lieux de vies qui nous amènera par la question du bien-être et des données transférentielles aux expériences sensorielles engendrées par l'intervention à domicile

Enfin nous tenterons de mettre en lien **des corrélations entre habitat et certaines maladies** psychiques et la gestion des intimités par les équipes de soins (Intimité de l'habitant obligé de se dévoiler devant un étranger, et intimité de l'intervenant confronté à l'intime d'un inconnu.

Notre conclusion nous amènera vers une question centrale qui nous à parcouru tout au long de notre réflexion !

1 « L'aller vers »

Les origines de « l'Aller vers » :

L'« aller vers » est l'un des outils qui a irrigué divers axes de l'intervention sociale tout au long du 20ème siècle tant en Amérique du Nord qu'en Europe surtout en faveur de la précarité, la pauvreté et la cohésion sociale.

La démarche d'aller au-devant des populations en marge n'est guère une nouveauté. Elle se situe au contraire dans les démarches de l'intervention sociale dès le XIXème siècle qui consistait à se rendre dans les espaces publics où vivent les personnes à la rue afin de tisser des contacts avec elles.

L'expression « l'aller vers » est aujourd'hui largement usitée dans les préconisations du plan « Ma santé 2022 » élaboré dans les suites de la pandémie et la mise à jour de ses conséquences (ruptures de soin, difficultés pour accéder aux structures, recrudescence des suicides et isolements) qui montrent les limites d'un système hospitalier centralisé et la nécessité d'un accompagnement de proximité.

Les objectifs de « l'aller vers » :

Les objectifs sont toujours d'actualité : Lutter contre le « non-recours », prévenir la « **Désaffiliation sociale** » ; des enjeux de l'intervention « hors les murs » auprès de personnes qui ne sont pas nécessairement en demande en présentant une posture éthique se définissant **par une écoute attentive ; une juste distance relationnelle et le libre choix des personnes concernées**. L'« aller- vers » réactive la notion de **prévention** en se présentant comme un levier permettant de combattre à la source les inégalités. C'est une volonté d'agir préventivement en intervenant en amont, plutôt que de réparer des problématiques déjà installées depuis longtemps.

Aujourd'hui les équipes mobiles ont élargi la palette de l'« aller vers » qu'elles envisagent comme une intervention précoce, curative ou de suivi post hospitalisation (réhabilitation psychosociale).

« L'aller vers » en France :

L'« aller vers » en France s'est surtout déployé à la suite de la parution du **plan pauvreté** concernant « **La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté** » 2018/2021 qui porte l'ambition de lutter contre l'isolement, le sans-abrisme, le repli sur soi, et le renoncement aux droits des personnes les plus en difficultés. Ce plan étant un encouragement auprès des professionnels et les institutions à développer les démarches « d'Aller vers » les personnes en difficulté.

L'« aller vers » est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, ou d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de *non-demande* repérées auprès de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables). Les mises en relation ont pour but de créer, non seulement des **liens** entre les personnes concernées, les professionnels et les organisations, mais également de donner à chacun la possibilité de renforcer sa capacité d'analyse des comportements et des pratiques.

« L'aller vers » : une mobilité psychique

« L'Aller vers » n'est pas seulement un déplacement géographique c'est une démarche qui engage les professionnels de santé à se situer dans une pratique pro active permettant d'entrer en relation avec la personne concernée. C'est un mouvement, une mobilité psychique qui implique une **disponibilité** (J P Falret psychiatre) et une écoute attentive comme le précise dans une publication Vincent Garcin (Pédopsychiatre) « **Être mobile pas seulement pour être mobile mais pour être disponible** »

« L'aller vers » entraîne pour le visiteur une part d'incertitude et d'inconnu. Il se peut qu'une perte de maîtrise de l'espace géographique et de la temporalité soient vécus loin de l'institution et de la sécurité des murs et de l'équipe. L'insécurité peut toucher le professionnel ; qui devra mettre en œuvre ses capacités d'adaptation et de créativité et poser des repères temporels pour construire le lien qu'il conviendra de tisser.

« L'aller vers » c'est aussi une dimension d'engagement corporel, d'énergie. C'est aussi une mobilisation des sens. Ces sens vont être activés et renvoyer des signaux, des perceptions ou encore des sensations entraînant parfois une réaction intuitive de notre cerveau, alternant mouvement ou inertie voire même sidération et peur.

« L'aller vers » : une approche sémantique

Michel DUGNAT pédopsychiatre rappelait lors de son intervention au congrès des équipes mobiles en psychiatrie en septembre 2022 l'importance de la signification des mots employés.

- « L'Aller vers » : la préposition « vers » nous donne une direction, une orientation généraliste : « aller vers » la précarité, la crise, une population ... (distance **sociale**) ...
- « L'Aller au près » c'est le mouvement qui permet de se déplacer vers une personne particulière avec une notion effective de distance relative. (Distance **publique**)
- « L'Aller auprès de » c'est le déplacement au plus près d'une personne identifiée, tout proche, à côté, à proximité. En unité d'hospitalisation on va auprès du lit du patient (distance **personnelle**)

*Les équipes mobiles se déplacent le plus souvent vers le domicile, l'**habitat**, la **maison**, l'habitation, le toit, l'abri, mais aussi vers la tente, la caravane, le carton Ces lieux intimes, lieux symboliques déploient des signaux et des sensations, aussi bien chez le visiteur que le visité.*

2 L'HABITAT

Habiter :

Habiter est d'abord « *séjourner en un lieu de manière stable et durable* » (Littré)

Habiter et être : une vraie synonymie en ce sens de nombreux auteurs a déjà évoqué les rapports étroits de langues anciennes entre **les verbes être et habiter** J'habite vint parfois à signifier « je suis »

L'habitation est le fruit d'exister, d'être conscient, d'être sur terre.

Didier Anzieux (psychanalyste) dans son ouvrage « le Moi peau » montre les analogies remarquables entre les fonctions du moi peau et l'habitat les deux axes constituent une interface du sujet avec le monde.

. L'animal n'habite pas il s'abrite ; contrairement à l'homme. L'animal à peu d'emprise sur son terrier, son nid, son aire il s'abrite temporairement dans un espace dans une démarche immédiate de

protection. L'homme transforme et modifie son espace pour en faire un chez lui, à travers des mécanismes d'intentionnalité et d'appropriation il aménage son habitat au regard de ses angoisses et ses humeurs ; L'homme doit habiter son corps avant de prendre conscience de l'espace extérieur à son corps.

L'habitat /la maison : Ses représentations dès le plus jeune âge

Le dessin de la maison chez l'enfant est resté peu étudié par rapport au dessin du bonhomme et du test de l'arbre. En effet peu de recherches ont été repérées à ce jour de la part des psychanalystes et pédopsychiatres sur le thème.

Marie Christine Duriez a posé son regard sur les représentations de la maison chez l'enfant elle a pu mener une enquête « Initiation à l'architecture et édification mentale » auprès de dessins d'enfants de différentes cultures. L'enfant dessine rarement la maison qu'il habite mais plutôt celle de son imaginaire. **La construction est le plus souvent carrée composée de quatre murs, d'un toit en pente quelle que soit sa culture et le pays où il réside.**

Sa représentation est celle d'une **maison individuelle** (sentiment de liberté) qui prédomine, l'appartement, la caravane rentrent peu/pas dans l'imaginaire enfantin. La définition spatiale des volumes d'une maison est très homogène : **la cave (lieu des représentations négatives, punitives.) En RDC la cuisine, le salon et la salle à manger (lieu privé mais pouvant être lieu de rencontres sociales), les chambres et salles de bains en étage (lieu intime qui reste hors du regard) et le grenier (lieu de stockage des souvenirs, des ancêtres...)** La maison est généralement entourée d'un jardin (alimentaire /aération) et où l'on retrouve les animaux domestiques.

Appréhender la figure de la « maison » à partir de la psychanalyse permet de questionner des notions telles que la « frontière » ou le « chez-soi ».

La philosophie de Heidegger et Bachelard (philosophes) font de l'habitation le trait fondamental de la condition humaine : l'homme est d'abord étranger au monde, qu'il doit précisément habiter. Pour Bachelard, la maison protège l'homme du monde, elle est à l'origine de l'imaginaire et de la dialectique du moi/non-moi

Le lieu de vie, l'habitat : lieu d'intervention principal pour les démarches en équipe

mobile : Une enquête menée auprès de 300 équipes mobiles (JP BURNICHON) sociologue 2018 laisse apparaître que 82% des déplacements se font au domicile ; l'habitat étant le lieu principal d'intervention des équipes mobiles en psychiatrie ; nous nous attacherons donc ci-après particulièrement au concept de l' « habitat ».

Le concept de l'habitat :

C'est un lieu qui préserve l'individu de toute agression extérieure, il incarne un vrai attachement, c'est pourquoi les expulsions sont si mal vécues.

Ce sentiment de protection se retrouve chez **les enfants dans la construction de cabane** (un de leur jeu préféré). Leur maison/cabane reste le lieu de rêverie ; une construction protectrice inaccessible aux parents, c'est une appropriation d'un espace à soi, un lieu secret.

Nous retrouvons dans la littérature médicale des pathologies rattachées au retraitement à domicile ; *Le syndrome de la cabane, le syndrome d'auto exclusion, le syndrome de la caverne, le syndrome de l'escargot, les hikikomoris (isolation prolongée au Japon), la phobie sociale (déclassifiée par le DSM 5 trouble de l'anxiété social), trouble de la personnalité évitante.*

Le terme de « maison » est utilisé de manière diverse comme la maison de poupée, la maison de santé, de repos, d'arrêt, de retraite. La dénomination maison confère une note d'accueil, d'hospitalité et de sécurité à l'endroit nommé mais aussi d'un espace à l'abri des regards extérieurs. Un produit « fait maison » est symbole de qualité.

L'arche de Noé était une maison sur un bateau, Dieu apparaît très précis dans ses instructions : dimensions, bois utilisé, étanchéité de l'embarcation, structure de l'arche : les ordres donnés par Dieu sont clairs ! Il apporte des précisions sur la hauteur, la largeur et la longueur de l'abri qui devra contenir sa création. L'arche doit être munie d'un toit et d'une entrée sur le côté, elle doit également contenir trois étages. (Extrait de la genèse).

Les différentes fonctions de la maison/habitat :

Cinq fonctions sont identifiées :

La fonction de contenance : différenciation entre extérieur et intérieur afin de délimiter une certaine intimité réconfortante

La fonction d'identification : la famille laisse ses marques, ses odeurs la maison traduit des goûts et préférences personnelles.

La fonction de continuité historique : ou la mémoire va jouer son rôle de liant dans la mémoire des occupants.

La fonction créatrice : par la conception des lieux, le choix de la décoration et des objets.

La fonction esthétique : qui vise à rechercher une beauté dans l'harmonie de l'environnement.



L'habitat, le logement : un toit répondant aux besoins physiologiques

Tel que le théorise Abraham Maslow (psychologue américain) qui hiérarchise par sa pyramide les besoins élémentaires de l'homme ; « le logement est un déterminant fondamental de la santé : l'habitat fonde le socle des besoins physiologiques essentiels au bien-être physique, psychique et social, c'est aussi un facteur d'appartenance et de sécurité ».



Copyright www.manager-go.com



Le concept du « **Housing first** » aux USA et d'« **un chez soi d'abord** » en Europe à largement démontré que soigner quelqu'un c'est avant tout de faire en sorte que la personne soit dans une situation sécurisée et suffisamment confortable pour qu'elle puisse s'inscrire dans une démarche de soins et non pas dans une situation précaire qualifiée de sans-abri. Dans l'habitat devenu sien l'homme se sent tout à la fois en sécurité physique que psychique

La maison a un inconscient évoque le psychanalyste Alberto Eiguer « *L'habitat renvoie de nombreux signaux aussi bien sur notre santé physique que sur le reflet de notre état psychique.* »

Le choix de sa maison, de son mobilier, de sa décoration, l'agencement des pièces... ne sont pas le seul fait des décisions conscientes. Ce que nous projetons sur cet espace est aussi de l'ordre de l'inconscient, la projection la plus importante est celle de notre corps. La maison reste une métaphore puissante du corps.

Comme notre corps, la maison comprend différents endroits auxquels se rattachent des fonctions déterminées ; manger, dormir, se reproduire. Comme le corps on attend de la maison qu'elle nous protège de l'extérieur qu'elle nous enveloppe. Comme le corps la maison met en lien des membres qui forment ensemble une famille.

C'est aussi le lieu des pulsions rattachées à des lieux précis ; pulsions orales /cuisine et salle à manger, anales/sanitaires, pulsions scopiques et invoquantes/salon, pulsions sexuelles /chambre d'où : certaines pièces relèvent du privé d'autres de l'intime.

Face à un danger on dit qu'il y a *péril en la demeure*, d'une personne déboussolée on dit qu'elle *ne sait plus où elle habite* ! Quand on s'agite on dit qu'on *déménage*, et lorsqu'on est bien nous disons que nous sommes bien dans notre *intérieur* (une part de nous-même).

En Chine l'image de la mort se nomme « *bris de toit* » Les nomades tendent une toile entre ciel et terre pour faire toit, dans l'Egypte ancienne les pharaons emmenaient le mobilier de leur habitat (dans leur pyramide/tombeau) pour un déménagement vers l'au-delà dans leur dernière demeure !

Comme l'espèce animale nous avons besoin d'un territoire et d'y déposer nos odeurs que nous sommes seules à reconnaître !

Se sentir chez soi, c'est d'abord réussir à imprégner ce lieu d'effluves odorants familiers, lorsqu'on emménage, on repeint, on nettoie à la javel, on efface la trace de l'ancien occupant ; notre habitation devient alors une part de nous-mêmes (notre intérieur). Habiter ne se résume pas seulement à un instinct de protection face à une nature parfois hostile, c'est avant tout un acte de civilisation et l'essence même du fait humain.

3 Approche socio- culturelle : des points importants !

Le Feng shui :

Le Feng shui est une technique ou art millénaire chinois et tibétains, il est apparu il y a plus de quatre mille ans et a pour but d'optimiser la circulation de l'énergie (le CHI) dans un espace par l'aménagement de l'environnement. Développé il y a une trentaine d'années en France elle fait souvent l'objet d'une prise en compte par les architectes et les décorateurs dans la construction et l'aménagement d'un logement.

C'est plus un art de vivre qu'une médecine qui recherche l'harmonie (le TOCO) apaisante et équilibrante **en partant du principe que les lieux de vie sont le reflet de leurs habitants.**

Le Feng shui facilite la circulation de l'énergie en évitant les blocages (yin/yang) des notions pratiques dans les différents lieux de vie sont à prendre en compte par exemple : dans la salle à manger la porte doit rester ouverte et le canapé adossé contre un mur, dans la chambre le lit ne doit pas être face à la porte, pas de plantes, pas de miroirs, pas de télé, pas de point d'eau dans l'espace nuit.

Le Hygge :

Le Hygge est un art de vivre dans les pays scandinaves et plus particulièrement au Danemark et en Norvège. La maison est le nid et le centre de votre vie sociale si l'on en croit le livre « The Little Book of Hygge » de M Viking ; « plus de sept Danois sur dix affirment que le bonheur et le bien-être se trouvent dans leur foyer. »

Habités à rester chez eux lors des longues soirées d'hiver qui jalonnent leur calendrier, les Danois et Norvégiens reçoivent beaucoup. Dehors il fait trop froid alors les activités entre amis se font en intérieur, notamment autour de jeux de cartes et de société. C'est aussi en raison de tout ce temps passé chez eux que les Danois (et les Scandinaves en général) ont développé un tel sens de la décoration intérieure. Quitte à rester cloîtré, autant que l'environnement soit beau.

Le Vastu Shastra :

C'est le Feng shui indien, en fait c'est l'ancêtre du Feng shui amené en Chine par des moines bouddhistes au 5ème siècle. Il s'agit de la science sacrée ou médecine de l'habitat/ habitation étant une extension de l'être elle nous permet de soutenir notre vitalité notre énergie vitale et notre santé mentale. Cette science étudie l'orientation de l'habitation, la disposition des pièces la décoration et le flux des énergies. Le vastu shastra travaille sur l'influence des lieux et leur impact sur la santé mentale.

Architecture et santé mentale :

Hippocrate médecin grec 460 avant J.C. avait été l'un des premiers à affirmer l'incidence des facteurs environnementaux, y compris le logement et la planification urbaine peuvent avoir une influence sur la santé mentale des individus. » Les espaces que nous habitons régulièrement ont le potentiel d'augmenter notre niveau de stress ou d'anxiété ou au contraire de contribuer au bien-être.

La psychologie environnementale

Psychologie transdisciplinaire qui associe anthropologie, psychologie, philosophie, sociologie et histoire pour analyser les perceptions et les comportements de la personne en relation avec son environnement physique et social dans lesquels elle évolue tous les jours.

La psychologie environnementale considère la relation à l'espace et au vivant qui nous entoure comme un **système interdépendant complexe** dans lequel le rôle et la valeur sont déterminés par la perception et l'évaluation subjective dont un végétal, un animal ou un lieu est l'objet

La neuro-architecture :

C'est une collaboration entre neuroscientifiques et architectes travaillant ensemble et dont l'objectif est la conception d'espaces axés sur le fonctionnement du cerveau de ceux qui les occupent. La neuro-architecture est une discipline spécifique qui se concentre sur la façon dont l'environnement modifie la chimie du cerveau donc des émotions, des pensées et des comportements.

Certaines équipes mobiles de réadaptation ont en ce sens intégrées dans leur équipe d'intervention un ergothérapeute qui outre favoriser l'autonomie de la personne va accompagner le retour au domicile Il facilitera ainsi le maintien dans le milieu de vie en répondant aux besoins et préférences de l'utilisateur dans l'aménagement, l'adaptation et la circulation dans son intérieur.

L'intérieur de la maison et le rapport à l'environnement :

L'environnement de la personne se compose de plusieurs dimensions :

L'environnement physique : ensemble des caractéristiques matérielles du lieu et des objets qui l'occupent ;

L'environnement humain : ensemble des sujets liés au lieu par des rapports de contiguïté (voisin, famille, proches, amis ...)

L'environnement vivant non humain : ensemble des entités animales et/ou végétales qui cohabitent avec l'habitant au sein de l'habitat.

Une maison « vide » traduirait-elle d'un vide intérieur ? (A Eiguer) L'intérieur d'une maison révèle ce que ses habitants ont dans la tête. En découvrant une maison vide on est tenté de penser qu'il y a un manque chez la personne, cela peut refléter l'absence de liens avec ou au sein de la famille, une vie imaginaire affaiblie, un épuisement voir des symptômes qui font perdre l'envie de construire ! Des éléments matériels (les portes, couloirs, fenêtres ou volets) témoignent des circulations entre le sujet et les autres.

La porte de la maison : une approche symbolique

Sur le plan psychanalytique, la porte symbolise la séparation entre le conscient et l'inconscient. Ainsi, derrière la porte peuvent se trouver des ressources enfouies, ou des souvenirs refoulés, des angoisses réprimées.

Accepter d'ouvrir la porte, c'est lâcher prise, s'élançer vers l'inconnu, plonger en soi pour accepter de se connaître vraiment.

La porte a le pouvoir d'ouverture ou de fermeture, d'échange ou de rupture. Elle sépare le sacré du profane, le sédentaire du nomade, etc... Une infinité de sens, de possibles binaires suggérés par sa seule image en fonction se dégage.

La porte est liée à la maison, symboliquement l'utérus maternel qui accueille, protège, réchauffe. Dans l'utérus, paradis perdu, nous ne retournerons pas. Il nous reste la maison comme refuge, qui grâce à la porte offre protection ou liberté suivant que l'on veuille entrer ou sortir. La porte est paradoxalement l'expression même de la séparation et de la relation : déliance/reliance. **Porte fermée** : séparation ; **porte ouverte** : relation ; porte **entrouverte** : invitation possible ? La porte est limite mais aussi lien entre soi et le reste du monde, entre la protection et le risque, l'intime et l'universel, l'approfondissement et l'aventure. **Leclercq** "Le Portier du Temple Detrad, 1999).

La porte est le point d'accueil du visiteur et du visité. C'est l'ouverture à l'autre la poignée de mains que l'on partage, l'accordage, la liaison et la reconnaissance de l'inconnu. L'accueil est un seuil qui va déterminer l'encordage voire l'arrimage de la relation.

4 L'intervention au domicile ; une expérience sensorielle

Le sens du mouvement (Alain Berthoz physiologue) :

Les philosophes comme Sartre ou Merleau-Ponty ont prétendu comment nous pensons avec tout notre corps.

Aux cinq sens traditionnels - l'odorat, l'ouïe, la vue, le toucher et le goût - Alain Berthoz en ajoute un sixième : la kinesthésie ou sens du mouvement. On l'a oublié parce qu'il n'est pas apparent, les capteurs kinesthésiques se trouvent répartis dans tout le corps et non pas concentrés dans un organe spécifique ; et pourtant, il y a un plaisir du mouvement, exécuté ou perçu, comme il y en a un de chacun des autres sens.

Il n'y a pas de mouvement sans pensée ; nous prenons la décision de marcher, de courir, de sauter, de danser, avec l'intention d'aller d'un endroit à un autre. Nous sommes donc capables d'évaluer une distance, de programmer une trajectoire et parfois très vite comme lorsque nous dévalons une pente à skis, le sens du mouvement nous oblige à revoir notre conception du cerveau. Ce n'est pas un ordinateur qui calcule à partir d'informations fournies par les sens, c'est un simulateur qui fait des hypothèses sur la possibilité de réaliser tel ou tel mouvement et qui charge les sens de les tester dans la réalité d'où les chutes, les faux pas, les illusions lorsque ces hypothèses se révèlent fausses.

D'autre part, le cerveau n'est pas une direction centrale qui prend les décisions et charge les organes périphériques de les exécuter : le moindre mouvement est trop complexe et souvent trop rapide.

En ce sens le concept d'« éniacton » présenté par le psychologue américain Jérôme Bruner (référence) révolutionne aujourd'hui la conception de notre cerveau et du comportement humain. C'est par l'action, le mouvement que nous acquérons la connaissance du monde, la cognition. La notion d'Enaction est une façon de concevoir la cognition comme une manière dont les organismes et esprit humains s'organisent eux-mêmes en interaction avec l'environnement.

La dimension olfactive des expériences physiques

Avec ses millions de récepteurs olfactifs et une infinité de combinaisons de molécules volatiles, l'homme peut distinguer des centaines voire des milliers de parfums différents.

L'intervention à domicile est éloignée des espaces aseptisés des services hospitaliers. Les équipes ont leurs cinq sens constamment sollicités dans une temporalité souvent abolie. **L'odorat véhicule une très grande valeur émotionnelle instinctive** : rejet d'aliments nocifs, attrait des odeurs de l'enfance. L'odorat est un marqueur capable de **ressusciter des sensations profondément enfouies**. La gestion des odeurs reste néanmoins particulièrement délicate, du fait de la très grande diversité entre individus, en termes de perception et d'appréciation. (Laurence Body designer)

Un regard olfactif ne peut se passer, aujourd'hui, d'être multi sensoriel, d'intégrer les odeurs dans une globalité perceptive, en particulier visuelle dans le respect de la nécessaire congruence des informations.

Les odeurs peuvent susciter des réactions émotionnelles, psychologiques, cognitives et comportementales (Dans certains hôpitaux américains, on diffuse des odeurs de vanille dans les salles d'attente de radiologie pour apaiser les patients : moins stressés, ils ont tendance à moins annuler leurs séances.) L'odorat est rarement source d'intérêt et pourtant l'odeur est partout, qu'elle soit subtile et agréable ou putride et repoussante.

Cécile Hanon psychiatre nous livre dans son ouvrage « le nez » l'importance de l'impact de l'odeur dans la relation thérapeutique en psychiatrie. C'est dans un univers odorant qu'évolue le praticien ! Confronté au monde de la relation, le psychiatre rencontre la sensorialité et par là, les odeurs du patient. Le corps exhale ce que l'esprit raconte le « nez du psychiatre », demeure un indicateur dans l'accès à l'intimité, à l'éprouvé de celui qui souffre et dans le lien thérapeutique qui s'instaure.

Les autres sens activés : l'enveloppe sonore, les perceptions visuelles, le toucher.

L'intervention à domicile entraîne parfois l'intervenant soignant vers une part d'incertitude et d'insécurité. Il y a une perte de la notion d'espace et de la temporalité, le temps passé chez la personne visitée ne se compte qu'à l'issue de l'établissement de la confiance et du lien dans cette rencontre atypique. Le tissage du lien nécessite de l'adaptation, de l'acceptation, du renoncement et de la créativité ; engageant les soignants dans un éloignement de leur zone de confort ! C'est la palette de tous leurs sens qui est parfois sollicitée.

Ces mouvements de projection, transférentielle montrent tout l'intérêt de l'intervention en binôme qui va diffracter la relation duelle et éviter l'envahissement psychique d'une seule professionnelle.

L'enveloppe sonore et les points d'observation cliniques.

L'approche et l'écoute du **verbal** et l'observation des signes non **verbaux** : postures, tenu du regard, vêtements ... seront des points clefs qui renforceront la perception générale et le feedback exprimé de l'habitat.

Le silence : parole du vent selon Milton, référence vertu des sots selon Bacon référence, le silence en dit bien plus en raison de sa singularité. (Le vide, le refuge, l'opposition...)

Le bruit : l'enveloppe sonore, le bruit de fond, la parole, les cris... la télévision, les cris d'enfants, les aboiements. (Tout converge pour que l'on ne s'entende pas !)

Les perceptions visuelles :

La luminosité et surtout l'obscurité, (les volets clos, les lampes éteintes) vont renvoyer au soignant des sensations de mal-être. Vouloir amener de la lumière au sein du logement peut faire effraction chez le visité et compromettre la suite de la rencontre. La vision ou le regard seront largement sollicités en

pénétrant au domicile d'une personne souffrant d'un syndrome de Diogène, du syndrome de Noé voir de syllogomanie et peut provoquer de la stupéfaction, de l'étonnement qui pourrait être perçu négativement chez le visité ! Où s'asseoir, que toucher... ? Des questionnements qui se posent dès le seuil du domicile !

5 L'habitat et la maladie mentale :

Nous ne pouvons pas conclure sans évoquer la maladie psychique chronique et l'habitat et exposer l'investissement massif ces dernières années des équipes mobiles de réadaptation ou réhabilitation vers l'approche complexe des rapports de l'usager schizophrène avec son habitat (intérieur).

Le sujet psychotique échoue souvent au processus d'habitation du fait de sa désorganisation psychique, de ses rapports à son corps et aux autres. Il a tendance à s'autoexclure ce qui entraîne un symptôme de **dés-habitation** compliquant son maintien en autonomie. Ainsi son logement ressemble à son habitant de ce qu'il en fait et de ce qu'il n'arrive pas à investir. N'habitant peu son corps (intérieur) le schizophrène à peu conscience de l'espace extérieur à son corps. Accompagner la personne schizophrène comme le font les équipes mobiles de réadaptation pour habiter un espace, l'organiser, le structurer et de se l'approprier est un moyen de réinvestir et d'habiter son corps.

Habiter dans la psychose occupe une place plus ou moins marquée dans le mode de vie. L'habitat peut être impliqué dans les phases délirantes en étant support des troubles du comportement dont l'isolement mais l'habitat peut être également un objet de médiation relationnelle entre la personne malade et ses proches ajustant une distance sociale.

Quelles que soient les formes et la durée des crises dans la psychose les patients éprouvent des difficultés à « Habiter », ces difficultés se retrouvent dans des comportements parfois opposés !

- Soit un **hyper-investissement actif** de l'habitat (personnalisation ou transformation excessive) soit un **hyper-investissement passif** (avec un isolement social, en ne quittant plus de l'objet investi)
- Soit un **désinvestissement actif** de l'habitat (déstructuration, destruction ou défiguration) ou un **désinvestissement passif** (négligence, pas d'investissement et de personnalisation)

Ces conduites seront observées par les proches ou les équipes de soins qui décideront avec le patient du maintien ou non dans l'habitat. Nous retrouvons des attitudes identiques dans un hébergement social ou colocation

Les pathologies de « l'errance » la psychopathie, les conduites addictives, les conduites anxieuses ou dépressives mettent également à mal un maintien seul dans l'habitat sans aucun étayage.

L'objectif principal des équipes d'intervention se concentre le plus souvent à « sécuriser » les cohabitations en essayant de prévenir et de réguler des pratiques jugées déviantes (isolement à domicile, incurie, squattage, consommation de drogues, par exemple) Parallèlement Les personnes concernées sont confrontées à un sentiment d'insécurité entraînant de l'instabilité et des difficultés d'appropriation associés à leurs trajectoires résidentielles morcelées et vulnérables, mais aussi à leurs conditions de vie et d'habitation (précarité économique, surveillance de leurs modes de vie, incertitude quant à leur avenir en matière de logement). La prise en compte du point de vue des personnes concernées est essentielle elle permet de mettre en exergue comment des politiques et pratiques supposées favoriser l'inclusion sociale par le logement peuvent en fait organiser des mécanismes de régulation et de contrôle de leurs modes de vie à domicile, de leurs pratiques de mobilité quotidienne et de l'exercice de leur citoyenneté.

6 Les acteurs du soin et les effets parfois traumatisants de l'intervention à domicile :

Le domicile reste l'indicateur majeur de l'inscription et de l'appartenance sociale mais il peut être également un indicateur de la santé psychique de l'utilisateur. Le domicile reste le lieu de l'inattendu ou la souplesse et l'adaptabilité du cadre doit être réinterrogé et réajusté régulièrement.

Nous devons nous poser la question qui ressort tout au long de ce travail de réflexion « *Qu'en est-il du soin psychique qui nécessite de préserver un espace subjectif au sujet lorsque que le domicile (lieu de l'intime) devient lieu de soins ?* »

Les équipes mobiles sont confrontées régulièrement à des situations de crise, voir des moments critiques sans les murs protecteurs des structures hospitalières ; elles doivent répondre sans cesse à de multiples projections psychiques en autonomie et apporter une réponse thérapeutique adaptée.

Les intervenants sont souvent sujet à une surcharge émotionnelle qu'on nomme traumatisme vicariant qui ne résulte pas seulement de l'exposition à la souffrance mais aussi de l'engagement empathique avec le récit des personnes et des événements.

L'empathie, le partage affectif semblent être fondamentaux dans le mécanisme pouvant amener un traumatisme vicariant (Pearlman et Saakvitne, 1995). Le professionnel semble contaminé par le vécu traumatique d'une autre personne avec qui il est en contact, cette situation se retrouve chez les intervenants des équipes des cellules d'urgence médicopsychologiques (CUMP) malgré les formations au traumatisme post immédiat. En neurosciences on parle même du système des neurones miroirs jouant certainement un rôle par contamination physiologique et psychique.

Les manifestations du trauma vicariant sont selon les individus manque d'enthousiasme, de la fatigue de compassion, de l'épuisement pouvant aller jusqu'au Burn out, du stress, des maux de tête, des conduites d'évitement, l'apparition d'images obsédantes et répétitives.

Pour éviter ces effets contre transférentiels les équipes mobiles interviennent pour la plupart en binôme et bénéficient de séances d'analyse des pratiques professionnelles, de groupes de parole, de débriefing des situations toutes ces techniques permettent de rompre l'isolement du soignant par le collectif et la mise en sens des situations.

Pour conclure :

Le travail à domicile mobilise physiquement et psychiquement tout autant la personne visitée que le soignant par la potentialité intrusive de ce mode d'intervention.

Allez vers demande un vrai travail préparatoire (travailler à être invité et accueillis, pour accueillir à son tour), une cohésion et une co-confiance de l'intervenant, une prise en compte de l'effet Feedback du domicile et un débriefing clinique (évaluation, voir analyse des pratiques professionnelles) en équipe en fin d'intervention demeurent incontournables.

Une réflexion sur l'éthique de l'intervention à domicile semble nécessaire pour harmoniser les pratiques et surtout répondre au mieux aux attentes et besoins de l'utilisateur. Les politiques du domicile, le développement du prendre soin, la marchandisation de l'intimité, tous ces phénomènes ont pour effet de diluer les limites entre sphère intime, espace privé et espaces publics. Ce fait oblige les professionnels à s'interroger sur le sens de leur pratique, le respect de l'intimité de la personne ou application d'orientations politiques stricto sensu.

JP BURNICHON : Consultant formateur

Sociologue ; Ingénierie des organisations sanitaires et sociales (Lyon 2)

Jpbsanté@gmail.com

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : (normes ISO 690)

- ANZIEU Didier; DOUMIC GIRARD Alice; DRUENNE FERRY M; DURIEZ MC. / *L'enfant et sa maison* / Montrouge : ESF, 1988. – 155 p. - (La vie de l'enfant)
- ARMANDO ANTHONY L'habitation du schizophrène éditions Ovadia novembre 2023
- BERTHOZ Alain / *Le sens du mouvement* / Paris : Odile Jacob, 1997 - 345 p.
- BIBLIOGRAPHIE DES EQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE 2015/2024 actualisée et à télécharger sur le site de l AEMP www.aempsy.com réalisée par Véronique JOGUET documentaliste ASCODOPSY.
- BURNICHON Jean-Pierre / *Être mobile, pas seulement pour être mobile, mais pour être disponible : approche sociologique des équipes mobiles pour adolescent(e)s* / [Mémoire] / Lille : Université Lille 2, 2015 – 96 p
- CORRAL LAFUENTE José "*Le Portier du Temple* 5 mars 2015 Poche.
- DJAOUI Elian (2011) intervention sociale au domicile : gestion sociale de l'intime dans Soins psychiques à domicile Revue dialogue n 192 Toulouse Eres
- EIGUER Alberto / *L'inconscient de la maison* / Paris : Dunod, 2004 – 164 p. - (Psychismes)
- HANON CECILE Psychiatre du sujet âgé *Le nez du psychiatre. L'odeur dans la relation de soin en psychiatrie* Editions Connaissances et savoirs 2019
- Heidegger M (philosophe) 1951 bâtir, habiter penser : essais et conférences paris Gallimard
- JOUENNE Noël / *Introduction à une socio-anthropologie de l'espace domestique. L'habitat et l'espace domestique* / [Licence] / Toulouse : Ecole nationale d'architecture, 2020 – 178 p.
- MASLOW ABRAHAM psychologue Américain *Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité* 1956 traduction 2008 éditions book
- MINISTERE DES SOLIDARITES - *Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté* / Stratégie nationale de prévention et lutte contre la pauvreté : point sur la mise en œuvre 2018-2021 / Rapport d'étape régional / Octobre 2021 54 p.
- PAQUOT Thierry / *Habitat, habitation, habiter : ce que parler veut dire...* / in Informations sociales n°123 – 2005 - pp 48-54
- Laurie Anne Pearlman (Auteur), Karen W. Saakvitne (Auteur) *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy With Incest Survivors* Broché – 16 août 1995
- Schizophrénie habiter un logement Santé mentale n° 228 mai 2018
- TEIXEIRA Alfredo / *Pour une anthropologie de l'« habitat institutionnel » catholique dans le sillage de Michel de Certeau* / In Revue d'histoire des sciences humaines n°23 - 2010 - pp. 117-139