



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

69 | 2007
69

Dossier n° 7 - Du droit au logement aux expériences de l'habiter

Ce que la « folie » nous enseigne

Florence Bouillon, Vincent Girard et Sandrine Musso



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/404>

DOI : [10.4000/amades.404](https://doi.org/10.4000/amades.404)

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2007

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Florence Bouillon, Vincent Girard et Sandrine Musso, « Dossier n° 7 - Du droit au logement aux expériences de l'habiter », *Bulletin Amades* [En ligne], 69 | 2007, mis en ligne le 04 février 2009, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/404> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.404>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Dossier n° 7 - Du droit au logement aux expériences de l'habiter

Ce que la « folie » nous enseigne

Florence Bouillon, Vincent Girard et Sandrine Musso

- 1 Depuis quelques mois, la question de l'accès au logement fait la Une de l'actualité. Le déclencheur de cette médiatisation est le campement de personnes sans-abri organisé sur les rives du canal Saint-Martin par l'association Don Quichotte. En réponse, le gouvernement a fait adopter une loi faisant du droit au logement un droit « opposable », c'est-à-dire dont toute personne peut se prévaloir devant un tribunal. Celle-ci marque un tournant historique dans la longue lutte de la société civile en faveur du droit au logement. Les mobilisations récentes et l'adoption de cette loi ne peuvent en effet se comprendre que situées dans une histoire longue. Les premiers à s'être préoccupés du logement des classes populaires sont des penseurs du tournant du XVIII^e et du XIX^e siècle (Fourier, Saint-Simon) soucieux d'instaurer une société plus juste et plus égalitaire. Mais il faut attendre la fin du XIX^e siècle pour que les pouvoirs publics s'immiscent dans la construction de l'habitat ouvrier, et les années 1950-1970 pour voir une production massive de logements sociaux en France. Le droit au logement a quant à lui connu un certain nombre d'étapes¹, jusqu'à l'adoption en 2007 d'un « droit au logement opposable ». Ces évolutions peuvent être mises en relation avec les multiples formes de mobilisations collectives en faveur du droit au logement, depuis les grèves des loyers orchestrée par le Syndicat des locataires en 1910 jusqu'aux réquisitions de logements vides par DAL depuis 1990.
- 2 Parmi les personnes relogées suite au campement du canal Saint Martin, certaines sont revenues dormir sous la tente après quelques jours passés dans leur nouveau « domicile ». On se souvient que parmi les « 1000 » de Cachan, ces familles majoritairement originaires d'Afrique qui avaient trouvé à s'abriter dans l'ancienne cité universitaire désaffectée, une bonne partie a refusé des relogements en hôtels meublés excentrés de leurs lieux habituels de vie. Il n'est pas rare qu'une personne vivant dans un habitat précaire, par exemple un squat, et auxquels des travailleurs sociaux trouvent enfin un appartement autonome, revienne vivre dans le squat

(Bouillon, 2007). Proposer un « logement », entendu comme appartement ou maison de droit commun, ne suffit pas à produire de l'habiter.

- 3 Nombreuses sont les voix qui s'élèvent pour souligner les insuffisances de la loi qui instaure le droit au logement opposable. Les critiques les plus courantes ont trait au flou concernant les attributions des commissions départementales décisionnaires, l'exclusion de son champ d'application des migrants « sans-papiers » et la possibilité d'orienter les personnes requérantes vers des foyers d'hébergement et non des logements de droit commun, ce qui affaiblit considérablement la portée d'un « droit au logement ». C'est d'un autre problème dont traite cet article, qui est celui de la variabilité des demandes de logement existantes, et des impossibilités parfois d'habiter. Cette entrée permet de revenir sur les impensés de cette loi, en s'affranchissant d'une perspective internaliste pour en réinterroger les présupposés.
- 4 C'est en investiguant la plurivocité de l'habiter que peuvent se comprendre les refus de logement cités précédemment. Pour l'illustrer, nous nous concentrerons dans le cadre de cet article sur une situation particulière, qui est celle de l'habiter des personnes atteintes de troubles psychiques. Comment habite-t-on (ou n'habite-t-on pas) lorsque le rapport au réel est perturbé ? Qu'est-ce qu'une telle situation nous apprend de l'habiter en général, et que nous dit-elle in fine des limites du « droit au logement » tel qu'il est conçu aujourd'hui ?

Logement et maladie : interactions

- 5 Tous les chiffres dont on dispose attestent de la surreprésentation des personnes déclarant des maladies diverses parmi la population identifiée comme sans-domicile. L'enquête INSEE de 2001 (de la Rochère, 2003) indique que trois personnes sans-domicile sur dix ont été hospitalisées au cours de l'année 2000, la plupart en raison de troubles psychologiques, que une sur quatre se considère comme dépressive et que une sur dix souffre d'une maladie du système nerveux (c'est-à-dire de schizophrénie), contre une sur cent dans la population totale. Les acteurs de « première ligne »² rencontrés lors de l'enquête de terrain à Marseille vont dans le même sens. Ceux qui travaillent avec un public précaire constatent que de plus en plus de personnes atteintes de troubles psychiatriques errent dans la ville, vivent (et meurent) dans la rue, le plus souvent en rupture de soins et de liens. Les soignants des services de psychiatrie publique disent pour leur part observer qu'une proportion croissante de leurs patients est sans-abri.
- 6 Comment le comprendre ? Dans un rapport récent (2005), le Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées développe l'idée d'un lien entre trouble psychique et exclusion fonctionnant « dans les deux sens », l'un alimentant l'autre. Mais il est complexe de saisir les mécanismes de cette « alimentation réciproque », comme il est difficile de cerner les causes de la prévalence des troubles psychiques chez les personnes identifiées comme SDF.
- 7 Il faut d'abord rappeler les interactions entre mal-logement et « mal-santé »³, que l'on peut classer en trois types : premièrement, le mal-logement est source d'exposition à des risques sanitaires. Les personnes vivant dans des logements insalubres ou dans des hébergements d'urgence sont confrontées à des problèmes de santé singuliers (cancers dus à la présence d'amiante, saturnisme, tuberculose, poux, galle, fièvre des tranchées). Le non ou le mal logement aggrave également les pathologies préexistantes

(décompensation de pathologies chroniques). Difficile en effet de suivre régulièrement un traitement ou d'avoir une hygiène scrupuleuse lorsqu'on vit dans un appartement surpeuplé et privé d'eau, voire dans l'espace public. On comprend alors que dans les pays occidentaux, les personnes vivant dans la rue ont une espérance de vie inférieure de 20 ans, en moyenne, à la population générale (Hirsch, 2006), la maladie n'expliquant pas à elle seule cette surmortalité (Haughland et alii, 1983). Enfin, ne pas avoir de chez soi, et plus généralement être confronté à la grande précarité, rend plus difficile l'accès aux soins. Plusieurs facteurs l'expliquent. L'un d'entre eux relève de ce que nous appelons la concurrence des besoins : les questions de santé, si elles restent importantes pour les personnes, passent souvent après celles non moins essentielles de la sécurité et de la nourriture (Crandall et alii, 2003). Une autre est la perte de confiance dans le système de soins, du fait d'expériences répétées de discriminations, qu'il faut mettre en lien avec la méconnaissance des conditions concrètes d'existence et des besoins de ces publics de la part de certains professionnels de santé (Girard et alii, 2006). Certains soignants ignorent la complexité et la singularité des pathologies liées à la précarité (pathologies particulières, comorbidités). Ils soupçonnent les personnes de « prendre l'hôpital pour un hôtel » et d'usurper ainsi la place de « vrais malades ». D'autres ont des attitudes méprisantes, qui contribuent à les éloigner du système de soins (Breakley, 1987, Shaner, 1989).

- 8 Les problèmes de santé sont par ailleurs susceptibles de constituer une barrière à l'accès à un logement décent et ce, d'au moins deux manières. D'une part, la maladie elle-même exige un type de logement adapté. Le handicap physique limite l'accession à des logements non équipés d'ascenseurs, une personne affaiblie par un traitement lourd a besoin d'être proche des commerces, celle qui présente un trouble psychiatrique sévère doit habiter dans un endroit calme et sécurisant. D'autre part, la maladie peut-être elle-même une source de discrimination. Le handicap psychique par exemple, s'il est découvert, suscite la méfiance de nombreux propriétaires, qui refusent de louer à des personnes ayant des antécédents psychiatriques. Le fait d'être séropositif au VIH, usager de drogues ou sous traitement substitutif à la méthadone peut générer la même circonspection.
- 9 Enfin, les personnes atteintes de troubles mentaux sont celles qui ont le moins accès aux soins parmi la population identifiée comme sans-domicile. Or deux études épidémiologiques menées au milieu des années 1990 à Paris (Kovess et Mangin-Lazarus, 1995-1996) et à Lille (Guesdon et Roelandt, 1998) montrent l'importance de la morbidité psychiatrique. Il va de soi que si certains troubles préexistent à la perte du logement, les conditions de vie dans les centres d'hébergement et plus encore dans la rue ont tendance à favoriser leur développement, qu'il s'agisse d'insomnie, de dépression, ou de troubles de type psychotique.
- 10 Les dispositifs et lieux de vie spécifiques, qui se sont développés au cours des dernières années, demeurent très insuffisants quantitativement et sont partiellement inadaptés⁴ aux personnes. Mais « répondre aux besoins » n'est pas une injonction simple. Le trouble mental pose en effet un certain nombre de défis à l'action publique. Revenir à la notion d'habiter peut nous permettre de le penser.

La « folie » comme expérience limite de l'habiter

- 11 L'habiter est la condition de la continuité du sujet, et de sa participation à la société humaine. Sur le plan anthropologique, la quête d'intimité, « cet espace des attitudes, des manières, des tenues, des paroles, des agissements, qui tiennent à distance toute sanction sociale » (Laé, 2000 : 89), caractérise dans une large mesure l'habiter. Mais nous envisageons aussi l'habiter comme une relation symbolique à l'espace, qui recouvre aussi bien les dynamiques de familiarisation que celles d'échange. En somme, il ne s'agit pas seulement de l'ancrage et de la demeure, mais aussi de l'habiter comme support à la socialité et au vivre ensemble, définissant le rapport de l'individu à soi et à l'autre.
- 12 Fadila, femme d'âge mûr, vit dans le centre-ville de Marseille. Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, dans le cadre d'une tournée de rue avec l'association Médecins du Monde, elle dort dans un parking depuis plusieurs années. Avant, Fadila logeait dans un appartement qu'une connaissance lui prêtait, mais dont elle a dû partir quand il a souhaité le récupérer. Elle a ensuite dormi dans un foyer pour femmes. Mais la vie en communauté s'avère difficile. Une femme africaine, raconte-t-elle, lui a envoyé un sort. Pour contrer ce sort, elle n'a d'abord plus pu dormir sur son lit. Elle a donc passé ses nuits sur une chaise, dans sa chambre. Puis le sort devenant plus fort, elle a dû dormir sur le paillason, devant sa chambre. Fadila pose à cette époque un autre problème aux salariés du foyer : elle est une grande récupératrice d'objets divers, trouvés dans la rue. Elle demande régulièrement qu'on lui garde de gros sacs d'affaires, dont elle refuse de se départir, et des conflits s'ensuivent. Autre particularité, Fadila ne veut pas signer le registre d'entrée dans le foyer d'hébergement, ni que les professionnels écrivent son nom où que ce soit, car cela pourrait être utilisé pour lui « lier les mains »⁵. Il a donc été impossible de faire refaire les papiers de Fadila, qu'elle a égarés. Fadila finit par décider de retourner dans la rue, malgré les nombreuses tentatives des acteurs du foyer pour la convaincre de rester. Deux ans plus tard, elle accepte d'emménager dans un lieu de vie alternatif⁶, qui se situe à moins de 200 mètres du parking où elle avait pris ses habitudes et autour duquel s'organise son réseau de sociabilité. Elle y vit depuis quelques jours au moment où nous écrivons cet article, sans pouvoir toutefois accepter certaines règles du vivre ensemble (fermer la porte du lieu, participer aux tâches communes et aux réunions collectives, etc.).
- 13 Sophie, qui a environ trente ans, loue un appartement dans un quartier paupérisé du centre-ville. Elle est mère d'une petite fille de quelques jours quand Médecins du monde est interpellé par le secteur de psychiatrie. Lors de la visite du médecin, elle déclare ne plus utiliser sa salle de bain car elle est « contaminée ». Pour lutter contre cette contamination, elle laisse ses fenêtres ouvertes, alors qu'il fait très froid. Elle refuse tout meuble qui n'est pas neuf, car elle veut « ce qu'il y a de mieux pour sa fille ». Elle dort donc par terre, sur une couverture, avec sa fille et son chien. Quelques jours plus tard, elle est interpellée sur la voie publique par la police en état d'ébriété, sa fille dans ses bras. Elle perd alors la garde de sa fille et commence à errer dans la rue toute la journée, invective et menace les passants, sous l'emprise d'un délire de persécution. Elle ne perd pas son logement grâce à ses parents, qui continuent à payer le loyer. Une intervention conjointe de la police et du service de psychiatrie permet finalement une hospitalisation et une prise en charge. Sophie va mieux, elle décide de déménager dans une rue plus calme et semble réinvestir son espace privé. Mais elle arrête peu de temps

après suivi médical et traitement médicamenteux. Sa consommation de toxiques se fait en revanche plus importante. Nous la retrouvons bientôt dans la rue, incohérente. Elle se sent persécutée par les passants et le regard des autres.

- 14 Djamel, 50 ans, est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie résistante, malgré des traitements très forts. Il accepte très rarement d'être hospitalisé et passe la majeure partie de son temps à marcher, parfois plusieurs jours et nuit, sans arrêt. Il dort dans la rue, dans un endroit caché, « pour pas se faire frapper par les jeunes », dit-il. Il mène une vie d'errance depuis que sa femme l'a quitté, il y a plusieurs années. Sa capacité à entrer en relation avec les autres est conservée, mais souvent il se sent en danger de mort, imaginant que certaines personnes (psychiatre, infirmier, autres patients) sont « habités par le malin », le violent pendant qu'il dort, ou l'ont torturé. Il accepte de déposer ses affaires dans le même squat que Fadila, où il vient se reposer quand il est épuisé.
- 15 Ces trois récits illustrent que l'expérience de ce que la bio médecine appelle la « maladie mentale » altère parfois, souvent, l'expérience de l'habiter. D'abord parce que le trouble mental modifie radicalement la perception que l'on a de soi-même. Ensuite parce que la difficulté de vivre « en soi » se répercute sur celle de vivre « chez soi », car le continuum de ces expériences intimes, perturbé par le délire, modifie dans leurs fondements même les habitudes du quotidien. En ce sens, d'un point de vue phénoménologique, la capacité d'habiter « chez soi » dépend de la faculté à habiter « en soi ».
- 16 Fondamentalement, le trouble psychique met à mal la permanence du lien. S'atténue alors l'intensité du « souci de l'autre » et par là, de soi (Levinas, 1990). L'incompréhension que suscite le phénomène de la folie, sa temporalité, souvent longue, les difficultés de communication qu'elle induit, coupent encore davantage l'individu de ses réseaux amicaux comme familiaux. Des amis se font plus rares, des frères et soeurs ne font plus confiance, des conjoints divorcent, des enfants sont éloignés. Le premier symptôme de cette « pathologie du lien » est l'impossibilité progressive de maintenir ces liens. C'est aussi la difficulté du vivre ensemble dans un même lieu, c'est à dire de l'habiter ensemble.
- 17 Si un chez soi est un abri qui permet de se soustraire au regard des autres, c'est également le lieu dans lequel (ou à partir duquel) se construisent et s'entretiennent des relations interpersonnelles. La première expérience de l'habiter est toujours collective. Le « chez soi » est d'abord un « chez nous », espace de la famille en général, de l'institution pour les enfants qui ont été « placés » par les services sociaux. Lorsque cette première expérience a été malheureuse, voire traumatisante, le vivre ensemble peut devenir insupportable à l'âge adulte. Le foyer d'hébergement, encore plus lorsqu'il propose des chambres collectives, est alors tout particulièrement vécu comme une violence. Mais la solitude n'est pas dénuée non plus de souffrances, ce dont témoignent souvent les personnes rencontrées. La tension entre vie collective et privatisation de l'espace est alors au cœur de la question de l'organisation d'un habitat « adapté ». En ce sens, une attention aux modes d'habiter révèle les avantages d'un espace communautaire, lorsque les cohabitations ne sont pas imposées et ne se font pas dans une trop grande promiscuité. Il indique aussi l'importance d'une présence qui puisse guider, rassurer et écouter, sans pour autant imposer autoritairement un cadre normatif « déplacé » au regard des possibilités et des attentes des personnes.

Conclusion

- 18 L'habiter est ce qui rend possible le maintien de l'unité de soi et, par conséquent, le rapport à l'autre. L'espace protégé des regards est celui dans lequel la personne peut se préparer à les affronter, l'espace approprié, celui dans lequel elle peut exercer l'hospitalité et échanger. Le domicile, écrit Marc Breviglieri, est ce qui permet de « s'engager dans le monde » (2002 : 320).
- 19 L'expérience du trouble mental, parce qu'elle est perturbation du rapport à soi et au réel, mais aussi stigmatisante, est de nature à troubler cet engagement. Rappelons que la folie fait l'objet d'un rejet et d'une peur quasi permanentes au sein des sociétés occidentales (notamment), même si les manières de la penser et de la traiter ont évolué au fil du temps (Foucault, 2004). Cette relation particulière à l'espace et au temps vécu (Minkowski, 1995) rend parfois complexe, voire impossible, la projection de soi dans un lieu : pour habiter quelque part, encore faut-il s'habiter soi-même. Cette perturbation de l'appropriation d'un soi et d'un espace fait écho à la difficulté du lien à l'autre, qui suppose pareillement un sujet déjà là, déjà constitué, et en mesure de distinguer le soi de l'altérité.
- 20 Face à ces problèmes, que nous n'avons qu'esquissés et dont la réalité est plus mouvante que ce que ce bref article pourrait le laisser supposer, il convient d'abord de ne pas tomber dans la généralisation abusive : dans la majorité des cas, la question du logement relève strictement de l'accès à un toit, stable, digne, décent, adapté. La « crise du logement » procède avant tout de l'exclusion des plus vulnérables d'un marché insuffisamment régulé. Là, le droit au logement opposable prend toute sa pertinence, non comme solution miracle, mais comme étape vers une prise en compte collective des inégalités résidentielles.
- 21 Mais il convient aussi de rappeler que cette loi ne pourra pas répondre aux besoins d'un ensemble d'individus qui ont besoin d'être accompagnés dans leur effort pour habiter : personnes malades, handicapées, âgées, ménages en très grande difficulté socio-psychique... Nombreux sont ceux qui ne peuvent accéder directement à un logement autonome sans risquer l'isolement, l'enfermement dans la maladie, la dépendance. Pour tous ceux-là, des formes d'habitat existent qu'il faut développer. D'autres, communautaires, alternatives, à très bas seuils d'exigence, autogérées et co-réfléchies, s'inventent aujourd'hui.
- 22 Du point de vue des politiques de santé publique enfin, cliver le sanitaire et le social, le logement et le soin, c'est oublier que le chez soi est un prolongement de la personne, malade ou pas. Quand il est proposé à certaines personnes de la rue d'intégrer un appartement sans transition, alors il n'est pas étonnant qu'après quelques jours, seules et déboussolées, elles reviennent vivre près du canal Saint-Martin, là où elles ont leurs repères et leurs amis. Répondre aux besoins des personnes malades suppose de bien connaître leur histoire et de comprendre le logement comme un outil thérapeutique. Reconquérir la possibilité d'habiter chez soi est parfois aussi difficile, et va de pair, avec le processus de reconquête de soi, d'un sens de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouillon F., 2007, *Les mondes du squat. Productions d'un habitat illégal et compétences des citoyens désqualifiés. Le terrain marseillais*, Thèse de doctorant SHADYC/EHESS, 525 pages, Annexes.
- Breakley W.R., 1987, « Treating the Homeless », *Alcohol Health and Research Word*, 11, pp. 42-47.
- Breveglieri M., 2002, « L'horizon de ne plus habiter et l'absence de maintien de soi en public », in D. Cefaï et I. Joseph (Eds.), *L'héritage du pragmatisme. Conflits d'urbanité et épreuves de civisme*, la Tour d'Aigues, Aube/ Cerisy, pp. 319-336.
- Crandall L.A., Metsch L.R., McCoy C.B., Chitwood D.D., Tobias H., 2003, « Chronic drug use and reproductive health care among low-income women in Miami, Florida : a comparative study of access, need, and utilization », *J. Behav. Health Serv. Res.*, 30 (3), pp. 321-331.
- De la Rochère B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee première* n°893.
- Firdion J.M., 2000, « Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile », CNAF, *Recherches et Prévisions* n°60, juin, pp. 79-97.
- Foucault M., 2004, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. 1972).
- Girard V., Driffin K., Musso S., Naudin J., Rowe M., Davidson L., Lovell A.M., 2006, « Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez soi ayant une concurrence psychiatrique », *L'Evolution psychiatrique*, 71 (1), pp. 75-85.
- Guesdon I., Roelandt J.L., 1998, « Enquête Lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe », *L'information psychiatrique* n°4.
- Haughland G., Craig J.J., Goodman A.B., Siegel C., 1983, « Mortality in the Era of Deinstitutionalization », *American journal of Psychiatry*, 140, pp. 848-852
- Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées, *Face à la crise : une obligation de résultat*, rapport 2005, 130 p.
- Hirsch M., 2007, « Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux », *BEH* du 23 janvier 2007, INVS.
- Kovess V., Mangin-Lazarus C., 1995-1996, Compte rendu d'enquête sur « La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris », document de travail, non publié.
- Laé J.F., 2000, « La fonction de l'intimité dans l'hébergement » in C. Lévy-Vroelant (Ed.), *Logements de passage. Formes, normes, expériences*, Paris, L'Harmattan, coll. Habitat et Sociétés, pp. 85-92.
- Levinas E., 1990, *Totalité et infini : essai sur l'extériorité*, Paris, Librairie générale française (1^{ère} éd. 1961).
- Minkowski E., 1995, *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, Paris, PUF (1^{ère} éd. 1933).

NOTES

1. Dont les principales sont la loi Besson de 1990 (instauration de dispositifs en faveur du logement des personnes défavorisées), la décision du Conseil constitutionnel de 1995 (le droit au

logement devient « objectif de valeur constitutionnelle ») et la loi contre les exclusions de 1998 (renforcement des outils législatifs favorisant sa mise en œuvre).

2. Appelés aussi « travailleurs de proximité » à Marseille, ils appartiennent principalement au monde associatif et effectuent une partie de leur travail dans la rue, à l'intersection du social et du sanitaire : le *Tipi*, *ASUD*, le *bus 31/32*, le *Secours catholique*, la *Croix-rouge*, les *Restos du cœur* et *Médecins du monde*.

3. Une littérature importante fait état des interactions entre pauvreté, errance et problèmes sanitaires. Les auteurs s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de maladie spécifique aux errants, mais que certaines pathologies y sont davantage développées qu'au sein d'autres milieux sociaux (en particulier d'ordre psychique, dermatologique et respiratoire). Voir J.M. Firdion pour une synthèse de ces travaux (2000).

4. Les quelques programmes de logement prévus pour les personnes malades sans « chez soi », comme les lits haltes soin santé (une dizaine à Marseille), les maisons relais (deux à Marseille) pour les personnes handicapées, les appartements thérapeutiques (moins de dix en psychiatrie) ou les familles d'accueils (inexistantes), restent très largement au stade du développement embryonnaire, quasi anecdotique aux vues des besoins (plusieurs centaines de places seraient nécessaires).

5. Expression qui renvoie à l'idée du sort jeté.

6. Il s'agit d'un ancien hôtel situé dans le centre de Marseille, occupé sans droit ni titre par des personnes en situation de grande précarité sociale et de vulnérabilité psychique, aidées par un collectif d'associations et de citoyens (dont font partie les auteurs).