



Santé psychique et logement

Un habitat adapté aux besoins de chacun

Présentation :

Commandé par la Direction de la prospective et de la stratégie d'agglomération du Grand Lyon, ce document de synthèse met en perspective le projet « santé psychique et logement », porté depuis 2002 par la Délégation générale du développement urbain de la Communauté urbaine. Consistant en la mise en place d'un réseau de partenaires interinstitutionnels, ce projet vise à améliorer la prise en compte et la gestion des questions de souffrance psychique dans l'habitat.

La complexité du sujet, due à l'interactivité de données historiques, légales et sociétales dans différents domaines, a rendu nécessaire plusieurs mois d'enquête pour restituer convenablement la problématique et les enjeux de cette véritable question de société. Cette synthèse :

- retrace les différentes étapes du processus du projet « santé psychique et logement » en décodant la recette de sa réussite ;
- propose d'optimiser les forces déjà engagées en intégrant au réseau des acteurs publics et associatifs complémentaires ;
- présente des initiatives qui pourraient être adaptées aux besoins de l'agglomération lyonnaise ;
- dresse un état de l'avancement du projet pour envisager les conditions de sa pérennisation, voire de sa transposition à des thématiques similaires.

Sommaire :

- I. Projet « santé psychique et logement » : une démarche née de dispositifs institutionnels
- II. Une évolution sociétale au détriment des plus fragiles
- III. Souffrance psychique et logement
- IV. Projet « santé psychique et logement » : l'animation d'une démarche partenariale
- V. Jouer la complémentarité avec d'autres politiques publiques
- VI. Prévenir vaut mieux que guérir
- VII. Projet « Santé psychique et logement » : passer à la vitesse supérieure

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce aux contributions de : Renée Barel ; Geneviève Bernardin ; Solène Bihan ; Juliette Bonotaux ; Béatrice Charre ; Gilles Devers ; Fabienne Diebold ; David Grand ; Benoit Eyraud ; Jean Furtos ; Florence Galipot ; Régis Herbin ; Jacques Houver ; Loren Larage ; Eric Lefrançois ; Mireille Lemahieu ; Bernard Maret ; Jean-Loup Molin ; Paul Monot ; Lucette Moreau ; Kaddour Natech ; Elsa Peysson ; Stéphanie Pornin ; Brigitte Sapaly ; Patrice Tillet ; Jean-Pierre Vignat.

Un remerciement tout particulier à Brigitte Yvray-Danguis et Maud Sgorbini.

Sommaire

I. Projet « santé psychique et logement » : une démarche née de dispositifs institutionnels

1. La conférence d'agglomération du Grand Lyon
2. La charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement
3. Le projet « santé psychique et logement »

II. Une évolution sociétale au détriment des plus fragiles

1. Un constat partagé
2. Pourquoi une telle montée en charge de souffrance ?
 - a. Normalisation de l'individualisme et de l'éclatement des familles
 - b. Évolution de la psychiatrie et émergence de nouvelles pathologies
 - c. Complexification du monde du travail
 - d. Crise du logement

III. Souffrance psychique et logement

1. Bien distinguer la souffrance psychosociale du handicap psychique
2. « Votre maison est votre corps élargi »
3. Et quand il n'y a plus de logement ?

IV. Projet « santé psychique et logement » : l'animation d'une démarche partenariale

1. Lyon, une culture de la conciliation
2. Conditions de réussite d'un travail partenarial

V. Jouer la complémentarité avec d'autres politiques publiques

1. L'accessibilité pour tous
2. Optimiser le cadre et les modes de vie des habitants
 - a. Les jardins, bel outil d'apaisement social
 - b. Quand l'animal est bon pour la santé

VI. Prévenir vaut mieux que guérir

1. Cap sur l'éducation thérapeutique
 - a. S'enraciner dans le tissu social existant
 - b. Prendre en compte les freins existants
2. Se donner les moyens d'une véritable éducation thérapeutique
 - a. Créer un livret « santé psychique » pour la population du Grand Lyon
 - b. Instituer une nouvelle profession, le pair-aidant
 - c. Santé psychique : l'éducation thérapeutique en pratique

VII. Projet « Santé psychique et logement » : passer à la vitesse supérieure

1. Gestion des crises dans l'habitat
 - a. ERIC, pour Équipe Rapide d'Intervention de Crise
 - b. Ouvrir un centre de crise dans l'agglomération lyonnaise ?
 2. Enclencher la phase opérationnelle du projet « santé psychique et logement »
- En guise de conclusion...

ANNEXES

I. **Projet « santé psychique et logement » : une démarche née de dispositifs institutionnels**

1) **La Conférence d'agglomération de l'habitat**

Dès 1998, le Grand Lyon se dote d'une Conférence d'Agglomération de l'Habitat (CAH) pour faciliter l'application du Programme Local de l'Habitat (PLH). Tenue, à priori, sur un mode annuel ou biennuel, cette instance politique présente la particularité d'être co-présidée par le Préfet du Rhône et le Président du Grand Lyon. Elle est secondée par des instances techniques pilotées par la Direction de l'Habitat et du Développement Solidaire et Urbain et la DDE. Réunissant un panel d'élus représentatifs des différentes problématiques de la métropole, les bailleurs sociaux et les associations de logement, la CAH s'organise très vite en groupes de travail : « relance de la production du logement social et très social » ; « résorption de la vacance dans le parc HLM » ; « familles difficiles à loger » ; « copropriétés dégradées » et « parc ancien locatif privé ». Chaque nouvelle CAH est l'occasion de faire le point sur les progressions et mesures à prendre dans un groupe de travail ou un autre. Efficace, le dispositif est remarquable par le haut niveau de validation politique et la fréquence du rassemblement partenarial, qui permettent de réelles avancées.

Qu'est-ce qu'un Programme local de l'habitat ?

Ce document définit les investissements et les actions à mener pour répondre, sur un territoire donné, aux besoins de logement, de renouvellement urbain, de mixité sociale et d'accessibilité au cadre bâti. Le premier Programme Local de l'Habitat (PLH) du Grand Lyon a été approuvé en 1995, et actualisé à deux reprises, en 1998 et 2002. Le second PLH de la Communauté Urbaine lyonnaise a été adopté en 2007. Élément central du dispositif « habitat » des collectivités territoriales, il est établi pour six ans par les communautés d'agglomérations ou les communautés urbaines.

Pour en savoir plus : www.grandlyon.com, rubrique politiques d'agglomération

2) **La Charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement**

Le groupe de travail sur les « familles difficiles à loger » s'attache alors, dans un premier temps, à comprendre pourquoi certains ménages restent inscrits plusieurs années dans le fichier des demandes prioritaires du Rhône sans obtenir satisfaction. Après enquête, il s'agit de raisons dues à la localisation géographique souhaitée et à la typologie de la famille : peu d'appartements sont conçus pour accueillir de grandes familles à un coût modique. Il apparaît également qu'une très faible minorité des ménages tardent à être relogés de par leur réputation de « famille lourde » ou « famille perturbatrice »...

Le Grand Lyon étant régulièrement sollicité par des communes sur la question, décision est prise de réfléchir à la mise en place de solutions pérennes à l'échelle de l'agglomération. Un groupe aux compétences élargies¹ s'engage dans l'élaboration d'une *Charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement*. Après une période de test, cette Charte est signée en 2000 par l'Etat, le Grand Lyon, le Conseil Général et ABC HLM².

¹ Elus, bailleurs sociaux et privés, associations de logement, professionnels de la police, de la justice, de l'éducation nationale, de la psychiatrie, du Conseil Général et du Grand Lyon...

² Fédération de 30 bailleurs sociaux de la région du département du Rhône.

Marquant une volonté de non-stigmatisation, la dénomination « *familles en difficulté avec leur environnement* » insiste sur le rôle que peut avoir un entourage intolérant ou discriminant envers le ménage. De quel type de familles s'agit-il ? Personnes isolées, familles monoparentales ou nucléaires, ces ménages présentent la particularité de cumuler des difficultés d'ordre social : parcours de vie difficile, faible niveau d'études ou de qualifications, petites ressources, délinquance, violence intra ou extra familiale, difficultés à gérer un budget, un logement ou des relations avec le voisinage...

Considérée comme le dernier recours d'une commune confrontée à une telle situation, l'appel à la Charte revêt un véritable caractère d'exception. Elle se traduit par une démarche, **dite démarche FADIREL**. Pilotée par la direction de l'habitat et du développement solidaire urbain et animée par la CIOD³, cette démarche consiste à mobiliser autour d'un élu local l'ensemble des professionnels en lien avec la famille. Déroulé sur le long terme, le processus comprend trois temps forts :

- l'établissement d'un diagnostic partagé,
- un brainstorming collectif pour débloquer la situation,
- la construction d'un étayage adéquat pour faire évoluer positivement la famille et son entourage.

L'innovation réside dans l'enclenchement d'un travail de groupe pour résoudre collectivement ce qu'aucun des partenaires ne parvient à faire seul. Grâce à l'intelligence collective, des solutions de droit commun émergent et sont relayées par des mesures d'étayage adaptées : accompagnement social lié au logement ; mesures éducatives en milieu ouvert auprès des enfants ; tutelle ; demande de pension d'invalidité ou d'adulte handicapé ; relogement, etc.

Une dizaine d'années après le lancement de FADIREL, le bilan est digne d'intérêt : la mise en œuvre de la Charte a été rendue possible par l'investissement sur la durée des chargés de mission de la CIOD et de la personne en charge du dossier au Grand Lyon. Une trentaine de familles ont ainsi pu en bénéficier... Au-delà de l'apaisement social qui en découle, l'utilisation d'un mode de travail partenarial, garanti politiquement par le Grand Lyon et l'État, possède des vertus pédagogiques pour certains territoires qui réalisent l'intérêt de ce type de pratiques professionnelles. Enfin, la démarche FADIREL a mis en exergue la prégnance des questions de santé psychique parmi les situations rencontrées. Depuis 2002, un groupe de travail se réunit autour de la thématique « santé psychique et logement ».

Pour aller plus loin

Guide pratique « Santé psychique et logement » à télécharger sur www.millenaire3.com

³ Cellule Interface Offre/Demande

La CIOD, Cellule Interface Offre/Demande

Constituée d'une équipe de trois chargés de mission, la Cellule Interface Offre/Demande est chargée de faciliter l'accès au logement des ménages dits « laissés pour compte ». Chômage, endettement, handicap physique et/ou psychique... Certains cumulent tellement de difficultés que leur demande est difficilement recevable, y compris par le parc social. La CIOD est un dispositif de soutien pour ce public particulièrement fragile : l'équipe est chargée de fluidifier les relations entre les acteurs des champs médico-sociaux, juridique, psychiatrique, associatif et les bailleurs sociaux. Habituellement sollicitée par les travailleurs sociaux, la CIOD élabore un projet de logement pour le ménage concerné. Pour faciliter la demande auprès du bailleur, un travail de sécurisation du profil présenté est mené en lien avec les professionnels concernés : plan d'apurement de dettes, prise en charge sociale et médicale, etc. La CIOD est cofinancée par Alliage 1% logement, la DDE, le Grand Lyon et les bailleurs HLM.

Contact : Eric Lefrançois/David Garcia
Tél : 04 27 46 43 01
ciod3.sial@rhone.pref.gouv.fr

ABC HLM du Rhône

Affiliée à l'Union Sociale pour l'Habitat, ABC HLM du Rhône est une association loi 1901 créée en 1993. Elle fédère 30 organismes HLM du département, soit un patrimoine de plus de 140 000 logements sociaux. En réunissant en son sein des organismes locaux et nationaux, de statuts juridiques différents, l'association parvient à articuler des logiques territoriales différentes. Sa mission est de favoriser les échanges entre les membres, faciliter la conduites d'actions mutualisées ou partenariales, animer des réflexions prospectives, en lien avec les collectivités territoriales et d'autres institutions. Priorité est donnée à plusieurs volets :

- Stratégies de développement patrimonial : vente de logements, qualité architecturale et environnementale...
- Politiques sociales, dont le suivi des accords collectifs départementaux d'attribution de logement aux plus démunis,
- Partenariat avec l'État pour la mise en œuvre de la loi DALO⁴,
- Amélioration de la gestion de proximité, par exemple en professionnalisant les gardiens d'immeubles.

L'équipe d'ABC HLM est constituée de 3 chargés de mission.

Contact : Florence Galipot
Tél. 04 78 77 01 89
f.galipot@arra-habitat.org
www.arra-habitat.org

3) Le projet « santé psychique et logement »

Les bailleurs sociaux alertaient le Grand Lyon depuis plusieurs années sur la montée en puissance de manifestations de souffrance psychosociale chez les habitants. L'un des indicateurs les plus tangibles était la multiplication des troubles du voisinage. La pluridisciplinarité du groupe de travail initial s'est enrichie de la présence de représentants des trois hôpitaux psychiatriques de l'agglomération et d'associations spécialisées dans l'accompagnement au logement de personnes handicapées psychiques.

La rencontre s'est d'abord soldée par l'expression des habitudes incompréhensions mutuelles rencontrées sur le terrain. Une fois ceci dit, chacun a reconnu la nécessité de travailler ensemble et, très vite, le besoin de connaître les champs d'interventions et les contraintes des autres s'est fait sentir. Des objectifs communs ont alors été définis et validés par la CAH de 2004 : développer une connaissance réciproque suffisante pour instaurer des protocoles

⁴ Loi du 4 mars 2007, dite loi du Droit au Logement Opposable, instituant un recours par le biais de commissions de médiations à l'attribution d'un logement sous six mois à certaines conditions.

d'accès et de maintien dans le logement de personnes en souffrance psychique, en prévenant et gérant au mieux les situations de crise.

La coproduction d'un Guide « Santé psychique et logement » a très concrètement traduit le recueil des premières informations partagées. Paru en 2006, en 2000 exemplaires, ce Guide a été diffusé de manière ciblée aux élus, bailleurs sociaux et professionnels de la psychiatrie, du social et médico-social. L'accueil de cet outil a été très positif : au-delà de son réel intérêt pratique, c'était le signe que le milieu institutionnel prenait en considération une problématique pesante au quotidien. Le Guide « Santé psychique et logement » est actualisé, enrichi et réédité durant l'automne 2009.

L'étape suivante a consisté en l'organisation d'une « formation-action », destinée à diffuser le mode de travail partenarial à un niveau plus opérationnel. Issus de la psychiatrie, du social et médico-social, du monde des bailleurs sociaux et des associations d'usagers, des professionnels ont été sélectionnés sur 4 des territoires les plus dynamiques en matière de Conseils locaux de santé mentale (cf encadré). La cohésion institutionnelle du projet a été illustrée par le montage financier de la formation : chaque institution a gracieusement mis à disposition des intervenants et l'assistance à maîtrise d'ouvrage a été prise en charge par ABC HLM, l'État et le Grand Lyon.

Étalée sur 2 ans, à raison d'un tronc commun de 4,5 jours et d'une conduite de projets sur 3,5 jours, la formation a rencontré un vif succès auprès des bénéficiaires. Une première promotion d'une trentaine de stagiaires a débuté en 2008, et une seconde en 2009. Les phases de conduite de projets ont donné lieu à la formalisation de « fiches outils », modes d'emplois très pratiques de démarches partenariales ciblées.

Pour aller plus loin

Annexe 1. « Santé psychique et habitat », par le docteur J-P Vignat.

Annexe 2. « Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires » par J. Furtos, psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier le Vinatier, Pôle Est, Lyon-Bron, Directeur Scientifique de l'Observatoire National des pratiques en santé mentale et précarité

« L'hébergement social : variation autour des ressources des résidents » par David Grand, doctorant en anthropologie, chargé de mission MRIE, en ligne sur www.millenaire3.com
guide pratique « santé psychique et logement », à télécharger sur www.millenaire3.com

Pour aller plus loin

Qu'est-ce qu'un Conseil local de santé mentale ?

Les circulaires relatives aux orientations de la politique de santé mentale du 12 décembre 1972, du 9 mai 1974 puis de celle du 14 mars 1990, recommandaient la création de Conseils de Santé Mentale de secteur. Le plan santé mentale de 2001 du Ministère de la Santé intégrait également le « développement des partenariats locaux entre les acteurs concernés par la santé mentale » comme un axe majeur d'évolution de la psychiatrie publique. Le dernier plan santé mentale de 2005/2009 préconise encore la mise en œuvre du « développement des réseaux en santé mentale » en incitant la participation de « tous les partenaires impliqués » : secteurs de psychiatrie, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'Éducation Nationale, de la justice et des institutions du champ sanitaire.

Les conseils locaux de santé mentale s'organisent généralement autour d'instances plénières et de comités de pilotage alimentés par des groupes de travail mis en place à partir de priorités communes : prise en charge des adolescents, soutien à la parentalité, accès aux soins, intégration des personnes handicapées dans la cité, logement et souffrance psychique, isolement, soutien aux professionnels, travail en réseau... Il existe de nombreux Conseils locaux de Santé mentale dans l'agglomération lyonnaise.

Contact : CH Le Vinatier / Ville de Lyon/État, Carène Labry, médiatrice de réseau

tél : 04 72 77 15 20

Carene.LABRY@ch-le-vinatier.fr

www.ch-le-vinatier.fr

ORLOGES

L'Office Rhodanien de **Logement Social** est une association d'aide à l'insertion par le logement de personnes handicapées psychiques.

Le projet est construit conjointement avec la personne désireuse de retrouver une vie autonome par le biais d'un appartement de droit commun et l'équipe de soin psychiatrique qui la suit. L'association mène les recherches, prend en charge la globalité des processus administratifs et signe le bail à son nom. ORLOGES s'engage dans une démarche d'accompagnement de la personne dans son nouveau logement. Une quarantaine de personnes bénéficient de ce service.

Contact : Lucette Moreau

Tél. 04 78 38 06 54

direction.orloges@orange.fr

II. Une évolution sociétale au détriment des plus fragiles

1) Un constat partagé

Selon le Dr Jean-Pierre Vignat, neuropsychiatre, « *il est difficile d'évaluer l'état de santé mentale d'une population en l'absence d'une étude épidémiologique de la morbidité et d'un consensus sur des indicateurs indirects. Par ailleurs, et ce n'est pas une mince question, la santé mentale ne s'apprécie pas seulement en termes d'incidence et de prévalence de morbidité psychiatrique. La consommation de substances psycho-actives, incluant l'alcool, le niveau d'agressivité et de violence dans les relations au quotidien, le sentiment de bien-être (ou de « mal-être), la qualité des rapports au sein des institutions (entreprises, établissements d'enseignements, administrations, établissements de santé...), entre les professionnels entre eux et entre les professionnels et les usagers sont à la fois des facteurs dominants de la santé mentale et des indicateurs. A titre d'exemple, le modèle « dominant-dominé » qui infiltre majoritairement tous les types de relation dans notre pays est un puissant facteur de mal-être mental ; il en est de même de la dégradation de relations intergénérationnelles. Ce n'est sans doute pas par hasard si l'enquête européenne sur la dépression a mis en évidence un taux de symptômes dépressifs deux fois plus élevé en population générale en France que dans les pays voisins. On peut également s'interroger sur le fait que la France détient désormais le record du monde des décès par suicide chez les 65 ans et plus.* »

La montée en puissance de symptômes de souffrance psychosociale, palpable depuis plusieurs décennies dans notre pays, a, à un moment donné, été si forte qu'intellectuels et institutions se sont emparés de la problématique. Au milieu des années 90, le rapport Lazarus, « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » ; l'ouvrage collectif de Pierre Bourdieu « *La misère du monde* » en sociologie ; « *Souffrance en France* » de Christophe Desjours et les travaux de l'ORSPERE dans le champ de la santé mentale ont provoqué une onde de choc suffisante pour que la donnée soit prise en compte et traduite dans les modes de prises en charge des politiques sanitaires et sociales.

ORSPERE-ONSMP

Seul organisme de ce type en France, l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion – Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité est un service public de psychiatrie soutenu par le ministère de la santé, celui de l'action sociale, la Délégation interministérielle à la Ville et différents commanditaires de projets. Ses travaux de recherche sont fondés sur les réalités des situations vécues et exprimées par les professionnels sanitaires et sociaux.

Contact : Jean Furtos
Tél. 04 37 91 53 90
orspere@ch-le-vinatier.fr
www.orspere.fr

2) Pourquoi une telle montée en charge de la souffrance ?

L'augmentation de la souffrance psychosociale au sein de la population s'explique par l'imbrication de plusieurs facteurs :

- normalisation de l'individualisme et de l'éclatement familial (a) ;
- Évolution de la psychiatrie et émergence de nouvelles pathologies (b) ;
- apparition de la crise économique, complexification du monde du travail et persistance du chômage (c) ;
- crise du logement (d).

a) Normalisation de l'individualisme et de l'éclatement des familles

Régis Bernard, Directeur de l'IUFM de Lyon⁵ :

« Longtemps la société dans laquelle vivaient les hommes n'était pas une société des individus, mais une communauté. Dans ce modèle de la communauté prime la « solidarité mécanique », l'appartenance mécanique au groupe, pour reprendre les termes d'Emile Durkheim. Les membres de la communauté sont solidaires parce qu'ils sont semblables, parce qu'ils vivent de manière presque identique, dans les mêmes conditions. Aujourd'hui, au terme du processus d'individuation, la société des individus est une société très différenciée où les statuts, les rôles, les compétences des uns et des autres sont très variés, où chacun a besoin des différences de l'autre, où la solidarité est devenue « organique ». On est ainsi progressivement passé de la communauté, où le groupe prime sur l'individu, à la société, où la conscience de soi précède la conscience d'appartenir à un groupe, comme l'écrit Norbert Elias. Ce qui prime désormais, c'est l'individu, le sujet qui se définit par son individualité, son historicité, et qui est responsable de son destin. (...) Cette figure de l'individu émerge dans tous les champs de l'existence. A l'artisan succède l'artiste qui signe ses œuvres de son nom. Dans le champ politique, on voit se constituer les États, la société civile, l'espace public composé d'individus qui se définissent individuellement par leurs droits et leurs devoirs. On voit émerger les droits de l'homme, mais aussi de la femme, de l'enfant, des minorités, etc. On assiste à la sérialisation sans fin des libertés et des droits. Dans le domaine du travail, on sort de l'organisation corporative avec la loi Le Chapelier qui rend le travailleur libre de vendre sa force de travail (mais aussi de se faire exploiter puisqu'elle empêche en même temps la constitution des syndicats). Dans la vie amoureuse, on passe du mariage obligé entre clans ou du mariage arrangé entre familles, au mariage entre deux êtres qui se choisissent. Au sein de l'univers familial se développent des espaces qui participent à la construction de l'intimité de chacun. Ceci est perceptible dans les modes d'habiter : chaque membre de la famille possède, dans l'appartement familial, un micro-territoire en propre. (...)

On assiste à une crise importante, et qui n'est sans doute pas suffisamment pensée, qui touche à la filiation. Les représentations qui fondent l'humanité à nos yeux sont en train de s'effriter. J'entends par ces représentations l'institutionnalisation des différences fondamentales entre les Hommes - les hommes et les femmes, les adultes et les enfants, les générations, et l'assignation de places spécifiques pour chacun et chacune d'entre eux. Aujourd'hui, il est possible de dissocier la sexualité de la reproduction, d'envisager la fabrication d'un être à partir d'un seul être par le clonage. On reconnaît l'homosexualité et bientôt l'homoparentalité, etc. Peut-être parvenons-nous à la fin d'une époque, d'un cycle, en ces temps où tout se passe comme si nous pouvions -enfin (?)- nous débarrasser de ce qui nous lie encore à notre animalité fondatrice ? S'il en est bien ainsi, alors comment chacun d'entre nous peut-il s'inscrire dans une lignée, une histoire, une culture, etc., une filiation ? A cela s'ajoute un brouillage intergénérationnel très fort ; les places assignées à chaque génération sont mouvantes. On voit notamment apparaître de nouvelles catégories d'âge - les préadolescents, l'adulthood (entre l'adolescence et l'âge adulte), les seniors (entre 50 et 70 ans, actifs âgés et jeunes retraités) le quatrième âge - qui témoignent de ce brouillage.»

Pour aller plus loin

Individualisme et dynamismes collectives, Cycle de conférences-débats 2007/2008, Grand Lyon, ENS LSH & Conseil de développement du Grand Lyon, en ligne sur www.millenaire3.com
Les temps de l'enfant, 2003

⁵ Interview réalisée le 13 juin 2007 par V. Pugin, en ligne sur www.millenaire3.com

b) Évolution de la psychiatrie et émergence de nouvelles pathologies

Michel Servillat, pédopsychiatre⁶ :

« La psychiatrie est une discipline assez récente et qui n'a cessé d'évoluer. Elle a connu une première grande évolution avec la mise en place de la sectorisation dans les années 70. On a alors supprimé un grand nombre de lits et diminué les temps d'hospitalisation en faveur de dispositifs plus souples permettant aux malades de rester insérés dans leur milieu de vie. C'est une véritable avancée notamment pour les malades chroniques qui, ainsi, ne sont pas coupés de la vie sociale. Les centres médico-psychologiques se sont pleinement insérés dans leurs différents territoires et fonctionnent en réseau avec les autres professionnels au profit des populations suivies. La proximité a favorisé leur accès, c'est évident. De son côté, l'hôpital a aussi, et de fait, évolué. Il est devenu plus complexe et regroupe plus d'une centaine de métiers. Engagé dans des procédures de démarche qualité, d'évaluation et de contrôle, il s'est beaucoup technicisé, peut-être un peu trop, peut-être au détriment d'une certaine humanité... Quant aux moyens, ils sont toujours perçus comme insuffisants. Cependant, je ne pense pas que les problèmes de la psychiatrie publique se réduisent aujourd'hui à une affaire de moyens. La profession est aussi victime d'une évolution démographique néfaste. Les médecins qui partent en retraite ont du mal à se faire remplacer. La psychiatrie publique doit aussi faire face aux conséquences de la féminisation et à une mauvaise répartition territoriale des spécialistes. Or, plus un territoire est sinistré, plus la situation s'aggrave. Enfin, et je crois que cet élément est fondamental, la profession a du mal à se positionner dans une société qui la somme de réparer tous ses maux. »

Jean Furtos, psychiatre, directeur de l'ORSPERE-ONSMP⁷ :

« Les maladies sont effectivement sujettes à évolution. Les névroses ou psychoses d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier. Aujourd'hui, il y a toute une frange de souffrances qui ont comme caractéristique d'être liées à une composante sociale, de se traduire par une diminution de la capacité d'agir et donc d'être à l'origine de la dépression. Dans ces cas, prescrire un antidépresseur ou envisager une psychothérapie traditionnelle est totalement inutile. L'accompagnement de la personne est de loin la solution à privilégier. Celui-ci peut être le moyen d'aider la personne mais aussi, et peut-être surtout, de prévenir un désespoir plus grand qui peut conduire à des formes d'aliénation et d'auto-exclusion. »

Pour aller plus loin

J. Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

- Annexe 3. Interview I, réalisée le 27 oct. 2008 par L. Bornarel.

« La prise en charge en psychiatrie s'est considérablement améliorée depuis les années 70 : 80% des patients sont désormais suivis sur un mode ambulatoire. »

- Annexe 4. Interview II, réalisée le 27 oct. 2008 par L. Bornarel.

« Du fait d'un déploiement d'activités ambulatoires très développé, la psychiatrie doit être en relation avec toute la chaîne d'acteurs allant de l'hébergement d'urgence au logement banalisé. »

- Annexe 5. Interview III, réalisée le 19 janv. 2009 par L. Bornarel.

⁶ Interview réalisée le 27 mars 2006 par C. Panassier, en ligne sur www.millenaire3.com

⁷ Interview réalisée le 13 fév. 2006 par C. Panassier, en ligne sur www.millenaire3.com

« Les promoteurs de petites associations sont habituellement des gens engagés, qui réfléchissent et expérimentent l'innovation sociale à taille humaine. »

Annexe 6. La psychiatrie rhônalpine en chiffres.

c) Complexification du monde du travail

Philippe Davezies, docteur, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail, UCBL1⁸.

« Le flou qui existait autrefois dans les organisations du travail a disparu. Les effectifs ont été serrés au plus près, et la majeure partie des postes qui permettaient un reclassement temporaire ou définitif dans l'entreprise ont été supprimés. Le temps libéré par la rationalisation du travail a été réinvesti dans des activités directement productives. Ce mouvement d'intensification favorise les emplois où il y a répétitivité du geste. Et contrairement à ce que l'on pourrait croire, le travail à la chaîne de type taylorien n'a pas diminué, il s'est simplement déplacé. Ce n'est plus l'ouvrier spécialisé de la métallurgie qui est concerné, c'est l'ouvrière du secteur agroalimentaire, où les conditions de travail sont extrêmement dures. La raréfaction des possibilités de reclassement et la crainte de perdre son emploi font qu'aujourd'hui, lorsqu'une douleur apparaît, on serre les dents et on tient. (...). Le phénomène d'intensification a des effets qualitatifs sur le rapport au travail. Une part importante de la population a des difficultés pour, à la fois, satisfaire aux exigences de la hiérarchie et maintenir des critères de travail bien fait. Les gens ont le sentiment de ne plus avoir les moyens de travailler correctement. (...) Deux réactions possibles : celui qui se contente de satisfaire son chef sans plus se préoccuper de la qualité de son travail va s'enfermer dans une attitude cynique. A terme, il risque de perdre l'estime de lui-même et de porter atteinte à son identité. 2e cas : celui qui va persister à bien travailler malgré une organisation qui écrase les critères de qualité. Les intérêts sur l'objet du travail étant divergents (produire bien/produire vite), il va y avoir une mise en difficulté réciproque avec la hiérarchie. Une situation qui favorise l'apparition du harcèlement moral ! Ce type de salarié peut alors souffrir d'angoisse, de troubles du sommeil, d'irritabilité ou de perte d'espoir. S'il traverse une période de fragilisation dans sa vie privée (décès d'un parent, rupture familiale, etc.), il a des chances de craquer. C'est le genre de personne qui se retrouve ensuite à l'hôpital dans un grand désarroi, sans être capable de comprendre ce qui l'a amené là. Et dans une telle organisation du travail, tout le monde ne tombe pas en même temps, ce qui fait que ça passe plus inaperçu. »

Pour aller plus loin

Les cahiers de l'Agenda Santé – Agenda Santé n°7 : travail et santé, DPSA, 2006, en ligne sur www.millenaire3.com

Trop pressés, trop stressés, la société malade du temps ? 2004

Temps des entreprises, des salariés, des territoires : à la recherche d'une concordance, 2004

www.espacedestemps.com

Gros Plan : quand les temps professionnels et personnels s'entrechoquent dans la ville. Temps urbains, temps contraints, par C. Panassier, Agenda métropolitain, 2007, en ligne sur www.millenaire3.com

d) Crise du logement

Lofti Debbeche, Mission Habitat du Grand Lyon⁹ :

⁸ Interview réalisée le 7 juin 2006 par L. Bornarel, www.millenaire3.com

«... Nous sommes dans une crise grave et profonde, mais on ne le dit pas. Certes, jamais autant de logements n'ont été construits. Mais très insuffisamment de logements sociaux, encore moins de logements sociaux accessibles et encore moins de logements sociaux adaptés aux modes de vie d'aujourd'hui. Résultat : il y a une inadéquation flagrante entre l'offre et la demande. Les dysfonctionnements sont autant quantitatifs que qualitatifs : les gens n'y rentrent pas et, ceux qui y sont, n'en sortent pas. Les nouveaux logements sociaux sont encore chers et de fait hors de portée de nombreux ménages (les deux tiers de la demande sur le Grand Lyon). Les taux d'effort¹⁰ explosent. Nombre de ménages ne peuvent plus bouger, en particulier d'une commune à une autre. Le logement social aujourd'hui ressemble à un train à l'arrêt où chacun reste figé dans son wagon.»

3 questions à Solène Bihan, animatrice du Collectif Logement Rhône, chargée de mission de la FAPIL, Fédération des Associations pour la Promotion et l'Insertion par le Logement.

Interview réalisée le 11 février 2009 par Laure Bornarel.

Comment se caractérise la crise du logement sur une agglomération comme celle du Grand Lyon ?

Tout d'abord, ce sont les conditions d'accès au logement qui sont difficiles. Le montant des loyers est globalement élevé par rapport au revenu des ménages. Il y a un effet de mise en concurrence : les propriétaires ont tendance à choisir le plus solvable des candidats à la location. Quant aux exigences des agences immobilières, elles sont souvent prohibitives. Pour louer un appartement, il faut disposer d'un salaire au moins équivalent à trois mois de loyer, régler un mois d'avance et avoir un garant dont le revenu est d'au moins quatre loyers. Nombre de jeunes, de foyers monoparentaux, de personnes seules en CDD, en CDI à temps partiel ou en intérim sont incapables de réunir ces conditions. La difficulté de trouver un logement ne concerne plus seulement les personnes qui vivent des minima sociaux, mais touche d'autres catégories de population. C'est pourquoi l'on parle de crise de l'accès au logement pour les ménages les plus modestes.

Quels sont les effets de la crise sur le parc immobilier social ?

Le turn-over s'est considérablement réduit. Auparavant, un passage dans le parc social se suivait d'une acquisition ou d'une location dans le parc privé. Aujourd'hui, les locataires ne bougent plus. Agrandissement de la famille, divorce, départ des enfants... Les niveaux de loyers d'appartements qui seraient mieux adaptés sont trop élevés. Y compris dans le parc social, les logements neufs sont trop chers, ce qui rend les mutations difficiles.

Vous animez le Collectif Logement Rhône, constitué d'associations de promotion du droit au logement et d'insertion par le logement. Quelles sont les principales évolutions perceptibles depuis une dizaine d'années ?

Le Collectif Logement Rhône représente une vingtaine d'associations du département. Les actions vont de la gestion d'un parc de droit commun à de l'hébergement, du logement de transition, des pensions de familles, des maisons de relais... Certaines font de l'accueil et de l'accompagnement de public en difficultés d'accès au logement. Le profil du public accueilli s'est modifié : auparavant principalement constitué de personnes vivant des minima sociaux, il s'est élargi aux « travailleurs pauvres », c'est-à-dire à des salariés dont le niveau de revenu n'est pas suffisant pour accéder au parc privé et qui ont du mal à entrer dans le parc social.

⁹ Interview réalisée le 12 juin 2008 par C. Panassier, www.millenaire3.com.

¹⁰ Part du revenu du ménage consacré au logement et aux charges qui s'y réfèrent

Collectif Logement Rhône

Un regroupement d'une quinzaine d'associations de promotion du droit au logement et de l'insertion par le logement.

Contact : Solène Bihan

Tél. 04 78 72 64 49

collectiflogementrhone@gmail.com

www.collectif-logement-rhone.net

Pour aller plus loin

Note d'alerte sur la crise du logement, contribution du Conseil de développement, janv. 2008

<http://www.grandlyon.com/Les-contributions-du-Conseil-de-developpement.2378.0.html>

Annexe 7. Interview Patrice Tillet, Président d'ABC HLM.

III. Souffrance psychique et logement

1) Distinguer la souffrance psychosociale du handicap psychique

La souffrance psychosociale naît d'une série de ruptures : perte d'emploi, fragilisation des liens familiaux (divorce, séparation d'avec ses enfants, éloignement géographique, etc.). A terme, cela peut favoriser le développement de pathologies psychiques.

Le handicap psychique est d'un autre ordre. Sa reconnaissance date de la Loi du 11 février 2005. L'article 2 déclare que « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant* ».

L'UNAFAM¹¹ le présente comme ayant pour origine une maladie psychiatrique. Apparue dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte, cette maladie peut affecter ou non les capacités intellectuelles de la personne. Essentiellement dû aux troubles du comportement et du jugement, le handicap psychique entraîne des difficultés de relation à soi et aux autres. Il s'accompagne d'un phénomène de repli sur soi qui induit un isolement et une vie en marge de la société. Le handicap psychique peut être durable ou épisodique. Il existe des périodes de rémission et de réduction des symptômes de la maladie. Le handicap psychique est à distinguer du handicap mental, qui se manifeste par une déficience intellectuelle stable, durable et irréversible.

UNAFAM Rhône

La section départementale de l'Union familiale des familles et amis de personnes malades et handicapées psychiques apporte écoute et soutien aux familles concernées. Elle s'engage aussi dans les instances de décision des établissements médicaux et socio-médicaux pour rappeler les droits et la dignité de la personne malade, améliorer ses conditions de vie et défendre le rôle primordial de l'entourage dans l'accompagnement au quotidien.

Contact : Anne-Marie Mignotte
Tél : 04 72 73 41 22
69@unafam.org
www.unafam.org

Pour aller plus loin

Annexe 8. P. Monot, Président de la Coordination 69, soins psychiques et réinsertions sociales, Président d'ASSAGA, association pour l'accompagnement et la guidance vers l'autonomie des personnes handicapées psychiques, ancien directeur de l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu. Interview réalisée par L. Bornarel le 22 déc. 2008.

« *Il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque-part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce qui n'est pas évident pour tous !* »

B. Sapaly, directrice de GRIM, association lyonnaise d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique. Interview réalisée le 28 oct. 2008 par L. Bornarel, en ligne sur www.millenaire3.com

« *Des personnes auparavant qualifiées de violentes, droguées ou alcooliques peuvent désormais être identifiées comme des personnes handicapées psychiques.* »

Quand « malaise social » rime avec « souffrance psychique », synthèse de C. Panassier, 2006, en ligne sur www.millenaire3.com

2) « Votre maison est votre corps élargi »¹²

¹¹ L'Union familiale des familles et amis de personnes malades et handicapées psychiques

¹² « Le prophète », Khalil Gibran.

Que signifie « habiter » ? Benoit Eyraud¹³ explique que « Trois fonctions anthropologiques sont à distinguer : habiter, c'est tout d'abord être protégé ; c'est ensuite s'approprier un lieu ; et enfin, il s'agit de durer, de se maintenir dans ce lieu.

La première fonction est celle de la protection. Face aux intempéries, aux flux de la vie sociale et environnementale, le logement est indispensable en tant qu'entité matérielle. Une personne qui ne dispose que d'un abri de fortune va habiter le lieu, tant bien que mal. Habiter, ça passe d'abord par être protégé. C'est pourquoi l'organisation de l'offre de logements est tout à fait cruciale pour la population.

La seconde fonction est celle de l'investissement, de l'appropriation du lieu. Je donne un sens à ce lieu, un sens aux rencontres que j'y fais, et un sens aux personnes avec qui j'en partage l'espace.

Quelqu'un qui n'aurait strictement aucun contact dans son logement n'habite pas vraiment là. Il est encore certainement dans un autre lieu, dans la rue ou autre, où il va fréquemment retourner. Une personne qui retrouve un appartement après une longue période de précarité peut s'abandonner à petit feu, arrêter de se nourrir, etc. La dimension d'investissement du lieu n'est pas à la portée de tous, elle requiert une panoplie de capacités psycho-sociales. Domiciles protégés, maisons relais, habitats collectifs : les modes d'accompagnement prévus par les bailleurs et les politiques sociales du logement intègrent cette dimension en maintenant un professionnel, élément de repère et de stabilisation, dans l'habitat. Nous n'en sommes plus à la figure de l'habitat autonome comme visée exclusive de la chaîne de logement : les efforts conduisant à pluraliser l'offre sont désormais les bienvenus.

La troisième fonction relève du maintien identitaire dans la durée. Le « chez soi » implique une part de soi. S'envisager dans le futur passe par pouvoir s'envisager à partir d'un espace. C'est aussi la reconnaissance de ce droit-là que demandent les sans-papiers ! »

Régis Herbin¹⁴ ajoute : « Déménager ou adapter son logement régulièrement fait partie d'un besoin vital ! L'évolution permanente de l'individu doit pouvoir se répercuter dans l'espace qui lui est dédié. Si quelqu'un est particulièrement instable émotionnellement, il faut que l'espace suive... Ce qui ne pourra pas être fait mentalement sera fait physiquement : la personne va déménager géographiquement. A partir des années 70, la standardisation des appartements et des meubles a beaucoup limité la marge de manœuvre des gens pour s'approprier leur intérieur. Être limité dans sa capacité à adapter l'environnement induit le risque de devenir un simple consommateur d'espace. Si je ne fais que consommer l'espace, je vais déménager sans arrêt, acheter du mobilier, du matériel... Je vais surconsommer, ce sera mon moyen de compenser. Pour sortir de la consommation, l'enjeu est d'être le plus créatif possible, vis-à-vis de son mental, de son corps, de sa tenue vestimentaire, de son environnement... Quelqu'un d'extrêmement conditionné, qui accepte sans bouger tout ce qu'on lui dit, tout ce qui lui arrive, n'est plus très « vivant ». Sa créativité est atrophiée. Ne pas rester enfermé dans ses habitudes, accepter d'aller au-delà de ses limites est preuve de créativité. Il faut pouvoir « agir sur » ! Agir sur l'environnement, sur les meubles, sur les bibelots, etc. Quand on est locataire et qu'il est interdit de toucher aux murs, la créativité peut être brimée. Le propriétaire a le droit de casser un mur si ça lui chante ! Si la personne ne peut pas « agir sur » physiquement, elle va se renfermer mentalement, ce qui à terme peut participer au développement de la maladie mentale. La personne qui ne saura pas se contrôler va carrément casser et tourner à la délinquance : tags, dégradations... Malgré les apparences, c'est un comportement sain ! Si la personne est coincée, il faut qu'elle se décoince. Il n'y a que deux possibilités, passer par le physique ou le psychique. Je préfère

¹³ Annexe 10

¹⁴ Annexe 12

que quelqu'un démolisse une poubelle et réinstalle le calme en lui, plutôt qu'il serre les dents et risque de s'enfermer dans une souffrance psychique. »

Élus et bailleurs sociaux ne partagent pas toujours le même point de vue :

- Au titre de la sécurité et de la salubrité publique dans la commune, la Loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 authentifie les troubles du voisinage comme susceptibles d'être sanctionnés par le maire,... l'en rendant ainsi directement responsable.
- Les bailleurs sociaux sont dans l'obligation contractuelle de garantir « la jouissance paisible de la chose louée » à leurs locataires. Les troubles excessifs de voisinage sont reconnus par la jurisprudence comme une atteinte à cette jouissance paisible. Il est de la responsabilité des bailleurs de réduire ce type de troubles.

La régulation des troubles du voisinage est qualifiée de « primaire » si les habitants se débrouillent entre eux. Elle est dite « secondaire » si elle fait intervenir des professionnels. Une prégnance excessive des institutions aggraverait la fragilité des régulations primaires.

Mains courantes, plaintes auprès du Maire et interpellations du bailleur sont les principaux éléments de mesure de l'état d'un voisinage. En pratique, il existerait des différences de perception et de traitement entre les quartiers populaires et les autres. Les premiers présenteraient des seuils de tolérance plus élevés, avec des interventions publiques plus tardives et sécuritaires. Les personnes les plus vulnérables seraient celles qui en supporteraient le plus durement les conséquences.

Si l'on se base sur l'exemple de Grenoble¹⁵, entre 20 à 30% des plaintes de voisinage relèveraient de difficultés sociales et pathologies psychiatriques : nuisances sonores et olfactives, tapage nocturne, harcèlements, insultes, encombrements de déchets, dommages sur les parties communes des immeubles, cas d'addictions, etc. Les situations sont souvent méconnues des travailleurs sociaux du quartier et des services de psychiatrie, à moins que le ménage ne soit en rupture de soin.

Jacques Houver¹⁶ explique le processus de perte de contact avec la réalité et les modes d'interventions qui sont habituellement utilisés par l'entourage :

« Lorsqu'une personne est en état de grande souffrance psychique, qu'elle est laissée sans contact et sans traitement, son état se détériore. Elle ne parle plus, ne mange plus. Elle peut devenir agressive, se lever et faire du bruit durant la nuit, déranger sa famille si elle en a une, etc. Les voisins vont commencer à se plaindre et la situation peut très vite se dégrader. Par défaut de prévention et de prise en charge précoce, les hospitalisations sous contrainte sont courantes.

- L'HDT, Hospitalisation sur Demande d'un Tiers, permet à la famille ou à une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade de le faire hospitaliser sans son consentement si deux médecins prescrivent cette mesure : la personne est généralement complètement repliée sur elle-même, dans une grande confusion, et a besoin d'une prise en charge médicale immédiate à l'hôpital.
- L'HO, Hospitalisation d'Office, est une mesure administrative qui relève du préfet ou du maire, lorsqu'une personne est susceptible de troubler gravement l'ordre public et de porter atteinte à la sûreté de son entourage. L'HO peut être confirmée par un médecin, mais pas nécessairement.

Si des contacts réguliers étaient établis avec ces personnes en grande souffrance psychique, bon nombre d'hospitalisations pourraient être évitées : établir une communication, rassurer en

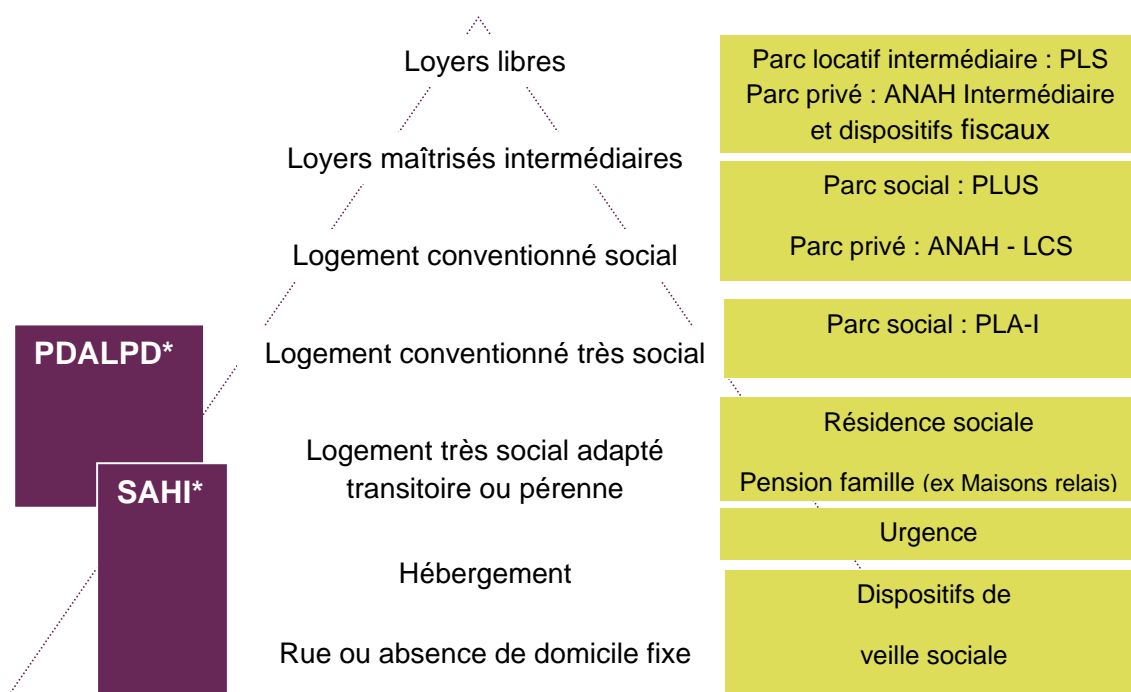
¹⁵ Les élus locaux et les plaintes de voisinage dans les grandes agglomérations, M. Girod de l'Ain, Rhizome n°24

¹⁶ Annexe 3

aidant à exprimer difficultés et souffrances, administrer un traitement adapté... est la plupart du temps suffisant. A l'heure actuelle, le dispositif ambulatoire n'est pas assez performant, ni en quantité, ni en qualité. Le recours à l'hospitalisation complète sous contrainte reste, par conséquent, important. »

3. Et quand il n'y a plus de logement ?

La crise du logement bat son plein. Des publics très hétérogènes sont concernés : jeunes, personnes âgées, nouveaux pauvres, personnes en souffrance mentale sortant d'hôpitaux psychiatriques et personnes désocialisées, vivant dans la rue... La chaîne de l'hébergement et du logement, illustrée ci-dessous, est saturée. L'instabilité liée à l'absence d'habitat durable révèle ou renforce des fragilités personnelles, ce qui peut déclencher certaines pathologies.



ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
 PLAI : Prêt Locatif Aidé d'Intégration
 PLS : Prêt Locatif Social
 LCS et LCTS : loyers conventionnés sociaux et très sociaux
 PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Populations Défavorisées
 SAHI : Schéma Accueil Hébergement Insertion

Au 30 juin 2007¹⁷, on compte 50 546 demandeurs de logement social sur la Communauté Urbaine de Lyon, soit 7% de plus que l'année précédente. Au 1^{er} janv. 2006, le parc de logements sociaux était de 122 500 logements, dont plus de 8 800 logements spécifiques.

[Pour aller plus loin](#)

¹⁷ Chiffres les plus récents actuellement disponibles.

Contrat Urbain de Cohésion Sociale 2007-2009, Grand Lyon. Outil de requalification urbaine adopté dans le cadre de la politique de la ville appliquée à des quartiers défavorisés afin d'enrayer leur marginalisation, en ligne sur www.millenaire3.com

Agenda 21 : volet social, Grand Lyon. L'objectif de ce travail est de construire progressivement un outil permettant d'évaluer la performance globale du territoire du Grand Lyon en matière de développement durable. Ici, c'est le volet social qui est à l'étude. En ligne sur www.millenaire3.com

Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, www.orspere.fr

N°24, Élus des villes et santé mentale, n°27, Au bord du logement, n°29, Le voisinage et ses troubles.

« Enquête lyonnaise sur les personnes sans logement ou hébergement fixe » réalisée par la Mission Régionale d'information sur l'Exclusion et le Réseau Personne Dehors, janv. 2009. www.mrie.org

IV. Projet « santé psychique et logement » : l'animation d'une démarche partenariale

1) Lyon, une culture de la conciliation

L'agglomération lyonnaise serait un terrain fertile pour le mode de travail partenarial. Une culture de la conciliation s'y serait historiquement développée, notamment sur la thématique de l'habitat.

Rachel Mignard, chef de projet, DHDSU du Grand Lyon¹⁸ :

« Malgré la taille de l'agglomération, il existe localement depuis de nombreuses années un partenariat solide et des acquis dans le domaine de l'habitat. Les acteurs se sont construit progressivement une vision commune des choses. Cela se traduit par une « culture habitat », l'acceptation d'échanges contradictoires, une connaissance assez fine chez certains élus des enjeux de l'habitat. (...) Il existe à Lyon une tradition humaniste, qui s'illustre entre autres par une présence associative active, militante, ancrée dans des milieux sociaux et politiques différents (laïcs, chrétiens, etc.). Le réseau Habitat & Humanisme, l'association Notre Dame des Sans-Abris, l'ALPIL¹⁹, Forum Réfugiés, l'AVDL²⁰, le mouvement Pact Arim, etc. Ce milieu associatif est animé par des personnalités fortes comme Bernard Devert, André Gachet, Olivier Brachet... Il est composé de militants impliqués dans le débat local, et malgré des difficultés récurrentes de fonctionnement, une indépendance face aux institutions qui n'est pas toujours facile à trouver et à défendre, le réseau associatif parvient à maintenir une réelle pression sur les pouvoirs publics. Les contacts sont réguliers. Cette permanence des échanges a permis progressivement de construire un socle extrêmement riche qui a alimenté directement le Plan Local de l'Habitat. (...) Et c'est d'autant plus nécessaire pour une institution comme le Grand Lyon, qui à la différence des communes, n'est pas au contact direct des habitants. Cet ancrage dans la réalité, nous l'avons à travers les communes, mais nous l'avons aussi grâce aux associations. Nos rôles sont complémentaires. »

Jean-Pierre Aldeguer, Directeur de la Fédération Habitat et Humanisme²¹ :

« La notion de conciliation est-elle présente dans les réflexions et l'action d'Habitat & Humanisme ?

Oui, bien sûr, elle est utilisée fortement, comme un mythe : Habitat & Humanisme s'est créé à Lyon, parce qu'à Lyon, depuis tout temps, le monde chrétien, le monde non chrétien, le monde économique, le monde social, les gens de droite, de gauche... ont eu l'habitude de travailler ensemble, d'échanger. Dans la maison, on le dit constamment, on l'écrit, on le porte... (...) Par rapport à d'autres mouvements, on peut dire que notre mode d'action est un peu l'antithèse de la simple dénonciation. Lorsqu'on dénonce –par exemple le fait qu'il y a trois millions de mal logés en France- on entre tout de suite dans une logique qui fait porter la responsabilité sur l'Autre. Moi qui dénonce, je m'exclus, ce n'est pas moi qui suis concerné par ce qu'il y a à faire. Je dénonce les autres, le pouvoir, l'État, etc. A Habitat & Humanisme, on affirme certes que la situation n'est pas acceptable, mais que c'est à nous d'agir, parce que nous sommes nous-mêmes concernés. C'est en cela que nous sommes quelque-part dans la conciliation... »

¹⁸ Interview réalisée le 27 juin 2006 par C. Foret, www.millenaire3.com

¹⁹ Association Lyonnaise pour l'Insertion par le Logement

²⁰ Association Villeurbannaise pour le Droit au Logement

²¹ Interview réalisée le 14 avril 2006 par C. Foret, www.millenaire3.com

Olivier Brachet, Directeur de Forum Réfugiés²² :

« Conciliation, est-ce un mot qui vous parle ?

Oui, c'est un mot qui me plaît pour son côté contingent. Parce qu'au fond, Lyon n'est pas une agglomération solidaire. C'est un espace complexe, politiquement mal construit, où le pouvoir institutionnel est laborieux. Ce n'est pas parce que nous nous sommes divisés tout seul, c'est parce qu'on a beaucoup subi. Et je dirais que c'est en l'absence de solidarité spontanée qu'il a fallu trouver des conciliations. Conciliation, c'est un bon mot, parce que c'est une sorte de mot modeste. On n'a pas arbitré de grands conflits à Lyon, mais on a pratiqué l'esprit conciliant. Et on peut retrouver les traces de cette culture locale dans de nombreux domaines. Même si on s'engueule sur tel ou tel sujet, personne ne fait la pluie et le beau temps ici, personne ne peut dire : « ça ne se fera pas sans moi ». Personne n'a un pouvoir suffisant pour cela. C'est une grande différence avec Paris, qui est homogénéisée par la fonction verticale : au-dessous de la tour Eiffel, il y a le roi. Chez nous, la structure des pouvoirs n'est pas homogénéisante. C'est cette imbrication de territoires, et ce rapport très spécifique à Paris –parce qu'il y a une sorte d'antécédent historique de Lyon sur Paris- qui produit cet esprit conciliant. Et puis il y a le fait que cette ville soit historiquement bien située, au carrefour des affaires, des foires. »

2) Conditions de réussite d'un travail partenarial

La conduite du projet « Santé psychique et logement » et les divers aboutissements qui ont déjà pu en résulter ont nécessité la réunion de plusieurs conditions *sine qua non* :

- La problématique de travail choisie est une réalité lourde de conséquences au quotidien, à la fois pour les usagers et les professionnels de terrain. **Sa complexité et l'absence de politiques publiques idoines justifient une approche pluridisciplinaire** et inter institutionnelle.
Benoit Eyraud, sociologue²³, confirme : *« La psychiatrie s'est interrogée sur les modes d'accompagnement qui seraient les plus adaptés pour permettre à des patients de revenir en logement indépendant. Les bailleurs sociaux se sont demandés s'il fallait recruter des professionnels de la médiation ou de l'accompagnement social pour gérer certaines situations délicates. Les tuteurs et curateurs ont réfléchi aux moyens de préserver le lieu de vie de personnes en difficultés. Tous ont fait le constat qu'il fallait travailler de manière transversale et redéfinir au cas par cas les interventions des uns et des autres, car tout le monde était confronté à l'expression de la souffrance psychosociale dans la ville et l'habitat. Les temps de concertation sont l'occasion de présenter les compétences mises en œuvre par chacun tout comme leurs limites d'intervention. Des situations ne relevant de la responsabilité directe d'aucune tutelle sont discutées pour trouver collectivement des solutions. »* ;
- L'implication sur la durée d'une personne légitimée par la nature de sa mission professionnelle est un fait déclencheur indispensable. Cette **personne « porteuse de projet » va constituer le moteur**, le liant et le gouvernail du groupe de travail rassemblé.
- **La connaissance des enjeux et la conviction** que l'évolution de la situation passera par un travail collectif mobilisant les professionnels engagés.
- **La haute validation politique** accordée aux avancées du projet « Santé psychique et logement » garantit la pérennisation du processus.
- **La mise à disposition de moyens humains** et l'attribution de budgets rendent la concrétisation d'outils possibles.

²² Interview réalisée le 1^{er} fév. 2008 par C. Foret, www.millenaire3.com

²³ Annexe 9

Bien gérer la question du secret professionnel

« Dans un processus de concertation interinstitutionnelle, l'enjeu est de savoir comment gérer la question du secret professionnel pour faciliter le travail de réseau, dans la limite des compétences de chacun. »

Gilles Devers, avocat, explique comment aborder cette notion fondamentale, annexe 11.

Et aussi...

- Le turn-over professionnel est un paramètre à prendre en compte sur plusieurs années. Dans le cas présent, les « sortants » ont toujours pris soin de **transmettre correctement le dossier aux « arrivants »**, choisis pour leur propension à se saisir du sujet.
- **Il faut du temps** pour mener à bien un projet de cette ampleur. Du temps pour que les participants se connaissent, se comprennent, s'ajustent et trouvent une longueur d'onde commune pour imaginer des solutions. La prise en compte de ce temps de maturation du groupe est indispensable pour qu'à un moment donné, outils et décisions collectives puissent se réaliser.
- **Les phases de concrétisation** (co-rédaction du guide « santé psychique et logement », formation-action, etc.) servent aussi à renforcer et à dynamiser le groupe constitué. Les retours positifs du terrain alimentent le groupe dans sa continuité.

Pour aller plus loin

Annexe 9. Benoit Eyraud, sociologue au CERPE²⁴. Interview réalisée le 5 fév. 2009 par L. Bornarel.

« Le développement partenarial n'a pas à se faire au détriment d'une réflexion continue des missions, mandats et compétences de chaque institution. »

Annexe 10. Benoit Eyraud II. Interview réalisée le 2 avril 2009 par L. Bornarel.

« Notre société valorise énormément la personne autonome et dévalorise celles qui ont besoin d'assistance. Ce serait nier le fait que l'individu le plus rationnel, libre et fort dépend d'énormément de soins qui lui ont permis de se constituer et de se maintenir dans cette autonomie. »

Annexe 11. Gilles Devers, avocat. Interview réalisée le 11 déc. 2008 par L. Bornarel.

« Ce que le droit apporte, c'est de poser la question de la conciliation entre les libertés individuelles et les besoins collectifs de la société. »

M-C Pillon, médecin chef, responsable du pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation de l'hôpital Saint-Jean de Dieu. Interview réalisée le 1^{er} juil. 2008 par B. Yvray-Danguis, en ligne sur www.millenaire3.com

« Le soin ne résout pas tout ; il faut également accompagner le parcours du patient, construire ensemble les conditions nécessaires à une future réinsertion sociale ».

Maud Sgorbini, responsable du projet santé psychique et logement du Grand Lyon, interview réalisée en mai 2008 par B. Yvray-Danguis, en ligne sur www.millenaire3.com

«...la finalité étant de poursuivre, avec toutes les parties prenantes au projet, un objectif qui est d'intégrer et/ou maintenir les personnes fragiles psychiquement dans l'habitat collectif, tant que c'est possible. »

²⁴ Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, Lyon.

V Jouer la complémentarité avec d'autres politiques publiques

1) L'accessibilité pour tous

Donnant une définition élargie du handicap²⁵, la Loi du 11 février 2005 représente une avancée majeure en matière d'égalité des chances pour l'emploi, la culture et le sport. Elle spécifie que tout établissement recevant du public (ERP) doit, dans un délai de 10 ans, se rendre accessible au tout public, c'est-à-dire à tout citoyen valide, vieillissant, fatigable, mal voyant, mal entendant, handicapé physique, psychique, mental ou cognitif...

Obligation est faite à tout ERP de fournir, à terme, une attestation de conformité, sous peine de devoir fermer et de se voir retirer toute subvention par les collectivités. Les communes de plus de 5 000 habitants et les Communautés de communes sont chargées de créer une commission d'accessibilité composée d'élus, de techniciens et d'associations. Cette commission doit établir un état des lieux, en faire un rapport au préfet et élaborer un plan d'intervention pluri-annuel comprenant les préconisations et actions prioritaires.

En bref, il s'agit d'auditer les villes à l'aune de la qualité d'usage et de modifier toute la chaîne du bâtir, de la conception à la réalisation !

Régis Herbin²⁶, créateur de la démarche « Haute Qualité d'Usage », en donne une définition : elle « est du même type que la Haute Qualité Environnementale, dans le cadre des aménagements urbains et architecturaux. La HQU a pour vocation d'améliorer l'accessibilité et la qualité d'usage dans le bâti tandis que la HQE gère la question de l'intégration environnementale du bâti. Je donne un exemple de prise en compte de la qualité d'usage. En lieu et place de plans horizontaux qui se terminent par un trottoir ou un escalier, avec, sur le côté, une pente à 5% conçue pour les personnes handicapées, il suffit de faire un parvis légèrement incliné sur tout le long, que personne ne remarquera. Cela ne coûte pas plus cher et c'est plus pratique pour tout le monde ! (...) La HQU répond, en fait, à une liste d'exigences d'usage :

- Les exigences en matière de **motricité** concernent tout ce qui est passage, dénivelé préhension²⁷ ou autre. La correspondance avec le handicap physique est possible, mais elle est trop restrictive. Il s'agit, par exemple, de respecter des largeurs de passage suffisantes pour que, non seulement une personne en fauteuil roulant puisse passer, mais que les gens ne se sentent pas opprimés par un rétrécissement important du cheminement.
- Le domaine de la **perception de l'espace** renvoie aux dimensions visuelles, tactiles, olfactives et acoustiques. L'objectif est de faire rentrer les passants dans un certain confort en introduisant des éléments de repère et d'agrément dans un lieu important. Une fontaine d'eau pourra ainsi générer un bruit agréable et servir de point de rencontre.
- Aborder la **psyché** passe par la prise en compte de la mémorisation et de l'orientation. C'est sur la communication, la simplicité des espaces et le sentiment de sécurité que l'on va jouer. Le travail que nous avons mené au Louvre est une bonne illustration. Qui peut imaginer, en se promenant dans le sous-sol, que, si nécessaire, des escaliers vont apparaître comme par miracle et que des vérins hydrauliques vont soulever les pavés des trottoirs extérieurs ? Les règles de sécurité peuvent être parfaitement respectées, si

²⁵ L'article 2 déclare que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

²⁶ Annexe 12.

²⁷ Action de saisir, de prendre.

les issues de secours sont camouflées dans les murs pour des raisons esthétiques, le taux d'angoisse des visiteurs restera extrêmement fort...

- La **prévenance** s'attache à rendre les espaces plus « surs et confortables ». Les arêtes et angles trop pointus, les bornes d'accueil effilées et coupantes vont être arrondis pour diminuer les risques et le ressenti d'agressivité. Des mains courantes vont être ajoutées là où les personnes à équilibre précaire ont besoin de se tenir, des bancs plus pratiques que design vont être installés pour les plus fatigables, etc.
- Enfin, dernier point, le champ de l'**adaptabilité** : comment adapter tel ou tel espace de vie en tenant compte de l'évolutivité des besoins des gens dans le temps ? »

La Commission intercommunale d'accessibilité du Grand Lyon

Elle fait, en priorité, le constat de l'état d'accessibilité sur les domaines relevant de sa compétence directe : habitat, établissements recevant du public (ERP), transports, espaces publics. L'objectif est de faire des propositions pour améliorer le cadre de vie des personnes handicapées.

Elle veille également, via les 9 conférences des maires du Grand Lyon, à bien articuler ses actions avec celles des commissions communales d'accessibilité traitant de leurs propres compétences.

Quatre groupes de travail thématiques, animés par les Directions opérationnelles du Grand Lyon, mettent en œuvre la loi dans les champs prédéfinis. Concernant l'habitat, un recensement des logements accessibles est à faire dans les parcs immobiliers public et privé.

Contact : Juliette Bonotaux

Tél. 04 78 63 45 13

jbonotaux@grandlyon.org

Pour aller plus loin

Annexe 12. R. Herbin, directeur du CRIDEV²⁸. Interview réalisée le 21 janv. 2009 par L. Bornarel

« Quelqu'un qui est hébergé pour une nuit, quelques jours ou plusieurs semaines doit pouvoir garder son chien, poser une photo, un bibelot, simplement pour se sentir rassuré. Une fois qu'il se sentira exister en tant que lui-même dans le lieu, alors il pourra commencer à entrer en communication avec les autres. »

« Vivons ensemble la cité », cdrom, outil de sensibilisation pour intégrer l'accessibilité dans les programmes des collectivités et permettre aux personnes handicapées ou vulnérables de se déplacer librement dans la cité. Réalisé par la Région Rhône-Alpes en lien avec le Groupe pour l'Education Permanente des Architectes (GEPa), 2006.

« Psychologie environnementale, design et bien-être », S. Pornin et C. Peeters, CityZen, en ligne sur www.millenaire3.com

« Espaces intermédiaires ou espaces de transition de l'espace privé à l'espace public », G. Bernardin, chef de projet, Mission animalité urbaine du Grand Lyon, en ligne sur www.millenaire3.com

2) Optimiser le cadre et les modes de vie des habitants

Quelques pistes parmi d'autres...

a) Les jardins, bel outil d'apaisement social

Jardin d'insertion, jardin thérapeutique, jardin partagé... Quelque-soit la dénomination et la vocation sous-jacente, l'objectif recherché est identique : il s'agit de (re)donner la possibilité aux apprentis-jardiniers de mieux prendre leur place dans la société. Qu'une municipalité accorde l'autorisation à un groupe d'habitants d'investir un terrain en friche ou qu'un bailleur social laisse ses locataires faire un potager en pied d'immeuble, les avantages sont multiples :

²⁸ Centre de recherche pour l'intégration des différences dans les espaces de vie.

- L'appropriation des lieux par les habitants contribue au respect et à l'embellissement des espaces extérieurs,
- C'est l'occasion pour certains de renouer avec le travail et de passer progressivement d'une position d'assisté à celle de producteur. C'est bon pour l'image de soi !
- Le jardin permet l'échange intergénérationnel, interculturel. Il favorise l'émergence des gestes de solidarité. C'est un lieu de pacification des rapports sociaux.
- Quand le jardin se fait potager, il aide à améliorer les pratiques alimentaires... et à en discuter !

Si le public visé est vulnérable, la présence et l'accompagnement d'un animateur aide à réguler l'organisation et les relations entre les gens. C'est l'une des conditions nécessaires à la pérennisation de l'opération.

B. Charre et M. Lemahieu :

« Du fait de leur handicap psychique, les personnes se comportent souvent comme si elles ne pouvaient plus mettre en œuvre leurs capacités face à un environnement qu'elles perçoivent alors comme intrusif à leur égard. La conscience de ses propres incapacités est à l'origine de souffrances psychiques. La pratique du jardinage permet de valoriser certaines capacités et d'en développer de nouvelles. Elle diminue la souffrance psychique. Les personnes handicapées psychiques ont beaucoup de mal à percevoir la réalité. Le jardin les inscrit dans une réalité temporelle et physique. Ces personnes sont souvent anxieuses voire angoissées et hypersensibles. Elles ont un fort sentiment d'insécurité. Le jardin clos est un lieu sécurisé qui rassure la personne. Ce sentiment de sécurité est renforcé par la présence d'une réglementation claire dans le jardin. La proximité et souvent la solidarité des autres jardiniers redonnent confiance et motivent. »

Espaces verts

Pour toute demande concernant les espaces verts entretenus par les services de la Ville, le mieux est de s'adresser à l'élu référent de l'arrondissement ou de la commune.

Sur le périmètre de la Ville de Lyon, il peut être intéressant de doubler la démarche auprès du technicien de secteur concerné : Thierry Charetier s'occupe de la Rive Gauche de Lyon ; Pierre Ville s'occupe de la Presqu'île et de la Rive droite.

Tél. 04 72 69 47 60

Le passe-jardins

« Créer des jardins pour créer du lien social »... Cette association propose différents niveaux de prestations pour les élus, bailleurs sociaux et autres partenaires :

- Une activité de conseil pour un projet de jardin partagé et solidaire (cinq demi-journées),
- Un accompagnement à la création du jardin auprès d'un porteur de projet local,
- Création et animation du jardin.

Contact : Catherine Creuze/Béatrice Charre

Tél. 04 78 00 22 59

pp.ccreuze@club-internet.fr

www.jtserhonealpes.fr

Pour aller plus loin

Annexe 13. « De l'intérêt des jardins et du jardinage pour l'habitat social et la santé psychique », par B. Charre et M. Lemahieu.

Annexe 14. « Les quartiers jardinés de Lyon », par B. Maret.

Quand les jardins collectifs donnent une leçon de vie à la ville, S. Decelle et C. Panassier, www.millenaire3.com

Le végétal dans l'agglomération lyonnaise, S. Decelle, C. Panassier, A. Pinchard sur www.millenaire3.com

b) Quand l'animal est bon pour la santé

Le fait est insuffisamment mis en avant par les collectivités publiques et les bailleurs sociaux, qui tendent à se concentrer davantage sur ce qui sort de l'arrière-train des quatre-pattes, mais s'occuper d'un animal est bon pour la santé !

- caresser un animal familier réduit de façon significative la pression artérielle, la température de la peau et la fréquence cardiaque (Katcher, Friedmann, Thomas, 1983),
- les possesseurs d'un animal familier ont statistiquement un taux de cholestérol et de triglycérides moins élevé que les non possesseurs (Anderson, Reid, Jemmings, 1992),
- la compagnie d'un chien permet de surmonter des événements difficiles (décès, divorce, maladie) et de réduire le stress lié au rythme et au mode de vie contemporains (Bergler, 1992),
- posséder des animaux aide les enfants à se faire des amis (Serpell, 1986),
- l'animal facilite la maturation psychoaffective et psychomotrice des adolescents. Il canalise et contient l'agressivité (Einis, Grinstein, Stavitski, Ross, 1995),
- les propriétaires de chiens ont 8 fois plus de chance de vivre un an de plus après une attaque cardiaque que les personnes sans chien (Beck, 2003)...

Les raisons de tels bienfaits relèvent du simple bon sens :

- l'animal constitue un stimulus simple et connu de tous,
- en prendre soin augmente l'estime de soi et le sens des responsabilités,
- l'animal ne porte pas de jugement de valeur et accepte les gens tels qu'ils sont,
- il met à disposition du possesseur un capital affectif apparemment inconditionnel,
- les propriétaires sont incités à faire plus d'exercice pour sortir et jouer avec leur compagnon,
- l'animal joue le rôle d'un médiateur social facilitant la mise en relation des personnes entre elles. A ce titre, il joue régulièrement un rôle de vecteur social qui aide les personnes seules, handicapées ou vieillissantes à rompre leur isolement.

Ceci dit, il va de soi que quelques règles élémentaires d'hygiène, d'éducation et de civisme sont à respecter. Les désagréments les plus régulièrement cités lors des plaintes de voisinage sont les aboiements intempestifs (syndrome de séparation du chien d'avec son maître) et les déjections canines. Partant du constat que vivre avec un animal est un droit individuel qui s'inscrit dans ce fameux principe de développement durable²⁹ prôné partout, par tous et pour tous, le Grand Lyon est la première Communauté Urbaine de France à s'être doté d'une Mission animalité urbaine.

Chargée d'accompagner les demandes des professionnels et des particuliers sur les animaux domestiques, sauvages et commensaux³⁰, cette Mission offre une palette de réponses à des situations très variées :

- accompagnement à la conception ou au réaménagement d'espaces publics ;
- formation du personnel de gardiennage et d'entretien en lien avec les habitants ;
- espaces sanitaires canins ;
- cours d'éducation canine ;
- balades canines ;

²⁹ Volet social

³⁰ Non domestiqués mais qui vivent au contact de l'humain, comme les pigeons par exemple

- module « mon chien en ville » pour les enfants, dans le cadre scolaire ou périscolaire, pour un groupe d'habitat collectif³¹ ;
- module « en vacances avec mon chien »³², etc.

Contact : Geneviève Bernardin
Tél. 04 78 95 67 79 ou 06 67 17 44 60
gbernardin@grandlyon.org

Pour aller plus loin

Les relations homme-animal en milieu urbain, Les synthèses Millénaire 3, oct. 2005

Echanges le vivant en ville des hommes, des plantes et des animaux, partager l'espace et vivre ensemble, 26-28 oct. 2007, Mission Animalité Urbaine du Grand Lyon

³¹ Sensibilisation de 2h pour 16 enfants

³² Une semaine pour 12 enfants avec leurs chiens

VI Prévenir vaut mieux que guérir

1) Cap sur l'éducation thérapeutique

Nouvelle composante de la demande de soins, l'éducation thérapeutique permet au patient de devenir acteur dans la prise en charge de sa pathologie. Axée sur l'environnement éducatif, social et culturel de la personne, elle comporte des activités organisées de sensibilisation, d'information et d'accompagnement. L'éducation thérapeutique suppose un décloisonnement entre les différentes étapes du processus de soin, les services, les professions de santé, la ville, l'hôpital, etc. Elle s'adresse prioritairement aux patients atteints de maladies chroniques.

Si l'approche commence à prendre corps dans certaines disciplines comme l'oncologie, par exemple, elle touche encore insuffisamment le champ de la santé psychique.

L'OMS³³ en donne la définition suivante³⁴ : « *l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.* »

a) S'enraciner dans le tissu associatif existant

Le réseau d'éducation à la santé a déjà pris en main la question : chaque année, l'ADES du Rhône³⁵, épaulée par un large comité de pilotage, organise la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM)³⁶. C'est l'occasion de sensibiliser et d'informer le grand public sur les troubles psychiques dans plusieurs points de l'agglomération.

Une base de données régionale sur l'éducation thérapeutique

La Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (FRAES) associe l'ensemble des associations départementales d'éducation pour la santé de la région, dont l'ADES du Rhône. Inscrite dans le cadre de la régionalisation de la santé publique³⁷ et du Programme régional de santé publique³⁸ 2006/2010, la FRAES est également membre de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES).

Il est intéressant de noter que la FRAES alimente EPHORA, une base de données sur les actions régionales d'éducation thérapeutique pratiquées en milieu hospitalier et ambulatoire : réseaux de santé, centres d'examen et associations de patients... Destiné en priorité aux professionnels de santé et aux associations d'usagers, ce site web est un véritable outil de capitalisation et de mutualisation des expériences menées.

Contact : Louisa Beyragued
Tél. 04 72 00 55 70
contact@education-sante-ra.org
www.ephora.fr

³³ Organisation Mondiale de la Santé

³⁴ Rapport de l'OMS Europe, 1996. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Provider in the field of chronic Disease.

³⁵ Association départementale d'éducation à la santé

³⁶ En mars

³⁷ Loi du 9 août 2004

³⁸ PRSP

Autre réseau mobilisé et mobilisable, celui des GEM ! Trouvant leurs fondements légaux dans la Loi du 11 février 2005, les Groupes d'Entraide Mutuelle s'adressent à des adultes fragilisés par des troubles psychiques. Un GEM compte au moins un animateur justifiant d'une expérience d'accompagnement et ayant des compétences en gestion³⁹. L'idée est de restaurer et de maintenir des liens sociaux dans un cadre où la personne n'est pas renvoyée à un statut de patient ou d'usager. Les GEM sont à considérer comme des outils de compensation et de prévention du handicap. Les premières conclusions paraissent plutôt concluantes quant à leur utilité sociale.

b) Prendre en compte les freins existants

Quel est l'objectif ? Sensibiliser et informer davantage la population pour faciliter l'identification des troubles et leur prise en charge précoce. Avec quoi faut-il composer ?

- L'amalgame régulièrement fait par les médias entre handicap psychique et dangerosité donne une image stigmatisante des personnes atteintes de troubles. La politique sécuritaire actuellement prônée par l'Etat renforce encore cette défiance.

Le Dr Yann Hodé, psychiatre praticien hospitalier, président de la délégation UNAFAM Haut-Rhin, explique⁴⁰ : « *L'association de schizophrénie et de dangerosité est fortement ancrée dans les préjugés de la population, alors que cette association est très excessive. Bien sûr, on trouve une proportion élevée de personnes souffrant de schizophrénie en prison (10% de la population carcérale), mais c'est souvent lié à un diagnostic trop tardif et à l'absence d'un traitement adéquat qui a amené ces personnes à commettre des actes délictueux graves, mais rarement criminels. Une meilleure prévention psychiatrique les aurait, pour une bonne part, évités. Les malades à la fois souffrant de schizophrénie et dangereux sont une minorité. Une étude publiée en 2006 montre que seulement 4% des malades souffrant de schizophrénie ont eu des comportements violents dans les 6 mois qui précèdent. Souvent, ces comportements sont liés à l'absence de traitement. D'un autre côté, la majorité des personnes violentes ne souffrent pas de schizophrénie. Enfin, les risques d'être tué par un malade souffrant de schizophrénie sont voisins de ceux d'être tué par la foudre.* »

Les personnes atteintes d'une maladie mentale seraient par ailleurs souvent victimes des autres. Paul Monot⁴¹ le confirme : « *La fragilité des handicapés psychiques les laisse peu capables de se défendre. Du fait de leur incompétence sociale et de leurs troubles du comportement, ils sont régulièrement victimes d'agressions. Leur tendance est de s'isoler.* »

La stigmatisation des troubles psychiques est, bien évidemment, l'un des freins majeurs à l'identification des symptômes et à l'acceptation d'un diagnostic chez tout un chacun. L'accès aux soins s'en trouve retardé, et les politiques alternatives à l'hospitalisation difficiles à mener, car mal perçues par le voisinage. Comment dédramatiser le sujet ? Lorsque les gens vivent à travers des clichés, l'un des meilleurs moyens pour les en sortir est de les informer.

³⁹ Le financement du poste et du local est assuré par l'Etat.

⁴⁰ In « L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en région Nord-Pas de Calais », <http://www.creainpdc.fr>

⁴¹ Annexe 8

2) Se donner les moyens d'une véritable éducation thérapeutique

a) Créer un livret « Santé psychique » pour la population du Grand Lyon

La diffusion d'informations sur les maladies, les traitements et leurs effets secondaires, les lieux d'accueil, d'écoute et de prise en charge de l'agglomération lyonnaise contribuerait à chasser les idées reçues auprès du grand public, des patients, de leurs familles... et des professionnels de santé. Les démarches et les suivis en seraient facilités.

Mission impossible ?

Paris l'a fait.

Sous l'égide de la DASS, les 4 établissements de Santé Mentale du Département (Sainte-Anne, Esquirol, Maison Blanche, Perray Vaucluse) et l'Association de Santé Mentale du 13^e, ASM13, se sont organisés en Syndicat inter hospitalier de communication externe : Psycom 75, de son petit nom, assure la réalisation et le suivi d'un programme pluriannuel d'information sur la maladie mentale et le dispositif public de soins spécialisés. Un livret papier, actualisé tous les ans, un site www.psychom75.org et des brochures d'explications⁴² sont disponibles.

Le prochain défi des services de communication des trois hôpitaux psy de l'agglomération lyonnaise ? Dans le département, la cohésion institutionnelle et associative concernant les soins psychiques est déjà assurée par la Coordination 69.

Coordination 69, soins psychiques et réinsertions

24 structures départementales sont réunies dans cette association pour favoriser l'insertion des personnes handicapées psychiques. Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations de familles et d'usagers... les adhérents, essentiellement composés de personnes morales, mettent ponctuellement à disposition du personnel.

Contact : Paul Monot

Coordination69.spr@free.fr

www.coordination69.asso.fr

b) Instituer une nouvelle profession, le pair-aidant

« Les professionnels du champ de la santé psychique reconnaissent désormais que l'individu qui présente des troubles est, sans doute, le premier spécialiste sur la question : il dispose d'un savoir qui, formulé, se révèle très utile au processus de soin. » affirme Benoit Eyraud⁴³.

Un constat, qui, outre-mer, a débouché sur une réelle innovation organisationnelle. Initiée au Québec⁴⁴, reprise aux États-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, la pratique de la pair-aidance démarre à peine en France. De quoi s'agit-il ? Des usagers stabilisés sont formés, embauchés et intégrés dans des services de soins en santé mentale. En marge du discours médical, éducatif ou familial, le pair-aidant offre la possibilité au patient de s'appuyer sur son expérience de la maladie et du processus de rétablissement. Il l'aide à surmonter les obstacles et à identifier ses propres moyens de stabilisation.

L'opération semble, à ce jour, très concluante : diminution du nombre d'hospitalisations et évolution du sentiment d'autodétermination des patients.

Dans la lignée directe du mouvement des GEM, la pair-aidance bouleverse la répartition des rôles en psychiatrie. Elle redonne espoir à tous, patients et soignants, et invite ces derniers à

⁴² Annexe 15 : droits et devoirs des usagers ; organisation des soins psychiatriques ; troubles psychiques ; les psychothérapies ; les traitements médicamenteux.

⁴³ Annexe 10

⁴⁴ <http://www.aqrp-sm.org/projets/pairs-aidants/leprogramme/leprogramme.html>

réévaluer leur posture envers les usagers. Enfin, puisqu'il y a embauche, c'est aussi un moyen de lutter contre la discrimination des personnes handicapées psychiques !

c) Santé psychique : l'éducation thérapeutique en pratique

Le CRESOP

Créé en 2005, le Centre de référence, d'évaluation, de soins et d'orientation pour les psychoses accueille des personnes atteintes de schizophrénie. Préalablement informés du diagnostic et adressés par leur psychiatre ou médecin traitant, ces patients se voient proposer un bilan en 3 rendez-vous pour mesurer le retentissement de la maladie, en termes de vie quotidienne, d'autonomie sociale et de performance cognitive. Une fois le bilan établi, 3 types de soins peuvent leur être proposés :

- Un cycle de psychoéducation pour mieux connaître la schizophrénie, ses traitements et son évolution,
- Un entraînement aux habilités sociales pour les patients qui présentent des difficultés dans les relations interpersonnelles,
- Des sessions de remédiation cognitive sur informatique pour entraîner l'attention, la concentration, la mémoire et les fonctions exécutives.

L'équipe est composée de 3 médecins à temps partiel, 7 infirmières, une neuropsychologue et une cadre de santé.

contact : Dr Mohamed Saoud

Tél. 04 37 91 55 25

Mohamed.saoud@ch-le-vinatier.fr

Pour aller plus loin

Le retour de la prévention en santé publique, Agenda Santé n°5, par L. Bornarel, en ligne sur www.millenaire3.com

Zoom sur l'éducation à la santé, Agenda Santé n°5, par M. Chouteau, en ligne sur www.millenaire3.com

VII. Projet « santé psychique et logement » : passer à la vitesse supérieure

1) Gestion des crises dans l'habitat

Lorsqu'une personne, suite à un dysfonctionnement psychique ou psychiatrique aigu, est prise de délire ou de dépression, et que cela se traduit par un acte violent envers elle-même ou l'entourage, il y a crise. C'est une situation d'urgence.

La réactivité des urgentistes, des pompiers et de la police, puis la capacité d'accueil et la disponibilité des professionnels médico-sociaux, sociaux et psychiatriques se révèlent essentielle à la bonne gestion de la crise. Jacques Houver⁴⁵ déplore que, «*par exemple, trop de CMP⁴⁶(...) ferment à 17h alors qu'ils devraient être ouverts plus largement ! Il conviendrait d'accroître la rapidité d'intervention, la performance et les capacités d'accueil de nombreuses structures pour se permettre de poursuivre la diminution du nombre de lits à l'hôpital. Il serait également très pertinent de monter des équipes d'intervention à domicile. Elles pourraient assurer la prise en charge précoce des crises et des rechutes de personnes fragilisées, au lieu d'attendre la détérioration des situations jusqu'à leur transformation en urgence : police, pompiers, Samu, hospitalisation sous contrainte...* »

L'amélioration de la gestion des crises mériterait l'attention de l'ensemble des intervenants. Une part non négligeable de la population ne se manifeste, en effet, que sur ce mode. Le moment est, en outre, considéré comme « facilitateur » dans la mesure où l'entourage est particulièrement mobilisable.

a) ERIC, pour Equipe Rapide d'Intervention de Crise

En France, un hôpital psychiatrique joue les précurseurs en la matière en détachant une équipe mobile pour gérer les situations de crise :

ERIC, Équipe Rapide d'Intervention de Crise

Ouvert depuis 1994, ce service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique dépend de l'Hôpital Charcot⁴⁷. Un psychiatre ou un infirmier psychiatrique intervient, 24h/24, 7j/7, sur le lieu même de l'urgence ou à l'hôpital, à la demande des médecins généralistes ou du SAMU-Centre 15. ERIC est sollicité lors de l'intensité ou de la complexité d'une crise. La prise en charge des victimes⁴⁸ est également assurée. Le but est de réaliser, dans la mesure du possible, une alternative à l'hospitalisation psychiatrique en s'appuyant sur les ressources des patients et de leur entourage. L'intervention précoce aide à prévenir les récurrences. ERIC offre la possibilité d'une prise en charge de crise d'une durée maximum de 1 mois.

Contact : Serge Kannas

Tél. 01 30 79 27 00

Eric.charcot@wanadoo.fr

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/temoignage/75.htm>

⁴⁵ Annexe 3

⁴⁶ Centre médico-psychique

⁴⁷ Département 78, communes des Yvelines

⁴⁸ Agressions sexuelles, attaque à main armée, séquestration, accident, suicide d'un proche...

b) Ouvrir un centre de crise dans l'agglomération lyonnaise ?

Autre initiative intéressante à mentionner, celle des centres de crise, implantés dans chaque « sous-région⁴⁹ » de la Communauté Urbaine de Montréal depuis 1986. De quoi s'agit-il ?

Le centre accueille toute personne, venue de son propre chef ou orientée par un tiers, qui traverse une situation de rupture : deuil, crise conjugale, violence, urgence en santé mentale... L'objectif est d'aider les gens à résorber leur état de crise dans les heures qui suivent son déclenchement. Le maintien de la personne dans son environnement habituel est favorisé, avec un accompagnement et un soutien aux proches. Le cas échéant, le centre peut faire appel aux ressources du réseau social, médico-social et psychiatrique, sachant que tout est fait pour prévenir l'hospitalisation. Un service d'hébergement temporaire est assuré pour ceux qui en ont besoin. Enfin, une équipe mobile du type de celle d'ERIC fait partie intégrante du dispositif.

2) Enclencher la phase opérationnelle du projet « santé psychique et logement »

Le socle est établi. Le réseau interinstitutionnel est solide, opérationnel après la rédaction du guide « santé psychique et habitat » et les deux sessions de formation-action. Le bien-fondé de la démarche a convaincu l'ensemble des partenaires. L'enjeu est désormais de faire basculer l'expérience et les savoirs-faires acquis sur le terrain, pour que des résultats rapides et concrets puissent voir le jour.

Premier défi, favoriser l'accès au logement. Cela signifie rassurer les bailleurs sociaux sur les capacités des services sociaux, médico-sociaux et psychiatriques à répondre « présent » au quotidien. L'engagement des uns dépendra de la coordination efficace des autres. Patrice Tillet⁵⁰ explique : « *Lorsqu'un centre hospitalier psychiatrique nous propose un candidat au logement, pour le bailleur social, cela équivaut à prendre le risque de devoir gérer toute une série de dysfonctionnements à court ou moyen terme. La grande majorité des personnes handicapées psychiques ne bénéficient pas de l'accompagnement dont elles auraient besoin. Conclusion, le bailleur social n'a pas d'interlocuteurs au quotidien. Il faut attendre que la situation se dégrade au point où elle se transforme en urgence, que les pompiers ou la police interviennent, et qu'une demande de HDT⁵¹ ou de HO⁵² soit déposée. Qui a envie de ça ? Lorsque nous avons un interlocuteur, cela change tout. « Tiens, nous avons des travaux à faire dans cet immeuble. Oui, mais attention, il y a Mr Untel... Le mieux est d'appeler sa tutrice pour l'informer, qu'elle ait le temps de le préparer ». Faire un travail de prévention devient alors possible. »*

Second défi, se donner les moyens d'une véritable organisation de maintien dans le logement sur l'agglomération lyonnaise. Comment repérer les personnes fragiles, actionner un système d'alerte, mettre en place un suivi coordonné entre les services et proposer un interlocuteur unique au ménage ? Le challenge est de taille et mériterait une forte mobilisation... qui devrait bénéficier à tous les publics en besoin de maintien à domicile : personnes handicapées et personnes âgées. Le président d'ABC HLM⁵³ du Rhône confirme : « *20% de nos locataires ont plus de 65 ans, et quelques immeubles présentent de fortes concentrations de personnes âgées. Nous tentons d'accompagner cette tendance en produisant d'abord une méthodologie de diagnostic sur le vieillissement dans nos résidences. Une fois cette évaluation faite, nous*

⁴⁹ Arrondissement

⁵⁰ Annexe 7

⁵¹ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

⁵² Hospitalisation d'Office

⁵³ Annexe 7

lançons des plans d'actions comprenant, entre autres, la formation de nos collaborateurs. L'évolution de la pyramide des âges des locataires demande une adaptation ergonomique des lieux et le développement de services de maintien à domicile. Des symptômes de maladie neuro dégénératives sont aussi à prendre en compte : réclusion à domicile, volets fermés, accumulation d'objets hétéroclites... Des manifestations qui sont, somme toute, assez proches de celles de personnes en grande souffrance psychique. »

Sur la question du vieillissement, les bailleurs sociaux donnent l'alerte... et s'engagent :

Inter'Med, mission de médiation et de coordination santé

Quand grand âge et précarité se conjuguent, la vie peut devenir difficile. La tendance est alors au repli sur soi. Rompre l'isolement de ce type de public relève à la fois d'un enjeu de santé publique et de la lutte contre l'exclusion. C'est la vocation d'Inter'Med, dont l'équipe d'infirmiers sillonne les foyers et résidences sociales d'Adoma à la rencontre des plus vulnérables. L'objectif ? Emporter l'adhésion de personnes qui ont été perdues de vue par les services de droits communs depuis longtemps et les ramener, pas à pas, vers les services médico-sociaux, gériatriques et psychiatriques adaptés.

Lancée dans le Rhône, l'association intervient aussi en Savoie, Haute-Savoie, Drôme, Isère et Ain. Labellisée Réseau de Santé, Inter'Med est soutenue par Adoma, la CRAM⁵⁴ et l'URCAM⁵⁵.

Contact : Fabienne Diebold
Fabienne.diebold@adoma.fr
Tél. 06 19 02 69 05

Pour aller plus loin

Annexe 7. P. Tillet, président d'ABC HLM du Rhône. Interview réalisée le 10 juin 2009 par L. Bornarel
« Concrètement, aujourd'hui, pour un logement social mis en location, neuf ou existant, il y a 4 demandeurs. »

En guise de conclusion...

Maud Sgorbini, Responsable de l'équipe territoriale Centre, Direction de l'Habitat et du Développement Solidaire Urbain.

Avec la collaboration d'Eric Lefrançois, CIOD⁵⁶.
Entretien réalisé le 18 juin par Laure Bornarel.

« Une collaboration entre le Conseil Général, compétent sur le social, le vieillissement et le handicap, et le Grand Lyon, compétent sur l'habitat permettrait de mieux répondre aux besoins des usagers. »

Vous pilotez le projet « santé psychique et logement » depuis 2002. Pour quelle raison la Communauté Urbaine de Lyon s'est-elle tant investie sur la question ?

Nous traversons actuellement une grave crise du logement. Cette démarche s'inscrit dans une politique de lutte contre les discriminations. C'est le cumul de difficultés rencontrées par une part non négligeable de la population qui justifie l'implication de la collectivité sur cette question. Le handicap psychique fait peur ! C'est notamment un facteur discriminant pour l'accès à l'emploi : la plupart des personnes touchées vivent grâce à l'allocation adulte handicapé. Entre 30 et 40% d'entre eux en sont réduits à vivre chez leurs parents, avec toute la saturation que cela peut entraîner pour l'ensemble de la famille. Les autres vivent dans des lieux d'hébergement, chez

⁵⁴ Caisse Régionale d'Assurance Maladie

⁵⁵ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

⁵⁶ Cellule Interface Offre/Demande, dispositif partenarial destiné à faciliter le logement d'un public en cumul de difficultés

des amis, dans la rue... La demande des intéressés, des familles et des hôpitaux psychiatriques est que l'accès aux logements banalisés soit plus aisé. En pratique, les bailleurs sociaux tendent à éconduire ce type de candidats :

- L'interruption du traitement médical ou le déni de la maladie fait bien souvent partie de la pathologie. Il s'ensuit des dysfonctionnements qui se traduisent pas des dégradations matérielles, des troubles du voisinage, des crises.
- Lorsque les bailleurs alertent la psychiatrie de secteur, celle-ci manque souvent de réactivité, de par la forte contrainte de ses moyens.

Une des solutions pourrait passer par la formalisation d'engagements réciproques et l'organisation de protocoles de travail communs.

A-t-on une idée précise de la demande sur l'agglomération lyonnaise ?

Nous venons de lancer une étude, sur une période d'un an, pour évaluer les besoins en logement et hébergement de personnes hospitalisées ou suivies sur un mode ambulatoire. La demande est actuellement enregistrée par les hôpitaux et d'autres structures mais l'information reste segmentée. L'idée est d'obtenir une approche consolidée d'agglomération. Le recensement sera quantitatif, technique (qui enregistre, comment) et qualitatif (profil des demandeurs, typologie de logement souhaité, où, à quel prix...). A priori, nous ne souhaitons pas créer un observatoire spécifique mais bien donner les moyens à ceux qui font déjà la collecte d'intégrer et de mutualiser les informations obtenues. L'objectif est de pouvoir donner des éléments aux collectivités et aux bailleurs sociaux pour qu'ils puissent les utiliser dans leurs politiques d'attribution de logement. Nous restons bien dans une politique de lutte contre les discriminations.

A ce jour, il y a peu d'offres de logement. Comment, dans ce contexte, inciter les bailleurs sociaux à mieux considérer les candidatures de personnes en grande souffrance psychosociale ou reconnue handicapées psychiques ?

C'est aujourd'hui tout le défi du projet « santé psychique et logement » d'apporter des réponses concrètes à cette problématique. Jusqu'à présent, nous avons pris le temps de comprendre et de connaître les pratiques et contraintes de chacun. Des outils communs ont été créés avec le guide « santé psychique et logement » et les deux sessions de formation-action. Ancré politiquement, le projet est désormais actif en termes de réseau institutionnel. A nous d'enclencher la phase suivante, à savoir des engagements concrets des différents partenaires pour répercuter les effets du réseau sur le terrain. Les bailleurs sociaux pourraient s'engager à accueillir davantage ce public. Cet effort dans l'accès à l'habitat pourrait être accompagné de la formalisation de protocoles de travail avec les autres partenaires. La question de l'amélioration du dispositif de maintien dans le logement se pose aussi. Ce qui fait habituellement défaut est l'absence d'étayage coordonné autour de la personne ou la famille : suivi, systèmes d'alerte et articulation entre les acteurs. Un réseau de prévention effective serait nécessaire. L'enjeu sera alors d'harmoniser l'entre-deux qui peut actuellement subsister entre psychiatres et bailleurs : ce qui est tolérable pour les uns ne l'est pas pour les autres. Le curseur n'est pas placé au même endroit. L'adhésion à une charte partenariale, qui reste à définir, pourrait officialiser le tout.

En pratique, comment les professionnels de terrain vont-ils pouvoir s'approprier ce mode d'approche transversal ?

Par le biais de la formation-action, conçue à cet effet. Les deux premières sessions, faites à titre expérimental, sont concluantes. Les divers professionnels d'un même territoire en sortent convaincus de l'intérêt d'un fonctionnement en réseau, gage de gain de temps et d'efficacité dans leurs missions professionnelles, au bénéfice de l'usager. A ce jour se pose la question de la pérennisation de cet outil, tout comme celui du guide « santé psychique et habitat », qu'il faudra actualiser tous les deux ans. Une collaboration entre le Conseil Général, compétent sur

le social, le vieillissement et le handicap, et le Grand Lyon, compétent sur l'habitat permettrait de mieux répondre aux besoins des usagers.

Liste des Annexes

Annexe 1. Texte d'auteur

« Santé psychique et habitat », par le Dr Jean-Pierre Vignat, neuropsychiatre.

Annexe 2. Texte d'auteur

« Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires », par Jean Furtos, psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier Le Vinatier, Pôle Est, Lyon Bron, Directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité.

Annexe 3. Interview

« *La prise en charge en psychiatrie s'est considérablement améliorée depuis les années 70 : 80% des patients sont désormais suivis sur un mode ambulatoire.* »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 4. Interview

« *Du fait d'un déploiement d'activités ambulatoires très développé, la psychiatrie doit être en relation avec toute la chaîne d'acteurs allant de l'hébergement d'urgence au logement banalisé.* »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 5. Interview

« *Les promoteurs de petites associations sont habituellement des gens engagés, qui réfléchissent et expérimentent l'innovation sociale à taille humaine.* »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 6. Psychiatrie rhônalpine... en chiffres !

Annexe 7. Interview

« *Concrètement, aujourd'hui, pour un logement social mis en location, neuf ou existant, il y a 4 demandeurs.* »

Patrice Tillet, Président d'ABC HLM⁵⁷ du Rhône, Directeur Général d'Alliade Habitat.

Avec la collaboration de Florence Galipot, chargée de mission coopération inter-organisme d'ABC HLM du Rhône.

Annexe 8. Interview

« *Il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque-part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce qui n'est pas évident pour tous !* »

Paul Monot, Président de la Coordination 69, soins psychiques et réinsertions sociales, Président d'ASSAGA, association pour l'accompagnement et la guidance vers l'autonomie des personnes handicapées psychiques, ancien directeur de l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu.

⁵⁷ Association des Bailleurs et Constructeurs HLM du Rhône

Annexe 9. Interview

« Le développement partenarial n'a pas à se faire au détriment d'une réflexion continue des missions, mandats et compétences de chaque institution. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE⁵⁸.

Annexe 10. Interview

« Notre société valorise énormément la personne autonome et dévalorise celles qui ont besoin d'assistance. Ce serait nier le fait que l'individu le plus rationnel, libre et fort dépend d'énormément de soins qui lui ont permis de se constituer et de se maintenir dans cette autonomie. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE.

Annexe 11. Interview

« Ce que le droit apporte, c'est de poser la question de la conciliation entre les libertés individuelles et les besoins collectifs de la société. »

Gilles Devers, avocat.

Annexe 12. Interview

« Quelqu'un qui est hébergé pour une nuit, quelques jours ou plusieurs semaines doit pouvoir garder son chien, poser une photo, un bibelot, simplement pour se sentir rassuré. Une fois qu'il se sentira exister en tant que lui-même dans le lieu, alors il pourra commencer à entrer en communication avec les autres. »

Régis Herbin, directeur du CRIDEV, Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie⁵⁹.

Annexe 13. Texte d'auteur

« De l'intérêt des jardins et du jardinage pour l'habitat social et la santé psychique. »

Béatrice Charre, le Passe-jardins, et Mireille Lemahieu, CAUE du Rhône.

Annexe 14. Texte d'auteur

« Les quartiers jardinés de Lyon »

Bernard Maret, technicien cellule-essais, Service des Espaces Verts, Ville de Lyon.

Annexe 15. Brochures

Plan des Annexes

Annexe 1. Texte d'auteur

« Santé psychique et habitat », par le Dr Jean-Pierre Vignat, neuropsychiatre.

Annexe 2. Texte d'auteur

« Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires », par Jean Furtos, psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier Le Vinatier, Pôle Est, Lyon Bron, Directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité.

Annexe 3. Interview

⁵⁸ Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, Lyon.

⁵⁹ Le CRIDEV est à Grenoble.

« La prise en charge en psychiatrie s'est considérablement améliorée depuis les années 70 : 80% des patients sont désormais suivis sur un mode ambulatoire. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 4. Interview

« Du fait d'un déploiement d'activités ambulatoires très développé, la psychiatrie doit être en relation avec toute la chaîne d'acteurs allant de l'hébergement d'urgence au logement banalisé. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 5. Interview

« Les promoteurs de petites associations sont habituellement des gens engagés, qui réfléchissent et expérimentent l'innovation sociale à taille humaine. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Annexe 6. Psychiatrie rhônalpine... en chiffres !

Annexe 7. Interview

« Concrètement, aujourd'hui, pour un logement social mis en location, neuf ou existant, il y a 4 demandeurs. »

Patrice Tillet, Président d'ABC HLM⁶⁰ du Rhône, Directeur Général d'Alliade Habitat.

Avec la collaboration de Florence Galipot, chargée de mission coopération inter-organisme d'ABC HLM du Rhône.

Annexe 8. Interview

« Il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque-part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce qui n'est pas évident pour tous ! »

Paul Monot, Président de la Coordination 69, soins psychiques et réinsertions sociales, Président d'ASSAGA, association pour l'accompagnement et la guidance vers l'autonomie des personnes handicapées psychiques, ancien directeur de l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu.

Annexe 9. Interview

« Le développement partenarial n'a pas à se faire au détriment d'une réflexion continue des missions, mandats et compétences de chaque institution. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE⁶¹.

Annexe 10. Interview

« Notre société valorise énormément la personne autonome et dévalorise celles qui ont besoin d'assistance. Ce serait nier le fait que l'individu le plus rationnel, libre et fort dépend énormément de soins qui lui ont permis de se constituer et de se maintenir dans cette autonomie. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE.

⁶⁰ Association des Bailleurs et Constructeurs HLM du Rhône

⁶¹ Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, Lyon.

Annexe 11. Interview

« Ce que le droit apporte, c'est de poser la question de la conciliation entre les libertés individuelles et les besoins collectifs de la société. »

Gilles Devers, avocat.

Annexe 12. Interview

« Quelqu'un qui est hébergé pour une nuit, quelques jours ou plusieurs semaines doit pouvoir garder son chien, poser une photo, un bibelot, simplement pour se sentir rassuré. Une fois qu'il se sentira exister en tant que lui-même dans le lieu, alors il pourra commencer à entrer en communication avec les autres. »

Régis Herbin, directeur du CRIDEV, Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie⁶².

Annexe 13. Texte d'auteur

« De l'intérêt des jardins et du jardinage pour l'habitat social et la santé psychique. »

Béatrice Charre, le Passe-jardins, et Mireille Lemahieu, CAUE du Rhône.

Annexe 14. Texte d'auteur

« Les quartiers jardinés de Lyon »

Bernard Maret, technicien cellule-essais, Service des Espaces Verts, Ville de Lyon.

Annexe 15. Brochures

⁶² Le CRIDEV est à Grenoble.

ANNEXES

Annexe 1. Texte d'auteur

« Santé psychique et habitat »

Par le Dr Jean-Pierre Vignat, neuropsychiatre.

- I. Il est difficile d'évaluer l'état de santé mentale d'une population en l'absence d'une étude épidémiologique de la morbidité et d'un consensus sur des indicateurs indirects. Par ailleurs, et ce n'est pas une mince question, la santé mentale ne s'apprécie pas seulement en termes d'incidence et de prévalence de morbidité psychiatrique.

La consommation de substances psycho-actives, incluant l'alcool, le niveau d'agressivité et de violence dans les relations au quotidien, le sentiment de bien-être (ou de « mal-être »), la qualité des rapports au sein des institutions (entreprises, établissements d'enseignements, administrations, établissements de santé...), entre les professionnels entre eux et entre les professionnels et les usagers sont à la fois des facteurs dominants de la santé mentale et des indicateurs.

A titre d'exemple, le modèle « dominant-dominé » qui infiltre majoritairement tous les types de relations dans notre pays est un puissant facteur de mal-être mental ; il en est de même de la dégradation de relations intergénérationnelles. Ce n'est sans doute pas par hasard si l'enquête européenne sur la dépression a mis en évidence un taux de symptômes dépressifs deux fois plus élevé en population générale en France que dans les pays voisins. On peut également s'interroger sur le fait que la France détient désormais le record du monde des décès par suicide chez les 65 ans et plus.

Si l'on s'en tient à la population malade, la connaissance de la population traitée à partir des statistiques d'activité des services de soins, des données de l'Assurance maladie (notamment l'effectif des exonérations du ticket modérateur pour affection mentale et de celui des invalidités), de l'effectif des bénéficiaires de l'AAH pour trouble mental contient de nombreux biais.

Le Grand Lyon semble dans le même cas que toutes les grandes métropoles européennes : la morbidité psychiatrique est plus élevée que dans les villes de moindre importance et dans les zones rurales.

Certaines données méritent d'être soulignées du fait de leur importance :

- ➔ La prévalence des troubles psychotiques est peu sensible à l'environnement. La grande enquête de l'OMS sur la schizophrénie a montré une prévalence et une incidence comparables dans tous les pays quels que soient leur régime politique et leur niveau de développement, permettant au passage d'écarter l'hypothèse d'une origine génétique. En revanche, les conditions de réinsertion sociale et même simplement de retour en famille sont très dépendantes du niveau socio-économique et de la solidité du milieu familial. Autrement dit, le soin des malades issus de milieux défavorisés est plus difficile et le recours à l'hospitalisation, de même que la durée de celle-ci, est plus importante que dans le cas de patients issus d'autres milieux.
- ➔ Les populations en précarité, du fait d'une instabilité du logement et des ressources, qui sont les sécurités fondamentales selon le Conseil Economique et Social, offrent une prévalence plus importante des troubles de la personnalité dont la constitution est, pour une large part, dépendante de la solidité des références parentales et de la capacité de contenance de la famille. Bien évidemment, il y a un effet boule de neige de génération en génération. Or, ces organisations pathologiques de la personnalité, qui peuvent se manifester aussi bien dans le domaine de la socialité, sous la forme d'échecs scolaires puis professionnels, d'actes délictueux, que dans le domaine de la psychiatrie, sous la

forme de conduites addictives et/ou d'épisodes psychotiques, augmentent en fréquence. De plus, leur prise en charge psychiatrique est malaisée du fait du déni fréquent des troubles et de la difficulté majeure à établir une relation stable et, de ce fait, à s'engager et se maintenir dans une relation de soins.

→ Compte-tenu de la concentration de populations en précarité dans certaines aires du Grand Lyon, on peut facilement établir la carte de la morbidité et, par suite des besoins en soins, notamment.

II. Le service public de psychiatrie est mis en œuvre par la sectorisation, conformément à la politique de santé mentale définie dès 1960 et inscrite dans la loi du 25 juillet 1985. Toutefois, la donne s'est considérablement modifiée.

→ Les missions du secteur ont augmentées, la réponse aux troubles mentaux a beaucoup évolué et le dispositif de prise en charge s'est adapté à l'accueil de nouvelles populations et de nouvelles formes cliniques. Dans le même temps, les moyens des secteurs ont très sensiblement diminué, d'abord relativement par stagnation des effectifs en face de l'augmentation des tâches, ensuite et de plus en plus en valeur absolue par réduction budgétaire⁶³.

→ Il y a donc nécessité d'introduire un tiers, en premier lieu les services sociaux, ce qui offre l'avantage de renforcer le mouvement de socialisation des malades en les intégrant dans les dispositifs de droit commun. Toutefois, malgré le travail de réflexion sur le partenariat⁶⁴, celui-ci reste difficile pour plusieurs raisons : les professionnels de la santé mentale n'ont pas toujours une représentation claire et pertinente des services sociaux et des dispositifs⁶⁵. Les services sociaux n'ont pas toujours adapté leurs modalités d'accueil et de prise en charge aux spécificités de la population qui fréquente par ailleurs la psychiatrie.

→ Le corps social est inévitablement conduit à prendre en compte le fait que la psychiatrie et le service public qui la met en œuvre ne constituent qu'une ressource parmi d'autres. A titre d'exemple, le recours au terme de « trouble du comportement » est actuellement très largement utilisé, en dehors de toute définition scientifique, pour justifier la médicalisation, plus précisément la psychiatrisation, de situations dont d'autres acteurs sociaux ne veulent pas connaître. Pour autant, il ne constitue pas une catégorie clinique appelant une réponse médicale définie. On ne pourra indéfiniment faire l'impasse de la recherche d'un dispositif de réponse adapté, sans doute pluridisciplinaire.

Le Grand Lyon n'échappe pas à cette évolution. Les dispositifs sociaux sont amenés à prendre en compte un nombre croissant de personnes souffrant soit de troubles mentaux « avérés » ou cliniquement exprimés, suivies ou non par le secteur psychiatrique, soit de troubles de la personnalité, se traduisant par des modalités relationnelles particulières, fortement susceptibles de mettre à mal psychologiquement les travailleurs sociaux.

→ Dans le premier cas, les personnes relèvent de soins, ce qui ne veut pas dire qu'elles s'y engagent et s'y maintiennent ni qu'elles aient la capacité à recevoir des soins ou encore qu'il y ait une ressource disponible pour délivrer ces soins.

⁶³ La préoccupation qu'un pays manifeste pour ses citoyens s'apprécie par les moyens qu'il consacre à la psychiatrie et au système pénitentiaire.

⁶⁴ Cf. le rapport du Groupe « Psychiatrie-Travail social » du PRAPS, juin 2008.

⁶⁵ A titre d'exemple, les équipes de psychiatrie ne se sont pas encore vraiment appropriées les perspectives nouvelles offertes par la loi de 2005 sur le handicap.

- Dans le second cas, l'orientation vers un soin, qui reste d'ailleurs à définir, exige un temps souvent loin de préparation, de « pré-soin ». Celui-ci implique une adaptation des modalités de réponse du service social et un partenariat véritable avec le secteur psychiatrique.
- Dans tous les cas de figure, les besoins en termes sociaux, notamment de logement, sont à analyser avec les outils propres au service social.

III. Bon nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ont une autonomie réduite du fait de l'altération, de la perte ou, plus souvent, de l'absence d'acquisition des habiletés sociales indispensables, notamment pour vivre seules et/ou dans un logement personnel.

- Le besoin est évident en logements protégés et aménagés. L'offre est très réduite avec l'évolution des grands organismes de foyers tels ADOMA vers une formule de résidence sociale à l'encadrement réduit.
- Ce constat amène à souligner plusieurs points, qui peuvent être considérés comme des conditions :
 - Une définition des différentes formules possibles, en sus de celles qui existent actuellement mais ne sont pas nécessairement adaptées,
 - Une démarche et des instruments d'évaluation des habiletés sociales des patients dans ce domaine particulier du logement, à savoir l'espace privatif, souvent au sein d'un espace collectif, que le patient aura à investir,
 - La mise au point de modalités thérapeutiques, mais pas seulement, visant à amorcer, développer et entretenir cette dynamique,
 - Une collaboration spécifique dédiée à cette action qui ne se conçoit que dans la durée : avant, pendant et après l'installation dans le logement.

IV. Les quatre conditions qui viennent d'être évoquées ne sont viables que si elles s'inscrivent dans un partenariat pluridisciplinaire et pluri-institutionnel authentique⁶⁶.

- Créer un parc de logements ouverts ou réservés aux personnes offrant un handicap psychique (au sens de la réduction durable et significative de leurs capacités du fait de la maladie mentale) est une initiative nécessaire. Elle n'est pas suffisante pour que des sujets répondant à ce critère puissent en bénéficier.
- Mobiliser des ressources pour y installer et soutenir les personnes relevant de ces formules de logements, le plus souvent collectifs, est nécessaire mais n'est pas suffisant.

Il y a lieu, et c'est indispensable de mon point de vue, d'engager une réflexion qui prenne en compte tous les aspects de la question depuis la clinique et la psychopathologie jusqu'à l'inventaire des ressources et des savoir-faire dans l'éventail le plus large. En d'autres termes, la question déborde très largement celle de la disponibilité d'un logement et de la stabilisation d'un malade à la recherche d'un toit (ou pour lequel « on » recherche un toit, ce qui n'est pas tout à fait la même chose).

Cela implique la mise en commun, pour en faire le point de départ de la réflexion et de la construction du partenariat, des représentations, des démarches, des méthodes et des outils de tous les acteurs concernés par la question et prêts à s'engager.

⁶⁶ C'est-à-dire répondant aux conditions du partenariat.

Annexe 2. Texte d'auteur

« Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires. »

Jean Furtos, psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier le Vinatier, Pôle Est, Lyon-Bron, Directeur Scientifique de l'Observatoire National des pratiques en santé mentale et précarité

L'homme habite, et ainsi il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. Habiter, c'est mettre de soi dans un lieu, ce qui est fort différent d'être logé. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion.

Habiter suppose des modalités d'investissement psychique qu'il faut un peu connaître : que signifie pour un enfant construire ou dessiner une cabane ? Qu'est-ce qu'habiter pour une personne schizophrène, pour une personne S.D.F ? La dimension clinique s'impose ici pour contribuer au sens et à l'action. Elle s'inscrit d'autant plus dans l'intersubjectivité langagière que l'homme habite le langage, c'est là son monde.

Pour approcher la clinique, j'évoquerai d'abord mon expérience en hospitalisation à domicile.

J'ai pratiqué l'hospitalisation à domicile de 1976 à 1999, en plus de mon travail hospitalier. Les patients étaient visités une fois par jour par une infirmière, et une fois par semaine par le médecin ; ils vivaient pour certains dans des habitats insalubres, en particulier dans une cité qui avait été construite après la guerre d'Algérie pour les rapatriés d'Afrique du Nord, donc après 1962, et qui continuait une fonction d'hébergement qui aurait dû être provisoire.

Ce que nous tentions de faire dans l'hospitalisation à domicile, c'était d'instaurer une véritable psychothérapie au domicile du patient. Comment étaient les logements d'après ma mémoire (parce que ce n'est pas quelque-chose que l'on mettait systématiquement dans les dossiers) ? Certains appartements, certaines maisons étaient bien tenues et même agencées d'une manière coquette ; à l'inverse, d'autres étaient négligées et nous donnaient des problèmes concrets : où s'asseoir, comment boire dans un verre pas propre lorsqu'on vous offre à boire ?

Il y avait deux symptômes extrêmement fréquents : d'une part, les pièces étaient souvent relativement vides, comme si elles n'étaient pas habitées ; à cet égard, l'apparition de plantes ou de décorations constituait un événement important. Et d'autre part, il y avait un autre symptôme fréquent, celui des volets fermés : je ne peux pas vous donner de chiffres, parce que ce n'était pas quantifié, mais effectivement les volets étaient souvent fermés. Je le comprenais comme une peur de la lumière, une peur de la vie, une peur de l'extérieur, un renfermement sur soi, et, d'après certains éléments psycho dynamiques, comme une véritable constipation psychique ; d'ailleurs, en général, les volets s'ouvraient lorsque les patients se détendaient, s'apaisaient, s'ouvraient à l'autre dans la relation thérapeutique.

Je dois dire –et ceci est un point important- que même dans les logements mal tenus et dégradés, il nous semblait, aux infirmières et à moi-même, que la pauvreté des conditions passait pour ainsi dire au second plan : seule comptait en premier la relation humaine qui se passait entre le patient, sa famille et ses soignants. Nous avions le sentiment que la relation

instaurée était plus importante que le cadre concret, fût-il péjoratif. Il en était de même dans la cité pour les rapatriés d'Afrique du Nord. Cette cité était matériellement dégradée, mais il y avait une telle solidarité, une telle convivialité, qu'on finissait par ne plus voir la pauvreté des locaux. En somme, la seule configuration physique des logements et maisons n'est pas suffisante en termes de santé mentale et d'accompagnement.

Pathologie mentale et personnes ayant l'habitude de la grande précarité.

Pour les personnes en grande précarité, sans domicile fixe, squatters, personnes habitant dans des logements précaires ou hébergements d'urgence, la littérature internationale montre, depuis déjà un certain temps, une forte prévalence des pathologies psychiatriques lourdes⁶⁷. Par exemple : au moins dix fois plus de pathologies schizophréniques que dans la population générale, cela veut dire 10% ; et au minimum 30 à 40% de pathologies avérées de psychiatrie « lourde ». Cette prévalence peut s'expliquer à deux niveaux :

1. Il y a une centrifugation des pathologies due, entre autres, à la fermeture des lits psychiatriques : aux Etats-Unis, c'est évident, en Europe, aussi, avec une diminution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Si bien que les personnes malades mentales les plus graves restent moins longtemps à l'hôpital ; par ailleurs souvent inaptes, au niveau social, à tenir un métier et à se débrouiller dans la vie quotidienne, elles font partie, avec d'autres exclus, des gens en grande précarité.
2. Mais il y a aussi un lien plus direct : il y a dans la précarité, même sans causalités directes avec les maladies mentales authentifiées (au niveau de la science actuelle), une corrélation avec d'autres affections psychiques comme la dépression. Mais là, faut-il encore distinguer la dépression et le découragement : le nombre de « découragements » que l'on prend pour des dépressions est considérable, même si ces deux types de pathologies sont également augmentés dans le contexte de la précarité sociale.

Le découragement est-il une pathologie ? Oui, s'il n'est pas reconnu et si les personnes découragées ne sont pas... encouragées ; il peut conduire au suicide ou à l'incurie, et il ne se traite absolument pas comme une dépression. Répétons-le, lorsque quelqu'un est découragé, on peut l'encourager tant qu'il est temps ; par contre, avec un patient déprimé, nous savons que lui dire « allez, vous allez voir, ça va aller mieux » s'avère inadéquat.

Il faut également citer la honte, qui, comme on le sait, a aussi des formes malignes, surtout la honte qui dure, la honte chronique, qui est le contraire d'appartenir à un groupe social, donc du côté de l'exclusion. De même, les comportements de poly toxicomanie sont favorisés par ces manières de vivre, ne serait-ce que pour sentir son corps, car le découragement peut conduire au désespoir sans nom et au syndrome d'auto exclusion (Je parlerai plus précisément de ce syndrome plus loin) dont l'un des signes est l'anesthésie partielle du corps, pour ne pas souffrir.

Enfin, et c'est là que je veux en venir, l'un des signes fréquents du syndrome d'auto exclusion est l'incurie, ou l'absence de souci de soi, notamment dans l'habitat, là où il s'agit de mettre de soi.

L'absence de souci de soi reste, d'une certaine manière, un découragement, mais un découragement sévère, un désespoir qui va passer dans la vie quotidienne d'une manière parfois gravissime. On observe l'incurie avec des personnes isolées et qui s'isolent activement : malades mentaux, personnes âgées, personnes en grande précarité sociale, et,

⁶⁷ Samira Richer et Nicolas Meryglod, données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domiciles, p260-277, in : Jean Furtos, les cliniques de la précarité, Masson, 2008.

d'une manière générale, toute personne qui, à un moment donné de sa vie, se sent coupée de son appartenance à la communauté humanité. L'incurie, dans ces contextes, doit être considérée comme un signe clinique d'exclusion et d'abandon de soi-même.

Il y a certes des formes bénignes d'incurie, comme les petites négligences dont je ne parlerai pas, car nous les connaissons tous ; et il y a des formes malignes : la négligence va porter sur l'hygiène, le fait de se nourrir, le fait de sortir de chez soi, avec un repli, des problèmes de santé, des dettes (les personnes ne paient plus leur logement), un isolement croissant dont les formes les plus graves aboutissent à la mort en l'absence d'intervention de tiers bienveillants. Un jour, on se dit « tiens, vous n'avez pas vu Monsieur Untel ? Non, ça fait un mois qu'on ne l'a pas vu ». On va le voir dans le foyer où il réside. La directrice du foyer vous dit « oui, c'est vrai ; on croyait qu'il n'était plus là. » On va le voir : une odeur de cadavre, il est mort, il a disparu. L'incurie est une pathologie de la disparition de soi comme être social, et parfois comme disparition de l'être biologique qui s'appelle la mort : ce n'est pas du suicide, c'est seulement l'abandon de soi-même, le désinvestissement de soi-même, l'instinct de mort qui a réussi. Les « pathologies de la disparition »⁶⁸ sont importantes à notre époque.

L'incurie a pour élément cardinal qu'il porte souvent sur l'habitat. Pourquoi ? Parce que, quand elle s'aggrave, l'incurie se signe par un encombrement de son lieu d'habitation par des déchets (venant quelquefois dans des pièces au préalable trop vides) : déchets alimentaires, déchets organiques, déjections du corps, vêtements sales, objets hétéroclites, qui vont s'amonceler comme une montagne d'immondices, sur 50 centimètres ou un mètre de hauteur, ou plus. Quelquefois, les déchets sont dans des sacs, quelquefois sans sac. Quelquefois, il y a des chemins à travers les immondices, quelquefois il n'y en a pas. Quand il y a un chemin, il est évident qu'il y a davantage d'organisation psychique, parce que, au fond, c'est le dessin concret, dans le quotidien, de l'organisation psychique telle qu'elle est à ce moment. Quelquefois, le lit est respecté, quelquefois le lit lui-même n'est plus respecté. Il y a là une perte de la fonction psychique de décontamination entre ce qui est à jeter et ce qui est à garder. En fait, malheureusement, la personne elle-même est en train de devenir un déchet. Cela ne veut pas dire qu'elle l'est en tant que sujet, en tant que personne humaine ; mais en tant que se détruisant progressivement dans son humanité concrète, elle est en train d'apparaître comme un déchet, et donc de disparaître comme un sujet ayant sa dignité sur la scène sociale. On distingue deux types d'accumulation :

Les amoncellements par perte de la capacité de faire le ménage, de jeter et de conserver, véritable abandon de soin, incurie primaire, signe négatif de l'absence de décontamination, Et le collectionnisme d'objets particuliers (syllogomanie, « hoarding » pour les anglo-saxons), qui est un symptôme positif avec incurie secondaire : si un sujet garde tous les journaux, toutes les bouteilles de brumisateur, certains types de vêtements, cela peut faire des mètres cubes.

Le syndrome d'auto exclusion

Le symptôme d'incurie s'inscrit dans un syndrome global que j'ai appelé, depuis 1999, « syndrome d'auto exclusion »⁶⁹. Ce syndrome était décrit par certains auteurs, en France et ailleurs, sous l'angle de la désocialisation. J'ai insisté pour l'appeler « syndrome d'auto exclusion », afin de pointer le fait essentiel de l'activité du sujet humain dans certaines situations d'exclusion : pour survivre, le sujet est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité.

⁶⁸ Cf.op-cité, Jean Furtos, les cliniques de la précarité, p11-12.

⁶⁹ Jean Furtos, op-cité, p118-132.

Pour ne pas souffrir, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre il s'empêche de vivre. C'est un paradoxe grave. D'une manière générale, nous sommes là dans ce que les psychanalystes, et notamment l'école lyonnaise avec René Roussillon, a nommé les « logiques de la survie », qui ne sont plus des logiques de vie, en ce qu'elles n'obéissent plus au principe de plaisir/déplaisir qui devient une logique dépassée, ce qui explique la non intolérance de la personne à sa propre destructivité.

L'incurie s'inscrit cliniquement dans ce syndrome englobant qu'est le syndrome d'auto exclusion dont je vais décrire les principaux aspects. L'essentiel à comprendre, c'est qu'il s'agit de ne plus souffrir, donc de s'anesthésier, de se couper de soi, et tout le reste en découle, y compris de ne plus penser.

- Premier signe : inhibition de la pensée et des émotions. Les gens paraissent bêtes, frustrés, mais ils ne le sont pas. Ils paraissent ne plus avoir d'émotions mais ils en ont. « Simplement », elles sont inhibées, émoussées, mises à côté d'elles-mêmes.
- Second signe : anesthésie partielle du corps, cliniquement vérifiable ; cela n'est pas de l'hystérie ni un syndrome neurologique ou carenciel, et c'est pour cette raison que ces personnes ne sentent pas la douleur des maladies, et qu'elles peuvent même à la limite ne pas sentir une gangrène. Elles sont anesthésiées comme à la sortie d'une anesthésie générale.
- Troisièmement : sur ce fond d'émoussement et d'anesthésie, on observe des troubles du comportement parfois violents, déclenchés souvent par des rapprochements avec autrui ; il s'agit le plus souvent de retour de l'anesthésié, ou psycho dynamiquement parlant, du retour du clivé. Ce qui était congelé se décongèle, pour ainsi dire, assez souvent déclenché par l'alcoolisation ou les drogues illicites.
- Quatrièmement : rupture active avec la famille et les proches, mais aussi avec les aidants. Une recherche de l'ORSPERE a montré, après la mort de personnes en grande exclusion, qu'elles avaient passé les dernières années de leur vie à couper activement les ponts avec toute personne aimée avec lesquelles elles étaient en lien.
- Cinquièmement : il y a une diminution de la honte humanisante. A côté de l'humiliation, il y a une « bonne » honte, qui est le fait d'avoir honte de faire quelque chose parce que les autres considéreraient que vous ne faites plus partie du groupe. En somme, il y a une honte humanisante lorsque l'on partage un idéal commun. Dans ce syndrome, les gens perdent la vergogne, et on peut bien leur dire « vous devriez avoir honte, monsieur », le mot honte ne signifie plus rien. Ils sont au-delà, ils sont devenus sans vergogne, ce qui, comme le reste, peut être réversible.
- Sixièmement : ils vivent dans un monde paradoxal, dans un monde à l'envers. Tant qu'on n'a pas compris qu'ils vivent certes dans le même monde que tout le monde, mais à l'envers, on communique très difficilement. Nous savons par exemple que certaines personnes qui sont à la rue ou sans logement correct ne peuvent pas supporter qu'on leur donne un logement salubre. Cela fait partie du monde à l'envers, où des gens demandent un logement depuis des mois ou des années, mais couchent par terre ou laissent la fenêtre ouverte lorsqu'ils en reçoivent un ; ce qui pose des problèmes : ils vivent comme s'ils étaient encore dehors, psychologiquement, ou ils se débrouillent pour transformer l'habitat en immondices, et ils se font expulser, quelquefois suite à des troubles du comportement. En fait, il y a un certain nombre de ces comportements paradoxaux qu'il faut comprendre, notamment la réaction thérapeutique négative : plus on les aide, plus ils vont mal. Il y a des gens qui vont mieux quand on les aide et il y en a d'autres qui s'aggravent, et ça ne nous fait pas plaisir. C'est là, je pense, qu'on a le plus besoin d'analyse de la pratique avec des psychologues ou des psychanalystes, pour comprendre et pour ne pas être atteint par le dégoût d'un travail qui ne servirait à rien.

Un autre signe paradoxal, le plus important à connaître, est la diminution de la capacité de demande, voire même l'abolition de cette capacité. Ce sont des personnes qui ne peuvent plus demander ni aide, ni soin. Au contraire, elles les refusent quand on le leur propose. Il faut donc trouver des stratégies non violentes pour négocier tout de même quelque-chose.

- Septièmement : il y a l'incurie dans l'habitat, dont j'ai parlé plus haut, à laquelle il faut associer les diverses formes d'errance, impossibilité d'habiter le lieu que je ne développerai pas ici.
- Et puis, en définitive, la mort prématurée est une complication terminale du syndrome d'auto exclusion, par incurie, par anesthésie, et par refus d'accès à l'aide et aux soins.

Quelques principes pour conclure :

1. Il est évident que la conduite à tenir, en face de difficultés psychosociales de cette gravité, est d'abord de savoir les reconnaître en tant que telles, de ne pas les mettre sur le compte d'une « mauvaise volonté », ou de « sabotage du travail professionnel ». Pour cela, il convient de refuser le dogme de l'autonomie obligatoire. L'autonomie obligatoire, ce serait de dire ; « Ecoutez, Madame, Monsieur, si vous ne voulez pas être aidé(e), c'est votre vie, c'est votre problème ». Quand on dit « c'est votre vie, c'est votre problème » à des gens qui sont en incurie, c'est l'équivalent d'un eugénisme passif. Dans le cadre de la relation d'aide, et quelle que soit sa place dans la relation d'aide, il y a apprendre la capacité de négocier, dans un espace qui est à construire, avec des gens qui, apparemment n'en veulent pas, mais qui peuvent accepter une aide malgré tout, si on la présente avec tact, avec conviction, et en prenant appui sur ceux qui les connaissent et qui leur souhaitent du bien, c'est-à-dire de vivre.
2. Trois modèles pour comprendre l'incurie dans le cadre du syndrome d'auto exclusion.
 - Le modèle des camps de concentration, où l'intention de nuire est politique et collective. Dans les camps, on observait des phases terminales d'incurie, des phénomènes qui s'apparentaient à ce que nous reconnaissons individuellement sur certaines personnes isolées. C'est comme si, individuellement, certaines personnes aujourd'hui en grande précarité se reconnaissaient tout à fait inconsciemment comme vivant dans un camp de concentration, c'est-à-dire non reconnues comme humaine par le regard et les comportements sociaux.
 - Deuxième modèle, la dépression anaclitique du nourrisson, décrite par Spitz en 1947, à envisager du côté de la maltraitance intersubjective. Vous avez des bébés qui, lorsqu'on s'occupe d'eux uniquement par des mains mercenaires, sans sollicitude, sans émotion, sans affect, perdent l'appétit, maigrissent, deviennent « incuriques », perdent leurs compétences, et si on ne fait rien, meurent. Cela signifie que certaines personnes, qui ne sont plus des bébés depuis longtemps, peuvent, dans des situations de grande vulnérabilité, suivre la même piste d'impossibilité de vivre, car il reste toujours un bébé en l'adulte.
 - Troisième modèle : celui des demandeurs d'asile dont la demande de statut est rejeté dans l'attente d'un temps interminable. Ne pas avoir de statut, ne pas être assignés à une place digne et reconnue, c'est aussi l'impossibilité d'habiter en notre monde, comme suggéré lors de notre introduction.
3. Prendre soin

Attention : « modèle » ne veut pas dire « situation identique ». L'incurie est l'une des voies finales de la perte ressentie d'humanité aux yeux d'autrui, quel qu'en soit le contexte. L'humanité reconnue passe souvent par des situations concrètes. L'habitat est une situation concrète. Si avoir un emploi, dans les années 90, était considéré comme l'objet social intégratif par excellence, il n'en est plus de même en cette première décennie du troisième millénaire : c'est maintenant avoir un logement digne qui constitue le dernier recours avant l'exclusion. Encore faut-il nous souvenir des données rapportées plus haut, à propos de notre expérience en matière d'hospitalisation à domicile : c'est la relation intersubjective qui reconnaît la dignité de la personne et ses impossibilités temporaires de correspondre aux normes ; il paraît important de reconnaître et d'accepter un temps le monde à l'envers dans lequel vivent certaines personnes en situation de précarité et d'exclusion : vivre à l'envers pour vivre malgré tout. Cela s'appelle prendre soin des personnes vulnérables.

Annexe 3. Interview

« La prise en charge en psychiatrie s'est considérablement améliorée depuis les années 70 : 80% des patients sont désormais suivis sur un mode ambulatoire. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Interview I réalisée par Laure Bornarel le 27 octobre 2008.

Quel est votre parcours professionnel ?

Assistant social de formation depuis 1974, j'ai réalisé l'ensemble de ma carrière en psychiatrie adulte, en exerçant sur plusieurs territoires de l'agglomération lyonnaise. Depuis 1998, je suis détaché à la Direction pour travailler sur des missions transversales comme, par exemple, l'insertion sociale des malades. Et depuis 2001, j'assure la coordination des 59 assistants sociaux de l'Hôpital du Vinatier.

Pourriez-vous retracer les grandes étapes qui ont marqué le milieu de la psychiatrie depuis une quarantaine d'années ?

Il y a eu une très grande évolution du dispositif public du secteur psychiatrique et une profonde transformation du mode de prise en charge des malades. La sectorisation psychiatrique a été initiée par une circulaire de 1960. Cette politique de santé mentale a été longue à se mettre en place dans de nombreux départements. Elle n'a vraiment pris son essor qu'en 1985, lorsque la loi du 25 juillet lui a conféré un cadre légal. Les dispensaires d'hygiène mentale et les services hospitaliers dédiés ont alors été réunis en un seul dispositif. Cette organisation de la sectorisation psychiatrique fonctionne encore à l'heure actuelle... L'adoption de la loi de 1985 en France résulte aussi de recommandations européennes. Celles-ci ont été prises au début des années 80, après une série de constats faits par les ministres de la santé de l'Union. Il a été observé qu'en Europe, la prise en charge des malades reposait sur des dispositifs fortement hospitaliers. Les concentrations asilaires étaient fortes et totalement inadaptées à des soins de qualité. Quant aux politiques de prévention des troubles psychiques, elles étaient rares et disparates. Il est important de savoir que l'hôpital a toute son utilité en cas de crise, d'urgence, ou pour des malades atteints de troubles sévères, de longue évolution, qui ont besoin de protocoles de soins intensifs. En revanche, la majorité des patients peut être basculée sur d'autres modes de prise en charge, essentiellement ambulatoires... Enfin, dans la plupart des pays européens, les droits de l'homme des malades mentaux n'étaient absolument pas respectés, avec, en outre, des conditions d'hospitalisation souvent indignes. Il convenait d'urgence de modifier les modalités d'hospitalisation, les normes matérielles et réglementaires, les protocoles, etc. Les règles de soins sans consentement méritaient notamment d'être modifiées dans beaucoup de pays.

Quelle était la situation en France à ce sujet ?

A l'époque, il y avait deux sortes d'hospitalisation sans consentement, le placement d'office et le placement volontaire, qui relevait en fait de la volonté de tiers extérieurs, famille ou autre... Un très grand nombre de personnes restait dans ces situations administratives extrêmement contraignantes, sur de longues périodes, bien au-delà du strict nécessaire. Beaucoup de patients étaient ainsi suivis sous la contrainte. Les instances européennes ont estimé que l'encadrement des procédures telles qu'elles étaient n'offrait pas suffisamment de garantie de respect des libertés individuelles. Il était nécessaire de développer des alternatives à la prise en charge à temps plein dans le domaine sanitaire : hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique

à temps partiel, structures de réadaptation, de réinsertion, appartements thérapeutiques... Les secteurs social et médico-social ont été incités à se mobiliser pour accompagner vers plus d'autonomie des personnes fortement handicapées par leur maladie.

Et au niveau de la prévention ?

Des programmes ciblés pour les groupes de population vulnérables ont été mis en place dans l'Europe entière :

- Dépistage précoce des troubles chez les nourrissons. Plus la prise en charge des enfants est assurée tôt, plus l'enfant a des chances de se développer harmonieusement et d'avoir une scolarité normale.
- Suivi des adolescents et des jeunes adultes. L'adolescence est la période de la vie où l'on adopte des conduites addictives : alcoolisme, toxicomanie, etc. Le suicide est l'une des premières causes de mortalité dans cette tranche d'âge. Enfin, c'est chez le jeune adulte que se révèlent des troubles psychiques graves comme certaines psychoses et schizophrénies. Si ces maladies sont détectées et traitées correctement, il est possible de préserver un certain équilibre de vie pour ces personnes.
- Seniors : la catégorie des plus de 80 ans, en nette augmentation, est particulièrement susceptible de manifester des troubles. L'évolution démographique nécessite la mobilisation de nouvelles ressources pour adapter la prise en charge. Par ailleurs, les malades mentaux, dont l'espérance de vie était autrefois limitée, atteignent aujourd'hui des âges avancés. Ils ont besoin de programmes de prise en charge particuliers car ils ne peuvent pas s'intégrer dans les circuits ordinairement prévus pour les personnes âgées.

Qu'en est-il de la tranche d'âge adulte ?

Les vagues de crise économique et les mutations sociétales ont des effets ravageurs dans l'Europe entière. Les personnes en situation de précarité et d'exclusion sont de plus en plus nombreuses. Insuffisamment formées, elles deviennent inadaptées au marché du travail. Une partie de la population se trouve prise dans un engrenage difficile : chômage, impossibilité de retrouver un emploi, répercussion sur la famille, ruptures conjugales et familiales, troubles, dépressions graves, alcoolisme, toxicomanie, etc. A ce phénomène, dû aux conditions économiques et sociales, s'ajoute la complexification du monde du travail. Jusque dans les années 70, il existait des postes suffisamment simples pour que des gens ayant des difficultés à organiser leurs pensées soient aptes à les occuper. Aujourd'hui, le monde du travail exige une réactivité et des compétences telles que nombre de personnes handicapées psychologiquement en sont exclues. Pour tous, l'exclusion du milieu professionnel est source de grande souffrance, et la succession de ruptures qui peut s'ensuivre, cause de déclenchement ou d'aggravation de troubles psychiques. Un autre groupe mérite un accompagnement spécifique dans notre société : les migrants, qui doivent faire face au déracinement, à un changement de culture, à des difficultés d'adaptation...

Y-a-t-il eu une harmonisation européenne sur les modes de prise en charge ?

Dans la plupart des pays, il y avait un grand flou sur le nombre de malades, les techniques de soins utilisées, etc. Des outils médico-économiques ont été mis en place en 1985/1986 pour identifier les publics-cibles, comparer les modes de prise en charge, leurs coûts et leurs efficacités. De grandes enquêtes épidémiologiques, des programmes de recherche clinique et des études sur les différents systèmes de santé ont été lancés. Le tout ne s'est pas fait sans douleur car l'évaluation était une démarche assez étrangère au milieu psychiatrique... Elle a suscité et suscite encore beaucoup d'émotions. L'impulsion européenne s'est traduite par des réformes des politiques de santé mentale dans les pays de l'Union, la nôtre démarrant en 1985. Le centre médico-psychologique (CMP) est devenu le pivot de la nouvelle organisation. Basé

sur un territoire donné, il est au centre d'un dispositif de structures supposées être complémentaires : hôpitaux de jour, centres de jour⁷⁰, centres de crises, appartements thérapeutiques, foyers de postcures, accueils familiaux thérapeutiques, ateliers thérapeutiques ayant vocation à développer des soins de réadaptation... Le dispositif public de psychiatrie a été encouragé à coordonner davantage ses actions avec les autres composants du champ de la santé mentale, à savoir la psychiatrie privée, les psychiatres en cabinet, les médecins généralistes, les services hospitaliers de soins généraux... Et l'incitation de coopérer a été étendue vers d'autres secteurs professionnels, directement concernés par la psychiatrie : le champ social, comprenant l'ensemble des établissements sociaux et médicosociaux, services d'insertion et d'accompagnement des enfants et adultes handicapés, géré par le milieu associatif et les Conseils Généraux ; l'éducation nationale ; la justice ; le logement... C'était une véritable révolution, car pendant longtemps, tous ces dispositifs ont fonctionné de manière cloisonnée, sur fond d'incompréhension réciproque.

Comment la réforme de 1985 a-t-elle été accueillie sur le terrain ?

Avec une grande disparité selon les régions... qui reste d'actualité ! Les avancées se font au gré des sensibilités, de l'ouverture d'esprit et du goût pour l'expérimentation des professionnels et des directions concernées. Il y a des départements où l'hôpital psychiatrique est le premier employeur. Les évolutions se font alors lentement, car les résistances au changement sont fortes. Dans l'ensemble, les objectifs sont loin d'être atteints. Les 2/3 des ressources sont consommées par l'hôpital, et seulement 1/3 l'est pour l'ambulatoire. Dans l'idéal, le ratio devrait être inversé, avec 1/3 pour l'hôpital, 2/3 pour l'extrahospitalier : prévention, soins, réadaptation, réinsertion, travail en réseau... Tous les ans, quelques deux millions de personnes s'adressent au moins une fois au service public psychiatrique⁷¹. Il faut quand même souligner qu'en 50 ans le nombre de lits est passé de 120 000 à 43 000, et que les durées moyennes de séjour sont passées de 300 jours à environ 35⁷²...

Comment cela s'explique-t-il ?

En psychiatrie, les besoins en équipements techniques sont faibles, le soin passe essentiellement par l'humain. Le développement d'activités nécessite de faire appel à beaucoup de personnel, ce qui a un coût. Depuis 1985, non seulement les budgets alloués n'ont pas autorisé de recrutements massifs, mais les 35h ont, concrètement, diminué le nombre d'heures de travail. Cela a été partiellement compensé, mais pas à hauteur voulue.

Dans le même temps, d'année en année, la demande a augmenté, pour les raisons précédemment évoquées. Cette file active de deux millions d'adultes et d'enfants connaît actuellement une sorte de palier, tout simplement parce que les capacités de prise en charge sont saturées ! Les effets de la démographie médicale se font aussi sentir. La France est l'un des pays européens les plus dotés en psychiatres, mais, curieusement, leur implantation géographique est fort inégale : il y a plus de libéraux installés en cabinet dans quelques rues de Paris que de psychiatres exerçant dans certains départements français ! L'exemple est un peu caricatural, mais il est vrai que le secteur public commence à souffrir d'une pénurie de recrutements. C'est lié à une combinaison de facteurs : faible attractivité des plans de carrières et des rémunérations, absence de régulation de l'installation des psychiatres privés majoritairement concentrés dans les grandes villes et le midi... Dans une période où l'enveloppe générale de la santé est contrainte, les Agences Régionales de Santé redistribuent souvent des parts de budget d'un département à un autre pour réduire des inégalités trop criantes. Beaucoup d'hôpitaux sont en déficit et subissent actuellement des restrictions pour le retour à l'équilibre

⁷⁰ Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

⁷¹ Dont cinq cent mille enfants et adolescents

⁷² En 2005

budgétaire... En réalité, le budget est déséquilibré par des ponctions étalées sur plusieurs années, qui rendent le développement d'activités ambulatoires assez hypothétique. On voit, par exemple, trop de CMP qui ferment à 17h alors qu'ils devraient être ouverts plus largement ! Il conviendrait d'accroître la rapidité d'intervention, la performance et les capacités d'accueil de nombreuses structures pour se permettre de poursuivre la diminution du nombre de lits à l'hôpital. Il serait également très pertinent de monter des équipes d'intervention à domicile. Elles pourraient assurer la prise en charge précoce des crises et des rechutes de personnes fragilisées, au lieu d'attendre la détérioration des situations jusqu'à leur transformation en urgence : police, pompiers, Samu, hospitalisation sous contrainte...

Pourriez-vous détailler ce processus de détérioration ?

Lorsqu'une personne est en état de grande souffrance psychique, qu'elle est laissée sans contact et sans traitement, son état se détériore. Elle ne parle plus, ne mange plus. Elle peut devenir agressive, se lever et faire du bruit durant la nuit, déranger sa famille si elle en a une, etc. Les voisins vont commencer à se plaindre et la situation peut très vite se dégrader. Par défaut de prévention et de prise en charge précoce, les hospitalisations sous contrainte sont courantes.

- L'HDT, Hospitalisation sur Demande d'un Tiers, permet à la famille ou à une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade de le faire hospitaliser sans son consentement si deux médecins prescrivent cette mesure : la personne est généralement complètement repliée sur elle-même, dans une grande confusion, et a besoin d'une prise en charge médicale immédiate à l'hôpital.
- L'HO, Hospitalisation d'Office, est une mesure administrative qui relève du préfet ou du maire, lorsqu'une personne est susceptible de troubler gravement l'ordre public et de porter atteinte à la sûreté de son entourage. L'HO peut être confirmée par un médecin, mais pas nécessairement.

Si des contacts réguliers étaient établis avec ces personnes en grande souffrance psychique, bon nombre d'hospitalisations pourraient être évitées : établir une communication, rassurer en aidant à exprimer difficultés et souffrances, administrer un traitement adapté... est la plupart du temps suffisant. A l'heure actuelle, le dispositif ambulatoire n'est pas assez performant, ni en quantité, ni en qualité. Le recours à l'hospitalisation complète sous contrainte reste, par conséquent, important.

Quels sont les recours pour la personne hospitalisée sous contrainte ?

La loi du 27 juin 1990 impose le respect des droits fondamentaux des personnes placées sous contrainte. Nul ne peut être retenu dans un hôpital psychiatrique hors des procédures d'HDT et d'HO. En cas d'abus, directeur et médecin risquent de fortes amendes et/ou la prison. La personne hospitalisée sous contrainte a des droits fondamentaux : conservation de son domicile ; droit d'exercer ses options philosophiques ou religieuses ; droit de contacter le médecin et l'avocat de son choix, le Procureur de la République, le Président du Tribunal de Grande Instance, le Préfet... ; droit de saisir la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques ; droit de recevoir et d'émettre des courriers⁷³... Si la personne a perdu ses capacités de gestion, elle peut se voir attribuer un curateur provisoire. En cas d'HDT, différents membres de la famille, selon un ordre hiérarchique défini par la loi, peuvent se rendre à l'hôpital et demander la levée de cette mesure. Le médecin peut refuser, ce qui conduira alors à une procédure de maintien provisoire avec nomination d'experts ou transformation d'HDT en HO. Les procédures sont très encadrées, et les soignants ont conscience des risques qu'ils encourent s'ils forcent quelqu'un à se soigner en dehors des procédures légales. Lorsque j'ai commencé à travailler début des années 70, il m'arrivait de voir plusieurs infirmiers maîtriser un

⁷³ A l'exception, de manière temporaire et réglementée, de lettres d'injures ou de menaces de mort.

patient en crise et lui faire une injonction contre son gré. Une fois qu'il était calmé, la discussion pouvait reprendre. Un tel comportement professionnel en dehors du cadre légal (HDT, HO) ou de l'urgence est désormais passible de poursuites pénales. La question du consentement au soin est délicate. Exemple, une personne en hospitalisation libre refuse de prendre un traitement. Si le corps médical estime que, sans ce traitement, son état va sérieusement se détériorer ou mettre sa vie en danger, une HDT va être organisée. C'est ainsi qu'en pratique, le nombre d'HDT et d'HO reste élevé. Par contre, la durée des hospitalisations est bien plus courte qu'avant et continue de diminuer. Elle ne concerne qu'une faible proportion de la population suivie en psychiatrie. Le mode de prise en charge s'est considérablement amélioré depuis les années 70 : 80% de la file active est désormais suivi en ambulatoire.

Annexe 4. Interview

« Du fait d'un déploiement d'activités ambulatoires très développé, la psychiatrie doit être en relation avec toute la chaîne d'acteurs allant de l'hébergement d'urgence au logement banalisé. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Interview II réalisée par Laure Bornarel, le 27 octobre 2008.

Le dispositif de proximité préconisé par la réforme de sectorisation psychiatrique de 1985 est-il devenu réalité ? Comment cela s'est-il développé dans le Rhône ?

Animé par des équipes pluridisciplinaires et activé par des actions de prévention, le dispositif de soins ambulatoires est actuellement très diversifié. Globalement, les possibilités d'accueil des Centres Médico-Psychologiques sont relativement importantes... même si un manque de personnel et une amplitude horaire trop étroite restent à déplorer. Concernant le développement local, il est nécessaire de savoir que le principe de la sectorisation psychiatrique, initié dès 1960, avait été appliqué de manière très inégale selon les départements. Par conséquent, tous ne démarraient pas sur un pied d'égalité en 1985. L'Ardèche, la Drôme ou la Haute-Loire, par exemple, ne disposaient que de quelques consultations dans les mairies. L'hôpital psychiatrique était parfois la seule offre de soins existante ! Le dispositif ambulatoire s'est déployé sous la pression des autorités de tutelle et au rythme du changement des mentalités... Lyon possédait un existant déjà solide : tous les quartiers étaient dotés bien avant 1985 de dispensaires d'hygiène mentale. Au 1^{er} janvier 1986, ils ont tout simplement été transformés en Centres Médico-Psychologiques (CMP) ! Des structures diversifiées ont ensuite été créées, notamment dans la partie historiquement défavorisée du département, le nord : les territoires rattachés au Vinatier et à Saint Jean-de-Dieu sont assez comparables, celui de l'hôpital de Saint-Cyr est moins équipé. L'effort se poursuit aujourd'hui : un gros centre de psychiatrie ambulatoire vient d'être ouvert près de Villefranche. Notre département dispose de la couverture sanitaire psychiatrique la mieux pourvue de la région Rhône-Alpes. En fait, il est plus juste de raisonner en termes de « territoire de santé » que de département, car il est nécessaire de tenir compte des flux de population. Beaucoup d'habitants du Sud de l'Ain et du Nord-Isère sont tous les jours à Lyon, c'est là qu'ils accèdent aux soins ! C'est une des nombreuses données à intégrer dans la répartition des moyens et des équipements.

Comment la coordination entre psychiatrie et autres champs concernés s'est-elle articulée ?

Une circulaire du 14 mars 1990 a donné au secteur de psychiatrie une mission de coordination avec l'ensemble des acteurs et partenaires impliqués dans le dispositif de santé mentale : psychiatrie privée, professionnels du sanitaire, établissements et services sociaux et médico-sociaux, justice, éducation nationale, associations d'usagers... Par exemple, en matière de psychiatrie infanto-juvénile, l'éducation nationale est le partenaire n°1, notamment depuis la loi du 11 février 2005 qui rend obligatoire la scolarité pour tous les enfants, quel que soit leur handicap ou leur état de santé. Chez les adultes, les principaux partenaires sont les acteurs de l'hébergement, du logement et les services sociaux du Conseil Général. En effet, la question de l'autonomie se pose pour un grand nombre de patients souffrant de troubles sévères. Prenons le cas, courant, d'une personne vivant chez ses parents, qui, après une décompensation entraînant une crise, est hospitalisée pour une durée assez courte. Si, à sa sortie, le projet est de l'aider à s'autonomiser, le suivi ambulatoire va comprendre une aide pour trouver un

hébergement ou un logement, et un soutien pour s'adapter à son nouveau mode de vie. Concrètement, cela veut dire que la personne va être accompagnée dans ses soins, dans son accoutumance à la solitude, dans la régulation de ses relations sociales et la gestion de sa vie quotidienne (alimentation, hygiène, habillement, entretien de l'habitat, respect du voisinage...). Autrefois, les personnes qui souffraient de pathologies lourdes passaient l'essentiel de leur existence à l'hôpital. Désormais, elles vivent au sein de la société.

Comment la transition s'est-elle opérée ?

Lorsque l'offre d'hospitalisation a commencé à être sérieusement réduite, les effets se sont directement fait sentir sur le dispositif d'hébergement social... et les prisons. Bon nombre de patients ont rencontré de grandes difficultés à intégrer le parc immobilier classique. Dans les années 70, il existait sur Lyon beaucoup de petits logements modestes et des meublés de piètre qualité. A partir du moment où ils étaient payés, les propriétaires n'étaient pas très regardants sur les locataires ! De nombreux patients au long passé hospitalier ont ainsi pu s'installer en ville. A l'époque, faute de moyens financiers pour payer des cautions, il nous est même arrivé d'aider des malades à occuper des squats, notamment dans le quartier du Tonkin avant sa rénovation ! Les directeurs de la SERL⁷⁴ nous indiquaient que tel et tel îlot étaient murés et ils nous remettaient les clefs. Nous aidions les malades à s'installer et à se meubler. La SERL acceptait ensuite de rétablir l'eau et l'électricité. Les conditions étaient très difficiles. Il n'existait aucune des associations d'insertion auxquelles il est possible de s'adresser aujourd'hui. Avant 1975, les malades sans ressources pouvaient toucher une allocation d'aide sociale aux infirmes, à condition d'être sorti d'un hôpital depuis plus d'un mois et d'avoir des parents dont les revenus ne dépassaient pas un certain seuil. Les enfants des classes moyennes et aisées se retrouvaient complètement à la charge de leurs parents, les autres devaient se débrouiller un mois sans rien du tout...

Vous indiquiez précédemment que la principale partie des patients sortis des hôpitaux psychiatriques a été accueillie par le secteur social ?

L'hôpital quittant progressivement sa fonction de lieu de vie, beaucoup de patients se sont effectivement retrouvés dans des hébergements d'urgence. Composée de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et de Centres d'Hébergements d'Urgence (CHU), l'offre du Rhône est assez importante comparée à d'autres départements. L'afflux est néanmoins devenu suffisamment conséquent pour que, vers 1995, la DDASS⁷⁵ se saisisse de la question : un processus de concertation sur l'articulation hébergement/santé mentale a été lancé lors de l'élaboration des schémas départementaux. Il a abouti à la signature d'une charte par l'ensemble des acteurs concernés : préfet, directeurs des hôpitaux psychiatriques, présidents et directeurs de tous les CHRS du Rhône... Cette charte affirmait des conventions de bonnes pratiques et d'appuis réciproques entre psychiatrie et secteur social, au bénéfice des usagers. Quinze ans plus tard, tout est à reprendre à zéro ! Les décideurs et professionnels qui s'étaient engagés à cette période charnière ont changé de fonction ou sont partis à la retraite... Dans le cadre de la restructuration actuelle du dispositif des CHRS, la problématique des usagers souffrant de troubles psychiques suscite les mêmes débats. Une nouvelle organisation est en train de se mettre en place pour améliorer l'accueil et l'orientation des publics en difficulté : un guichet unique, baptisé « Maison de la Veille Sociale », va centraliser toute la demande d'hébergement du Rhône. Elle pourra être créée grâce à la mutualisation de moyens de tous les établissements⁷⁶ et d'un appui de la psychiatrie. Celle-ci est sollicitée car une partie

⁷⁴ Société d'Équipement de la Région Lyonnaise

⁷⁵ Direction Départementale des Affaires Sociales et Sanitaires

⁷⁶ La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) du Rhône regroupe toutes les associations gérant les CHRS

non négligeable de la population en demande d'hébergement présente des troubles plus ou moins graves. La coordination entre hébergement et services de soins est fortement souhaitée, y compris par les bailleurs sociaux et les foyers de travailleurs. Malheureusement, le dispositif de psychiatrie n'a pas beaucoup de moyens à distraire pour participer à ce travail d'appui : les contraintes budgétaires successives commencent à peser sérieusement sur ses capacités de réaction.

Les conditions de séjour dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale vont, en outre, être modifiées par l'entrée en vigueur de la loi DALO⁷⁷, n'est-ce pas ?

Oui. D'après cette loi, une personne hébergée en CHRS n'est obligée d'en sortir qu'à condition de se voir proposer une solution de logement pérenne. Autant vous dire qu'avec le déficit de places actuel du parc social et l'augmentation des loyers dans le privé, son application va être ardue ! L'offre générale de logements augmente très lentement, le marché est tendu, les champs de l'habitat social et du privé à prix raisonnable le sont aussi... Du côté de la santé, les prises en charge à temps plein sont de plus en plus courtes, aussi bien en psychiatrie qu'en médecine, chirurgie et obstétrique. Contraintes budgétaires et nouveaux modes de prise en charge limitent de plus en plus la durée moyenne des séjours à l'hôpital. Les dispositifs d'accueil, quels qu'ils soient, se voient submerger de demandes. Cela déborde aussi sur les familles : même si elle a pris un coup durant les quarante dernières années, la solidarité familiale existe encore.

La solidarité tendrait à disparaître ?

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, les enquêtes faites par le CREDOC⁷⁸ montrent une augmentation du nombre de personnes totalement isolées : ni famille, ni amis, ni voisins sur qui pouvoir compter en cas de difficultés. Les familles monoparentales sont de plus en plus nombreuses. L'ampleur du phénomène génère des besoins d'aide que les pouvoirs publics ne sont pas en mesure d'assurer...

Si l'on passe en revue le champ de « l'hébergement/logement », le financement de l'hébergement est du ressort de l'Etat, via la DASS. L'accompagnement social et l'hébergement des personnes handicapées relèvent du Département. Enfin, le logement dans le parc de droit commun se partage entre le privé (les régies) et le public (les HLM). C'est évidemment dans cette dernière catégorie que vivent le plus grand nombre... et là où l'on trouve le plus de personnes malades et/ou handicapées psychiques aux revenus modestes. Le dispositif des foyers de travailleurs, type ADOMA⁷⁹, ARALIS ou MAJO⁸⁰, présente lui aussi une forte concentration de locataires souffrant de troubles psychiques.

Pour quelles raisons ?

Ces foyers ont initialement été créés pour loger les ouvriers immigrés. A la demande de l'Etat, ils se sont massivement ouverts à un public en difficulté dans les années 80. Des personnes isolées, fragilisées par des ruptures familiales, souvent confrontées au chômage et bénéficiant des minimums sociaux⁸¹, ont été accueillies. Beaucoup portent une grande souffrance psychique et présentent des troubles pathologiques parfois aggravés par des conduites addictives. Le fait de déménager dans un foyer signifie souvent changer de zone géographique dans l'agglomération : cela peut occasionner l'interruption d'un suivi médical, pour ceux qui en ont un. A la différence d'ADOMA, ARALIS a développé une équipe interne de travailleurs

⁷⁷ Loi Droit au Logement Opposable du 5 mars 2007

⁷⁸ Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

⁷⁹ Nouvelle dénomination de la SONACOTRA

⁸⁰ Maison du Jeune Ouvrier

⁸¹ RMI, pensions d'invalidité ou de retraite, etc.

sociaux qui apporte un soutien aux résidents. Depuis quelques années, ces organismes ont fourni des efforts considérables pour moderniser et humaniser davantage leurs structures d'hébergement. La plupart de ces foyers ont été transformés en Résidences Sociales. ADOMA a créé des Maisons Relais, où une maîtresse de maison joue un rôle de régulation sociale. Pour autant, le principe de la mixité des publics, très présent dans ce type d'établissements, n'est pas adapté au profil de tous. Une personne qui souffre de troubles psychiques peut être perçue comme inquiétante par l'entourage. Elle fait souvent l'objet de rejets, et, si elle montre des signes de vulnérabilité, être victime de violences. Dans ces lieux, les personnalités sont très variées, et certains locataires ont un passé judiciaire important...

Il existe également des associations d'aide à l'insertion par le logement ?

Oui, c'est la dernière grande « famille » du milieu de l'hébergement. Dans notre région, beaucoup de structures d'insertion et de promotion par le logement sont regroupées au sein de la FAPIL⁸². Généralement spécialisées, ces associations ont en commun le fait de s'adresser à des publics en situation de précarité et en forte demande d'accompagnement social. L'hébergement proposé est supposé être transitoire : il est considéré comme une période d'adaptation vers une solution de vie plus pérenne et autonome. En pratique, cela peut durer assez longtemps pour certains. Parmi les publics accueillis, il y a des personnes en situation de handicap psychique, mais qui ne présentent pas exactement le même profil que dans les foyers de travailleurs. Ainsi, du fait d'un déploiement d'activités ambulatoires très développé, la psychiatrie doit être en relation avec toute cette chaîne d'acteurs, allant de l'hébergement d'urgence au logement banalisé. Au vu des besoins existants, les efforts de coopération, de concertation et de collaboration sur le mode d'appuis réciproques méritent d'être amplifiés.

⁸² Fédération des associations pour la promotion et l'insertion par le logement.

Annexe 5. Interview

« Les promoteurs de petites associations sont habituellement des gens engagés, qui réfléchissent et expérimentent l'innovation sociale à taille humaine. »

Jacques Houver, cadre socio-éducatif, coordonnateur du Service Social, Centre Hospitalier le Vinatier, Direction des Relations avec les Usagers et du Service Social.

Interview III réalisée par Laure Bornarel le 19 janvier 2009.

Une montée de la souffrance psychique est-elle significativement observable parmi la population ?

Le phénomène de sortie massive des hôpitaux psychiatriques de personnes très malades dans les années 70 à 80 est d'abord à prendre en compte. Ces personnes ont été aidées pour s'installer dans le parc social et avoir un mode de vie plus autonome. A l'époque, l'offre ambulatoire et l'accompagnement au quotidien en étaient à leurs balbutiements. Les services ne pouvant répondre à hauteur voulue aux besoins, il y a eu des effets en termes de souffrance, d'isolement et de difficultés variées de cohabitation. Au bout de quelques années, plusieurs bailleurs privés et sociaux ont dû gérer l'incapacité de certains patients à vivre seuls. Leur enthousiasme initial à participer au grand mouvement de « désinstitutionnalisation » des patients psychiatriques s'est émoussé ! Ils ont même commencé à adopter une attitude d'extrême prudence lorsqu'ils voyaient arriver quelqu'un qui semblait bénéficier de l'allocation adulte handicapé pour un handicap visiblement dû à une maladie psychique : ce sont des personnes qui ont souvent des difficultés à s'exprimer, sont repliés sur eux-mêmes, peuvent tenir des propos pas toujours adaptés...

Bref, il y a eu une série de refus d'attribution d'appartements. La recherche est devenue beaucoup plus difficile, dans un contexte de crise du logement. Le climat s'est durci. Parallèlement, dès les années 80, il y a eu la montée en charge importante d'un public souffrant d'une situation sociale très détériorée. La part de la population la plus fragile, incapable de s'adapter à la complexification du monde professionnel, a été touchée de plein fouet par le chômage. Perte d'emploi, rupture conjugale, éloignement familial, conduites addictives... La conjugaison de ces multiples facteurs entraîne chez certains individus une souffrance psychique majeure, qui se traduit par de l'anxiété, une dépression, un laisser-aller et un repli sur soi, avec, à terme, parfois, le développement de pathologies mentales plus graves.

Ce type d'engrenage a toujours existé... ?

Sans aucun doute, mais pas à cette échelle-là. L'instauration du RMI en 1999 a permis de mesurer le phénomène : une partie des bénéficiaires se sont retrouvés dans l'incapacité de retourner sur le marché du travail en raison de difficultés psychologiques. N'ayant, pour la plupart, jamais été en arrêt maladie pendant leur période d'activité, ces personnes ne se considéraient pas comme relevant d'une prise en charge psychiatrique. Quelque soit l'état de souffrance dans lequel elles pouvaient se trouver, demander une reconnaissance d'un handicap était, pour elles, totalement inimaginable. Un rapport réalisé par la délégation interministérielle à la Ville et à la Direction Générale de la Santé, « *Ville, précarité et santé mentale : une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », a été le coup d'envoi de nombreuses observations, études, travaux de recherche et méthodologies de travail pour mieux accompagner ces populations en difficulté. Malgré la prise de conscience collective et les efforts déployés, la poussée considérable du nombre de personnes désocialisées n'a pas été enrayerée. Les mesures prises par les pouvoirs publics n'ont pas été forcément cohérentes et coordonnées sur la durée. Les résultats obtenus sont, par conséquent, très disparates et parfois peu significatifs.

Le nombre de personnes sans domicile, présentant des troubles divers d'ordre psychologique, n'a de cesse d'augmenter. Il suffit de se promener dans le métro, les gares ou les centres commerciaux de grandes agglomérations pour constater que la population touchée est des deux sexes et souvent très jeune.

Les grandes métropoles concentrent-elles cette part de la population ?

C'est ce qui est constaté par le personnel d'accueil des gares de Marseille, Paris, Lille, Lyon... Tous les jours, des hommes et des femmes arrivent avec un sac sur l'épaule, persuadés que la taille de l'agglomération leur permettra de trouver un travail plus facilement que dans la petite ville qu'ils ont souvent quitté sur un coup de tête. L'argent manque rapidement et ils se retrouvent à la rue, dans les centres d'hébergements, face à un monde beaucoup plus dur qu'ils ne l'imaginaient. Il est à craindre que le mouvement ne s'accélère avec la crise actuelle.

Comment l'agglomération lyonnaise s'est-elle organisée pour gérer le phénomène ?

La saisie de la question s'est notamment faite par l'entrée du logement. Une première concertation s'est tenue dans le cadre de la Conférence d'Agglomération pour l'Habitat du Grand Lyon. Elle portait sur la problématique des familles difficiles à loger. Après examen, il s'est avéré que ces familles en cumul de difficultés comprenaient la plupart du temps un membre dont l'état de santé mentale était à la dérive. En 2002, un programme a été monté par la Mission Habitat⁸³ pour mobiliser, au cas par cas, l'ensemble des professionnels en contact avec chaque famille : bailleur, corps médico-social, etc., l'objectif étant de trouver collectivement les solutions les plus adéquates. Ce premier dispositif a été l'occasion de réaliser que la montée de la souffrance psychique au sein de la population posait des difficultés inédites à l'ensemble des professionnels. Un processus de concertation régulier s'est mis en place, piloté par la Mission Habitat du Grand Lyon. Cette initiative, pionnière à l'échelle d'une grande agglomération, a été suivie par d'autres Communautés Urbaines (comme Lille) ou communes (telle la Ville de Grenoble). A mon sens, ce type de coordinations transversales devrait être généralisé, voire obligatoire, partout en France.

L'échelle du territoire d'intervention joue-t-elle un rôle ?

Il semble que la forte densité d'acteurs empêche Paris d'emboîter le pas. Le Rhône présente l'avantage d'être suffisamment vaste pour permettre la promotion d'actions de grande ampleur, et en même temps, de rester à taille humaine pour que les partenaires puissent se repérer facilement, se fédérer ou s'organiser en collectif. Depuis une quinzaine d'années, beaucoup d'investissements se sont faits en matière de coordination dans le département via les Conseils locaux de santé mentale⁸⁴. Le tissu associatif est important dans le domaine social et humanitaire. Le premier Conseil local de santé mentale de France a été créé à Givors ! Et l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean de Dieu s'est toujours montré favorable aux initiatives de coordination avec le champ social et médico-social. La concertation qui a été développée par le Grand Lyon a le mérite de poser au plus haut niveau de la ville une problématique qui existe dans tout le pays.

La révision des politiques publiques en cours et le projet de loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire⁸⁵ vont sans doute bouleverser la donne en matière d'organisation sanitaire et sociale. Quel est votre avis sur ce point ?

Il est peut-être un peu tôt pour en parler. Cependant, d'après les éléments connus, l'idée est d'obtenir une meilleure interaction entre les champs du sanitaire, du social et du médico-social.

⁸³ Du Grand Lyon

⁸⁴ Instance de concertation en santé mentale entre les différents partenaires d'un territoire donné

⁸⁵ Projet de loi déposé le 22 octobre 2008 devant l'Assemblée nationale

Les durées moyennes de séjour en milieu hospitalier étant devenues extrêmement courtes, il est grand temps de mieux coordonner des formes de prise en charge complémentaires pour les personnes malades, handicapées et âgées. Ce, d'autant plus que les seniors sont de plus en plus nombreux. Une organisation mieux coordonnée doit être mise sur pied. Chaque dispositif⁸⁶ est invité à réinterroger son fonctionnement et à chercher des appuis extérieurs, de manière à mutualiser davantage les moyens. Les services de l'Etat invitent tous les acteurs à faire des efforts dans ce sens. Par exemple, s'il existe 100 associations intervenant dans un domaine, ce sont autant de projets d'établissements et de négociations de budgets qui doivent être suivies et contrôlées par des fonctionnaires. Si les 100 associations se réduisent à 10, cela favorise ainsi des économies de moyens des services de tutelle et de contrôle. D'un point de vue administratif et financier, cette rationalisation de l'organisation est actuellement considérée comme prioritaire pour l'application des politiques publiques actuelles. Mais les acteurs concernés et les usagers ne sont pas forcément convaincus du bien fondé de ces stratégies.

L'effet de concentration souhaité est-il forcément corrélé à une meilleure prise en charge des usagers ?

L'objectif officiel est, bien entendu, d'apporter une réponse mieux ciblée et plus efficace à des besoins clairement identifiés. En réalité, il existe un risque à vouloir normaliser les structures et les formes de prise en charge. Cette volonté d'unification s'apparente aux schémas des services à but lucratif. Le privé cherche à augmenter les dividendes des actionnaires, le public lui emboîte le pas pour réaliser des économies d'échelle. La qualité de la réponse risque d'en être profondément transformée. Une grosse organisation est gérée d'après des critères économiques. Elle fait habituellement preuve d'une certaine lenteur administrative, et le turnover des salariés est régulier. Les promoteurs de petits dispositifs associatifs sont habituellement des gens engagés, qui réfléchissent et expérimentent l'innovation sociale à taille humaine. L'ambiance est complètement différente.

Les services publics iraient vers un système d'administration identique à celui des prestataires privés ?

C'est la tendance. La logique n'est pourtant pas du tout la même. Lorsque l'on compare hôpitaux publics et établissements de santé privés, la différence est à priori flagrante. Les médias s'en font d'ailleurs régulièrement l'écho : les listes d'attente du public sont interminables, on y meurt beaucoup, alors que le privé affiche une organisation impeccable et un faible taux de mortalité. C'est logique. Les hôpitaux publics assurent les missions les plus lourdes et les moins rentables. Ils accueillent les publics défavorisés et les personnes en fin de vie. Ils mettent en œuvre des techniques onéreuses pour des soins à risques majeurs comme la cardiologie ou l'oncologie. Les cliniques sont spécialisées dans le traitement de pathologies définies et d'opérations calibrées, à faible risque. Les missions assurées ne sont tout simplement pas les mêmes, notamment en psychiatrie. Le mode de gestion doit-il pour autant être similaire ? L'état penche pour l'affirmative.

⁸⁶ Hospitalier, sanitaire, médico-social, social, hébergement, logement, accompagnement personnes âgées et handicapées.

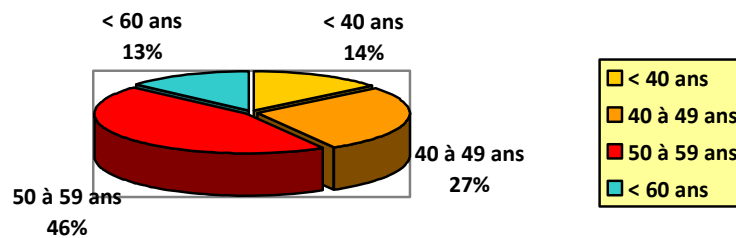
Annexe 6. Psychiatrie rhônalpine... en chiffres !

→ Heures de travail

La durée de travail hebdomadaire des psychiatres en région Rhône-Alpes est de **47 heures** en moyenne, sans compter le temps dédié à la formation médicale continue. Ils sont actifs 5 jours par semaine et prennent 40 jours de vacances par an.

→ Age moyen des psychiatres

Au moins **60% des psychiatres en activité ont plus de 50 ans !**



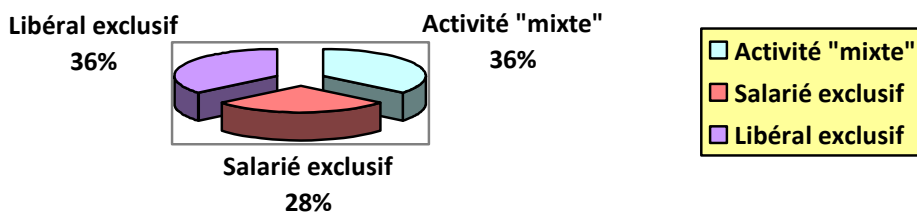
→ Genre des psychiatres

57% des praticiens sont des hommes.

→ Répartition géographique

71% des psychiatres exerçant en Rhône-Alpes ont eu leur diplôme dans la région. Les deux tiers sont implantés dans les agglomérations de plus de 50 000 habitants. Seuls 15% travaillent dans des communes inférieures à 20 000 habitants.

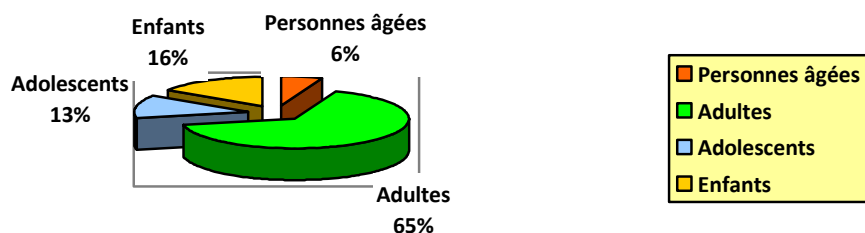
→ Statut des psychiatres



→ *Réactivité*

Le délai moyen pour un RDV est d'environ 6 semaines. Il est raccourci à 11 jours pour les patients pressés. Les psychiatres déclarent pouvoir accepter une urgence par jour.

→ *Patientèle*



→ *Lieu d'exercice*

Seuls 44% des psychiatres ont un seul lieu d'exercice ; 36% travaillent dans deux structures différentes et 20% dans trois structures ou plus. 62% des psychiatres exercent dans un cabinet libéral... et ailleurs :

- Hôpitaux (27% des psychiatres y ont une activité),
- Centres de santé (25%),
- Etablissements participant au service public hospitalier (24%),
- Secteur médico-social (23%),
- Cliniques (7%).

→ *Type de thérapies proposées*

L'activité des psychiatres est pour moitié constituée de thérapie de type analytique et de psychothérapie de soutien. Viennent ensuite la thérapie institutionnelle (17%) et la biologie (12%).

Source : Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes, Enquête auprès des psychiatres, Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, avril 2006. www.urmlra.org

Annexe 7. Interview

« Concrètement, aujourd'hui, pour un logement social mis en location, neuf ou existant, il y a 4 demandeurs. »

Patrice Tillet, Président d'ABC HLM⁸⁷ du Rhône, Directeur Général d'Alliade Habitat.

Avec la collaboration de Florence Galipot, chargée de mission coopération inter-organisme d'ABC HLM du Rhône.

Entretien réalisé le 10 juin 2009 par Laure Bornarel.

Qu'est-ce qu'ABC HLM du Rhône ?

C'est une association qui regroupe 30 organismes de logement social du Rhône, soit quelques 140 000 logements sociaux. Cela représente plus de 95% du parc locatif social existant dans le département. ABC HLM organise les échanges entre bailleurs sociaux et facilite l'interlocution avec l'ensemble des partenaires : Etat, Grand Lyon, Conseil Général ou autre. L'association a développé un partenariat privilégié avec l'ARRA⁸⁸, affiliée à l'Union sociale pour l'habitat. Le champ de la coopération inter-organisme est vaste : national via l'Union Sociale pour l'Habitat, régional avec l'ARRA, départemental avec ABC HLM.

Comment définir « l'habitat social » ?

Le plus simple est sans doute de partir de l'acronyme « HLM », Habitation à Loyer Modéré. La spécificité du logement social est d'avoir un montant de loyer fixé par réglementation de l'Etat. Plusieurs conditions d'éligibilité sont à remplir par le demandeur, la principale étant d'avoir un niveau de ressources inférieur à celui de plafonds donnés. Une fois l'habitat intégré, il y a droit au maintien dans les lieux. La loi Boutin⁸⁹ a récemment introduit l'obligation pour les ménages dont le niveau de ressources dépasse par deux fois les plafonds de prendre un logement dans le parc privé, sous un délai de deux ans. Dans le Rhône, cela relève de la situation anecdotique : 60% des ménages hébergés ont des ressources inférieures à ce qu'on appelle le plafond PLAI⁹⁰. Et 70% des nouveaux arrivants présentent des niveaux de revenus moindres à 60% des plafonds PLUS⁹¹. Il y a une forte précarisation des occupants et des demandeurs ! Et à ce jour, la demande sociale locative est en augmentation : 60 000 ménages sont comptés dans le département, principalement constitué de célibataires, de familles monoparentales et, fait nouveau, de personnes âgées.

Comment se finance la construction du parc social, et à quel rythme ?

Tous les ans, près de 2 000 logements sociaux sont livrés puis mis en location dans le Rhône. Les organismes HLM réinjectent leurs résultats excédentaires dans la construction de nouveaux logements, en s'appuyant sur des emprunts. Une part non négligeable des fonds provient aussi de prêts bonifiés, de subventions de l'Etat et des collectivités locales. Pour exemple, en 2008, quelques 2 800 logements ont été financés dans le Rhône grâce à 50 millions d'euros issus des fonds propres et emprunts des organismes HLM, 50 millions de l'Etat, de la Région et du Grand Lyon, et 20 millions du 1% Logement. En contrepartie, lorsque les logements seront livrés, chacun des partenaires pourra faire jouer un droit de réservation, au prorata, au profit d'un

⁸⁷ Association des Bailleurs et Constructeurs HLM du Rhône

⁸⁸ Association Régionale Rhône-Alpes des organismes de logement social

⁸⁹ Loi n°2009-323 du 25 mars 2009, dite aussi loi Molle, Mobilisation pour le logement et lutte contre les exclusions

⁹⁰ Prêt Locatif Aidé Insertion

⁹¹ Prêt Locatif à Usage Social

public désigné. En matière de financement, il est également intéressant de noter qu'une partie des loyers est prise en charge par la solidarité nationale via les allocations d'APL⁹².

Lorsque la question du logement social est abordée, la tendance est de focaliser sur la construction ! Pourtant, l'essentiel des attributions se fait par le biais du parc social existant. Avec un taux de rotation de 7,5% sur 140 000 logement, le parc ancien génère 12 000 attributions par ans, alors que le neuf n'en assure que 1 500 environ ! Concrètement, aujourd'hui, pour un logement social mis en location, neuf ou existant, il y a 4 demandeurs.

Je voudrais soulever la question des troubles du voisinage, indicateurs du climat social et de l'état de la santé psychique des habitants. Comment se positionne ABC HLM à ce sujet ?

Les bailleurs sociaux sont dans l'obligation contractuelle de garantir « la jouissance paisible de la chose louée » à leurs locataires. La jurisprudence reconnaît les troubles excessifs de voisinage comme une atteinte à cette jouissance paisible. Ainsi, il en est de la responsabilité des bailleurs de réduire ce type de troubles. Au sein d'ABC HLM, chaque organisme a sa propre stratégie et ses propres procédures internes : nous ne sommes pas un syndicat professionnel. Tout le monde s'accorde néanmoins sur la nécessité d'intervenir le plus en amont possible.

La première chose à faire est d'analyser la situation pour porter un diagnostic pertinent. Le registre des difficultés possibles est tellement complexe que les modes d'actions à adopter peuvent être très différenciés. De quel type d'atteinte à la jouissance s'agit-il ? Qui a donné l'alerte, un gardien, un locataire ? Quel est le mode de réclamation, une lettre individuelle, une lettre anonyme, une pétition ? Quelle connaissance a-t-on du plaignant ? Est-il connu pour être lui-même régulièrement à l'origine de troubles ? Lors d'un conflit de voisinage, il suffit souvent de faciliter la communication entre les locataires par le biais d'une médiation. Si le rappel des devoirs d'une vie en communauté s'avère insuffisant, le principe est de solliciter les interlocuteurs repérés (associations, tutelles) qui accompagnent les locataires en difficulté. Dans la majorité des cas, il n'y a aucun référent. C'est à nous de trouver des solutions.

Quels sont les principaux troubles recensés ?

Nos collaborateurs sont confrontés à des agressions parfois graves, et nous sommes régulièrement interpellés par les instances représentatives du personnel sur cette thématique-là. Certains organismes sont en train de mettre en place un observatoire des incivilités, car cela devient vraiment problématique. L'idée est de parvenir à objectiver les situations grâce à des données chiffrées et codées en termes de gravité. Un collaborateur qui se fait insulter peut amplifier la portée de l'événement, tout simplement parce qu'il le vit très mal... ce qui est aussi à prendre en compte.

La gamme des difficultés rencontrée s'étend d'actes relativement ténus à des comportements violents vis-à-vis de collaborateurs ou d'autres locataires : menaces, coups, dégradations du patrimoine... Ce peut être une question d'intégration, comme ce locataire qui jetait tout par les fenêtres jusqu'à ce qu'on lui explique que, contrairement aux usages dans son pays d'origine, c'était une marque d'incivilité en France. Ce peut être aussi une absence d'entretien du logement, l'accumulation de détritus. Les manifestations de troubles psychiques émergent rapidement... Telle locataire détruit volontairement son bac de douche et inonde au passage l'appartement du dessous car, pour elle, l'eau doit pouvoir s'écouler librement. Trois sœurs, présentant des déficiences mentales, déclenchent un incendie dans leur logement. Tel autre locataire, féru de plomberie et sous tutelle, démonte et remonte sa tuyauterie, avec toutes les fuites que cela peut entraîner... Le rappel au bail est un premier indicateur pour savoir si nous sommes face à une incivilité ou à un symptôme de souffrance psycho-sociale. Lorsque, dans le

⁹² Aide personnalisée au logement

cadre d'une procédure classique, quelqu'un est ramené à ses devoirs et qu'il ne réagit pas, il est fréquent d'avoir affaire à une question de santé psychique.

Que se passe-t-il alors ? Le personnel est-il préparé à affronter ce type de situation ?

C'était tout l'enjeu pour ABC HLM de s'associer au projet « santé psychique et logement » avec le Grand Lyon et l'Etat. L'association finance d'ailleurs plusieurs actions de la démarche depuis la Conférence d'Agglomération de l'Habitat de 2004. Comment régler au mieux une situation pour l'ensemble des locataires sans mettre en fragilité une personne ou une famille pour qui la stabilisation dans un logement est capitale en termes d'équilibre psycho-social ? Nous avons besoin de comprendre les fondamentaux en santé psychique et de connaître les différents acteurs concernés. Cette préoccupation, partagée par tous les partenaires, s'est d'abord traduite par la co-rédaction d'un guide « santé mentale et logement ».

Editée en 2006, cette publication présente les modes de fonctionnement de chaque domaine : logement social, psychiatrie, milieu social et médico-social... Les clefs essentielles d'un bon travail en réseau sont données et un annuaire complète le tout. L'idée était d'en faire un outil pratique pour tous. ABC HLM l'a diffusé aux services de direction générale, aux services de gestion locative et aux ressources humaines des organismes, ainsi qu'aux responsables d'agences. A vrai dire, l'utilisation du guide a été bien en deçà de nos attentes, sans doute parce que nous l'avons distribué tel quel, sans plus d'explications. Nos collaborateurs se le seraient sans doute davantage approprié s'il avait été délivré au cours d'une formation. Le principal intérêt est d'être parvenu à formaliser en un seul document les connaissances partagées du groupe « santé psychique et logement ». C'est un galop d'essai. Le guide est actuellement en cours de réactualisation, il sera de nouveau diffusé à partir de l'automne 2009, dans un autre contexte.

Une fois le partage des connaissances formalisé, à quoi le groupe du projet « santé psychique et logement » est-il passé ?

Le comité de pilotage de 2007 a décidé d'expérimenter deux sessions de « formation-action ». Destinées à chaque fois à 33 stagiaires issus des secteurs professionnels du logement social, de la psychiatrie, du social, médico-social, et des représentants ou familles d'utilisateurs, ces sessions proposent un tronc commun suivi d'une conduite de projet. Celle-ci est traduite sous forme de « fiche outil », sorte de mode d'emploi pratique d'une démarche partenariale ciblée. La formule marche très bien !

Nous réfléchissons actuellement aux moyens de décliner plus largement cette formation, en nous appuyant sur les efforts déjà fournis. Jusqu'à présent, les stagiaires issus des organismes de logement social, membres d'ABC HLM, ont été des chargés de clientèle, des conseillers en économie sociale et familiale et des responsables contentieux. Ce serait bien que des managers, du personnel de proximité et d'autres corps de métier puissent aussi en profiter ! Comment optimiser l'existence des outils développés dans le cadre du projet « santé psychique et logement » ? Irriguer ces savoirs-faires dans les organismes de logement social pourrait faciliter la vie de tout le monde. J'ai moi-même été profondément interpellé lorsque j'ai entendu que « ces gens ne sont pas dans la violence, ils sont dans la souffrance ». Le regard change forcément. Le même type de processus opère sur les collaborateurs qui suivent la formation-action : lorsqu'ils comprennent que la personne fait preuve de plus de violence envers elle-même qu'envers les autres, que l'agressivité n'est en réalité qu'une manifestation de souffrance et qu'ils ne sont pas personnellement visés, les situations se débloquent. Une fois qu'ils ont reçu ces clefs de compréhension-là, ils se sentent à nouveau prêts à aller sur le terrain et à discuter.

Certains de vos collaborateurs semblent aux prises avec des situations assez délicates ?

La profession de gardien a, notamment, beaucoup changé. Avant, il venait, faisait le ménage et repartait. Aujourd'hui, c'est devenu un véritable métier de proximité. Les gardiens sont les

premiers à développer le relationnel avec les habitants ! La récurrence de relations difficiles avec quelques locataires peut faire naître de la souffrance, tout comme le fait de vivre à côté de personnes handicapées psychiques en grand mal-être. À terme, cela peut se traduire par des arrêts maladie, ou, pire, par des demandes de mutation sur d'autres territoires. Pour éviter cela, les organismes organisent des séminaires sur la gestion des conflits. Les gardiens qui suivent ces formations disent prendre davantage de recul dans leurs relations quotidiennes avec les locataires. Ils comprennent l'importance de l'écoute, indispensable au désamorçage de l'agressivité. Des collaborateurs qui ont vécu un événement traumatisant peuvent également être accompagnés individuellement. Une de nos gardiennes a ainsi témoigné, sous forme d'une petite vidéo présentée à ses collègues, qu'après avoir été menacée de mort, le fait d'avoir été entendue et soutenue lui a permis de retourner sur le site une fois son arrêt de travail terminé.

Nous avons indistinctement évoqué les personnes en souffrance psycho-sociale et celles qui sont handicapées psychiques ou mentales. Quelles sont les positions des organismes HLM concernant l'accès au logement de personnes reconnues handicapées psychiques ?

Inutile de cacher que des blocages persistent. Lorsqu'un centre hospitalier psychiatrique nous propose un candidat au logement, pour le bailleur social, cela équivaut à prendre le risque de devoir gérer toute une série de dysfonctionnements à court ou moyen terme. La grande majorité des personnes handicapées psychiques ne bénéficient pas de l'accompagnement dont elles auraient besoin. Conclusion, le bailleur social n'a pas d'interlocuteurs au quotidien. Il faut attendre que la situation se dégrade au point où elle se transforme en urgence, que les pompiers ou la police interviennent, et qu'une demande de HDT⁹³ ou de HO⁹⁴ soit déposée. Qui a envie de ça ?

Lorsque nous avons un interlocuteur, cela change tout. « Tiens, nous avons des travaux à faire dans cet immeuble. Oui, mais attention, il y a Mr Untel... Le mieux est d'appeler sa tutrice pour l'informer, qu'elle ait le temps de le préparer ». Faire un travail de prévention devient alors possible. À ce niveau-là aussi nous sommes dans une phase d'apprentissage, mais il est évident que tout le monde a à y gagner ! Alliade Habitat vient de signer une convention de partenariat avec l'hôpital psychiatrique de St-Jean-de-Dieu. Nous mettons une dizaine d'appartements à disposition de personnes sortant d'une période d'hospitalisation. Les locataires se resocialisent dans un immeuble banalisé et nous avons l'assurance d'avoir un interlocuteur compétent qui suit leur réinsertion. Cela fonctionne très bien ! C'est la déclinaison de ce type de partenariat qu'il serait porteur de développer.

Actuellement, le handicap psychique constitue-t-il un critère d'attribution pour l'accès au logement social ?

À ce jour, il n'y a pas de priorité affichée sur le handicap psychique. Cependant, chaque année, dans le cadre d'accords collectifs départementaux, l'État négocie avec les bailleurs sociaux un objectif d'attribution de logements pour des publics désignés. Il y a parmi eux les ménages en situation de très grande précarité, où il est fréquent de trouver des personnes handicapées psychiques. La loi DALO⁹⁵ fixe également des catégories de ménages prioritaires pour le logement social. Là, ce sont les ménages en situation de handicap parmi lesquels les personnes handicapées psychiques sont recensées. Ces ménages prioritaires sont parmi les premiers à pouvoir déposer un recours auprès de la commission idoine s'ils ne se voient pas attribuer un

⁹³ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

⁹⁴ Hospitalisation d'Office

⁹⁵ Droit au logement opposable

logement au bout d'un certain délai. Si l'avis de cette commission est favorable, l'Etat a six mois pour faire des propositions sur le contingent qui lui est réservé dans le Rhône⁹⁶.

Les efforts de réflexion et d'expérimentation vont se poursuivre pour le projet « santé psychique et logement ». Voyez-vous une autre thématique sociétale qui mériterait une mobilisation collective similaire ?

Oui, je pense qu'il faudrait s'atteler à la question du vieillissement de la population. Cinq entreprises sociales pour l'habitat se sont déjà associées dans le Rhône pour y réfléchir : 20% de nos locataires ont plus de 65 ans, et quelques immeubles présentent de fortes concentrations de personnes âgées. Nous tentons d'accompagner cette tendance en produisant d'abord une méthodologie de diagnostic sur le vieillissement dans nos résidences. Une fois cette évaluation faite, nous lançons des plans d'actions comprenant, entre autres, la formation de nos collaborateurs. L'évolution de la pyramide des âges des locataires demande une adaptation ergonomique des lieux et le développement de services de maintien à domicile. Des symptômes de maladie neuro dégénératives sont aussi à prendre en compte : réclusion à domicile, volets fermés, accumulation d'objets hétéroclites... Des manifestations qui sont, somme toute, assez proches de celles de personnes en grande souffrance psychique. Notre marge de manœuvre en tant que bailleurs sociaux est assez limitée. Portage de repas, entretien ménager, bricolage, aide administrative... Toute offre de service que nous mettons directement en place devrait rester gratuite pour les locataires. Nous pensons qu'il est plus intéressant pour tous d'injecter les bénéfices dans la réhabilitation du parc et la construction neuve.

Quelles conclusions en tirez-vous ?

Qu'à un moment donné, il faut savoir se recentrer sur son cœur de métier... Les services à domicile, il y en a qui font ça très bien ! Notre mission de bailleur social est d'offrir aux locataires âgés des logements accessibles et adaptés. Elle consiste aussi, vu la faiblesse de leurs ressources, à leur apporter la possibilité d'être accompagnés dans cette phase importante de leur vie. Là, l'innovation peut résider dans le maillage d'un réseau de proximité avec les CCAS⁹⁷, les services gérontologiques, les associations, etc. C'est aussi dans l'intérêt du bailleur qu'un travailleur social lui fasse remonter l'information que le robinet de Mr Untel fuit ou que le système électrique de Mme Untelle disjoncte !

Collectivement, il y a du travail à faire. Sur la question du vieillissement, les acteurs ont encore peu développé la logique partenariale. Hors, pour produire du logement senior novateur, il faut mettre tout le monde autour de la table ! Respecter les expertises des uns et des autres ne signifie pas s'enfermer dans l'isolationnisme. C'est en additionnant les compétences qu'il sera possible de faire avancer les choses.

⁹⁶ Contingent fixé selon le montant de financement versé par l'Etat pour les nouveaux logements sociaux.

⁹⁷ Centre communal d'action social

Annexe 8. Interview

«Il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque-part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce qui n'est pas évident pour tous ! »

Paul Monot, Président de la Coordination 69, soins psychiques et réinsertions sociales, Président d'ASSAGA, association pour l'accompagnement et la guidance vers l'autonomie des personnes handicapées psychiques, ancien directeur de l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu.

Interview réalisée par Laure Bornarel, le 22 décembre 2008.

Vous côtoyez depuis des années des personnes en souffrance psychique. La représentation que s'en fait le grand public est-elle proche de la réalité ?

La « folie » fait partie des grandes peurs collectives venues du fond des âges ! En France, le retard des mentalités au regard du handicap psychique est assez considérable. L'évolution de la prise en charge psychiatrique, aujourd'hui majoritairement ambulatoire, a été très peu intégrée dans les consciences. L'image de l'enfermement asilaire subsiste, alors que les personnes handicapées psychiques vivent désormais au sein de la société. Un autre facteur discriminant est la montée en épingle systématique de faits divers commis par des malades : or, proportionnellement, le nombre d'individus potentiellement dangereux est moindre que dans la population totale ! Les médias font régulièrement l'amalgame entre « maladie mentale » et « dangerosité », ce qui contribue à stigmatiser dans l'opinion publique l'image du handicap psychique. Les réactions de rejet et de crainte restent par conséquent majoritaires.

Comment la maladie psychique est-elle habituellement détectée ?

Les pathologies à l'origine du handicap psychique se révèlent généralement chez le jeune adulte, à un âge où le projet de vie est en pleine construction. La schizophrénie, par exemple, touche souvent des étudiants. D'un seul coup, le délire survient, « coup de tonnerre dans un ciel serein »... Toute la famille s'en trouve déstabilisée. Les symptômes avant coureurs sont, en réalité, nombreux mais régulièrement sous-estimés. Les premiers réflexes sont de minimiser : « son amie l'a quitté, c'est le choc, ça va aller mieux... ». Les gens ont tendance à éviter le soin lourd, par peur du diagnostic. Chez le malade, le déni est très fort, il fait quasi partie de la pathologie. Dès qu'il se sent mieux, le malade interrompt son traitement, et un jour ou l'autre les troubles réapparaissent. Tout l'enjeu est de rendre l'individu acteur par rapport à la maladie et au traitement thérapeutique, ceci pour permettre un soin au long cours. Car c'est la continuité du suivi qui facilitera une certaine stabilité, et, à terme, l'intégration sociale du patient.

Comment, concrètement, se traduit le « handicap psychique » ?

Ce peut être des troubles de la pensée, de la volonté, des idées obsessionnelles, des sentiments de persécution. Ce peut aussi être des troubles de la perception, de la communication... La personne peut avoir des difficultés à se concentrer longtemps sur une activité, elle peut ressentir rapidement une grande impatience. Quelles que soient les manifestations, c'est souvent extrêmement invalidant au niveau de la vie sociale et professionnelle : la société se montre de plus en plus imperméable à ce qui dérange, à ce qui met en insécurité ou ce qui fait peur. La majorité des personnes handicapées psychiques est dans l'incapacité de travailler sans un accompagnement humain adéquat. La plupart vivent de l'Allocation Adulte Handicapé. Cumulant handicap psychique et pauvreté, beaucoup

connaissent des problèmes d'intégration, notamment par absence de travail ou de logement adapté.

Qu'en est-il concernant le logement ?

La question du chez soi est essentielle pour tout être humain. Etre en sécurité dans un logement conditionne en grande partie le sentiment d'appartenance à une communauté. Mais il ne suffit pas d'avoir une clef, de pousser une porte et d'avoir un toit sur la tête pour habiter quelque-part. Encore faut-il avoir les capacités d'investir psychiquement le logement, ce qui n'est pas évident pour tous ! Une personne handicapée psychique a déjà du mal à habiter en elle-même... C'est la notion de contenance qui semble ici en jeu. Certains auront tendance à se laisser envahir par d'autres personnes ou en entassant des objets. D'autres témoigneront d'une incapacité à déposer des émotions et il y aura très peu d'objets personnels, les murs resteront nus. Le logement pourra être perçu comme un simple lieu de passage, ou bien un lieu d'enfermement. Des personnes qui ont été sans domicile fixe pendant longtemps peuvent ainsi préférer rester dans la rue parce qu'il y a du mouvement, de la vie. Les relations avec le voisinage refléteront cette difficulté à tisser du lien avec l'environnement au sens large.

Comment faciliter la vie de personnes handicapées psychiques ?

Une personne âgée ayant des difficultés à monter les escaliers se trouvera en situation de handicap si elle loge au 6^e étage sans ascenseur. Si elle vit au rez-de-chaussée, sa vie se poursuivra normalement. Quelqu'un en fauteuil roulant verra son niveau de handicap diminuer si l'aménagement urbain prévoit des pentes douces en lieu et place de trottoirs et d'escaliers abrupts. La compensation du handicap a été posée par la loi comme l'un des principes fondamentaux de l'égalité et de la vie collective. L'accompagnement social est le principal mode de compensation pour le handicap psychique. Un tuteur ou un accompagnateur constitue un élément de stabilité et de sécurité pour une personne handicapée psychique. Dans « accompagnement », il faut entendre « compagnon », « être avec et non à la place de » !

Les personnes souffrant d'un handicap psychique ont généralement besoin d'avoir un quotidien très ritualisé. Tout changement, même minime, va être difficile à gérer s'il n'est pas préparé longtemps à l'avance : horaires, rythmes, lieux, collègues de travail... Pour un entretien de recrutement fixé à 9h, il ne sera pas étonnant de voir arriver la personne à 6h, parce qu'elle y pense depuis 8 jours et qu'elle n'aura pas réussi à dormir de la nuit ! Dans un service psychiatrique, l'annonce faite à un patient de sa sortie prochaine pourra déclencher une forte crise d'angoisse, suivie d'une période de décompensation... D'où la nécessité d'avoir des durées d'hospitalisation les plus courtes possibles pour ne pas créer de situation d'institutionnalisation.

Quel type d'accompagnement social existe-t-il aujourd'hui ?

Il y a des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) financés par le Département, et des Services d'accompagnement médico-social pour handicapés psychiques (SAMSHA) relevant du Département et de l'Assurance Maladie. L'idéal est d'avoir le même travailleur social qui vient rendre visite à la personne pour voir si tout va bien, pour la soutenir dans son projet de vie ou, éventuellement, pour servir de médiateur avec l'entourage si besoin est. En pratique, la personne handicapée psychique a souvent à traiter avec différents services, où aucun professionnel n'a de visibilité globale de son état. Il est important de travailler davantage avec les bailleurs sociaux qui sont aux premières loges en cas d'anomalie (odeurs suspectes, bruits, nuisances diverses...) et qui ne savent pas toujours où s'adresser.

Vous évoquiez tout à l'heure des logements adaptés, de quoi s'agit-il ?

Il s'agit de « maisons relais » ou « résidences accueil », des formules qui fonctionnent plutôt bien. Ce sont des immeubles de 20 à 25 grands studios où vivent aussi une maitresse de

maison et un animateur. Ces derniers ont une fonction de prévention et de régulation sociale auprès des locataires. L'idée, transposable, est de créer une sorte de vie de village au sein d'un immeuble. Socialement parlant, la suppression des postes de concierges a été une grande erreur, qui commence d'ailleurs à être réparée dans nombre d'habitats sociaux. Avoir quelqu'un de responsable des relations dans un immeuble est important : la fragilité des handicapés psychiques les laisse peu capables de se défendre. Du fait de leur incompétence sociale et de leurs troubles du comportement, ils sont régulièrement victimes d'agressions. Leur tendance est de s'isoler.

Sur quels leviers s'appuyer pour faciliter l'intégration des handicapés psychiques ?

Sur tout ce qui permet de créer du lien social ! A ce titre, les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) offrent l'occasion à des personnes atteintes d'une même pathologie de se rencontrer et de partager des activités. C'est un premier moyen d'intégration pour des gens qui sont, parfois, coupés de tout. La qualité de l'accompagnement social est, ensuite, déterminante pour favoriser l'ouverture de la personne sur d'autres activités. L'enjeu est qu'elle ait un temps d'appropriation suffisant pour que le caractère stressant et déstabilisant de la nouveauté disparaisse. Elle pourra alors s'investir, mais à son propre rythme. Il est important de restituer socialement l'activité : pour un atelier théâtre, ce sera, par exemple, donner une représentation de fin d'année.

L'accompagnement individuel fait souvent défaut, par manque de moyens. Comment stimuler malgré tout leur sentiment d'utilité sociale, indispensable à une bonne intégration ?

Il est vrai que le sentiment d'utilité sociale est très structurant pour tout un chacun. Je peux citer cette expérience vécue : à Oullins, des handicapés psychiques « chroniques » ont été installés dans une petite unité au cœur d'un lotissement. Avec 20 à 30 ans d'hôpital psychiatrique derrière eux, ils ont démontré une forte capacité à nouer des relations avec les gens isolés du lotissement, notamment les personnes âgées ! Etant disponibles et agréables, ils se faisaient inviter à boire le café, à papoter... Comme tout cela s'est déroulé naturellement, sans stress, ils ont réussi, à la surprise de tous, à réinjecter de l'humanité là où il en manquait ! Une personne handicapée psychique peut aussi parfaitement s'investir dans l'entretien d'un jardin. En fait, ce sont des gens qui connaissent des troubles de la volition, ils ont besoin d'être régulièrement sollicités. Ceci dit, il suffit de leur présenter un dispositif où ils peuvent s'insérer et être reconnus pour qu'ils s'investissent, à leur propre rythme.

Annexe 9, Interview

« Le développement partenarial n'a pas à se faire au détriment d'une réflexion continue des missions, mandats et compétences de chaque institution. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE⁹⁸.

Entretien réalisé le 5 février 2009 par Laure Bornarel.

Des processus de concertation inter institutionnels sur la « santé psychique et l'habitat » apparaissent un peu partout en France, et notamment à Lyon. Qu'en pensez-vous ?

Il faut faire un petit détour historique pour comprendre pourquoi les institutions sanitaires, les institutions du logement et de l'action sociale se sont mises à travailler en réseau. A partir des années 80, il y a eu de nombreuses interpellations en provenance du terrain. Infirmiers de la psychiatrie, accompagnateurs RMI, personnels des missions locales... faisaient le même constat : « *les difficultés dont nous parlent les usagers ne sont pas celles pour lesquelles nous sommes mandatés* ». Des questions de santé et santé psychique se sont dites auprès de professionnels du travail social et des questions administratives et financières se sont dites auprès de professionnels de la psychiatrie et du psychisme. Ce court-circuitage a, bien sûr, rendu difficile le travail des uns et des autres et a nécessité une réflexion collective sur la manière dont ils pouvaient s'adapter. Le détour historique qu'il est nécessaire de faire pour comprendre une telle situation se situe à la fin des trente glorieuses, avec le début de la crise économique et ses répercussions sur le marché du travail. Des raisons sociales ont causé des souffrances psychiques. Chômage, pauvreté, baisse de l'estime de soi et dépression sont devenus des symptômes concomitants. Le développement d'une nouvelle forme de précarité a conduit différents publics à confier ses souffrances à des professionnels qui étaient jusque-là aptes à y répondre. Ceux-ci ont été mis en difficulté. Cette nouvelle réalité a été problématisée par de nombreux travaux de chercheurs et d'acteurs de santé publique. Parmi les plus célèbres, il y a eu le rapport Lazarus, « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », au milieu des années 90 ; l'ouvrage de Pierre Bourdieu « *La misère du monde* » en sociologie, les travaux de l'Orspere dans le champ de la santé mentale, « *Souffrance en France* » de Christophe Desjours... Cette thématisation de la souffrance sociale a rendu politiquement acceptable sa prise en compte dans la réorganisation des prises en charge.

Ce n'était quand même pas nouveau en psychiatrie ?

Le détour historique permet également de mieux comprendre ce qui s'est passé du côté de la psychiatrie. La politique de « deshospitalisation » qui a remplacé le traitement asilaire de la maladie mentale à partir des années 60 considère que les personnes doivent être laissées dans leur milieu de vie et soutenues par un accompagnement de proximité. Cette nouvelle politique psychiatrique s'est développée à travers la forme du secteur. Secteur qui est finalement resté très « hospitalo-centré » ! Les malades qui, il y a quelques années, auraient été hospitalisés sur une longue durée, ne font plus qu'un bref séjour à l'hôpital ou bien sont pris en charge sur un mode ambulatoire. La psychiatrie porte peu les conséquences des difficultés rencontrées au quotidien par ces personnes. C'est la famille qui se retrouve en première ligne, avec, à défaut, le voisinage, la communauté de vie, puis les professionnels de l'habitat, de l'action sociale, de l'éducation, de la protection tutélaire, et, parfois, du milieu pénitentiaire. Le terme de « santé mentale » est venu désigner ce champ assez large dans lequel se trouvent les maladies mentales traditionnelles et les nouvelles formes de souffrance psycho-sociale. La convergence

⁹⁸ Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, Lyon.

de ces deux types de difficultés sont venues se dire dans la ville, dans la communauté, dans l'habitat, auprès des proches et de l'environnement familial. C'est cette formulation dans des lieux nouveaux qui a déclenché la réflexion sur le besoin d'autres modes de prises en charge et d'autres formes de partenariats. Les professionnels de l'habitat ont notamment pris une place qu'ils n'avaient pas auparavant : ils sont parmi les premiers à être interpellés par les voisins et l'environnement proche.

A votre avis, qu'est-il possible d'attendre de ces processus de concertation ?

Ces partenariats peuvent prendre des formes variables selon les territoires : conseils locaux de santé mentale, lieux de concertation à l'échelle d'un quartier, d'une ville ou d'une communauté urbaine comme celle du Grand Lyon. Ces concertations sont le fruit de réflexions qui ont eu lieu initialement dans chaque institution. La psychiatrie s'est interrogée sur les modes d'accompagnement qui seraient les plus adaptés pour permettre à des patients de revenir en logement indépendant. Les bailleurs sociaux se sont demandés s'il fallait recruter des professionnels de la médiation ou de l'accompagnement social pour gérer certaines situations délicates. Les tuteurs et curateurs ont réfléchi aux moyens de préserver le lieu de vie de personnes en difficultés. Tous ont fait le constat qu'il fallait travailler de manière transversale et redéfinir au cas par cas les interventions des uns et des autres, car tout le monde était confronté à l'expression de la souffrance psycho-sociale dans la ville et l'habitat. Les temps de concertation sont l'occasion de présenter les compétences mises en œuvre par chacun tout comme leurs limites d'intervention. Des situations ne relevant de la responsabilité directe d'aucune tutelle sont discutées pour trouver collectivement des solutions : cas d'une réclusion à domicile, locataire qui se laisse envahir par des « squatters », avec tous les troubles de voisinage que cela peut entraîner... La question qui se pose désormais de manière plus générale, c'est « qu'est-ce qu'on attend de ces nouvelles formes d'intervention dans la vie des personnes » ?

Pourriez-vous donner des exemples concrets d'intervention ?

Il s'agit d'interventions à domicile. Un infirmier psy, un tuteur ou un professionnel du logement va interpellé quelqu'un sur l'état d'hygiène de son appartement. Ce peut être aussi l'organisation d'une médiation entre un locataire qui fait régulièrement trop de bruit et ses voisins. Actuellement, aucun professionnel n'est spécifiquement mandaté pour ce type d'actions. Cependant, dans le cadre des politiques sociales du logement, certains se spécialisent dans l'accès et le maintien à domicile de personnes fragilisées : aide à l'appropriation et à l'ameublement de l'appartement, attention donnée au bon versement des loyers, régulation des relations avec l'entourage... L'intervention à domicile est un exercice difficile. Les risques d'intrusion et de violation de l'intimité sont importants. L'enjeu est de se donner des garde-fous, des points de repère pour savoir jusqu'où et comment intervenir. Que faire face à une porte fermée ? Il faut toute une négociation empreinte de grande prudence pour qu'une personne en difficulté accepte d'ouvrir sa porte et se laisse aider, au gré des visites. Il existe des formes contraintes d'intervention, avec appel aux services d'hygiène et d'environnement de la ville pour des questions de salubrité publique, appel à la police ou aux services psychiatriques si la personne se met en danger ou met en danger autrui. La coopération de la personne va néanmoins être recherchée au maximum : beaucoup de professionnels appréhendent fortement ces recours à la contrainte. Si la psychiatrie en a une certaine pratique, c'est quelque-chose de relativement nouveau pour les professionnels de l'habitat et de l'action sociale. La concertation sert à se donner des critères collectifs pour savoir quand et comment utiliser ce type d'outil.

Donc, pour reprendre votre propre question, « qu'est-ce qu'on attend de ces nouvelles formes d'intervention dans la vie des personnes » ?

L'idéal commun à ces professionnels était de favoriser l'émancipation de personnes en proie à diverses formes de dépendance : santé, conditions de vie, relations... La visée politique sous-jacente était de rendre à chacun sa place de citoyen apte à s'investir dans la vie sociétale. Cet idéal a pris du plomb dans l'aile ! La crise économique a drastiquement restreint l'accès au travail des personnes handicapées. Elles sont par conséquent maintenues dans une assistance économique, quelle qu'elle soit, qui réduit d'autant leur niveau d'indépendance. L'idéal d'émancipation s'est peu à peu transformé en idéal de mieux-être : les interventions des professionnels visent désormais à améliorer les conditions de vie des gens, ou, *a minima*, à soulager une partie de leurs souffrances. Comment ? En tentant d'assurer une prise en charge médicale adéquate, si besoin est, et en facilitant la régulation sociale des gens avec leur entourage. Ce type d'interventions a, bien sûr, un impact sur la façon dont il est perçu par les bénéficiaires. (...) Les modes d'intervention apportant des améliorations de proximité peuvent, en effet, être interprétés comme la confirmation douloureuse d'un renoncement fait des idéaux de vie et d'autonomie. C'est intéressant à souligner car ceci explique le décalage qui peut exister entre la bonne volonté, le remarquable travail de professionnels de terrain et la réticence de certains usagers. Cela peut susciter incompréhension et repli des professionnels mais, à l'échelle de la vie de l'individu, accepter ces aides reviendrait à s'inscrire dans une démarche de renoncement beaucoup trop coûteuse.

A votre avis, quelles sont les limites éventuelles d'un processus de concertation ?

Il n'y a pas de limites intrinsèques à la concertation. Elle est juste à resituer dans un contexte global de politiques publiques et de dynamiques professionnelles. Le développement partenarial n'a pas à se faire au détriment d'une réflexion continue des missions, mandats et compétences de chaque institution. Que la psychiatrie, les bailleurs sociaux et l'action sociale travaillent ensemble ne doit pas dissimuler l'enjeu qu'il y a pour la psychiatrie de se réorganiser et de s'adapter aux mutations actuelles. La concertation sert parfois de vitrine pour éluder ces questions. Très concrètement, l'écart entre le niveau de réflexion très poussé des acteurs de terrain sur la souffrance psycho-sociale et celui de l'institution elle-même est important. Cette rupture peut être dissimulée et dédouanée par la concertation. Je pense la même chose pour les acteurs de l'action sociale et de l'habitat. Il y a, depuis une vingtaine d'années, une mutation du métier de bailleur social qui passe par un fort développement des postes de fonction sociale. Ces professionnels s'investissent dans des réunions partenariales, mais l'insuffisance de communication effective avec leurs directions empêchent les uns et les autres de prendre la juste mesure des réorganisations et de s'interroger sur leurs pertinences. Quand les bailleurs sociaux se positionnent sur le maintien à domicile des habitants âgés en organisant la venue de services ou bien lorsqu'une politique d'attribution, ou, autrement dit, de peuplement se fait en sélectionnant des profils de locataires plutôt que d'autres, les directions s'assurent-elles d'être en phase avec les difficultés rencontrées par leurs professionnels de terrain ? Le temps passé à la concertation ne devrait-il pas davantage être consacré à faire remonter les problèmes au sein de l'organisme ? C'est bien souvent un alibi pour ne pas réfléchir de manière plus globale à l'orientation des institutions concernées.

Pourtant, des solutions innovantes peuvent émerger des processus de concertations et nourrir des instances décisionnelles ?

Je m'explique. La concertation ne doit, par exemple, pas dissimuler la pénurie de logements disponibles. Des moyens importants sont alloués au développement de l'accompagnement social pour garantir une certaine sécurité aux bailleurs. Certes, c'est important d'être à l'écoute des difficultés sociales là où elles s'expriment. Néanmoins, cette réponse « micro » dispense parfois d'apporter davantage de réponses « macro » en termes de politiques de l'habitat, de l'emploi, de l'aménagement du territoire et de santé publique. Les bricolages inventifs des professionnels de terrain, le développement du réseau, les partenariats... tout cela est très riche

en ce qu'il conduit à reformuler des limites, des frontières, des compétences. Je trouve cependant que tout le savoir qui s'échange là ne remonte pas beaucoup et n'est pas tellement pris en compte au niveau des politiques plus globales. Il y a là un hiatus qui est problématique.

La concertation semble au moins bénéfique à l'utilisateur, puisqu'il arrive souvent que des solutions soient proposées au cas par cas ?

Chaque institution ne s'adresse pas au même public. Un médecin s'adresse à un patient ou à un malade (ce qui n'est déjà pas tout à fait la même chose), un psychiatre à un patient, un usager de la psychiatrie ou de la santé mentale. Chez les professionnels de l'habitat, il s'agit de locataire, de résident, d'habitant ou de client. Quant aux acteurs de l'action sociale, ce peut être des usagers, des bénéficiaires ou des consommateurs. Bref, selon la dénomination, l'angle sous lequel est abordé la personne n'est pas le même. Il est important d'avoir conscience de cette pluralisation de l'individu. D'un côté, je suis pluriel pour les institutions, de l'autre, je suis une seule et même personne. Il y a une tentation bien compréhensible à dire qu'une prise en charge globale est nécessaire, qu'il y en a assez de la parcellisation des dispositifs, etc. Néanmoins, dans ce mouvement, il y a un risque de toute puissance en croyant que l'intervention va avoir une prise sur l'ensemble de l'individu, avec forcément des conséquences sur sa liberté, son autonomie, son indépendance, son intimité et sa vie privée.

Cette tendance à la prise en charge globale au moment de la concertation présente des dangers pour la personne : comment évaluer jusqu'où cette globalisation lui sera bénéfique ?

Pourriez-vous donner un exemple ?

Un locataire ne souhaite pas forcément que ses voisins ou son bailleur social sachent qu'il est régulièrement hospitalisé en psychiatrie parce qu'il est schizophrène, dépressif ou autre. Il a besoin d'être considéré comme simple voisin, ou simple locataire. L'interlocuteur qui s'occupe de son logement n'a pas à le considérer comme malade ou handicapé. Ce qui ne veut pas dire que cette même personne n'ira pas un jour se présenter pour expliquer un impayé ou faire respecter un droit en disant « je suis malade/je suis handicapé ». C'est une démarche différente. La concertation amène rapidement à la question du secret professionnel. Les informations qui sont partagées vont avoir un impact sur la manière dont la personne va être considérée et sur la violence qui va être faite à son identité sociale ou personnelle. C'est à la fois un intérêt et une limite des réunions de concertation.

Annexe 10, interview

« Notre société valorise énormément la personne autonome et dévalorise celles qui ont besoin d'assistance. Ce serait nier le fait que l'individu le plus rationnel, libre et fort dépend d'énormément de soins qui lui ont permis de se constituer et de se maintenir dans cette autonomie. »

Benoit Eyraud, sociologue au CERPE⁹⁹.

Entretien II réalisé le 2 avril 2009 par Laure Bornarel.

Selon vous, quelle place est aujourd'hui accordée à la parole de l'utilisateur ?

La tendance des institutions est au sondage de l'opinion de l'utilisateur, de manière à répondre au mieux à ses attentes. L'idée sous jacente est d'obtenir, si ce n'est sa mobilisation, au moins son acquiescement lors de la prise de mesures. Cette attention s'inscrit dans un mouvement plus large, observé notamment dans l'évolution de la relation malade/médecin. Asymétrique pendant longtemps, cette relation valorise désormais davantage la parole du patient. Les professionnels du champ de la santé psychique reconnaissent désormais que l'individu qui présente des troubles est, sans doute, le premier spécialiste sur la question : il dispose d'un savoir qui, formulé, se révèle très utile au processus de soin. Cette utilisation de l'expertise de l'utilisateur, qu'il soit patient, locataire ou autre, relève d'une démarche tout à fait bénéfique ! La prudence doit néanmoins être de mise. Beaucoup d'utilisateurs n'ont pas les ressources psycho-sociales nécessaires à l'affirmation de leur point de vue dans les espaces de discussions prévus par les professionnels. Collectif, médiation, colloque singulier... La préférence va, tout naturellement, vers ceux qui sont capables de s'impliquer, de formuler des plaintes ou des attentes vis-à-vis de l'institution. L'un des risques est de laisser dans l'ombre ceux qui ont moins d'aptitudes à l'expression. L'autre est de produire, par ces dispositifs, une sorte de violence psychique à l'encontre de certains en les poussant à dévoiler une part de leur intimité pour obtenir des avantages, régler un différend ou pour qu'on les laisse tranquille.

Pourriez-vous illustrer ce dernier point ?

J'ai, par exemple, assisté à une médiation entre voisins organisée par un bailleur social. Un couple de retraité ne supportait plus le bruit fait par les enfants de la famille vivant juste au-dessus. A un moment donné, la personne âgée s'est sentie obligée de dire qu'elle n'avait pas pu avoir d'enfants, ce qui a constitué une épreuve douloureuse dans sa vie. L'activité bruyante de ses jeunes voisins ravivait cette souffrance au quotidien. La médiation était intéressante dans la mesure où l'on comprenait pourquoi le seuil de tolérance de ce couple était assez bas... Mais, par la suite, cette dame a très mal vécu le fait d'avoir dévoilé cet épisode intime de son existence à ses voisins et à son bailleur. Le différend aurait sans doute pu être réglé sans que ce type d'informations ne soit divulgué.

Le logement est un lieu de refuge, de repli sur soi, significatif d'une certaine profondeur identitaire. Lorsqu'on touche à l'habitat d'un individu, il a moins d'échappatoire pour choisir ce qu'il veut montrer ou ne pas montrer de son intimité. Toute intervention d'une institution pour gérer une question de voisinage, une manière d'habiter ou un impayé de loyer... peut être positive mais aussi très intrusive ! Accorder une plus grande attention à l'utilisateur ne doit pas aller de pair avec une forme de voyeurisme sur son parcours de vie, son vécu. Il est bien évident que ces dimensions sont implicitement présentes dans toutes les difficultés auxquelles l'institution et le voisinage peuvent être confrontés. Mais toute interaction sociale va impliquer et actualiser

⁹⁹ Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques de l'Espace, Lyon.

l'histoire de l'individu. Je crois qu'une grande prudence est nécessaire pour faire avancer les différents tout en respectant le droit à l'intimité et à la vie privée de chacun.

Trop dévoiler de son intimité, c'est prendre le risque de se voir accoler une étiquette par l'entourage ?

Dans la vie sociale, nous sommes constamment en train d'utiliser des étiquettes pour se repérer, s'identifier, comprendre ce que font les uns et les autres... Beaucoup d'étiquettes sont positives ! C'est vrai que le passage par une crise, une hospitalisation psychiatrique, etc. peut engendrer un stigmate : une identité sociale négative va être attribuée à l'individu en raison d'un trouble identifié publiquement ou au moins par des tiers. Depuis une vingtaine d'années, il y a une forte mobilisation politique pour diminuer les phénomènes de discriminations entraînés par des stigmates. La non-stigmatisation est aujourd'hui considérée comme une valeur vers laquelle il faudrait tendre. C'est tout à fait louable, mais il ne faut pas se voiler la face : il n'est guère possible de vivre dans un milieu social sans étiquette.

Jusqu'où la parole d'une personne stigmatisée garde-t-elle une valeur dans notre société ?

Une personne atteinte d'un stigmate¹⁰⁰ est une personne dont la parole est socialement disqualifiée. Deux nuances me semblent néanmoins importantes à apporter :

- La prise en compte de ce qui marque un individu n'est pas nécessairement négative. Au contraire, le soin, présent aussi bien dans des pratiques thérapeutiques (cure) que dans des pratiques d'accompagnement social ou familial (care), consiste justement à aider une personne à ne pas se laisser enfermer dans des disqualifications et une perte d'estime de soi qu'un événement difficile peut engendrer. Le travail clinique, entendu ici dans un sens large, offre l'opportunité à la personne de développer des ressources psycho-sociales.
- Les mouvements pour l'égalité des droits civils nous invitent à regarder comment des groupes sociaux ont réussi à obtenir une reconnaissance en s'appuyant sur l'affirmation d'une identité jusqu'alors stigmatisée socialement. Les exemples historiques les plus connus sont relatifs à la lutte contre les discriminations de genre, d'orientation sexuelle ou encore ethniques. Ce type de dynamique se développe aujourd'hui sur les questions de santé mentale. Des groupes d'utilisateurs réussissent à faire entendre que leur trouble psychique n'est pas une déficience mais une différence. L'institutionnalisation des Groupes d'Entraide Mutuelle repose sur l'idée que, par le partage d'une même identité sociale, il est possible de renverser un stigmate pour le positiver. Les psychiatres ont eu tendance à dire que ce type de mouvement faisait partie intégrante de la pathologie. Ils ont eu du mal à considérer ces revendications comme dignes d'intérêt et légitime.

Il y a donc des manières de sortir des disqualifications sociales historiques, traditionnelles. Mais ce mode collectif de renversement du stigmate nécessite déjà un contexte social relativement favorable ! Je ne pense pas que cela soit possible pour toutes les personnes stigmatisées. C'est au regard de cette limite qu'une vigilance s'impose, car les nouvelles formes de relégations ont pour principe de ne pas être affichées publiquement : la société éprouve toujours une sorte de honte dans les opérations de disqualifications qu'elle met en œuvre. Il revient au corps social de prendre la parole pour dénoncer les injustices subies par ceux qui ne sont pas ou plus en mesure de le faire.

Quel est l'apport des recueils de paroles d'utilisateurs de la santé psychique ?

N'étant pas spécialiste sur la question, je peux simplement donner un avis à partir de l'exemple de l'art brut. Du côté de la psychiatrie, des valorisations de prises de paroles et de productions

¹⁰⁰ Ce peut être le fait d'être psychotique, schizophrène, dépressive, bipolaire, bruyante...

plastiques de malades ont eu lieu dès l'entre-deux guerres. Elles ont été reprises dans le domaine artistique avec le mouvement de l'art brut, où un ancien interné psychiatrique a connu du succès. J'ai une approche nuancé de ce genre de pratiques. Il faut certes saluer des gestes symboliques forts qui résonnent dans la durée, mais il est tout à fait hypocrite de faire croire à un aliéné qu'il est un artiste. Les conditions sociales de l'un sont tout à fait différentes de celle de l'autre ! Les œuvres produites par l'aliéné vont simplement être considérées d'un point de vue artistique... Lorsque, tout à l'heure, j'évoquais l'évolution de la relation malade/médecin, je parlais de l'expertise accordée au patient sur son propre trouble. Il n'en devient pas médecin pour autant ! Socialement, il reste un malade. Ce qu'il vit est simplement davantage pris en considération, ce qui n'est pas rien. Attention à ne pas confondre la valorisation de la parole de l'usager et la situation psycho-sociale dans laquelle la société le place. La confusion est souvent entretenue à ce sujet. Le même type de raisonnement peut être tenu pour les recueils de parole d'habitants de quartiers stigmatisés. La politique de la ville fourmille d'initiatives pour inciter les habitants à participer à des opérations sociales, artistiques, etc. C'est louable, cela peut influencer positivement sur le ressenti des habitants, mais cela ne change qu'à la marge leur situation sociale.

Quelle est l'importance du logement pour tout un chacun ?

Trois fonctions anthropologiques sont à distinguer : habiter, c'est tout d'abord être protégé ; c'est ensuite s'approprier un lieu ; et enfin, il s'agit de durer, de se maintenir dans ce lieu.

La première fonction est celle de la protection. Face aux intempéries, aux flux de la vie sociale et environnementale, le logement est indispensable en tant qu'entité matérielle. Une personne qui ne dispose que d'un abri de fortune va habiter le lieu, tant bien que mal. Habiter, ça passe d'abord par être protégé. C'est pourquoi l'organisation de l'offre de logements est tout à fait cruciale pour la population.

La seconde fonction est l'investissement, l'appropriation du lieu. Je donne un sens à ce lieu, un sens aux rencontres que j'y fais, et un sens aux personnes avec qui j'en partage l'espace.

Quelqu'un qui n'aurait strictement aucun contact dans son logement n'habite pas vraiment là. Il est encore certainement dans un autre lieu, dans la rue ou autre, où il va fréquemment retourner. Une personne qui retrouve un appartement après une longue période de précarité peut s'abandonner à petit feu, arrêter de se nourrir, etc. La dimension d'investissement du lieu n'est pas à la portée de tous, elle requiert une panoplie de capacités psycho-sociales. Domiciles protégés, maisons relais, habitats collectifs : les modes d'accompagnement prévus par les bailleurs et les politiques sociales du logement intègrent cette dimension en maintenant un professionnel, élément de repère et de stabilisation, dans l'habitat. Nous n'en sommes plus à la figure de l'habitat autonome comme visée exclusive de la chaîne de logement : les efforts conduisant à pluraliser l'offre sont désormais les bienvenus.

La troisième fonction relève du maintien identitaire dans la durée. Le « chez soi » implique une part de soi. S'envisager dans le futur passe par pouvoir s'envisager à partir d'un espace. C'est aussi la reconnaissance de ce droit-là que demandent les sans-papiers !

Revenons à la place de la parole. Les professionnels de terrain sont confrontés depuis quelques années à une montée de la violence de la part des usagers. Quid de cette parole-là ?

C'est sûr que c'est difficile pour les professionnels qui y sont confrontés. Mais mieux vaut un trouble qu'une absence totale de trouble. La violence signifie qu'il y a du vivant, des prises pour négocier, pour discuter, pour transformer l'agressivité en autre chose. C'est autrement plus sain qu'un refoulement jusqu'à disparition. Notre société valorise énormément la personne autonome et dévalorise celles qui ont besoin d'assistance. Ce serait nier le fait que l'individu le plus rationnel, libre et fort dépend énormément de soins qui lui ont permis de se constituer et de se maintenir dans cette autonomie. Ce déni a des conséquences sociales dont il faut avoir

conscience. En dissimulant les dépendances des plus forts, on disqualifie subrepticement les plus fragiles et les plus vulnérables.

Annexe 11, interview

« Ce que le droit apporte, c'est de poser la question de la conciliation entre les libertés individuelles et les besoins collectifs de la société. »

Gilles Devers, avocat.

Entretien réalisé par Laure Bornarel le 11 décembre 2008.

Je vous laisse présenter votre parcours professionnel ?

A 18 ans, j'ai suivi la formation d'infirmier de secteur psychiatrique. J'ai exercé pendant quatre ans à l'Hôpital du Vinatier, jusqu'à l'obtention de mon diplôme. J'ai ensuite eu l'opportunité d'intégrer le service des urgences qui se créait, à l'Hôpital E. Herriot au Pavillon N, sous la direction du prof. Roche. C'était extrêmement intéressant : il ne s'agissait plus de psychiatrie asilaire, mais de psychiatrie d'urgence. J'ai découvert avec une force que je ne soupçonnais pas les ravages de l'alcoolisme. Le service fonctionnait uniquement l'après-midi et la nuit. En face de droit, les cours étaient dispensés le matin... J'ai pris le virus ! J'ai d'abord étudié le droit public avec, en tête, l'idée de profiter de mon ancienneté dans la fonction publique hospitalière pour accéder au concours de directeur d'hôpital par la filière interne. Mais, en fin de licence, j'ai décroché une disponibilité avec bourse d'étude. J'ai alors fait le choix de réapprendre le droit privé. Après une maîtrise de carrière judiciaire, je suis devenu avocat. Aujourd'hui, j'ai un cabinet spécialisé dans le contentieux, avec une identification dans la santé et la religion. Je suis l'avocat de la mosquée de Lyon et de nombreuses autres institutions musulmanes depuis plus d'une décennie. Je travaille de manière très étroite avec la Délégation générale de la Palestine en France, et les associations qui militent pour cette cause.

Vous intervenez dans la formation initiée par la Mission Habitat du Grand Lyon. Cette formation a pour objectif de favoriser la concertation interinstitutionnelle sur la problématique « santé psychique et logement ». Vous y présentez la notion de secret professionnel. Pourriez-vous nous en dire plus ?

Dans un processus de concertation interinstitutionnelle, l'enjeu est de savoir comment gérer la question du secret professionnel pour faciliter le travail de réseau, dans la limite des compétences de chacun. Il est inutile de chercher une réponse toute faite dans la loi ou la jurisprudence. Il y a très peu de références légales, et il faut à chaque fois raisonner. Imaginons une réunion entre un maire, un représentant d'office HLM, un infirmier, une psychologue et deux assistantes sociales. Si les troubles psychiques ou l'alcoolisme de Mr Untel sont évoqués, il est probable qu'il en sera le dernier informé... Il y a au final peu de jurisprudence sur le secret professionnel car les gens ne savent pas que l'on parle de leur intimité ! Pour savoir quelle est la conduite à tenir en la matière, il est nécessaire de construire un raisonnement. Tout d'abord, le secret professionnel est la seule règle de pratique médicale directement définie par le code pénal. En matière de santé, seulement 2% du contentieux relève du pénal, en général pour des blessures ou homicides involontaires. Un chirurgien passe un drain thoracique, il repère mal des côtes, pique le foie, ce qui entraîne une hémorragie et la mort du patient. Homicide involontaire. C'est l'infraction « homicide involontaire ». Mais la loi ne qualifie pas le geste. Le secret professionnel est la seule règle de pratique médicale directement définie par le pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un*

an d'emprisonnement, 15 000 euros d'amende. ¹⁰¹ » Voici la loi, tout le reste est de l'interprétation.

A priori, cela semble très contraignant pour tout professionnel ?

Il faut rentrer dans l'analyse de cette définition. Le secret n'est pas lié à un état. Si je suis médecin ou avocat, je ne suis pas tenu au secret. Par exemple, nous sommes tous les deux infirmiers en psychiatrie, un grand raffut sort d'une chambre. En y allant, nous voyons sortir un patient à grandes enjambées. Nous en trouvons un autre en pleurs, prostré. Nous allons en déduire que le premier a fait des attouchements au second. Dans ce cas-là, nous sommes simplement témoins d'une infraction et non tenus au secret. Si, par contre, le premier vient me voir et qu'il me dit « je ne sais pas ce qui m'a pris tout à l'heure, je suis allé faire ceci ou cela à Untel », l'information est de l'ordre du secret professionnel car je suis dans une fonction soignante. Je ne suis tenu au secret qu'en ce qui concerne des informations qui m'ont été données, confiées. Il s'agit ici d'un raisonnement d'exception, justifié par la nature de certaines fonctions/missions où les confidences sont de mises. Il n'y a pas de confidences s'il n'y a pas de confiance, et il n'y a pas de confiance s'il n'y a pas le secret. C'est une règle d'ordre public tellement essentielle à la vie sociale que la protection est de l'ordre pénal. Toute personne en situation de fragilité doit avoir une représentation incontestable : « blouse blanche = secret ». Un enfant de six ans doit avoir la conviction que s'il raconte son histoire à l'infirmière de l'école, cela restera uniquement entre eux. Une personne âgée, plus ou moins maltraitée par son fils, doit être persuadée que les confidences faites à son aide-soignante ne seront pas transmises à des tiers.

Comment cette aide-soignante pourrait-elle contribuer à protéger cette personne âgée ?

Une fois la règle du secret posée, il existe des dérogations. Nous avons établi que le secret s'arrête aux confidences faites. Il ne couvre pas ce qui a été appris à l'occasion des soins. La confusion est fréquente, notamment dans le milieu psychiatrique, où souvent un malade agresse un soignant ou un autre malade. Le personnel a tendance à ne pas dénoncer le fait à la police. C'est un choix qui se discute, mais le secret professionnel n'a, en l'occurrence, pas à être évoqué. Voici le type de confiance qui pose réellement la question de la dénonciation :

Une psychologue travaille dans un service d'accueil pour SDF. Un homme y vient régulièrement. Le directeur lui suggère d'aller consulter la psychologue. Il obtempère, et prend deux rendez-vous auxquels il ne vient pas. Il se rend au troisième, et raconte n'importe quoi. La psychologue coupe court. Il revient plus tard, hors séance, et lui confie avoir tué quelqu'un. La psychologue me demande conseil pour savoir quelle conduite tenir. Analyse de la situation : à priori, tout citoyen est tenu de dénoncer les infractions. Si je suis témoin du vol d'une moto, je risque trois ans de prison si je ne dénonce pas le fait. Je précise : le fait, et non la personne, car c'est à la police de faire le nécessaire. Si l'infraction est en train d'être commise, je dois chercher à l'interrompre et arrêter le malfaiteur s'il se montre dangereux. La situation est à apprécier selon les circonstances. Si je suis témoin d'un simple vol de moto, faire le 17 peut s'avérer suffisant. Si, par contre, le voleur frappe le conducteur et que je suis à proximité, je suis tenu d'y aller pour stopper l'agression. Je ne fais pas le héros, c'est une obligation du code pénal ! Revenons à la psychologue. Il y a dérogation à l'obligation sociale de dénoncer une infraction lorsque l'information est délivrée dans un contexte de secret professionnel. « *Infraction de non dénonciation : toute personne qui a connaissance d'une infraction, privation, mauvais traitement, etc. doit transmettre. Sont exceptées de ces dispositions les personnes astreintes au secret dans le cadre de l'article 226-13*¹⁰² ». Le SDF a-t-il fait son aveu sous le sceau du secret professionnel ? La psychologue en doute, car il n'était pas dans une demande de soin.

¹⁰¹ Loi 226-13, Code Pénal.

¹⁰² Loi 434-3 du Code Pénal

Néanmoins, la confiance lui a été faite à elle, et non au directeur, ce qui n'est pas anodin. Cela relève manifestement du secret professionnel.

Donc, peut-elle garder un tel secret ?

Si je suis dépositaire de confidences, je dois agir en conscience. Agir en conscience, cela veut dire examiner la finalité du secret. Car le secret a une finalité : pour que l'avocat puisse être pleinement défenseur, pour que le médecin puisse être pleinement thérapeute, etc. La loi laisse la libre appréciation de conscience au professionnel dépositaire du secret. Dans le cas de la psychologue, elle doit choisir d'en faire quelque-chose, ou non, en fonction de deux critères :

1. Existe-t-il un risque pour autrui ? A elle de le mesurer. Après avoir discuté avec l'homme, s'il lui a dit : « *c'est quelqu'un qui m'avait dénoncé, je suis allé en prison à cause de lui* », il a réglé son compte, à sa manière, et n'a pas forcément envie de recommencer. S'il lui a dit : « *j'étais ivre, j'ai tué quelqu'un sans savoir qui c'était* », là, le risque pour autrui est tel que l'esprit de la loi doit inciter la psychologue à le dénoncer.
2. Quelle attitude a-t-elle à adopter vis-à-vis de cet homme ? L'objectif est de le rassurer sur le fait qu'elle n'a rien dit, et de prendre le temps nécessaire pour le convaincre de le faire de lui-même. En cas d'insuccès, la psychologue garde son libre arbitre : si le poids du secret est trop lourd, elle peut dénoncer la commission du meurtre auprès du Procureur de la République, sans être poursuivie pour violation de secret.

Sur les bases de ce que vous venez d'expliquer, comment un travail de concertation entre professionnels est-il possible ?

Il faut faire appel au secret partagé, qui est le second type de dérogation faite à la règle du secret professionnel. « *Lorsqu'un professionnel de l'action sociale constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il en informe le maire de la commune de résidence et président et membres du conseil général. L'article 226-13 n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations confidentielles dans les conditions et fins prévues à cet alinéa* ». Voilà une légitimation légale du secret partagé dans le cadre de l'action sociale ! En matière de santé publique, « *toute personne prise en charge par un professionnel, par un établissement ou un réseau de santé, tout organisme participant à la prévention ou aux soins doit avoir le respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel, il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenants dans le système de santé.*¹⁰³ » L'exemple le plus fréquemment utilisé est celui de la secrétaire médicale, informée de part son métier des confidences reçues par le médecin, et tenue de la même manière au secret. Vient ensuite la notion de partage : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sur proposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins et de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.* » Il y a une présomption de partage au sein d'une équipe de soins parce qu'il y a une finalité de service : « *lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* » Une certaine souplesse est donc autorisée, mais la prudence reste de mise. La nature des secrets confiés reste à examiner. Prenons le cas d'une grand-mère hospitalisée qui sympathise avec son aide-soignante. Elle lui raconte que son fils si gentil, qui vient lui rendre visite tous les jours, n'est en réalité pas son fils. Voilà une confiance qui n'a rien à voir avec la finalité des soins. L'aide-soignante n'a aucun motif de transmettre cette information. Deuxième cas : un grand-père hospitalisé confie à son aide-soignante qu'il craint de

¹⁰³ Article L110-4 du Code de la Santé Publique

retourner chez lui car il y est exposé à la grande violence et à l'alcoolisme de son fils. L'aide-soignante dépositaire d'un tel secret serait limitée d'un point de vue déontologique si elle conservait pour elle-même cette information. La finalité étant d'aller vers une meilleure qualité de prise en charge, il est ici opportun de partager le secret.

La loi est claire quant au partage de secret entre professionnels d'une même branche. Mais rien ne semble spécifié en ce qui concerne le partage de secret entre professionnels de secteurs différents ?

Heureusement qu'on n'attend pas que les choses soient inscrites dans la loi pour les faire ! La base se trouve dans la loi pénale. Elle est interprétée. L'établissement de principes est suffisant pour construire un raisonnement. Si, en plus, un lien peut être établi avec une jurisprudence, ça a valeur de loi et c'est reconnu par la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Lorsque plusieurs professionnels s'engagent dans un processus de concertation, chacun vient avec son petit lot de secrets qui répondent à des finalités différentes. Il y a confrontation, conflit de droits. Même si chacun est là pour aider à résoudre une situation, il est primordial de reconnaître d'abord cette question du conflit de droits.

Que recouvre exactement la notion de conflit de droits ?

Le conflit de droits, c'est lorsque la situation individuelle d'une personne s'apprécie par rapport à des droits tout à fait estimables, mais qui sont en conflit. Exemple : je suis à l'hôpital, j'ai envie de prier. La liberté de religion est un droit fondamental. En même temps, l'hôpital est un lieu de soins, ce qui est aussi un droit estimable. D'un côté, nous avons le discours : « je veux faire des prières et voir l'imam » ; de l'autre, « nous sommes un établissement de soins, fonctionnant avec des budgets publics alloués à cette mission et administré par un règlement intérieur. » Autre scénario : je suis patient à l'hôpital psychiatrique. C'est un service qui est libre, aucune loi n'indique qu'un service de psychiatrie doit être fermé. Parmi les patients se trouvent trois déments et quelqu'un estimé dangereux. Faute de personnel suffisant pour les surveiller, la porte d'entrée est fermée à clef. Je veux sortir dans le parc, ce qui m'est refusé. Si l'on pose les termes du conflit, nous avons d'un côté : « j'ai le droit de frapper à une porte et qu'on m'ouvre » et « mon droit à la liberté d'aller et de venir est entravé » ; de l'autre « j'ai une obligation de sécurité des malades » et « j'ai l'obligation de préserver le personnel ». Ces quatre droits, rapidement identifiables, sont tous extrêmement précieux. Le conflit de droits doit être admis.

Comment peut-il être résolu ?

Une fois le conflit de droits admis, il est nécessaire d'instaurer des limites clairement définies en vue d'un but. C'est la loi qui a donné à l'hôpital une mission de santé publique. Si je laisse ce fidèle y faire ses cinq prières par jour, le service va en être désorganisé, par manque d'espace, parce qu'il y a les visites aux malades, etc. Pour préserver la mission de soins dévolue par la loi, je vais choisir de remettre en cause certains droits individuels de manière aussi limitée que possible. Le même type de raisonnement est à tenir pour l'hôpital psychiatrique : je choisis de limiter fortement l'intimité et la liberté individuelle des patients dans la stricte proportion du but pour lequel je suis institué. Voilà comment je peux accepter de remettre en cause une liberté individuelle de manière circonstanciée. Il faut être très attentif à l'évaluation de la restriction de liberté. Il y a eu, par exemple, le cas suivant :

- Dans une unité fermée de l'hôpital psychiatrique, réservée aux patients très agités, le directeur a donné l'ordre de laisser entrer et sortir le courrier, mais en le faisant lire. Ceci pour éviter des lettres de menaces ou d'insultes... Un patient a déposé un recours et a obtenu l'annulation de cette mesure car elle n'est pas strictement proportionnée au but à atteindre, à savoir, la protection des malades. Si, en revanche, lorsqu'un patient rentre dans cette unité, l'équipe médicale procédait à une analyse de son courrier pendant une période donnée et évaluait ensuite s'il est judicieux ou non de poursuivre la surveillance,

il y aurait toujours viol de la liberté de correspondance (qui relève de la liberté individuelle du patient), mais cette atteinte serait limitée car strictement proportionnée au but à atteindre.

La limitation des libertés par rapport à un but d'utilité sociale, c'est la base ancestrale des libertés fondamentales dans les démocraties.

Si l'on revient à notre processus de concertation entre professionnels de milieux divers, quel autre type d'information est-il bon de savoir ?

Il faut bien distinguer obligation de réserve et secret professionnel. L'obligation de réserve recouvre l'ensemble des informations dont j'ai connaissance à travers mon travail et que je n'ai pas à communiquer à l'extérieur. Au cœur de l'obligation de réserve se trouvent les confidences. Les gens confondent souvent, au point de se mettre parfois en difficulté lorsque la police les interroge. Si la notion de secret est trop élargie, elle ne pourra plus être protégée, ce qui ne serait pas sans conséquences :

- Un homme frappe sa femme. Elle est très mal en point et il en a des remords. S'il sait qu'en appelant le SAMU, cela équivaut à avertir la police, il risque de la laisser mourir. Si, au contraire, il sait qu'en appelant le SAMU, il va pouvoir raconter qu'elle a fait une mauvaise chute, et que personne ne dira rien, sa femme pourra être prise en charge et avoir la vie sauve. D'où l'importance de préserver le secret.

En fait, lorsqu'on se trouve dans un conflit de droits, l'idée est, en quelque sorte, d'arriver au moins mauvais compromis ?

En quelque sorte. De toute manière, les processus de concertation sont à valoriser, car, au final, les gens y prennent des décisions et les assument. Or, l'engagement est l'une des clefs sociales qui a malheureusement tendance à se perdre, notamment dans le milieu médical. Toute une tradition anglo-saxonne est en train de se mettre en place en France. Quand une décision se révèle compliquée à prendre, le réflexe est de faire appel à un comité d'éthique, en général largement déconnecté du réel... Ce comité rend un avis, qui est suivi par les décideurs officiels. De fait, il y a une dilution de la responsabilité. Je pense que le décideur devrait être directement la personne responsable. D'autant plus, que :

- 1) Chacun a droit à l'erreur : j'ai simplement pu commettre une erreur d'appréciation, ce qui n'est pas une faute.
- 2) Si j'analyse mal le conflit de droits, je peux effectivement me retrouver très vite dans la faute. Mais celle-ci n'engage ma responsabilité qu'en cas de dommage. Et nombre de fautes sont commises sans jamais être appréciées sur le thème du dommage. Ainsi, ce n'est pas parce que moralement ma responsabilité est engagée que, juridiquement, elle l'est aussi.

Dans les processus de concertation, il est fréquent que le travail démarre par la constitution d'une charte, mobilisant pour cela l'équipe sur une période plus ou moins longue. Qu'en pensez-vous ?

Les chartes sont des antidépresseurs de la pensée. C'est une espèce de micro-réglementation qui n'a aucune valeur ou presque. Pas besoin de charte dans une démocratie ! Elle élimine l'idée du conflit de droits en cherchant d'emblée la solution, ce qui est très mauvais. Seules trois chartes peuvent être vues d'un autre œil :

- La charte sur les droits des malades, qui est un bon résumé des droits des malades.
- La charte, un peu bien-pensante, sur les droits de la personne âgée, qui n'a aucun caractère officiel.
- Et la charte sur les droits de l'utilisateur en santé mentale, qui n'a aucune valeur contraignante non plus, mais qui témoigne d'une analyse intéressante.

Les chartes ne sont pas des sources de droit, à peine des références. Il faut accepter de se poser des questions. Le droit en tant que tel n'est pas bienfaiteur du tout : c'est la première arme utilisée par les dictatures. Ce qu'il peut apporter, c'est de poser la question de la conciliation entre les libertés individuelles et les besoins collectifs de la société. Le droit est d'emblée à utiliser comme moyen de débat. Ce n'est pas grave de se tromper dans les solutions à partir du moment où le débat a été posé. La charte fait l'inverse, elle propose de trouver une solution dans le cadre d'une micro-réglementation. En droit, nous avons l'habitude de dire que « c'est la qualité du doute qui fait la qualité de la décision ». S'il y a procès, c'est pour permettre le doute. Le droit qui crée des certitudes, c'est celui des dictatures. Qu'est-ce qui compte ? Pas le droit en lui-même, mais le droit sociologique, la manière dont il est vécu. Une personne qui se trouve au seuil de sa vie, elle fait son bilan bien/mal et elle se dit : « par contre, j'ai toujours respecté la loi ». En général, elle ne l'a jamais étudié ! Le but ultime du droit, c'est d'être oublié en tant que règle juridique et d'imprégner les consciences.

Annexe 12, interview

« Quelqu'un qui est hébergé pour une nuit, quelques jours ou plusieurs semaines doit pouvoir garder son chien, poser une photo, un bibelot, simplement pour se sentir rassuré. Une fois qu'il se sentira exister en tant que lui-même dans le lieu, alors il pourra commencer à entrer en communication avec les autres. »

Régis Herbin, directeur du CRIDEV, Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie¹⁰⁴.

Interview réalisée le 21 janvier 2009 par Laure Bornarel.

Vous êtes le créateur du concept « Haute Qualité d'Usage ». De quoi s'agit-il exactement ?

La démarche Haute Qualité d'Usage est du même type que la Haute Qualité Environnementale, dans le cadre des aménagements urbains et architecturaux. La HQU a pour vocation d'améliorer l'accessibilité et la qualité d'usage dans le bâti tandis que la HQE gère la question de l'intégration environnementale du bâti. Je donne un exemple de prise en compte de la qualité d'usage. En lieu et place de plans horizontaux qui se terminent par un trottoir ou un escalier, avec, sur le côté, une pente à 5% conçue pour les personnes handicapées, il suffit de faire un parvis légèrement incliné sur tout le long, que personne ne remarquera. Cela ne coûte pas plus cher et c'est plus pratique pour tout le monde !

En fait, vous travaillez à une meilleure prise en compte des handicaps dans l'espace public ?

Aujourd'hui, la démarche HQU n'est plus une simple réponse à des types de handicaps. Elle intègre, certes, ce que des personnes handicapées nous ont appris, mais elle vaut pour tous. Lorsque je travaille avec un aveugle, je suis en fait avec un expert en olfactif, en acoustique, en podotactile, etc. Quelqu'un qui, de par son histoire, a développé bien au-delà de la moyenne certains de ses sens, et dont les indications seront précieuses car efficaces sur tout un chacun. La HQU répond, en fait, à une liste d'exigences d'usage :

- Les exigences en matière de **motricité** concernent tout ce qui est passage, dénivelé préhension¹⁰⁵ ou autre. La correspondance avec le handicap physique est possible, mais elle est trop restrictive. Il s'agit, par exemple, de respecter des largeurs de passage suffisantes pour que, non seulement une personne en fauteuil roulant puisse passer, mais que les gens ne se sentent pas opprimés par un rétrécissement important du cheminement.
- Le domaine de la **perception de l'espace** renvoie aux dimensions visuelles, tactiles, olfactives et acoustiques. L'objectif est de faire rentrer les passants dans un certain confort en introduisant des éléments de repère et d'agrément dans un lieu important. Une fontaine d'eau pourra ainsi générer un bruit agréable et servir de point de rencontre.
- Aborder la **psyché** passe par la prise en compte de la mémorisation et de l'orientation. C'est sur la communication, la simplicité des espaces et le sentiment de sécurité que l'on va jouer. Le travail que nous avons mené au Louvre est une bonne illustration. Qui peut imaginer, en se promenant dans le sous-sol, que, si nécessaire, des escaliers vont apparaître comme par miracle et que des vérins hydrauliques vont soulever les pavés des trottoirs extérieurs ? Les règles de sécurité peuvent être parfaitement respectées, si

¹⁰⁴ Le CRIDEV est à Grenoble.

¹⁰⁵ Action de saisir, de prendre.

- les issues de secours sont camouflées dans les murs pour des raisons esthétiques, le taux d'angoisse des visiteurs restera extrêmement fort...
- La **prévenance** s'attache à rendre les espaces plus « surs et confortables ». Les arêtes et angles trop pointus, les bornes d'accueil effilées et coupantes vont être arrondis pour diminuer les risques et le ressenti d'agressivité. Des mains courantes vont être ajoutées là où les personnes à équilibre précaire ont besoin de se tenir, des bancs plus pratiques que design vont être installés pour les plus fatigables, etc.
 - Enfin, dernier point, le champ de l'**adaptabilité** : comment adapter tel ou tel espace de vie en tenant compte de l'évolutivité des besoins des gens dans le temps ?

Comment cela se traduit-il pour une personne handicapée psychique ?

Communiquer avec quelqu'un atteint d'un handicap psychique, sensoriel ou mental passe davantage par le biais du langage symbolique que par les outils classiques. J'ai assisté à la scène suivante dans une maison de retraite : une personne âgée se dirigeait vers la porte de sa chambre, s'arrêtait net, repartait en direction du mur du couloir, s'arrêtait net, et ainsi de suite toute la journée. Le personnel la considérait comme souffrant de désorientation. J'ai essayé de comprendre. Les portes des chambres, peintes en marron foncé, se trouvaient légèrement en retrait du couloir. Celui-ci, peint en blanc, était éclairé par des luminaires fixés sur les murs. Depuis la nuit des temps, tout être humain a le réflexe de se diriger vers la lumière et de fuir les zones d'ombres, potentiellement dangereuses ! Cette personne allait vers les luminaires et se retrouvait face à un mur. Elle approchait la porte de sa chambre et se trouvait devant un renforcement sombre, inquiétant. Sans connaître sa problématique psychique, voici comment l'espace semblait influencer sur elle. J'ai proposé d'ôter les luminaires des murs pour les poser au-dessus des portes, de manière à créer une touche lumineuse devant chaque chambre. Les murs du couloir ont été repeints d'une teinte plus chaude et les portes blanchies. L'effet a été immédiat sur la personne, qui retrouve désormais sans difficulté le chemin de sa chambre. Maintenant, elle ne veut plus en sortir, mais c'est un autre problème...

Vous essayez de mettre en cohérence l'« architecture invisible » de l'espace et l'aménagement visible ?

Oui, et pour cela nous avons mis en place le système ORISENS (orientation sensorielle), qui intègre la dimension symbolique. Les collectivités locales ont tendance à concevoir les aménagements urbains en catégorisant les gens : voilà pour le handicap moteur, voilà pour le handicap visuel, maintenant il faut s'occuper du handicap mental... Parfois, pour que ce soit utilisable par certains, il faut détruire ce qui a été construit pour d'autres ! Pourquoi ne pas plutôt réfléchir à un usage unique ? Pour être en mesure de le faire, nous intervenons dans le cadre d'une Assistance à Maîtrise d'Usage¹⁰⁶ en nous appuyant, entre autres, sur les réactions de groupes d'usagers. Notre rôle est de faire l'interface entre le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre, les entreprises de réalisation et les usagers. Nous servons de traducteurs. Les revendications des usagers deviennent des critères d'exigence qualitatifs. La prise en compte du handicap mental et de la désorientation, développé dans notre système ORISENS, en est un. Pour tout système d'orientation et de repérage, nous nous sommes donnés comme contrainte d'aider quelqu'un qui oublie tout renseignement au bout de dix secondes. Attention, ce n'est pas spécifique au handicap mental : la plupart des gens ne retiennent qu'une partie des indications qu'on leur donne lorsqu'ils demandent leur chemin... Les personnes handicapées ne sont pas le problème, elles le révèlent !

Comment aidez-vous les gens à se repérer ?

¹⁰⁶ AMU, en référence à AMO, Assistance à Maîtrise d'Ouvrage

Lorsque vous arrivez dans un établissement, vous recevez un badge. Nous travaillons avec des jeunes en difficulté d'intégration sociale. Pour eux, un badge, c'est du flicage ! Ils réagissent bien mieux lorsqu'on leur dit : « Tenez, voici un Passe pour pouvoir circuler ». Cela nous a permis de bien identifier qu'un badge sert de carte d'identité pour la personne, alors qu'un Passe donne l'identité du local de destination dans l'établissement. Pour faciliter le repérage, une couleur est donnée à chaque étage et un pictogramme simple symbolise chaque lieu important. La couleur et le pictogramme de la salle de rendez-vous sont reproduits sur le Passe. Ainsi, de l'accueil à l'arrivée, la personne n'a qu'à suivre le balisage donné à chaque changement d'orientation. Si le public est particulièrement diminué intellectuellement, les nouvelles technologies peuvent être utilisées pour rendre le Passe détectable. Ainsi, si la personne se perd, elle peut appuyer sur son Passe et communiquer directement avec la réceptionniste de l'accueil qui saura exactement qui elle est et où elle est. Le Passe, les codes couleurs, le balisage et les plans sont déclinables avec des éléments multi sensoriels pour les non-voyants ou tout autre usager.

Vous nous présentez là un travail très affiné pour un établissement désigné. Il existe, dans le parc social, nombre de personnes en situation d'isolement et de détresse psychique. Quels types de réponses pourraient être apportés pour améliorer la qualité d'usage de lieux... avec peu de moyens ?

Nous avons enclenché une réflexion à ce sujet en travaillant sur le maintien à domicile de personnes âgées. A vrai dire, je ne connais aucune prise en compte de la qualité d'usage qui ne nécessite aucun investissement, si ce n'est profiter d'un ravalement d'escalier pour choisir des teintes adaptées et assorties d'un système de codes couleurs. Il y aura toujours un coût, d'ailleurs pas forcément élevé, qui sera par contre rapidement amorti. L'angle du mur trop aigu dans lequel les gens cognent systématiquement leurs cabas, poussettes, etc. résistera plus longtemps si les matériaux choisis sont de bonne qualité. Dans une maison de retraite, nous avons fait le calcul du temps passé par le personnel à aider les personnes âgées pour compenser les erreurs architecturales : le couloir dont la vitre descend jusqu'au sol et qui donne le vertige à certains, l'inadaptation ergonomique des toilettes et salles de bain qui rend indispensable la présence de l'aide-soignante, etc. Pour 80 lits, cela s'est chiffré à 3 Equivalents Temps Plein ! Voici une piste de réflexion pour libérer du temps à un personnel qui en manque... De même, un gardien d'immeuble n'est pas là pour réparer ou nettoyer sans arrêt des choses qui se détériorent parce qu'elles n'ont pas été conçues correctement.

Pour des raisons esthétiques ou de facilité de réalisation, beaucoup de mains courantes ne sont pas adaptées dans les escaliers. Il est connu que les personnes à équilibre précaire chutent à l'arrivée et au départ, là où il y a un changement de niveau. S'il n'y a rien pour se tenir, ils s'appuient sur le mur. Là où il devrait y avoir une main courante se trouvent alors de longues traînées de graisse. Je ne suis pas sûr que ce soit vraiment mieux au niveau esthétique ! Les contraintes qui sont habituellement opposées à une meilleure qualité d'usage sont de trois ordres : économique, technique et esthétique. Il est cependant possible de compenser, de faire participer les habitants et leurs enfants avec des ateliers, ce qui donne en outre une dimension humaine intéressante.

Vous préconisez de faire appel au lien social ?

Le véritable enjeu est bien de réintroduire du lien social entre les gens ! Comment la faiblesse de l'un va-t-elle pouvoir être compensée par la richesse de l'autre ? En travaillant sur l'intergénérationnel, nous avons trouvé des immeubles où existent une charte du résident. Les gens s'engagent à se rendre mutuellement service. Tel jeune couple fait les courses de telle personne âgée qui, en échange, garde les enfants. Tel autre propose une aide aux devoirs, etc. C'est important car cela permet d'envisager le maintien à domicile de catégories de population qui manquent d'autonomie. A ce niveau, l'aménagement de l'espace est nécessaire, mais

l'accompagnement humain reste indispensable. En attendant que la société mette en place les politiques publiques adéquates... relier entre eux les individus en s'appuyant sur leurs différences est une bonne idée.

Les personnes en grande souffrance ou reconnues handicapées psychiques présentent souvent une incapacité à s'investir dans un logement. Beaucoup vivent dans des lieux transitoires pour des périodes plus ou moins brèves. Comment peuvent-ils se stabiliser dans de telles conditions ?

Vous me renvoyez à mes études ! J'ai fait mon doctorat sur le déménagement, sur le parallèle qu'il y a entre déménager mentalement et déménager physiquement. Déménager ou adapter son logement régulièrement fait partie d'un besoin vital ! L'évolution permanente de l'individu doit pouvoir se répercuter dans l'espace qui lui est dédié. Si quelqu'un est particulièrement instable émotionnellement, il faut que l'espace suive... Ce qui ne pourra pas être fait mentalement sera fait physiquement : la personne va déménager géographiquement. A partir des années 70, la standardisation des appartements et des meubles a beaucoup limité la marge de manœuvre des gens pour s'approprier leur intérieur. Etre limité dans sa capacité à adapter l'environnement induit le risque de devenir un simple consommateur d'espace. Si je ne fais que consommer l'espace, je vais déménager sans arrêt, acheter du mobilier, du matériel... Je vais surconsommer, ce sera mon moyen de compenser. Pour sortir de la consommation, l'enjeu est d'être le plus créatif possible, vis-à-vis de son mental, de son corps, de sa tenue vestimentaire, de son environnement... Quelqu'un d'extrêmement conditionné, qui accepte sans bouger tout ce qu'on lui dit, tout ce qui lui arrive, n'est plus très « vivant ». Sa créativité est atrophiée. Ne pas rester enfermé dans ses habitudes, accepter d'aller au-delà de ses limites est preuve de créativité. Il faut pouvoir « *agir sur* » ! Agir sur l'environnement, sur les meubles, sur les bibelots, etc. Quand on est locataire et qu'il est interdit de toucher aux murs, la créativité peut être brimée. Le propriétaire a le droit de casser un mur si ça lui chante ! Si la personne ne peut pas « *agir sur* » physiquement, elle va se renfermer mentalement, ce qui à terme peut participer au développement de la maladie mentale. La personne qui ne saura pas se contrôler va carrément casser et tourner à la délinquance : tags, dégradations... Malgré les apparences, c'est un comportement sain ! Si la personne est coincée, il faut qu'elle se décoince. Il n'y a que deux possibilités, passer par le physique ou le psychique. Je préfère que quelqu'un démolisse une poubelle et réinstalle le calme en lui, plutôt qu'il serre les dents et risque de s'enfermer dans une souffrance psychique. La personne reconnue comme handicapée psychique a encore plus besoin de créativité que la moyenne, car son niveau d'immobilité doit être fortement compensé. Elle ne doit surtout pas vivre dans un lieu stéréotypé où sa marge de manœuvre sera très réduite.

Vous ne semblez pas faire de grande distinction entre souffrance psychique et maladie psychique ?

En tant qu'intervenants extérieurs, nous n'avons pas à connaître l'intimité de l'habitant. Ce qui nous importe, c'est que l'espace comporte un champ de liberté suffisant pour qu'il puisse installer des éléments qui lui sont propres. L'espace a une inertie que le mental n'a pas. Une personne soumise à de grandes variations psychiques doit pouvoir s'accrocher à des repères extérieurs, stables. Dans notre société, l'habitat est le dernier grand refuge de la personne. Chacun vient du lieu le plus protégé, le ventre de sa mère, naît, et revient chercher protection au fur et à mesure de l'acquisition de l'autonomie. Cet aller-retour permanent doit pouvoir se reproduire avec l'habitat. Le logement doit avoir cette fonction de zone de repli pour retrouver la force, le ressort nécessaire à une bonne poursuite de la vie.

... Au risque de parfois devenir lieu d'enfermement, lorsque, par exemple, une personne est alitée ?

Dans la démarche HQU, la continuité de la chaîne du déplacement part toujours du lit. C'est l'espace le plus restreint dans lequel quelqu'un puisse se retrouver pour des raisons de maladie ou de handicap. Or, ce n'est pas parce que je suis confiné dans mon lit que je ne dois plus pouvoir en sortir ! J'ai, au moins, besoin de laisser courir mon regard à l'extérieur et d'entendre le voisinage. Les gens se plaignent toujours du bruit fait par leurs voisins, pourtant c'est rassurant et aide à briser le sentiment d'isolement. Les personnes handicapées nous ont enseigné qu'élargir l'horizon de personnes alitées est possible : accrocher un miroir à un angle de chambre pour obtenir un effet de rétroviseur, faire des ouvertures dans le mur et installer une vitre en cristaux liquide, opaque ou transparente à volonté, mettre des moyens de communication... Il y a des solutions.

Comment parler de « créativité » à des personnes qui sont en situation d'hébergement temporaire ?

Il est fondamental de laisser les gens arriver avec le minimum de choses auxquelles ils sont attachés. Ce n'est pas pour rien que les SDF ont des chiens. Ce sont des personnes très mobiles qui prennent un « objet » mobile avec eux. S'ils ne peuvent pas rester avec ces « objets » d'identification, ils vont marquer l'espace qui leur reste de façon très exubérante : corps, tenue vestimentaire... Quelqu'un qui est hébergé pour une nuit, quelques jours ou plusieurs semaines doit pouvoir garder son chien, poser une photo, un bibelot, simplement pour se sentir rassuré. Une fois qu'il se sentira exister en tant que lui-même dans le lieu, alors il pourra commencer à entrer en communication avec les autres.

Quels conseils donneriez-vous aux responsables des centres d'hébergement et de foyers ?

Tout dépend des caractéristiques du public accueilli. Je commencerai d'abord par l'identification. Pour que les gens acceptent les lieux, il est nécessaire qu'ils puissent se les approprier. Accrocher des petits cadres sur la boîte aux lettres et devant la chambre permet au résident de glisser la photo ou la carte postale de son choix, ce qui représente un premier élément de marquage de territoire. « Vous êtes au 517, allée gauche, bâtiment B »... Certains peuvent repartir tout de suite face à la complexité du bâtiment ! Dans ce cas-là, un accompagnement humain est indispensable pour aider la personne à repérer son chemin jusqu'à la chambre et les lieux collectifs. Instaurer un système de parrainage informel est important : « tiens, toi, l'ancien, est-ce que tu peux lui faire visiter la maison ? ». L'un va se sentir valorisé, l'autre mieux accueilli...

C'est un moyen d'atténuer le sentiment d'être assisté ?

Donner une responsabilité à quelqu'un, quelques soient ses différences, signifie le reconnaître, reconnaître ses compétences. Les personnes accueillies dans des centres ou des foyers sont tous des accidentés de la vie. Ils ont tendance à se dévaloriser eux-mêmes. Pourtant, un SDF n'a pas perdu ses acquis, ses qualités et sa chaleur humaine ! Il lui reste toujours quelque chose à partager. Confier un nouveau-venu à un résident, c'est l'aider à sortir de sa condition d'assisté et de personne dépendante. C'est inverser le processus. Et la personne accueillie va tout de suite faire la connexion qu'un jour, ce pourra être à elle de tenir ce rôle. L'espoir peut se mettre en place. Ecoute, reconnaissance, explications pour devenir autonome dans le lieu : la qualité de l'accueil est primordiale. C'est le moment où l'arrivant intègre le groupe. Il faut ensuite qu'il se sente accueilli dans la chambre, mais cela se passe à un autre niveau. Attribuer une chambre stérile, standardisée, blanchie à une personne qui vient de la rue peut avoir un effet de repoussoir. Quelqu'un qui a vécu longtemps au milieu de cartons, dans la saleté, n'a pas perdu la propreté en tant que valeur. Mais elle peut lui apparaître comme quelque-chose devenu inaccessible. S'approprier une telle chambre peut demander une force mentale que certains

n'auront pas. La chambre doit être neutre pour que, très rapidement, l'arrivant puisse déposer ses objets, accrocher ses photos... Bref, pour qu'il puisse « agir sur » le lieu.

En plus, ces chambres sont habituellement assez étroites. Se retrouver entre quatre murs peut vite symboliser la prison. Le symbole de l'enfermement, c'est les murs ! Ce n'est ni le plancher, où existe toujours inconsciemment l'échappatoire possible d'un tunnel, ni le plafond qui conserve la dimension spirituelle inhérente à chacun. Ce n'est pas pour rien que les prisonniers écrivent sur les murs : c'est pour mieux les repousser, les faire vivre, se les approprier. A partir du moment où ces murs sont les leurs, ils sont déjà moins enfermants.

Annexe 13. Texte d'auteur

« De l'intérêt des jardins et du jardinage pour l'habitat social et la santé psychique »

Par Béatrice Charre, le Passe-jardins, et Mireille Lemahieu, CAUE du Rhône.

De nouvelles formes de jardins se développent et présentent un grand intérêt pour l'habitat social

De nouvelles formes de jardins apparaissent dans nos villes, espaces intermédiaires entre jardins publics et jardins privés. Les jardins collectifs s'implantent sur du terrain public ou privé et sont gérés par et pour les habitants. Ils permettent l'accès à la pratique du jardinage pour le plus grand nombre. Le jardin et le jardinage sont de formidables outils de développement social car ils concernent tous les publics : enfants, parents, grands-parents. Toutes origines et toutes cultures peuvent se retrouver dans la pratique du jardinage. Le jardin devient un espace de participation démocratique et permet la création de lien social intergénérationnel et interculturel. De plus, ces jardins collectifs deviennent des lieux pratiques de l'éducation à l'environnement où l'on peut aborder concrètement la gestion des déchets, la gestion économe de l'eau, l'appropriation des lieux, le respect et l'embellissement des espaces extérieurs, ces thématiques intéressent particulièrement les bailleurs sociaux.

Les jardins collectifs se développent fortement sur le Grand Lyon. Ils sont définis par une proposition de loi adoptée par le Sénat en 2003. Ils se répartissent en 3 catégories :

- Les jardins familiaux ou autrefois appelés jardins ouvriers existent pour leur part depuis plus de 100 ans. Il existe une soixantaine de sites sur le Grand Lyon.
« On entend par jardins familiaux les terrains divisés en parcelles, affectés par les collectivités territoriales ou par les associations de jardins familiaux à des particuliers, y pratiquant le jardinage pour leurs propres besoins et ceux de leur famille, à l'exclusion de tout usage commercial. En outre, dans un but pédagogique ou de formation au jardinage, certaines parcelles de jardins familiaux peuvent être affectées à des personnes morales par convention conclue entre celles-ci et les collectivités territoriales ou les associations de jardins familiaux. »
- Les jardins d'insertion existent depuis une trentaine d'années. Il existe une dizaine de sites en région lyonnaise.
« On entend par jardin d'insertion les jardins créés ou utilisés en vue de favoriser la réintégration des personnes en situation d'exclusion ou en difficulté sociale ou professionnelle. Ces jardins peuvent être, le cas échéant, divisés en parcelles affectées à ces personnes à titre temporaire. » Les jardins d'insertion permettent la production de maraîchage soit pour l'alimentation familiale, les personnes viennent alors au jardin de manière bénévole et volontaire (on parle de « jardin d'insertion sociale »), soit pour être vendue à un réseau d'adhérents, les personnes viennent alors au jardin dans le cadre d'un contrat de travail adapté au public en réinsertion professionnelle (on parle de « jardin d'insertion par l'économie solidaire »).
- Les jardins partagés existent depuis une dizaine d'années. Il existe une soixantaine de sites sur le Grand Lyon.
« On entend par jardins partagés, les jardins créés ou animés collectivement, ayant pour objet de développer des lieux sociaux de proximité par le biais d'activités sociales, culturelles ou éducatives et étant accessibles au public. » Ils prennent différentes formes. Le terme « jardin pédagogique » désigne un jardin qui a la vocation d'être support

d'activités éducatives pour les enfants, le terme de « jardin de quartier » désigne un jardin cultivé et géré en commun par les membres d'une association de quartier, le terme « jardin nomade » ou « éphémère » signale le caractère temporaire de l'occupation du terrain. Le terme « jardin en pied d'immeubles » désigne des parcelles cultivées au bas des bâtiments de logements collectifs des bailleurs sociaux.

Cette dernière forme rencontre un grand succès, notamment au pied des immeubles des quartiers HLM des années 60, où il y a beaucoup d'espaces extérieurs peu valorisés par les habitants qui se résument souvent à des pelouses plus ou moins entretenues et où les bailleurs proposent à leurs locataires de construire leur potager. La création du jardin est l'occasion pour les habitants de se saisir de leur territoire, de créer un nouveau rapport au bailleur et à ses voisins. Le jardin devient un lieu de solidarité, d'échange, de pacification des rapports sociaux. Les conflits et les problèmes existants dans les immeubles continuent d'exister et peuvent se retrouver dans le jardin. Le jardin représente alors une micro-société où chacun y trouve suffisamment d'intérêt pour trouver les solutions aux conflits.

La pratique du jardinage et son rôle dans la santé psychique

La pratique du jardinage apporte du bien-être, permet d'améliorer son alimentation et a un réel impact sur la santé des jardiniers-habitants.

Pour chacun d'entre nous, jardiner est à la fois apaisant et motivant. On se délasse, on oublie ses soucis, on aborde son alimentation différemment. Bref, on renouvelle son rapport à la nature et à la vie. Il est donc important de rendre le jardin et le jardinage accessibles à tous... Et en particulier aux personnes en situation de handicap psychique qui peuvent avoir abandonné ce lien avec la terre.

Pour cela, dans un premier temps, il faut prévoir l'accès au jardin avec des aménagements simples s'ils sont pensés en début de projet : larges allées, repères pour l'orientation, bacs surélevés pour jardiner assis ou debout. Dans un second temps, il faut prévoir l'accès à l'activité jardinage en proposant une découverte et un accompagnement adapté à chacun. Les plantes se moquent bien des handicaps ! Grâce au jardinage, on réapprend des gestes, on se motive sur un projet commun, on développe sa mémoire, son repérage, sa notion du temps, sa créativité artistique.

Du fait de leur handicap psychique, les personnes se comportent souvent comme si elles ne pouvaient plus mettre en œuvre leurs capacités face à un environnement qu'elles perçoivent alors comme intrusif à leur égard. La conscience de ses propres incapacités est à l'origine de souffrances psychiques. La pratique du jardinage permet de valoriser certaines capacités et d'en développer de nouvelles. Elle diminue la souffrance psychique.

Les personnes handicapées psychiques ont beaucoup de mal à percevoir la réalité. Le jardin les inscrit dans une réalité temporelle et physique. Ces personnes sont souvent anxieuses voire angoissées et hypersensibles. Elles ont un fort sentiment d'insécurité. Le jardin clos est un lieu sécurisé qui rassure la personne. Ce sentiment de sécurité est renforcé par la présence d'une réglementation claire dans le jardin. La proximité et souvent la solidarité des autres jardiniers redonnent confiance et motivent.

De manière générale, la fréquentation des jardins et la pratique du jardinage sont des activités particulièrement adaptées et intéressantes pour des personnes vulnérables. Cela demande cependant toujours une présence et un accompagnement bénévoles ou professionnels pour que ces activités soient durables.

Plusieurs expériences existent sur le Grand Lyon sur des terrains appartenant aux bailleurs ou sur du terrain public au cœur d'un quartier.

Dans le quartier des Brosses à Villeurbanne, la Ville a mis en place au cœur d'un ensemble de logements sociaux des jardins familiaux où des habitants du quartier qui n'ont pas de jardin privé ont pu avoir une parcelle à cultiver. Dans cet ensemble de jardins familiaux, une parcelle est réservée pour un jardinage collectif avec les écoles du quartier, le foyer ARALIS, la Maison sociale, la Maison de quartier, la Confédération syndicale des familles... Cette parcelle partagée est devenue un lieu de convivialité intergénérationnelle en extérieur qui n'existait pas auparavant.

Dans le quartier du Golf à Oullins, le bailleur HMF a créé des jardins partagés en pied d'immeuble. Cette expérience a permis aux habitants de réinvestir les espaces extérieurs et de limiter pour le bailleur le sur-entretien que nécessitait le quartier. Les relations bailleur/locataires se sont aussi améliorées.

Dans le quartier des Minguettes à Vénissieux, la Ville a créé un Jardin d'insertion sociale dont elle a confié la gestion à l'association le passe-jardins. Sur 3000 m² de terrains, une douzaine de personnes en difficulté de vie viennent jardiner collectivement pour leur alimentation familiale 3 demi-journées par semaine. Certaines de ces personnes souffrent d'un handicap psychique et ont été envoyées par des structures d'accompagnement. Elles retrouvent avec le jardin un bien être et une meilleure hygiène alimentaire. Le jardin s'ouvre aussi sur le quartier en accueillant des personnes retraitées qui étaient isolées, et les enfants de l'école voisine.

Annexe 14, texte d'auteur

« Les quartiers jardinés de Lyon »

Par Bernard Maret, technicien cellule-essais, Service des Espaces Verts, Ville de Lyon.

L'action « Quartiers jardinés », dont il sera question ici, est à la croisée de deux démarches :

- Une démarche environnementale qui consiste à accompagner le retour de la végétation dans les villes en marquant ses connotations positives,
- Une démarche de développement du lien social qui consiste à faire de ce retour un support d'échange, de convivialité, le signe bien visible d'une prise en charge de leur cadre de vie par les habitants d'un quartier.

Concrètement, cette action connaît une phase de test depuis 4 ans qui a permis l'amorce de réalisations dans les quartiers de St Just (Lyon 5^e), sud Guillotière (Lyon 7^e) et Montchat (Lyon 3^e). Le succès visuel, écologique et humain de ces tests laisse entrevoir la possibilité d'un développement beaucoup plus important, susceptible de marquer notablement le paysage de l'agglomération.

Il s'agit d'encourager des groupes d'habitants à jardiner la végétation interstitielle de leur quartier. Les techniques proposées sont celles du jardinage environnemental, dans la lignée des recherches de Gilles Clément. Le mode d'organisation est celui du fleurissement participatif, initiative d'habitants suscitée, soutenue et accompagnée par la puissance publique. Les participants sont recrutés par réseau, dans des actions type « fête des plantes », et suivant les hasards du projet. Il pourrait s'élargir par une communication ciblée sur les groupes de copains passionnés de végétal ou les individus tentés par une aventure de voisinage autour des plantes. La dimension collective est incontournable, pour le sens du projet mais aussi pour sa survie dans la jungle urbaine. Tout le dispositif repose sur le choc produit sur les passants, l'obligeant à le remarquer et, par là, à le respecter. Le site minimum a la taille d'un segment de rue, le groupe minimum rassemble donc 5 à 6 foyers. Une fois ce site « germinal » implanté, cette démonstration de faisabilité peut s'étendre en tache d'huile imprévisible, nouvelle géographie dans la ville, liée à ses hasards et à ces nécessités. Un quartier jardiné peut impliquer plus d'une centaine de personnes. Les groupes des différents quartiers pourraient être fédérés par un bulletin ou un événement rassembleur de temps en temps. Pour la cohérence d'ensemble, une signalétique sur chaque site doit marquer le caractère global de l'action, tout en signalant les spécificités de chaque groupe. Le message à faire passer et que tout le monde peut participer, mais qu'il n'est évidemment pas question que chacun prenne sa pioche et attaque le trottoir là où ça lui chante !

Pour bien cerner la dimension humaine de ce projet, il faut d'abord prendre la mesure de l'inévitable changement en cours dans les paysages urbains : la prise de conscience des dégâts environnementaux fait que le désherbage chimique systématique est condamné à court terme (retrait d'homologation pour les produits utilisés). Les méthodes alternatives (flamme ou vapeur) n'ont de sens que pour un usage très ponctuel et le retour des plantes interstitielles dans le paysage urbain est inéluctable. Ce retour est, écologiquement, une très bonne chose. Mais il n'est pas certain qu'il sera perçu comme tel psychologiquement.

La végétation interstitielle est souvent culturellement perçue comme une menace. Toutes les civilisations, ayant connu des hauts et des bas, liaient expansion végétale et régression des

sociétés humaines. La mise en scène d'une ville où la nature était cadrée, confinée aux parcs, squares et jardins, exorcisait une menace de ruine et de retour à la forêt. Abandon, décadence peuvent être les premiers mots qu'évoque encore, pour beaucoup de nos contemporains, la vision d'une plante poussant dans une fissure. Les plantes grignotant l'espace autrefois dévolu à l'homme, ce pourrait être le cadre idéal, quoi qu'un peu mélo, d'une économie en récession. Idées noires...

Alors qu'il n'en faudrait que bien peu pour retourner complètement le sens de ce retour des plantes ! Les plantes nous accompagnent depuis avant même la naissance de notre espèce. Tous ceux qui les ont fréquentés vous diront qu'elles interagissent avec notre humeur dans le sens de l'apaisement, de l'équilibre. Toutes les cultures humaines accordent une place particulière aux fleurs, décor idéal pour les Dieux. Alors que la lourde chape de goudron pesant sur le sol de nos villes alimente le stress qui y règne. Une autre cause de stress bien répertoriée est l'anonymat et la dégradation du lien social. Le lien de voisinage se construit toujours, mais il se distant vite aussi, souvent faute d'avoir quelque chose à faire ensemble. Pourtant la ville se vit comme une mosaïque de villages et ses habitants considèrent que cela fait partie de leur qualité de vie. Ils sont friands d'occasions, repas de quartier ou autres, où ce lien se tisse et se manifeste. Il est impossible que sur une agglomération on ne trouve pas des groupes saisis d'un brin de folie suffisant pour jardiner de petites scarifications du cher manteau étanche.

Soutenus par une collectivité, ils contribueront à la qualité de leur environnement, en favorisant les fleurs à corolle, pollinisées par les insectes, par rapport à celles pollinisées par le vent, sources d'allergies, ils peuvent faire des villes de véritables arches de Noé pour les précieuses espèces pollinisatrices tout en y préservant la qualité de l'air. Si, comme à la Guille, ils se prennent au jeu des plantes grimpantes, ils peuvent produire une masse végétale importante et parfaitement intégrée à la ville, dans des quantités suffisantes pour qu'on puisse espérer un effet climatisation au-delà de l'indéniable effet psychologique. Ils y rencontreront aussi toute une gamme de personnages de leur quartier, de tous âges et de tous horizons. Les plantes sont souvent un bon sujet de conversation de trottoir, et les fleurs ne suscitent que rarement des réactions phobiques, elles fédèrent au contraire très facilement. Les fleurs pourraient reprendre, très succinctement, l'ancien rôle des fontaines publiques comme occasion de rencontre.

Cette sociabilité, modeste et concrète, de discussions jardinières, est notablement différente de celle qui rassemble, par exemple, les conseils de quartier. Elle n'en est pas moins militante et permet l'expression de tempéraments différents. Les gens à l'aise avec les plantes ne le sont pas toujours dans le cadre d'une réunion de quartier. Qu'ils soient un peu rétifs au train-train organisationnel de la vie associative ou déjà tellement engagés que toute charge supplémentaire est malvenue, c'est le caractère détendu du projet, lié à sa dimension d'aventure individuelle et collective qui est source de motivation. Le soutien de la collectivité territoriale doit donc surtout viser la simplification organisationnelle, prise en charge des demandes d'autorisations administratives, convocation à quelques événements collectifs, au moins au début. Les conseils techniques en jardinage sont évidemment bienvenus, mais ils doivent veiller à ne pas brider l'inventivité des participants, ni même leur droit à l'erreur. Le jardinage environnemental de rues est encore un art à inventer et les réponses différentes apportées par chaque quartier sont une diversité précieuse. Il faut toujours garder à l'esprit que, au moins dans cette phase de création, c'est l'aventure qui motive l'engagement.

Cette prise en charge par les habitants de leur cadre de vie s'inscrit dans l'espace public d'une manière aimable, c'est un message adressé à ceux pour qui le changement est difficile et qui voient la ruine dans trois herbes folles. Il est énoncé sur un ton plus égalitaire et moins abrupt que si la puissance publique leur renvoyait, « vous n'avez qu'à vous y faire... ! » Pour ceux qui

participeront, en faisant de leur rue un jardin, ils augmenteront plus qu'ils ne l'imaginent leur qualité de « vivre ici » et de « vivre ensemble », ils y trouveront à la fois un moyen d'exprimer leur grain de folie et l'apaisement des relations sociales décontractées. L'entité urbaine y gagne un cadre de « ville où il fait bon vivre » solidement ancré dans une réalité.

Cette action ne prétend pas résoudre tous les drames psychiques d'un territoire, mais cette expression, très raisonnable, d'une folie collective ne peut qu'influer positivement sur l'atmosphère psychologique urbaine. Il est probable qu'elle pousse des personnes en souffrance à sortir de leur isolement et le lien serait très intéressant à faire avec d'autres personnes intéressées par la psychologie dans la ville. Elle mérite en tout cas d'être soutenue et un peu organisée par une collectivité territoriale chargée d'y maintenir cohérence, visibilité et suivi, ce que fait actuellement la Ville de Lyon par son Service des Espaces Verts. Le développement du projet peut aussi s'envisager dans le cadre d'un service d'écologie urbaine. Il est déjà en lien avec la Cellule Arbres par une connivence à propos des plantations de pieds d'arbres, et avec le Laboratoire de la Voirie qui suit l'aspect technique et transmet la demande d'autorisation à la Direction de la Voirie pour chaque nouveau site. Dans sa réalisation quotidienne, il est aussi en lien avec les agents de la propreté urbaine de chaque secteur concerné. Une bonne coordination à tous les niveaux est souhaitable pour la cohérence du projet. L'enjeu de cette coopération est l'aspect de nos rues pour les décennies qui viennent. Planter des fleurs dans les trottoirs, c'est aussi inciter les autres usagers à respecter ces espaces partagés, tout d'abord en les gardant propres. Il n'y aura évidemment pas de miracles mais l'expérience a montré qu'elle peut susciter des bonnes discussions et des accords avec les propriétaires de chiens. Une communication adaptée pourrait renforcer son effet sur les incivilités de débarrassages, du mégot au carton.

Encourager un tel projet, pour la puissance publique, c'est reconnaître qu'elle ne réglera pas seule les problèmes générés par l'abandon du désherbage chimique, qu'elle préfère en tout cas prendre en charge le problème par une collaboration avec des citoyens lambda, désireux de faire pousser des sourires de fleurs dans nos rues, et de contribuer ainsi à une urbanité plus aimable. Pour un service technique et une administration, c'est expérimenter la mise en pratique des évolutions de la notion de gouvernance, particulièrement le passage de l'administré « client » au citoyen s'assumant comme tel. Pour le simple passant, c'est le signe entraînant de l'éclosion d'un nouveau rapport entre urbains, espace public et services gestionnaires. Pour tous les intervenants, c'est contribuer, par des gestes modestes et quotidiens, à construire un rapport différent entre ville et nature, et par là une urbanité nouvelle.

Annexe 15, brochures



